

---

# **NUORTEN MASENNUKSEN TUNNISTAMINEN KOULU- JA OPISKELUTERVEYDENHUOLLOSSA**

Terveystenhoitajan näkökulma



**HAMK**  
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, 11.5.2011

Veera Palonen

---

Hoitotyön koulutusohjelma  
Hämeenlinna

Työn nimi Nuorten masennuksen tunnistaminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa – terveydenhoitajan näkökulma

Tekijä Veera Palonen

Ohjaava opettaja Ulla Peltonen

Hyväksytty \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.2011

Arvioinnin kohteena on opiskelijan koko opinnäytetyöhön liittyvä oppimisprosessi

Hyväksyjä

HÄMEENLINNA  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto

---

<b>Tekijä</b>	Veera Palonen	<b>Vuosi</b> 2011
<b>Työn nimi</b>	Nuorten masennuksen tunnistaminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa – terveydenhoitajan näkökulma	

---

## TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön aiheena oli nuorten masennuksen tunnistaminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoitajan näkökulmasta. Haluttiin selvittää millaisia valmiuksia terveydenhoitajat kokevat saaneensa nuorten masennuksen tunnistamiseen terveydenhoitajakoulutuksesta. Lisäksi kiinnosti miten tunnistaminen käytännön työssä onnistuu ja millaisiksi terveydenhoitajat kokevat mahdollisuutensa tunnistaa masentuneita nuoria työssään.

Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena kyselytutkimuksena koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa työskenteleville terveydenhoitajille. Kyselylomakkeessa oli pelkästään avoimia kysymyksiä ja vastaajiksi haettiin erikäisten nuorten parissa työskenteleviä terveydenhoitajia. Kyselyyn vastasi kolme terveydenhoitajaa. Tutkimus analysoitiin käyttämällä kvalitatiivista sisällönanalyysiä.

Tutkimustuloksista nousi esiin se, että mitä tuoreempi tutkinto vastaajalla oli, sitä paremmiksi hän koki valmiutensa tunnistaa masentuneita nuoria työssään. Kaikki vastaajat kuitenkin painottivat lisäkoulutuksen tärkeyttä terveydenhoitajakoulutuksen lisänä. Jokaisella vastaajalla oli myös hyvät teoriatiedot masennuksen tuntomerkeistä nuorilla. Mahdollisuudet nuorten masennuksen tunnistamiseen koettiin vaihteleviksi. Aika vaikutti tunnistamiseen sekä positiivisena että negatiivisena tekijänä. Ajanpuute ja kiire haittaavat, mutta terveydenhoitajan pysyvyys ja tuttuus vaikuttavat myönteisesti. Myös terveydenhoitajan asennoituminen työhönsä, lähestyttävyyden ja suhtautuminen nuoriin koettiin merkitykselliseksi. Lisäksi tärkeänä koettiin yhteistyö koulun henkilökunnan ja nuoren lähipiirin kanssa.

**Avainsanat** Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, masennus, nuoret, tunnistaminen, terveydenhoitaja

**Sivut** 30 s, + liitteet 14 s

HÄMEENLINNA  
Nursing  
Public health nursing

---

<b>Author</b>	Veera Palonen	<b>Year</b> 2011
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Recognizing depression among adolescents in school health care	

---

**ABSTRACT**

Recognizing depression among adolescents from a public health nurse's point of view was the theme of this thesis. The purpose was to study what kind of skills to recognize young people's depression public health nurses got from their education. The author also wanted to learn how the public health nurses manage recognition in their work and what do they think about their possibilities of identifying the depressed adolescents among the rest of them.

The research was executed as a qualitative inquiry with open questions. The inquiry was answered by three public health nurses who worked in school health care among adolescents of all ages. The material was analyzed with the qualitative content analysis.

The results show that public health nurses have adequate skills for recognizing depression among adolescents. The more recent their education was the better they felt their skills. However, all the respondents accentuated that further training after nursing studies is very important. Possibilities of identifying the depressed adolescents among the crowd were experienced as variable. Lack of time created challenges and knowing the nurse from a longer time created confidence. While trying to recognize depression respondents also felt that the public health nurse's attitude towards adolescents was valid. Cooperation with school staff and young peoples' friends and relatives was also considered important.

**Keywords** School health care, recognizing, depression, adolescents, public health nurse

**Pages** 30 p + appendices 14 p

---

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	NUORUUS .....	3
2.1	Nuoruuden vaiheet ja niiden merkitys .....	3
2.2	Nuoren mielenterveys ja sen ongelmat .....	4
3	MASENNUS JA NUORET .....	6
3.1	Masennuksen esiintyvyys nuorilla .....	7
3.2	Nuorten masennuksen taustatekijät ja kulku .....	8
3.3	Masennuksen oireet ja tuntomerkit nuorilla .....	9
3.4	Nuorten masennuksen tunnistamisen tärkeys .....	10
4	KOULU- JA OPISKELUTERVEYDENHUOLTO .....	12
4.1	Resurssit koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa .....	12
4.2	Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon merkitys nuorelle .....	14
4.3	Terveydenhoitajan työ kouluissa ja oppilaitoksissa .....	15
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS .....	16
5.1	Tutkimuskysymys .....	16
5.2	Tutkimuksen kulku .....	17
5.3	Sisällönanalyysi .....	18
5.4	Eettiset kysymykset .....	19
6	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	21
7	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA .....	25
	LÄHTEET .....	27

Liite 1	Kyselylomake
Liite 2	Tutkimuslupa
Liite 3	Terveydenhoitotyön kehittämistehtävä

## 1 JOHDANTO

Valitsin nuorten masennuksen tunnistamisen opinnäytetyöni aiheeksi, koska se kiinnostaa itseäni erittäin paljon. Olen myös sitä mieltä, että tämä on tärkeä aihe käsitellä. Nuorten mielenterveysongelmat ja niihin puuttuminen ovat tällä hetkellä paljon puhuttu aihe. Aiemmin vaietut ongelmat ovat nyt näyttäneet räjähdysmäisesti ja vallanneet myös runsaasti näkyvyyttä mediassa. Viime vuosina on sattunut joitain ikäviä tapahtumia, joiden ennaltaehkäisyn mahdollisuutta on pohdittu monella taholla. Monesti puhutaan vain ongelmista ja niihin puuttumisesta sekä tuen tarjoamisesta, mutta ehkä unohdetaan ne nuoret, jotka eivät itse hae apua. Ennaltaehkäisy olisi tietenkin paras keino ongelmien hoitamiseksi, mutta se ei ole helppoa. Ongelmaksi muodostuu oireiden tunnistaminen henkilöltä, joka ei itse niitä tiedosta ja tunnista sekä saattaa jopa yrittää peittää niitä.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto on tärkeässä asemassa nuorten terveyskasvatuksessa ja heidän henkisen hyvinvointinsa tarkkailussa. Kouluterveydenhoitaja saattaa olla ainut terveydenhoitoalan ammattilainen, jota nuori tapaa näiden muutamien kriittisten vuosien aikana. Usein tapaaminen sattuu terveystarkastuksen merkeissä tai sairausvastaanotolla. Terveystarkastajan kyky havaita masennuksen tuntomerkkejä korostuu, sillä tapaamiset saattavat nuorten kanssa olla hyvinkin lyhyitä. Saattaa joskus olla, että terveystarkastuksia välttelevät sellaiset henkilöt, joiden niissä eniten pitäisi käydä eli henkilöt, joilla on ongelmia. Tällaiset nuoret saattavat olla hyvin haasteellisia kouluterveydenhoitajalle ja varsinkin tilanteissa, joissa resurssien määrällä ei voi juuri keuhkella.

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon niukoista resursseista on käyty paljon keskusteluita. Oppilasmäärät yhtä kouluterveydenhoitajaa kohden voivat paikoitellen olla huikkeen suuria, jolloin yksittäisen nuoren ongelmien huomaaminen vaikeutuu. Varsinaisen inspiraation opinnäytetyöhöni sain kouluterveydenhuollon tilaa käsittelevästä artikkelista Helsingin Sanomissa (Ahola 2008, 30.10.2008). Artikkelissa kerrotaan, että terveydenhoitajat eivät ehdi auttaa kaikkia apua tarvitsevia, vaikka oppilasmäärä terveydenhoitajaa kohden onkin suositusten mukainen. Apuun tarvittaisiin enemmän mielenterveystyön osaamista ja koululääkäreitä. Esimerkiksi erityisoppilaiden ja maahanmuuttajien kanssa työskentely vie kouluterveydenhuollolta enemmän resursseja kuin niin sanotusti tavallisten oppilaiden hoitaminen. Tämä pitäisi ehdottomasti ottaa huomioon henkilökuntaa mitoitettaessa.

Nuorilla esiintyviä mielenterveysongelmia voi olla lukuisia, mutta keskittyn opinnäytetyössäni tarkastelemaan erityisesti masennusta, sillä se on selkeästi yksi yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä nuorison keskuudessa. Masennus on myös hyvin moninainen sairaus – se voi johtua mo-

nesta eri tekijästä ja se voi johtaa moneen eri asiaan. Masennus on myös hyvin vakava sairaus. Se voi hoitamattomana hankaloittaa nuoren tulevaisuutta merkittävästi tai johtaa jopa kuolemaan.

Suoritin opinnäytetyötutkimukseni kvalitatiivisena eli laadullisena tutkimuksena. Tutkimuksellani pyrin selvittämään millaisia valmiuksia terveydenhoitajat kokevat saaneensa koulutuksesta nuorten masennuksen tunnistamiseen. Halusin myös tietää millaisina he kokevat mahdollisuutensa tunnistaa masennusta käytännön työssä. Kartoittaakseni tutkittaviani kysyin myös heidän valmistumisvuotensa ja teoretietoa masennuksen tunnistamisesta. Vastauksista voisi olla hyötyä terveydenhoitajakoulutusta suunnitellessa. Toteutin tutkimukseni terveydenhoitajille lähettämilläni kyselylomakkeilla, joissa oli avoimia kysymyksiä. Tulosten analysointiin käytin kvalitatiivista sisällönanalyysiä. Tutkimukseeni vastasi vain kolme terveydenhoitajaa, mutta uskon, että tulokseni ovat silti luotettavia.

## 2 NUORUUS

Nuoruus on elämänvaihe lapsuuden ja aikuisuuden välissä. Nuoruus eroaa lapsuudesta siten, että nuorella on monia aikuiseen samaistumisen kautta hankittuja taitoja. Aikuisuudesta nuoruuden erottaa siitä, että nuori on kypsämätön ja häneltä puuttuu aikuisen kokemusmaailma. Nuoruudessa ihmisessä tapahtuu huomattavia muutoksia sekä fyysisesti että psyykkisesti. Fyysisessä kehityksessä nuori saavuttaa sukupuolikypsyyden ja psyykkisessä kehityksessä nuoren persoonallisuuden rakenteet kiinteistyvät ja muodostavat ainutlaatuisen kokonaisuuden - persoonan. Koulutusjärjestelmämme on 1900-luvulla muokannut nuoruuden omaksi elämänkaaren vaiheekseen, jolle on ominaista oma kulttuuri ja elämäntapa. Nuoruuteen liittyy myös muita kehitystapahtumia, mutta niiden yksilölliset erot voivat olla suuria. (Himberg, Laakso, Peltola, Näätänen & Vidjeskog. 1999, 89–90; Rantanen 2004, 46.)

Nuoren omat voimavarat ja tarpeet määrittelevät jossain määrin yksilöllisesti nuoruuden kehityshaasteet. Kehityshaasteissa onnistuminen vahvistaa minäkuvaa ja tunnetta elämänhallinnasta. Tasapainoa tässä iässä etsivät nuoren omat tarpeet ja ulkoapäin tulevat odotukset. Tarpeet muuttuvat voimavaroiksi ja tunne elämänhallinnasta voimistuu kun tarpeet tulevat huomioon otetuiksi. Nuori hakee itse aktiivisesti uusia toimintamalleja arjesta selviytymiseen, mutta tarvitsee kuitenkin kasvattajien, ystävien ja yhteiskunnan apua. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilén 2007, 148.) Nuoruusvuosien aikana tapahtuva kehitys johtaa kykyyn ymmärtää asioita entistä laajemmin ja ottaa asioita huomioon myös muitten ihmisten näkökulmasta (Kempinen 2000, 148).

### 2.1 Nuoruuden vaiheet ja niiden merkitys

Himberg ym. (1999, 90) määrittelevät nuoruuden kolmeksi eri kehitysvaiheeksi: varhaisnuoruus noin 11–14-vuotiaana, keskinuoruus noin 15–18-vuotiaana ja myöhäisnuoruus noin 19–25-vuotiaana. Nuoruus katsotaan alkaneeksi puberteetin eli fyysisten muutosten alkaessa, mutta nuoruuden vaihtumista aikuisuuteen onkin hankalampi määritellä. Kempinen (2000, 142–148) kuvaa myös nuoruusiän kolmeen kehitysvaiheeseen, mutta hänen mukaansa varhaisvaihe tapahtuu 13–16-vuotiaana, keskivaihe 16–19-vuotiaana ja loppuvaihe 19–25-vuotiaana.

Varhaisnuoruuden tyypillisin kehitystehtävä on suhde muuttuvaan kehoon. Nuori on korostuneen tietoinen omasta kehostaan ja seksuaalisuudestaan. On tärkeää, että aikuinen seisoo nuoren rinnalla ja hyväksyy hänet sellaisenaan. Nuori haluaa ja tarvitsee vielä ajoittain vanhemman tukea, mutta



kehitys edellyttää myös paljon itsenäisyyttä. (Noppi 2004, 314.) Kempin (2000, 142–146) mukaan nuoruuden varhaisvaihe on vaiheista kaaosmaisista, koska silloin nuoren persoonallisuus tilapäisesti hajoaa. Vaikeita asioita ei osata järjestää, koska identiteettikriisi ja muuttuva hormonitasapaino laittavat tunteet kuohumaan. Tästä syystä nuori protestoi auktoriteetteja vastaan ja haluaa viettää enemmän aikaa samanhenkisten ikätoveriensä kanssa. Psykkiseen kehitykseen vaikuttavat ihastumiset, pettymykset ja lisääntyneet seksuaaliset tarpeet. Ikätoverien lisäksi tässä vaiheessa tärkeitä samaistumiskohteita ovat kaikenlaiset idolit, jotka edustavat epärealistista todellisuutta kaukana yhteiskunnan järkevyydestä. Parhaimmillaan kaikki tämä kaaos kuitenkin merkitsee vastuuseen kasvamista ja sen havaitsemista, että elämä on muutakin kuin kilpailua ja materialistisia arvoja.

Nuoruuden keskivaiheessa tärkeänä tehtävänä on oman identiteetin löytäminen ja muuttuva suhde omiin vanhempiin. Tässä vaiheessa nuoren minäkuva on haavoittuvimmillaan, kun hän etsii omaa itseään erilaisten roolikokeilujen myötä. Hän kokeilee rajojaan, samaistuu, ihastuu ja muodostaa näistä itseään. Nuoren identiteetin kehityksen kannalta keskeistä on oman elämän merkityksen asettaminen. Kaverisuhteet ja niiden syventäminen ovat erityisen tärkeässä roolissa kun nuori irtautuu vanhemmistaan. (Noppi 2004, 314; Kempin 2000, 147–148.)

Myöhäisnuoruudessa persoonan lopullinen eheytyminen aikuiseksi tapahtuu ja nuori luo omaa maailmankatsomustaan. Tätä ikää kutsutaan myös seestymisvaiheeksi, koska tänä aikana nuori ikään kuin rauhoittuu ja pohdiskelee omaa asemaansa maailmassa sekä etsii omia näkemyksiään asioista. Tässä vaiheessa nuori myös irrottautuu lapsuudenkodistaan kohti omaa itsenäistä elämäänsä. Jotkut nuoret eivät näytä asettuvan lainkaan paikalleen, vaan jatkavat elämänsä palojen etsimistä kauan. Sopuoinnun, esimerkiksi ammatinvalintakäytösten kohdalla, löytämiseen saattaa mennä vuosiakin. (Noppi 2004, 314; Kempin 2000, 148–150.)

Himberg ym. (1999, 90) kuvaavat nuoruutta myös kolmen kriisin ratkaisuvaiheeksi. Kriisejä ovat ihmissuhteiden kriisi, identiteettikriisi ja ideologinen kriisi. Identiteettikriisiin kuuluvat myös ruumiinkuvan muutokset. Kriisit etenevät yleensä ajallisesti peräkkäin, mutta ne voivat tulla myös osittain samoihin aikoihin.

## 2.2 Nuoren mielenterveys ja sen ongelmat

Moni ymmärtää mielenterveyden käsitteen negatiivisävytteisenä. Se saatetaan liittää mielen sairauksiin tai parhaimmillaankin ainoastaan sairauden puuttumiseen. Psykiatrialla on osittain synkkä menneisyys, mikä saattaa myös vaikuttaa kielteisesti nykykäsitykseen mielenterveysasioista ja lisää pelkoja psyykkisiä sairauksia kohtaan. Vasta tällä vuosikymmenellä

mielenterveydestä on alettu puhua jokaisen ihmisen elämään kuuluvana myönteisenä voimavarana. Mielenterveyden merkitystä on yritetty painottaa elämän varrella kehittyvänä taitona, jota voi lisätä ja tukea pitkin elämää. (Haasjoki & Ollikainen 2010, 12.)

Mielenterveys on koko elämän ajan uusiutuva ja yksilöllinen voimavara. Kun nuori saa kasvuympäristöstään onnistumisen kokemuksia ja hänen sallitaan olla sekä kiukkuinen että hellyydenkipeä, hän saa tärkeitä rakennusaineita mielenterveytensä kehittymiseen. Tärkeitä mielenterveyden voimavaroja nuorelle ovat ehjä identiteetti ja vankka persoonallisuuden rakenne. Nuori irtaantuu lapsuuden rooleista, muodostaa aikuisikää muistuttavan ihmissuhdeverkoston ja löytää oman asemansa sekä roolinsa yhteisössä. (Noppari 2004, 316–317.)

Nuoren elämässä on myös mielenterveyttä kuluttavia jaksoja. Jokaisen nuoren kestävyys on yksilöllinen, mutta stressitilanteet ja muut vaikeudet voivat aiheuttaa mielenterveyden voimavarojen ehtymistä. Tämä voi näkyä mielenterveyden häiriöinä. Poikien yleisimpiä oireita ovat levottomuus ja kouluongelmat, kun taas tytöillä esiintyy ihmissuhdeongelmia ja masentuneisuutta. Mielenterveyden häiriöt yleistyvät nuoruusiässä niin, että jopa neljänneksellä nuorista on diagnosoitu jokin mielenterveyden häiriö. Yleisin häiriö on vakava masennustila. (Noppari 2004, 316–318.)

Mielenterveysongelmiin sairastumisen riski- ja suojaavia tekijöitä voidaan hahmottaa pärjäävyyden käsitteen avulla. Pärjäävyys syntyy yksilön ja ympäristön jatkuvasta vuorovaikutuksesta eikä siis ole pysyvä ominaisuus. Yksilön pärjäävyyteen vaikuttaa henkilökohtaiset haavoittuvuus- ja suojaavat tekijät sekä ulkoinen stressi. Henkilökohtaiset tekijät muodostuvat jokaisen omista kokemuksista, perimästä, kehityksestä sekä elinympäristöstä ja niissä on mukana sekä mielenterveyttä tukevia että haavoittuvuustekijöitä. Ulkoisen stressin ilmaantuessa haavoittuvuustekijöiden suhde mielenterveyttä tukeviin tekijöihin vaikuttaa. Psykkiseen sairastumiseen tai vakavan psyykkisen kriisin syntymiseen tarvitaan omia haavoittuvuustekijöitä ja ulkoisia stressitekijöitä, mutta myös omien suojaavien tekijöiden riittämättömyys tai puute. (Haasjoki ym. 2010, 18–19.)

### 3 MASENNUS JA NUORET

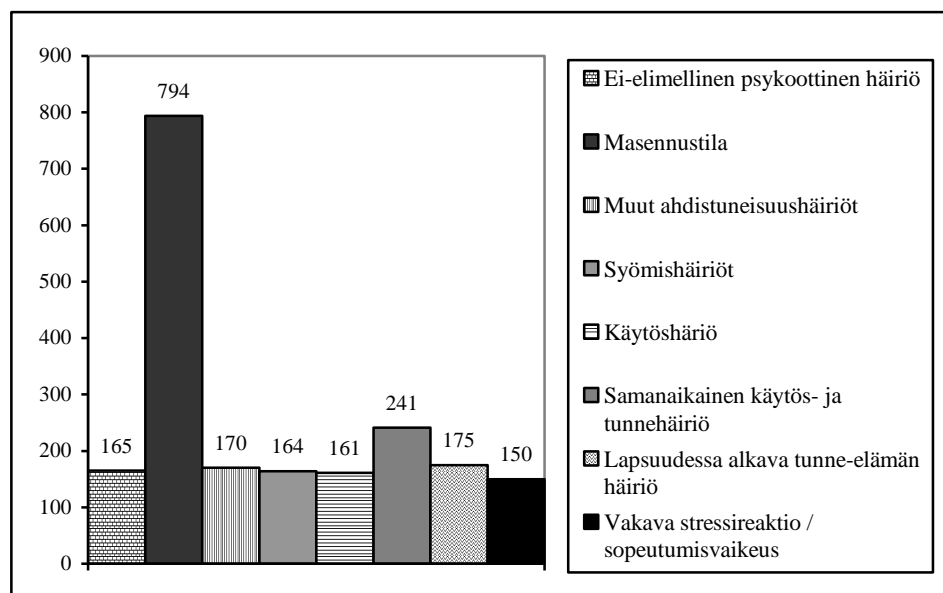
Masennusta pidetään nykyisin surun ja ilon ohella yhtenä perustunteena. Jokainen on joskus masentunut. Tilanteissa, joissa ihminen tuntee itsensä avuttomaksi tai voimattomaksi vaikuttamaan, on luonnollista reagoida masentumalla. Tämä on osittain tyypillistä myös nuoruusiässä, kun nuori haluaa itsenäistyä, mutta tuntee olonsa turvattomaksi kodista irtautuessaan. (Aaltonen ym. 2007, 282–283.) Kaiken ikäisillä ihmisillä masennus on normaali reaktio, joka lyhytaikaisena ja suurin suruihin tai muihin elämänmuutoksiin liittyneenä suojaa ihmistä itseltään. Masennus suojaa liialta rasitukselta tilanteissa, joissa ihmisen voimat riittävät vain suremiseen. (Friis, Eirola & Mannonen 2004, 117.) Suurimmalla osalla ihmisistä lyhytaikainen, tiettyyn tilanteeseen liittyvä, masennustila paranee itsestään eikä pahene sairaudeksi. Varsinaisena sairautena masennus on usein muillekin nähtävä apeuden, alavireisyyden ja toivottomuuden tila, joka häiritsee päivittäistä elämää ja ihmissuhteita. Mikäli masentunut mieliala muuttuu pysyväksi tai sen ohella esiintyy myös muita siihen liittyviä oireita, puhutaan masennusoireyhtymistä eli masennustiloista. (Melartin & Vuori-lehto 2009, 29; Koffert & Kuusi 2009, 7.) Depressio tarkoittaa patologista masennusta (Aaltonen ym. 2007, 283).

Aikuisen on usein vaikeaa erottaa normaalia nuoruuden kehityskriisiin kuuluvaa masennusta ja depressiota toisistaan. Tarkkaa rajaa masennuksen ja depression välillä ei olekaan, vaan masennus jaetaan eriasteisiin: lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan masennukseen. Masennusta löytyy jonkin verran kaikkien mielenterveysongelmien taustalta. Se voi olla osa laajempaa ongelmaa tai esiintyä sellaisenaan. (Aaltonen ym. 2007, 282–283.) Esimerkiksi anorexian ja bulimian taustalla voi olla masennus (Friis ym. 2004, 102–105).

Masennuksen eri asteita voidaan kartoittaa esimerkiksi Beckin depressioasteikolla eli potilaan täyttämällä BDI-kyselyllä. Se on hyvin suosittu menetelmä ja tutkimusten mukaan se sopii hyvin masennuksen seulontaan ja suuntaa antavaksi tutkimusmenetelmäksi. Pelkästään asteikon antaman pistemäärän perusteella ei kuitenkaan tulisi antaa varsinaista masennusdiagnoosia varsinkin kun asteikosta on Suomessa käytössä useita eri versioita ja liitteenä olevat tulkintaohjeet ovat usein puutteellisia. Kuka tahansa voi tehdä testin ja laskea pisteet, mutta tulkinta pitäisi aina jättää ammattilaiselle, jolla on tarkoituksenmukainen kliininen koulutus ja kokemus. (Roivainen 2008.)

### 3.1 Masennuksen esiintyvyys nuorilla

Mielialahäiriöiden ilmaantuvuuden huippu on 15–18-vuotiailla nuorilla. Tytöillä masennusta esiintyy noin kaksi kertaa enemmän kuin pojilla. Selkeästi yleisin mielialahäiriö nuorilla on vakava masennus. Sitä esiintyy vuosittain noin 3-10 %:lla koko väestöstä ja noin 15–20 %:lla nuorista. Masentuneista nuorista masennus todetaan pitkittyneen noin 10 %:lla ja koko väestössä noin 1-2 %:lla. Kaikista nuorten masennushäiriöistä 85 % on vakavaa masennusta ja 10 % pitkäaikaista masennusta. On myös arvioitu, että nuoruusiällä masennukseen sairastuvien määrä olisi lisääntymässä. (Marttunen & Haarasilta 2010; Karlsson & Marttunen 2007, 7.)



Kuvio 1 Psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien 13–17-vuotiaiden yleisimmät päädiagnoosit vuonna 2008. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008, 7.)

Vuonna 2008 psykiatrisessa laitoshoidossa koko Suomessa on ollut 2431 13–17-vuotiasta nuorta. Hoitodiagnoseja on ollut useanlaisia, mutta yleisin oli masennustila, joka on tuolloin diagnosoitu 794:lla nuorella. Seuraavaksi yleisin, samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö, oli diagnosoitu 241:lla potilaalla. Masennustila-diagnoosin saaneiden nuorten keski-ikä oli 15 vuotta ja heistä neljäsosa oli miespuolisia. Toistuva masennus -diagnoosin oli saanut vain 27 nuorta, joista 11 % oli miespuolisia, ja heidän keski-ikänsä oli 16 vuotta. Masennuksen hoitoon oli käytetty myös ylivoimaisesti eniten hoitopäiviä ja seuraavalla sijalla listalla ovat syömishäiriöt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008, 7.) Masennuslääkkeiden käyttö 13–17-vuotiailla tytöillä on lisääntynyt vuoden 1994 alle 2 %:sta vuoden 2005

14 %:iin. Samanikäisillä pojilla muutos oli samansuuntainen mutta ei niin suuri kuin tytöillä. Suomalaisnuorten itsemurhaluvut ovat suurempia Euroopassa. (Salo & Luukkainen 2008.)

### 3.2 Nuorten masennuksen taustatekijät ja kulku

Masennuksen taustalla voi olla biologisia, psykologisia ja sosiaalisia tekijöitä. Sairastumiseen vaikuttaa yleensä useampi kuin yksi tekijä. Tutkimuksissa on todettu, että depressiota sairastavan vanhemman lapsella on 40 % riski sairastua myös masennukseen ennen kuin täyttää 20 vuotta. (Karlsson ym. 2007, 9.) On kuitenkin muistettava, että tällöin lapsi kasvaa ja kehittyy masentuneen vanhemman tai vanhempien hoidossa. Mitä nuorempina vanhempi tai vanhemmat ovat sairastuneet masennukseen, sitä suurempi riski lapsellakin on sairastua. (Räsänen 2004, 222.) Alttius masentuneisuuteen on periytyvää ja lapsuuden kasvuympäristöllä on myös merkittävä vaikutus. Sosiaalisten tukiverkkojen puute altistaa masennukselle. Pilkan kohteeksi joutuminen, koulukiusaaminen ja syrjityksi tuleminen voivat laukaista masennuksen. Masennus voi liittyä fyysisiin sairauksiin, muihin psyykkisiin häiriöihin, oppimishäiriöihin sekä elämän suuriin menetyksiin ja traumaaihin. Masennus voi ilmetä tai oireet lisääntyä infektiosairauden jälkeen. Vamma tai sairaus, johon liittyy voimakasta kipua, voi laukaista masennuksen varsinkin kipuherkillä ihmisillä. (Friis ym. 2004, 118.)

Masennuksen riskitekijöinä ovat myös lapsen kehitykseen nähden liian varhaiset erokokemukset ja menetykset, lapsuudessa koettu laiminlyönti, väkivalta sekä hyväksikäyttö. Toisaalta hyvät ja turvalliset ihmissuhteet suojaavat ja voivat korjata varhaisten traumojen aiheuttamaa alttiutta. Aikuisen on hyvä muistaa nuoren masennuksen taustatekijöitä selvitellessään, että traumaattisen kokemuksen suuruus ja vaikutus itsetunnolle voivat nuorelle olla hyvinkin eri mittasuhteissa kuin vastaavat kokemukset aikuisen elämässä. (Karlsson ym. 2007, 9.) Myös pitkäaikainen stressi, yksinäisyys ja ulkopuolisuuden kokemukset altistavat masennukselle. (Melartin ym. 2009, 29–30.)

Masennukseen sairastumista käsitellään usein niin sanotulla stressihaavoittumismallilla. Tämän mallin mukaan depressioon sairastumiseen vaikuttavat yhdessä yksilöllinen haavoittumisalttiutus ja erilaiset stressitekijät. Yksilöllisellä haavoittumisalttiudella tarkoitetaan esimerkiksi perimään tai temperamenttiin liittyviä tekijöitä. Näiden tekijöiden vaikutus saattaa ilmetä siten, että tietynlaisen perimän tai temperamentin omaavalla nuorella on suurempi alttiutus sairastua depressioon kuin nuorella, jolla on hyvät valmiudet sietää stressiä. Erilaisia stressitekijöitä on hyvin monenlaisia, mutta kaikille niille on yhteistä, että ne uhkaavat nuoren fyysistä tai psykososiaalista tasapainotilaa. Myös perimä ja ympäristötekijät ovat tiiviissä vuorovaikutuksessa. Elämäntapahtumat ja elinolot, esimerkiksi lap-

senä saatu hoiva tai sen puute, vaikuttavat geenien toimintaan ja näin muokkaavat yksilöllistä haavoittuvuutta. (Karlsson ym. 2007, 9.)

Masennuksen biologisia taustatekijöitä on tutkittu paljon. On epäilty, että nuorten masennukseen liittyvät tekijät olisivat jossain määrin erilaisia kuin aikuisilla. Tutkimuksissa on havaittu, että masennuksesta kärsivillä henkilöillä keskushermoston välittäjäainevaihdunnan säätely on epätasapainossa. On mahdollista, että nuoruusiässä biologinen kehitys on vielä siinä määrin keskeneräistä, että aikuistutkimuksilla ei voida löytää vastauksia kaikkiin nuorten masennusta koskeviin kysymyksiin. (Karlsson ym. 2007, 9.)

### 3.3 Masennuksen oireet ja tuntomerkit nuorilla

Depressiosta kärsivän mieliala on jatkuvasti masentunut tai ärtyisä (Kaltiala-Heino 2000, 169). Masentunut ihminen ei pysty käsittelemään asioiden hyviä ja huonoja puolia eikä kohtaamaan vaikeita ja traumaattisia tilanteita rakentavasti. Mitä vaikeampi masennus on, sitä hankalampi ihmisen on löytää positiivisia asioita elämästään ja uskoa tulevaisuuteen. Masentunut uupuu helposti pienestäkin ponnistelusta ja hänen mielialansa ei juuri vaihtele eikä ole riippuvainen olosuhteista. Hän voi kokea itsensä merkityksettömäksi tai sisäisesti tyhjäksi. Jopa lievässä masennuksessa esiintyy usein syyllisyyden sekä arvottomuuden tunteita ja itsetunto sekä itseluottamus ovat masentuneella yleensä heikentyneet. (Aaltonen ym. 2007, 283–284; Karlsson ym. 2007, 11.) Syyllisyyden tunne voi aiheuttaa jopa tunnetta siitä, että itseään pitäisi rankaista (Koffert ym. 2009, 7).

Reaktioita masennukseen voivat olla myös keskittymisvaikeudet, rauhatomuus ja epämääräinen väsymys. Nämä voivat käydä ilmi esimerkiksi koulusuorituksista. (Aaltonen ym. 2007, 283–284; Friis ym. 2004, 117.) On yleistä, että masentunut nukkuu paljon, mutta väsymys ei helpota. Masentuneen on hankala nukahtaa ja unen laatu on heikko. Vaikka unta saisi-kin, se ei virkistä. Masentunut usein myös heräilee liian aikaisin, jo aamuyöllä. (Friis ym. 2004, 99.) Joskus masentunut voi käyttäytyä neuroottisesti. Kun hän ei uskalla kohdata todellisia tunteitaan hän täyttää kaiken aikansa toiminnalla ja rutiineilla. Tyypillistä useimmille masentuneille nuorille on vetäytyminen omaan haavemaailmaan tai jopa ainoastaan omaan pahaan oloon. Tällöin nuori eristäytyy myös muista perheenjäsenistä. (Aaltonen ym. 2007, 283–284.)

Hyvin vaikeasta, psykoosin kaltaisesta masennuksesta kärsivä nuori tuntee usein tulleen väärin kohdelluksi tai syntiseksi. Hän voi tuntea syyllisyyttä asioista, joihin hän ei mitenkään ole voinut vaikuttaa, esimerkiksi sodan syttymisestä tai luonnonkatastrofista. Näin vaikeasti masentuneella voi esiintyä myös harhoja, jotka ovat useimmiten kuulo- tai hajuharhoja. Li-

säksi hän voi tuntea ruoassa tai juomassa jonkun oudon ja pelottavan maun. (Friis ym. 2004, 118; Räsänen 2004, 219.)

Masennusoireiden lisäksi tunnistamisen apuvälineitä ovat muutamat nuorille tyypilliset tavat reagoida. Aggressiivinen ja impulsiivinen käyttäytyminen ovat niistä hyviä esimerkkejä. Vakavasti masentunut voi ulkopuolisten silmissä olla yllättäen erittäin iloinen ja jopa riehakas. Masennus voi ilmetä myös alkoholin suurkulutuksena ja/tai huumekekokeiluina edeten jopa aktiiviseen käyttöön asti. Tytöt reagoivat usein syömishäiriöillä, joko ruokahaluttomuudella tai ylensyönnillä. Jotkut, erityisesti pojat, saattavat pyrkiä esittämään ulospäin voimakkaasti päinvastaista, miltä sisällä tuntuu. Tämä voi ilmetä esimerkiksi erittäin kovana pyrkimyksenä pärjätä koulussa tai urheilussa. (Aaltonen ym. 2007, 283–284; Tolonen 1996, 24–28.) Masentuneella voi ilmetä myös muistamattomuutta. (Melartin ym. 2009, 31.) Masentunut hyvin usein reagoi myös fyysisin oirein. Hän voi valitella esimerkiksi vatsaoireita, päänsärkyä, hengenahdistusta, sydämen tykyttelyä, hikoilua tai vapinaa. (Haasjoki ym. 2010, 28; Melartin ym. 2009, 31.)

Nuoren depressio-oireet havaitaan usein koulussa (Karlsson ym. 2007, 11). Yksi hyvä tunnistamispierre on myös nuoren ystävät tai yksinäisyys, sillä erittäin merkittävä osa nuorten elämää on kuulua ikätovereiden joukkoon. Jos joku jää järjestelmällisesti ulkopuolelle eikä löydä kavereita, se on hälytysmerkki nuoren vaikeudesta olla kontaktissa ikäistensä kanssa. (Haasjoki ym. 2010, 28–29.) Nyrkkisääntönä tilanteeseen puuttumiseen on sen vakavuusaste. Tilanteeseen on puututtava viimeistään kun se vaikuttaa nuoren toimintakykyyn. Nuoren toimintakyky on heikentynyt esimerkiksi silloin, kun hän on paljon poissa koulusta pelkojen tai uupumisen takia, tai hänen arvosanansa laskevat yllättävällä tavalla. Aina täytyy ottaa huomioon myös se, että toisilla ihmisillä masennus näkyy nimenomaan ylisuoriutumisenä. (Haasjoki ym. 2010, 28.)

Depressiodiagnoosin tekee aina lääkäri ja diagnoosi tehdään psykiatrisen tutkimuksen perusteella (Kaltiala-Heino 2000, 170). Osa masentuneista lapsista ja nuorista jää huomaamatta tai heidät luokitellaan virheellisesti esimerkiksi käytöshäiriöisiksi tai epäsosiaalisiksi. Näin käy helposti jos tutkimusta suoritetaan pääosin haastatteleamalla muita kuin lasta tai nuorta itseään. Suomalaislapsista tehdyn LAPSET-tutkimuksessa todettiin, että 70 % vakavasta masennuksesta ja 60 % lievästä masennuksesta kärsivistä lapsista jäi ilman psykiatrista tutkimusta. (Räsänen 2004, 221–222.)

### 3.4 Nuorten masennuksen tunnistamisen tärkeys

Nuorten masennuksen varhainen tunnistaminen ja aktiivinen hoito heti sairauden alkuvaiheessa ovat paranemisennusteen kannalta erittäin tärkeitä seikkoja. Tutkimuksien mukaan masennuksesta toipuminen vie sitä kau-

emmin aikaa, mitä nuorempana masennus on alkanut. Masennuksen pitkä kesto ennen hoidon aloittamista hidastaa toipumista. (Karlsson 2008.)

Masennus voi johtaa elämänhalun menetykseen ja itsetuhoisuuteen. Kaikki vaikeimmatkaan mielenterveyden häiriöt eivät tule esille terveydenhuollon seuloissa, kuten mielialakyselyissä. (Haasjoki ym. 2010, 28.) Vaikea masennus estää kasvavaa lasta tai nuorta käyttämästä kykyjään ja sosiaalisia taitojaan. Masennus vaikuttaa hyvin usein huonontavasti koulumenestykseen, joka taas vaikuttaa jatko-opintomahdollisuuksiin ja näin kauaskantoisestikin nuoren tulevaisuuteen. (Friis ym. 2004, 117; Karlsson ym. 2007, 11.)

On arvioitu, että 20–30 %:lle vakavan masennusjakson sairastaneista nuorista kehittyy kaksisuuntainen mielialahäiriö. Usein masentuneet lapset ja nuoret tulevat hoitoon kovin myöhään ja osa hyvinkin vaikeaoireisina. Pitkäaikaiseen ja hoitamattomaan masennukseen liittyy suuri kuolleisuus nuorena aikuisena. (Friis ym. 2004, 117; Haarasilta & Marttunen 2000.) Nuoruusiällä sairastettu masennusjakso altistaa sairastumista masennukseen ja muihin mielenterveyden häiriöihin myöhemmin elämässä. Nuoren masennustiloihin liittyy myös kohonnut riski päihteiden väärinkäyttöön sekä itsetuhoisuuteen, sekä nuoruudessa että tulevaisuudessa. Nuorten depressiotutkimuksessa noin 65 %:lla on todettu itsemurha-ajatuksia ja noin 30–50% on tehnyt yhden tai useamman itsemurhayrityksen. (Karlsson ym. 2007, 8.)



## 4 KOULU- JA OPISKELUTERVEYDENHUOLTO

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto on lakisääteistä. Kansanterveyslaki (1972) velvoittaa kuntia järjestämään kouluterveydenhuollon palvelut perusopetuksen piiriin kuuluville oppilaille. Kuntien on myös mahdollistettava opiskeluterveydenhuolto kunnan muissa oppilaitoksissa opiskeleville henkilöille huolimatta heidän kotipaikkakunnistaan. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluihin kuuluvat terveyden- ja sairaanhoidon palvelut, mielenterveyspalvelut ja suun terveydenhuolto. Yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen vastaavat palvelut voidaan järjestää myös jollain muulla sosiaali- ja terveysministeriön hyväksymällä tavalla. Myös mielenterveyslaissa (1990) viitataan kansanterveislain määräyksiin kunnan asukkailleen järjestämistä mielenterveyspalveluista. Mielenterveyslaki painottaa erityisesti ehkäiseviä mielenterveyspalveluita.

Lastensuojelulaki (2007) velvoittaa kuntia järjestämään koulupsykologi- ja koulukuraattoripalveluita, jotka antavat oppilaille riittävän tuen ja ohjauksen koulunkäyntiin sekä mahdollistavat oppilaiden kehitykseen liittyvien sosiaalisten ja psyykkisten vaikeuksien ehkäisemisen ja poistamisen. Palveluilla tulee edistää myös koulun ja kodin välisen yhteistyön kehittämistä. Suomessa oppilaalla on myös perusopetuslain (1998) mukaan oikeus saada maksutta opetukseen osallistumisen edellyttämä tarvittava oppilashuolto. Oppilashuolto tarkoittaa oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä.

Terhon (2000, 32–45) mukaan kouluterveydenhuollon lakisääteisyyden perusta on, että kaikilla koululaisilla ja opiskelijoilla tulee olla tasarvoiset oikeudet ja mahdollisuudet terveydenhuollon palveluihin. Kouluterveydenhuollosta on tehty myös muita suosituksia, esimerkiksi Lääkintöhallituksen ja Stakesin toimesta. Niiden mukaan kouluterveydenhuollon toiminnan tulee olla suunniteltua ja jatkuvaa. Henkilöstölle tulee varata riittävästi aikaa toiminnan suunnittelua, järjestämistä, toteuttamista ja seurantaan varten sekä varsinaisena kouluaikana että lukuvuoden loputtua ja ennen sen alkua. Kouluterveydenhuollon keskeiset tavoitteet ovat oppilas-kohtainen, kouluyhteisön ja -ympäristön terveydenhuolto sekä terveystkasvatus.

### 4.1 Resurssit koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa

Kouluterveydenhuollossa tulisi Sosiaali- ja terveysministeriön laatusuosituksen mukaan olla 600 oppilasta kokopäivätoimista kouluterveydenhoitajaa ja 2100 oppilasta lääkäriä kohden. Opiskeluterveydenhuollossa samat

luvut ovat 800 opiskelijaa terveydenhoitajaa ja 3000 lääkäriä kohden. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010, Opiskeluterveydenhuollon opas 2006.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksen mukaan kouluterveydenhuollossa oli vuonna 2009 keskimäärin 576 oppilasta kokopäivätoimista kouluterveydenhoitajaa ja 7 123 oppilasta kokopäivätoimista koululääkärinä kohden. Opiskeluterveydenhuollossa vastaavat luvut olivat 875 opiskelijaa yhtä terveydenhoitajaa ja 13 838 opiskelijaa koululääkärinä kohden. Suositus asiakasmäärästä yhtä terveydenhoitajaa kohden toteutui kouluterveydenhuollon osalta 59 %:ssa kouluista ja opiskeluterveydenhuollon osalta 42 %:ssa oppilaitoksista. Lääkäreitten osalta suositusmäärät toteutuivat ainoastaan 5 %:ssa kouluterveydenhuollon paikoista ja 10 %:ssa opiskeluterveydenhuollon laitoksista. Vuoden 2008 vastaavaan tutkimukseen verrattuna kaikki edellä mainitut tutkimustulokset vaikuttavat hieman parantuneen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.) Lääninhallitusten tekemien tutkimusten mukaan myös koulukuraattoreista, koulupsykologeista ja erilaisista terapiapalveluista, esimerkiksi puhe-, ravitsemus- tai fysioterapiasta, on puutetta. (Jakonen 2006, 157.)

Kouluterveydenhuollon resurssipulasta on viime aikoina keskusteltu paljon. Opettaja-lehden artikkelissa (Ainasoja 2009) asiasta ollaan sitä mieltä, että kouluterveydenhuollon resurssit olisi nostettava kunnissa suositusten asettamalle tasolle. Tällöin moni alkava ongelma havaittaisiin ja pystyttäisiin korjaamaan ennen kuin ne olisivat niin suuria, että vaatisivat jo kallista erikoissairaanhoidoa tai lastensuojelua. Kunnat eivät noudata laatusuosituksen määrittelemää henkilöstömitoitusta ja henkilöstövaje vaikuttaa terveystarkastusten määrään sekä laatuun. Näin mielenterveysasioille ei jää tarpeeksi tilaa, vaikka lasten ja nuorten psyykkisen hyvinvoinnin arviointi ja tukeminen nähdään yhtä olennaisena osana kouluterveydenhuoltoa kuin fyysisen kehityksen seuranta.

Muhosen (2008) opinnäytetyötutkimuksen mukaan kouluterveydenhuollon palvelujen suunnittelusta ja arvioinnista huolehtivat terveydenhoitajat. Kouluterveydenhuollon resurssit olivat tutkimusaineiston mukaan riittämättömät, koska oppilasmäärät olivat suuret. Koululääkärin palveluita ja koululaisten mielenterveyspalveluita oli tulosten mukaan liian vähän. Koululaisen terveyden seuranta ei toteutunut vuosittain, vaikka kouluterveydenhuollon laatusuositukset näin ohjeistavat. Opinnäytetyön tulosten mukaan terveydenhoitajat pystyivät kuitenkin arvioimaan koululaisen terveyttä laaja-alaisesti tekemissään terveystarkastuksissa. Terveydenhoitajien keskuudesta nousi monia kehittämishaasteita, mutta myös mielipiteitä niiden toteutumismahdollisuuksista. Suurimpana esteenä esiin nousi resurssien riittämättömyys.

## 4.2 Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon merkitys nuorelle

Koululla on keskeinen rooli lasten ja nuorten elämässä. Koulu ei ole ainoastaan oppimisympäristö vaan yhteisö, jonka jäsenyydellä on nuorille monenlaisia merkityksiä ja vaikutuksia heidän terveyteensä. Monet tekijät, jotka vaikuttavat terveyteen ja käyttäytymiseen, ovat lähtöisin ihmisen omasta elinympäristöstä. Sen vuoksi on tärkeää, että koko kouluyhteisö toimii terveyden edistämiseksi. (Jakonen 2006, 157–164.) Koulu on kenties ainoa instituutio, jossa on mahdollisuus vaikuttaa jokaisen kehittyvän nuoren elämään. Aikuistuvien nuorten mielenterveyden tukemisessa toisen asteen oppilaitokset ovat avainasemassa. Vaikka suurin osa nuorista selviytyy kouluajasta hyvin, jokaisessa koulussa on nuoria, jotka kokevat hyvin kuormittavia kriisejä. Ilman asianmukaista tukea ongelmat pahentuvat. Kriisin keskellä nuori ei aina osaa tai uskalla itse hakea apua ja onkin tärkeää, että nuoren elämään kuuluvat aikuiset osaavat arvioida tilannetta ja tukea nuorta avun saannissa. (Haasjoki ym. 2010, 13.)

Nurminen ja Piironen tutkivat nuorten tarvitsemaa mielenterveyden tukea ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoitten näkökulmasta Hämeenlinnassa vuonna 2008 (28–35). Heidän tutkimuksessaan yli puolet vastanneista (69,1 %) oli käynyt terveydenhoitajalla terveyshaastattelussa ja reilulla 82 % olisi ollut siihen mahdollisuus. Kaikista vastanneista hieman yli 64 % ei ole keskustellut vastaanotolla mielenterveysasioista. Opiskelijoitten tietämys käytettävissä olevista mielenterveyspalveluista oli huono. Lähes 80 % vastaajista kertoi, että ei tiedä mihin päin kääntyä jos tarvitsee mielenterveyden tukea. Tutkimustuloksista käy myös ilmi, että nuorten mielestä terveellisestä ruokavaliosta ja liikunnasta keskustellaan riittävästi. Nuoret eivät kuitenkaan koe saaneensa keskustella tarpeeksi esimerkiksi itsetuhoisuudesta, itsetunto-ongelmista ja koulunkäyntivaikeuksista. Terveystieteiden vastaanotolla käyneistä vain 8,8 % vastasi keskustelleensa mielenterveysasioista, mutta tutkijat epäilivät, että opiskelijat eivät ehkä olleet ymmärtäneet mielenterveys-käsitteen laajuutta. Heidän mielestään nuoret helposti käsittävät mielenterveys-termin hyvin voimakkaana ja negatiivisena, eivätkä ymmärrä siihen kuuluvan enimmäkseen pieniä ja jatkuvaisia asioita.

Kouluterveydenhoitaja ja -lääkäri ovat avainasemassa masentuneiden nuorten löytämisessä ja hoitoon ohjaamisessa. Masentunut nuori ei välttämättä tunnista oireitaan ja avun tarvetta, eikä osaa hakea apua. (Jakonen 2006, 158.) Nuorten ensisijainen hoitava taho mielenterveysasioissa on koulu- ja opiskeluterveydenhuollon/oppilashuollon työryhmä tai terveyskeskus. Niiden tarjoamalla selvityksellä ja hoidolla noin puolet oireilevista nuorista tulee autetuksi. Koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon voidaan hakeutua helposti ilman lähetettä soittamalla tai menemällä suoraan vastaanotolle. Jos koulun resurssit ja hoitomuodot osoittautuvat riittämättömiksi, nuori lähetetään eteenpäin. (Nuorisopsykiatria 2009.)

Yksi kouluterveydenhuollon tärkeistä tehtävistä on suomalaisten kansantautien, esimerkiksi mielenterveysongelmien ehkäisy. On sanomattakin selvää, että ongelmien ennaltaehkäisy on mielekkäämpää kuin oireiden puhkeamisen odottaminen, hoito ja kuntoutus. Kouluterveydenhuollon merkitys sairauksien ennaltaehkäisyssä on suuri, sillä nuoruusiällä voi vaikuttaa pysyvästi koko pitkää edessä olevaan elämään. (Terho 2000, 33.) Terveystarkastuksilla pyritään löytämään koululaisten ja opiskelijoiden joukosta henkilöt, joiden riski sairastua mielenterveyden häiriöön on suurentunut sekä aikaisemmin tunnistamatta jääneet ongelmat. Huomiota tulisi kiinnittää vaikeassa elämäntilanteessa eläviin, oppimisvaikeuksista kärsiviin sekä sosiaalisilta taidoiltaan heikompiin lapsiin ja nuoriin. (Puura 2004, 382–383.)

#### 4.3 Terveydenhoitajan työ kouluissa ja oppilaitoksissa

Kouluterveydenhoitajan työ on melko itsenäistä. Se edellyttää hyvää osaamista niin terveyden edistämisen kuin sairaanhoidonkin tasolla, mutta myös hyvää yhteistyökykyä ja jatkuvaa itsensä kehittämistä sekä koulutautumista. Oppilaat ja opiskelijat tuntevat kouluterveydenhoitajan yleensä hyvin. Hän on usein paikalla ja tapaa oppilaita useimmiten kahden kesken. Terveystarkastusten yhteydessä syntyvä tuttavuus auttaa nuorta hakeutumaan oma-aloitteisesti terveydenhoitajan luokse muissakin asioissa. Koulussa kouluterveydenhoitaja on sillanrakentaja nuorten ja aikuisten välillä, sillä kasvava nuori tarvitsee kuulevia aikuisia. Luottamuksellinen vuorovaikutus nuoren ja kouluterveydenhoitajan välillä on työn onnistumisen edellytys. Sujuva yhteistyö koululääkärin kanssa ja häneltä saatava konsultaatioapu ovat terveydenhoitajalle välttämättömiä. (Ruski 2000, 47–50.) Terveydenhoitajalta saatu taustatieto on taas vuorostaan lääkärille arvokasta, kun hän tekee oppilaille lääkärintarkastuksia tai pitää sairastaanottoa. Terveydenhoitajan kyky saada nuorten luottamus vaikuttaa oleellisesti myös lääkärin työhön, sillä yleensä oppilaat tulevat lääkärille terveydenhoitajan kautta. (Laakso & Sohlman 2000, 60.)

Terveydenhoitaja osallistuu myös koulun oppilashuoltoryhmään. Ryhmään kuuluvat lisäksi koulukuraattori- ja psykologi, koululääkäri, rehtori, opettaja ja/tai erityisopettaja. Yhteistyö on tärkeää. Lasten ja nuorten parissa työskentelevien ammattilaisten käsitykset täydentävät toisiaan ja näin saadaan laajempi kuva kyseessä olevasta aiheesta. Jokaisella ammattilaisella on ryhmässä oma asiantuntijarooli. Ongelmatilanteessa se ryhmän jäsen, jonka luokse nuori hakeutuu, on päävastuussa ongelman selvittelystä. Ryhmän kaikki jäsenet ovat vaitiolovelvollisia ja myös luottamus ryhmän sisällä on tärkeää. Yhteistyössä oppilashuoltoryhmän kanssa ovat oppilaan perhe ja ystävät, muu kouluhenkilökunta esimerkiksi opinto-ohjaaja sekä muut tahot. Muita yhteistyökumppaneita voivat olla esimerkiksi terveyskeskus, sosiaalitoimi, poliisi, seurakunnan nuorisopalvelut sekä kunnan päihde- ja psykiatriset palvelut. (Laakso & Sohlman 2000, 60–66.)

## 5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Tutkimustavaksi valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Tutkimuksella ei pyritty löytämään absoluuttisia totuuksia ja taulukoiksi muunnettavia määriä, vaan haluttiin selvittää tutkittavien terveydenhoitajien kokemuksia ja mielipiteitä. Tutkittavien määrä haluttiin pitää melko pienenä ja kysymykset syvällisempinä. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2009, 160) toteavat, että kvalitatiivisessa tutkimuksessa on yleensä pyrkimyksenä löytää tai paljastaa uusia faktoja. Tutkimusta tehdessä tutkijan täytyy kiinnittää erityistä huomiota objektiivisuuteensa. Myöskään tutkijan ei saisi antaa omien arvolähtökohtiensa vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin, mutta siltä ei kuitenkaan voi aina välttyä täysin. Vilkan (2005, 97–98) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena ei olekaan todentaa jo olemassa olevia väittämiä, vaan lähtökohtina ovat aina ihmisen käsitykset ja kokemukset.

Laadullista tutkimusta ja sen luotettavuutta kritisoidaan usein pienestä vastaajamäärästä, subjektiivisuudesta sekä satunnaistamisen ja yleistettävyyden puutteesta. Tällöin on kuitenkin kyse laadullisen tutkimuksen arvioinnista määrällisen tutkimuksen näkökulmasta ja tutkimustavan kritisointi juuri sen ominaispiirteistä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta on tarkasteltava aina sen omista lähtökohdista käsin. Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on aina ihminen, hänen elämänsä ja niihin liittyvät merkitykset. Terveystieteissä tutkimuksen mielenkiinnon kohteena ovat yleensä ihmisen terveys ja siihen liittyvät asiat. Tutkimus antaa vapaudet hyvin erilaisille aineistonkeruumenetelmille. Määrällisen tutkimuksen tapaan tilastollisesti yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada, koska ollaan tekemisissä kertomuksien, tarinoiden ja merkityksien kanssa. Tutkimustavasta huolimatta tärkeintä tutkimuksessa on kuitenkin, että se tehdään huolellisesti, eettisiä periaatteita ja menetelmällistä tarkkuutta noudattaen. (Kylmä ym. 2007, 16–134.)

### 5.1 Tutkimuskysymys

Tämä tutkimus käsittelee nuorten masennuksen tunnistamista koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa terveydenhoitajan näkökulmasta. Varsinainen tutkimuskysymys on, että millaisia valmiuksia terveydenhoitajat kokevat saaneensa terveydenhoitajakoulutuksesta nuorten masennuksen tunnistamiseen. Haluttiin myös tietää, miten se onnistuu käytännön työssä ja miten resurssit riittävät.

Lopullisessa kyselylomakkeessa (liite 1) on neljä avointa kysymystä. Ensimmäinen kysymys koskee terveydenhoitajan valmistumisvuotta. Tällä haluttiin tietää vaikuttaako tutkinnon tuoreus vastauksiin, esimerkiksi on-

ko mielenterveysongelmien painottaminen koulutuksessa muuttunut vuosien varrella. Toinen kysymys lomakkeessa on varsinainen tutkimuskysymys eli millaisia valmiuksia nuorten masennuksen tunnistamiseen vastaaja on kokenut saaneensa terveydenhoitajakoulutuksesta. Tällä kysymyksellä pyrittiin hahmottamaan mielenterveysopintojen määrää ja laatua sekä erityisesti nuoruuden huomioimista.

Kyselylomakkeen kolmannessa kysymyksessä haluttiin kartoittaa terveydenhoitajien tietämystä nuorten masennuksesta ja sen tunnistamisesta sekä minkälainen työkokemustausta terveydenhoitajalla on nuorten parissa. Kysymys käsitteli terveydenhoitajan työssä havaitsemia masennuksen tunto-merkkejä nuorilla ja minkä ikäisten nuorten parissa terveydenhoitaja on urallaan työskennellyt. Neljäs kysymys oli masentuneitten nuorten tunnistamisen onnistuminen käytännön työssä ja millaisiksi terveydenhoitaja koki mahdollisuutensa siinä. Tällä pyrittiin selvittämään miten terveydenhoitajien suhtautumista nuorten masennuksen tunnistamiseen työssään ja resurssien riittävyyttä.

## 5.2 Tutkimuksen kulku

Haaveena oli aluksi tutkia haastattelemalla henkilökohtaisesti noin kymmentä terveydenhoitajaa eri puolilta Suomea. Haave kariutui nopeasti ajan ja resurssien puutteessa. Olisi pitänyt hankkia tutkimusluvat monesta eri paikasta, matkustaa, haastatella, nauhoittaa, purkaa ja niin edelleen. Tutkimus päätettiin siis toteuttaa opiskelupaikkakunnalla Hämeenlinnassa, jolloin selvittäisiin yhdellä tutkimusluvalla. Tutkimuslupa täytyy pyytää aina haastateltavan esimieheltä, joka tässä tapauksessa on kaikilla sama eli Hämeenlinnan kaupunki, tarkemmin sanottuna koulu- ja opiskeluterveydenhuollon yhteyshenkilö. Yhteyshenkilölle lähetettiin opinnäytetyön teoriaosuus, tutkimussuunnitelma sekä kyselylomake ja tutkimuslupa saatiin.

Monelle ihmiselle on syntynyt hyvinkin kielteinen asenne kyselyiden täyttämiseen. Monet kyselyt ovat huonosti suunniteltuja ja muotoiltuja sekä monesti aivan liian pitkiä ja tylsiä. Niihin on ikävä vastata, joten ihminen mieluummin kieltäytyy. (Hirsjärvi ym. 2009, 198.) Alun perin oli suunniteltu, että kyselylomakkeet vietäisiin terveydenhoitajille henkilökohtaisesti, jolloin he sitoutuisivat paremmin vastaamaan. Kyselyä ei haluttu lähettää esimerkiksi sähköpostitse, sillä sieltä se on niin helppo poistaa edes ajattelematta asiaa enempää. Koska haluttiin laadukkaita tutkimustuloksia, haluttiin myös motivoida kyselyyn vastaajia. Tavoitteena oli saada tutkimukseen mukaan 3-5 terveydenhoitajaa.

Yhteyshenkilö Hämeenlinnan kaupungilta suositteli useampaa terveydenhoitajaa, joilla voisi olla aikaa ja motivaatiota osallistua tutkimukseen. Ajanpuutteen vuoksi piti tyytyä soittamaan ja kysymään haluaisivatko terveydenhoitajat vastata kyselyyn. Suostumuksien jälkeen kyselyt postitet-

tiin. Yhteensä neljä kyselylomaketta lähetettiin ja täytettyinä takaisin palautui kolme.

### 5.3 Sisällönanalyysi

Tämän opinnäytetyön tutkimus analysoitiin käyttämällä kvalitatiivista sisällönanalyysiä. Analyysin tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla. Kvalitatiivinen sisällönanalyysi on vanha analyysimenetelmä ja perustyöväline kaikessa laadullisessa aineiston analyysissä. (Kylmä & Juvakka 2007, 110–112.)

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston keruun, käsittelyn ja analyysin erotelu toisistaan tarkkarajaisesti on joskus mahdotonta. Haastattelija voi esimerkiksi tarkentaa kysymyksiään jo haastattelun aikana analysoituaan edellisiä vastauksia. Tällöin aineiston keruu ja analysointi tapahtuvat samanaikaisesti. Laadullisessa tutkimuksessa myös tutkimustehtävät voivat tarkentua vielä aineiston keruun tai analyysin aikana. (Kylmä & Juvakka 2007, 110–117.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisten merkitysten perusteella. Aineisto siis ohjaa luokittelun ja aineistolähtöisyydessä on keskeistä se, että aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolähtöisyys heikentyy jos aineisto pakotetaan tiettyyn muottiin eikä tutkimuksen tekijä tule pohtineeksi muita mahdollisuuksia aineiston jäsentämiseen. Sisällönanalyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat. Analyysissä ei siis tarvitse analysoida kaikkea tietoa, vaan siinä haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä ym. 2007, 112–117.) Haasteena tässä analyysitavassa on koko aineiston riittävä ymmärtäminen. Jos tutkija ei pysty sisäistämään koko aineistoa, hän ei pysty ryhmittelemään käsitteitä eikä luomaan pääkategorioita. Tämä voi johtaa tutkimustulosten vääristymiseen. (Hsieh & Shannon 2005, 1279.)

Yksityiskohtaisessa analyysissä on kolme vaihetta: pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. Pelkistämisestä voidaan käyttää myös ilmaisua tiivistäminen. Idea on sama eli aineiston merkitykselliset ilmaisut tiivistetään muutamiksi sanoiksi niin, että jäljelle jää vain olennaisin sisältö. Toisessa vaiheessa pelkistettyjä ilmauksia vertaillaan ja etsitään sisällöllisesti samankaltaisuuksia, joiden perusteella ilmaukset ryhmitellään. Tutkimusaineisto ja tutkimuksen tekijän tulkinta ohjaavat ryhmittelyä. Ilmauksien yhdistelyn jälkeen jokainen ryhmä nimetään niin, että ryhmän nimi kattaa jokaisen sen alle kuuluvan ilmaisun. Ryhmittelyssä voi olla useitakin vaiheita, joissa voi syntyä erilaisia ala- ja yläluokituksia. Yläluokitukset muodostetaan samaan tapaan kuin muutkin luokat eli yhdistämällä sisällöllisesti samanlaisia ryhmiä. Ryhmittelyssä on tärkeää koko ajan arvioida

tehtyä työtä, ettei se mene liian pitkälle. Tulosten informaatioarvo voi vähentyä liian suurpiirteisestä tai muuten huolimattomasta luokittelusta. Aineiston abstrahointi on mukana myös molemmissa aikaisemmissa vaiheissa. Abstrahoinnissa kannattaa muistaa, että ei pyri liian nopeasti ja voimakkaasti nostamaan aineiston abstraktiotasoa. Aineiston lopullinen analyysi perustuu induktioon ja antaa vastauksen tutkimuksen tarkoitukseen ja tehtäviin. (Kylmä ym. 2007, 116–119; Hsieh ym. 2005, 1279.)

Tämän opinnäytetyötutkimuksen aineiston analysointi oli pitkä prosessi. Aluksi oli tärkeää karsia pois ylimääräinen tieto ja keskittyä vain olennaiseen eli asioihin, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Seuraavassa vaiheessa aineistosta eroteltiin kaikki erilaiset asiasisällöt ja kirjattiin ne tiivistettyinä toiselle paperille. Lyhenneltyjä ilmaisuja mallailtiin keskenään yhteen sopiviksi ryhmiksi värikoodeja apuna käyttäen. Lopulliset ryhmät muokkautuivat vasta useamman erilaisen hahmottelun jälkeen. Pyrittiin muodostamaan ryhmät, jotka parhaiten vastasivat tutkimuskysymyksiin. Ryhmät nimettiin niihin kuuluvien ilmaisujen perusteella. Ryhmien yläluokitukset muodostuivat jo nimettyjen alaluokkien perusteella samalla tavalla kuin aikaisemmatkin ryhmät ja niiden nimet. Koko analysointiprosessin ajan aineisto ja tutkimuskysymykset ohjasivat tehtävää työtä. Ryhmittelyssä ja abstrahoinnissa pyrittiin maltillisuuteen, että tutkimuksen tulos säilyisi mahdollisimman luotettavana sekä vastaisi parhaiten tutkimuksen tarkoitukseen.

#### 5.4 Eettiset kysymykset

Tutkimuksen tekemisen eettiset haasteet alkavat tutkimuksen suunnittelusta ja jatkuvat aina julkaisemiseen asti eli koskettavat koko tutkimusprosessia. Eettisten ohjeiden suhteen lainsäädäntö on ensisijainen tutkimusta ohjaava tekijä. Lähtökohtana säädöksissä on tutkimukseen osallistuvan ihmisen yksityisyyden ja koskemattomuuden turvaaminen. Epäonnistuminen eettisissä kysymyksissä saattaa viedä pohjan koko tutkimukselta. (Kylmä ym. 2007, 137–142.)

Tutkimuksen tekijän vastuu on laaja-alainen, sillä tutkimuksen vaikutukset voivat ulottua hyvinkin kauas tulevaisuuteen tai koskettaa lukuisia ihmisiä. Aiheen valinta ja tutkimuskysymysten muodostaminen ovat merkittäviä eettisiä ratkaisuja. Aiheen valinnassa on tärkeää pohtia sen oikeutusta, sillä tutkimuksen on aina rakennettava terveystieteiden tietoperustaa, pelkkä uteliaisuus tutkittavaan aiheeseen ei riitä. Terveystutkimuksessa aiheen eettisyyttä pohdittaessa täytyy ottaa huomioon myös tutkimuksen sensitiivisyys. Se voi perustua esimerkiksi tutkittavan ilmiön arkuuteen. Hyvin monet terveystutkimuksen aihepiirit voidaan nähdä sensitiivisinä, mutta tietoa näistä asioista tarvitaan esimerkiksi terveydenhuollon ja hoidon kehittämiseen. Terveystutkimuksen toteuttamisessa on aina arvioitava myös tutkimukseen osallistujan haavoittuvuutta. Myös tutkimuksen ana-



lysointivaiheessa on tärkeää noudattaa hyviä eettisiä periaatteita esimerkiksi tutkimuksen vastaajien anonymiteettiä kunnioittaen. Tutkimustulosten raportointi on tutkimuksen tekijän velvoite, johon eettisyys liittyy vahvasti. Yksi tärkeä tutkimustyötä ohjaava eettinen periaate on oikeudenmukaisuus. (Kylmä ym. 2007, 143–154.)

Tutkittavalta on aina saatava suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistuvaa henkilöä on myös informoitava tutkimuksen tarkoituksesta, menettelytavoista ja muista olennaisista asioista, kuten mihin tutkimuksesta saatavaa tietoa on tarkoitus käyttää. Tutkittavan anonymiteettiä on kunnioitettava ja luottamuksellisuus tutkimusprosessin aikana on taattava. Lisäksi tutkimukseen osallistuvan henkilön tulee olla tietoinen mahdollisuudestaan vetäytyä tutkimuksesta ja kehen ottaa yhteyttä, mikäli haluaa lisätietoja. (Kylmä ym. 2007, 149.)

Tämän opinnäytetyön tutkimusta varten haettiin tutkimuslupa vastaajien esimieheltä (liite 2). Terveystieteille soitettiin ja kysyttiin halua osallistua tutkimukseen, jonka jälkeen kyselylomakkeet postitettiin vastaajiksi suostuneille. Kyselylomakkeen (liite 1) ensimmäisellä sivulla on kirje vastaajille, jossa kerrotaan tarvittavat olennaisimmat tiedot tutkimuksesta ja tutkijan yhteystiedot mahdollisia lisätiedusteluja varten. Tutkittavat vastasivat tutkimukseen nimettömänä ja heidän yksityisyytensä suojeltiin. Opinnäytetyössä ei esimerkiksi kerrota kenenkään terveydenhoitajan valmistumisvuotta, vaan luvut jaoteltiin ryhmiksi viiden vuoden tarkkuudella. Koko tutkimusprosessin ajan noudatettiin hyviä eettisiä periaatteita.

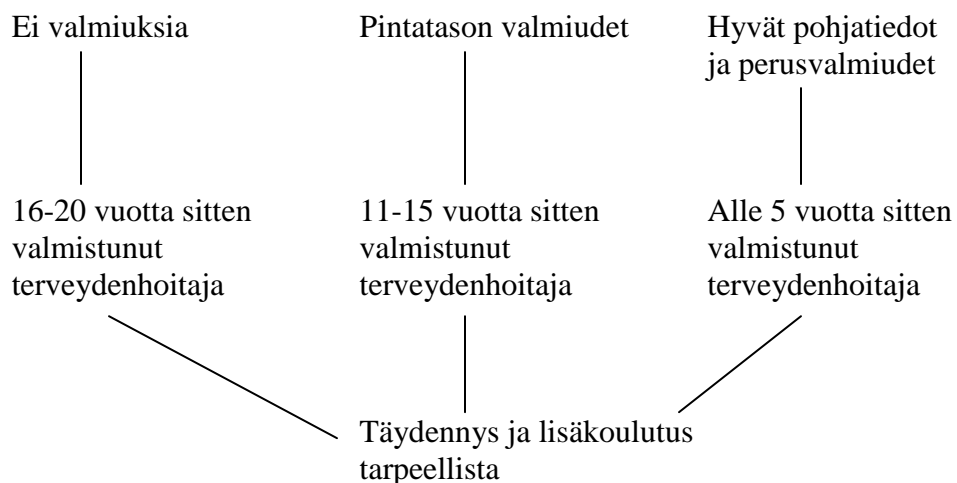
## 6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä määrällisen tutkimuksen tyyliin yleistyksiin vaan tutkimuksen tarkoituksena on ilmiön rikas kuvaaminen, syvälinen ymmärtäminen ja mielekkään tulkinnan antaminen. Tutkimuksen toteuttamiseksi ei ole tarkkaa viitekehystä, kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa, vaan aineiston analyysi on syklinen prosessi ilman tiukkoja sääntöjä. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään saamaan yhdestä tutkimuskohteesta mahdollisimman paljon irti ja jokainen tapaus käsitellään perusteellisesti. (Kananen, 2008. 24–25.)

### Kysymys 1

Ensimmäisessä kysymyksessä kysyttiin terveydenhoitajan valmistumisvuotta. Anonymiteetin säilyttämiseksi vastaukset lajiteltiin ryhmiin viiden vuoden tarkkuudella. Ryhmät olivat 0–5 vuotta, 6–10 vuotta, 11–15 vuotta sekä 16–20 vuotta sitten valmistuneet. Vastaajia oli kolme, joista yksi sijoittui ensimmäiseen (0–5 vuotta sitten valmistuneiden) ryhmään, toinen 11–15 vuotta sitten valmistuneitten ryhmään ja kolmas viimeiseen (16–20 vuotta sitten valmistuneiden) ryhmään.

### Kysymys 2



Kuvio 2 Terveydenhoitajakoulutuksesta saadut valmiudet nuorten masennuksen tunnistamiseen

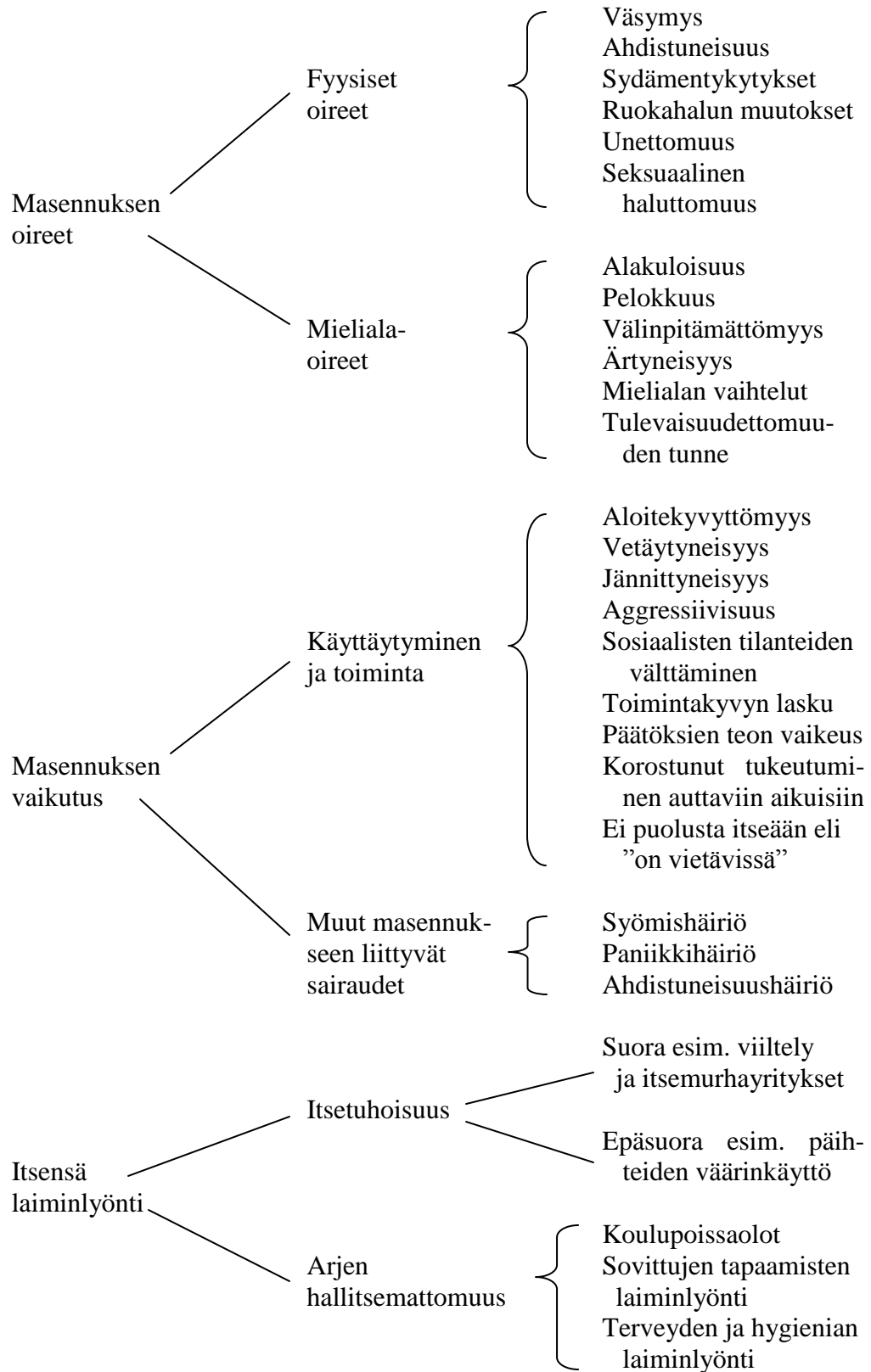
Toisessa kysymyksessä kysyttiin millaisia valmiuksia nuorten masennuksen tunnistamiseen terveydenhoitaja on kokenut saaneensa terveydenhoitajakoulutuksesta. Vastauksia tutkittiin verraten niitä ensimmäisessä kysymyksessä selvinneeseen valmistumisvuoteen.

Vastauksissa oli huomattavissa selkeä kaava tutkinnon tuoreuden ja valmiuksien kokemisen välillä. Mitä tuorempi tutkinto terveydenhoitajalla oli, sitä paremmiksi hän koki koulutuksesta saamat valmiutensa nuorten masennuksen tunnistamiseen. 16–20 vuotta sitten valmistunut terveydenhoitaja kuvaili, että tuohon aikaan ei juuri nuorten mielenterveysongelmista puhuttu, vaan keskityttiin ainoastaan aikuisiin. Hän kertoi, että ei juuri saanut koulutuksestaan eväitä nuorten masennuksen tunnistamiseen. 11–15 vuotta sitten valmistunut terveydenhoitaja kertoi saaneensa pintatason perusvalmiudet psykiatrian teoriaopinnoista ja käytännön harjoittelujaksolta. Tuoreimman tutkinnon omannut eli alle 5 vuotta sitten valmistunut vastaaja kertoi saaneensa terveydenhoitajakoulutuksesta hyvät pohjatiedot nuorten masennuksen tunnistamiseen. Myös hän kertoi opetukseen sisältyneen teorian ja käytännön harjoittelujakson. Kaikki vastaajat kuitenkin painottivat lisäkoulutuksen merkitystä käytännön työssään ratkaisevana.

### Kysymys 3

Kolmannessa kysymyksessä haluttiin selvittää terveydenhoitajien teoria-tietopohjaa masennuksen tunnistamisesta. Tässä kysyttiin myös minkä ikäisten nuorten parissa he ovat työskennelleet. Kaksi terveydenhoitajaa kertoi työskennelleensä kaikenikäisten ja yksi 16–25-vuotiaitten nuorten parissa. Kaikilla terveydenhoitajilla oli hyvä teorian tiedämys masennuksen oireista ja tunnistamisesta.

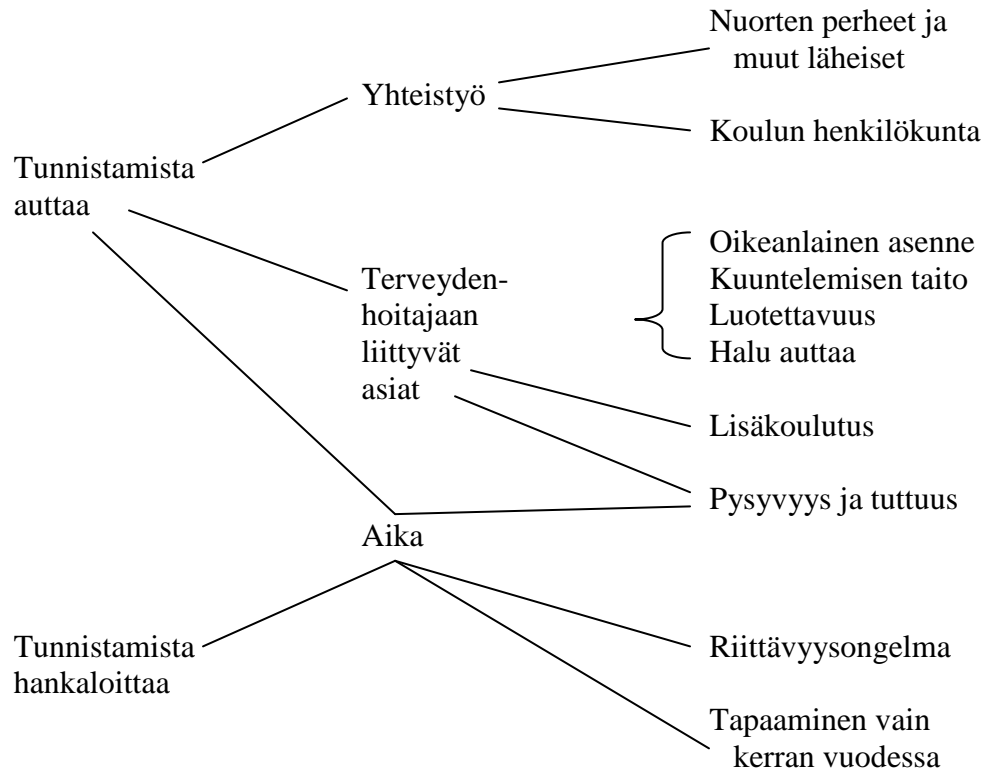
Aineisto jaoteltiin masennuksen oireisiin ja masennuksen vaikutukseen. Alakategorioina masennuksen oireissa ovat fyysiset oireet ja mielialaoireet. Fyysisiin oireisiin kuuluvat esimerkiksi väsymys ja ahdistuneisuus, kun taas mielialaoireisiin alakulaisuus ja pelokkuus. Masennuksen vaikutus jakautuu myös kahteen alakategoriaan – käyttäytyminen ja toiminta sekä muut masennukseen liittyvät sairaudet. Käyttäytymiseen ja toimintaan kuuluu esimerkiksi aloitekyvyttömyys ja vetäytyneisyys. Muita masennukseen liittyviä sairauksia ovat esimerkiksi syömishäiriö ja paniikkihäiriö. Kolmantena pääkategoriana on itsensä laiminlyönti ja sen alakategorioina itsetuhoisuus sekä arjen hallitsemattomuus. Itsetuhoisuuteen kuuluvat suora ja epäsuora itsetuho. Arjen hallitsemattomuuteen liittyy esimerkiksi koulupoissaolot ja sovittujen tapaamisten laiminlyönti.



Kuvio 3 Nuorten masennuksen tunnistaminen terveydenhoitajien kuvaamana

#### Kysymys 4

Tässä kysymyksessä haluttiin selvittää nuorten masennuksen tunnistamisen onnistumista käytännössä terveydenhoitajan työssä ja millaisiksi terveydenhoitaja itse koki tunnistamismahdollisuutensa. Vastauksissaan terveydenhoitajat eivät kertoneet suoraa vastausta kysymykseen, vaan he luettelivat tekijöitä, jotka vaikuttavat tunnistamiseen.



Kuvio 4 Nuorten masennuksen tunnistamiseen vaikuttavat tekijät käytännön työssä

Tulokset jaettiin kahteen pääkategoriaan, tunnistamista auttaviin ja hankaloittaviin tekijöihin. Auttavina tekijöinä koettiin yhteistyö eri tahojen kanssa sekä moni terveydenhoitajaan liittyvä asia. Aika oli osatekijänä kummassakin kategoriassa, muun muassa ajan puute hankaloittavana ja terveydenhoitajan tuttuus pitkältä ajalta tunnistamista auttavana tekijänä.

## 7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Mielestäni tutkimukseni onnistui hyvin ja tulokset ovat luotettavia. Tulokset ovat myös odotusteni mukaisia. Olisin toivonut hieman enemmän vastaajia, mutta ajan puutteen takia en sitten lähtenyt heitä lisää haalimaan. Olisi mielenkiintoista tietää, millaiset tulokset tällaisessa tutkimuksessa olisi ollut valtakunnallisesti. Siinä olisi hyvä jatkotutkimusaihe. Kyselykaavaketta pitää tosin kehittää ja kysymysten muotoiluun kiinnittää enemmän huomiota. Luulen, että olisin saanut vielä tarkempia ja monipuolisempia vastauksia paremmin muotoilluilla kysymyksillä. Nyt vastaajat kirjoittivat vastauksiinsa paljon myös aiheen vierestä, mikä ei hyödyttänyt tutkimustani.

Keskeisenä tutkimustuloksena esiin nousee tutkinnon tuoreus suhteessa koulutuksesta saatuihin valmiuksiin. Mitä tuorempi tutkinto vastaajalla oli, sitä parempia valmiuksia hän koki saaneensa koulutuksestaan nuorten masennuksen tunnistamiseen. Tuoreimman tutkinnon omaava eli alle 5 vuotta sitten valmistunut vastaaja kertoi saaneensa hyvät perusvalmiudet ja pohjatiedot nuorten masennuksesta. Teoriatiedot masennuksen tunnistamisesta olivat kaikilla terveydenhoitajilla hyvät. Ainoa piirre, mitä jäin heiltä kaipaamaan oli nuorille masentuneille tyypillinen ylisuoriutuminen tai yliahkeruus. Joskus masentunut voi käyttäytyä päinvastaisesti, kun yleensä ajatellaan, eli olla erittäin ahkera esimerkiksi koulussa ja olla harastuksissaan ryhmän paras. Ylenpalttinen ahertaminen on masennuksen oire ja lisäksi masentunut voi tällä tavoin tietoisesti tai tiedostamattaan peittää muita oireita.

Uutena piirteenä terveydenhoitajien keskuudesta nousi liiallinen tukeutuminen auttaviin aikuisiin. Olen itsekkin huomannut tämän masennuksen tuntomerkin eräällä harjoittelujaksollani ja keskustelimme siitä silloin ohjaajani kanssa. Masennuksen tunnistaminen tällaisissa tapauksissa voi olla haastavaa jos auttavat tahot eivät keskustele keskenään nuorten asioista. Kun auttavia henkilöitä on olemassa niin paljon, käyntejä yhdelle ei välttämättä kerry niin paljoa, että epäilykset heräisivät. Nuoren auttaminen voi olla hankalaa, jos auttavat tahot eivät pidä yhteyttä toisiinsa. Useat erilaiset neuvot eri tahoilta saattavat vain sekoittaa nuoren ajatuksia entistä enemmän.

Ehkä tärkeimpänä tutkimustuloksena kuitenkin pidän sitä, että kaikki vastaajat painottivat lisäkoulutuksen merkitystä. Jopa vasta viime vuosina valmistunut kertoi jo hankkineensa lisätietoa nuorten mielenterveysasioista. Olisiko tämä yleistettävissä? Onko niin, että koulutuksesta saamme pintaraapaisun monesta eri aiheesta ja sitten valmistumme? Valmistumisen jälkeen menemme sitten töihin oppimaan, miten niitä töitä sitten oike-

asti tehdään. Onko koulutuksemme liian suurpiirteistä? Mielestäni terveydenhoitajakoulutuksessa pitäisi olla enemmän valinnaisia kursseja, teoriaa sekä harjoittelua. Näin jokainen voisi muokata koulutuksensa juuri sellaiseksi kun haluaa.

Mielestäni saamani tutkimustulokset ovat hyödynnettävissä esimerkiksi terveydenhoitajien perusopintoja tai lisäkoulutuksia suunniteltaessa. Tutkimukseni oli hyvin paikallinen, mutta en usko tulosteni poikkeavan suuremmin mahdollisesta valtakunnallisesta tuloksesta. Toisena jatkotutkimusaiheena mieleeni nousi terveydenhoitajien mielipiteet koulutuksen kehittämistä. Haluaisin selvittää, miten nykyiset terveydenhoitajat haluaisivat kehittää koulutusta ja millaisia asioita he kokisivat siihen olevan tarpeen lisätä tai poistaa.

Tutkimukseni tulokset olivat odotusteni ja lähdemateriaalini mukaisia. Mielenterveysasioita käsitellään terveydenhoitajien peruskoulutuksessa melko pinnallisesti. Koulutuksen perustana tuntuu olevan ”jokaiselle vähän jotakin” -periaate. Viime vuosina mielenterveysosaamisen painotus koulutuksessa on lisääntynyt siihen nähden, mitä tilanne oli kymmenen tai kaksikymmentä vuotta sitten. Terveydenhoitajat olivat työssään havainneet nuorilla samoja masennuksen piirteitä, mitä olin lähdemateriaalistani opinnäytetyön teoriaosuuteen haalinut ja teoretietämys oli kaikilla vastaajilla hyvä. Aikaisemmissa tutkimuksissa todettu kouluterveydenhuollon resurssipula tuli esille myös tässä tutkimuksessa. Terveydenhoitajat kokivat ajan riittämättömyyden merkittävänä seikkana hankaloittamassa nuorten masennuksen tunnistamista. Tutkimuksissa on myös osoitettu, että koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon toivotaan enemmän mielenterveysosaamista. Terveydenhoitajat tunsivat myös oman persoonansa vaikuttavan työhön, kuten myös lähdemateriaalissa mainittiin. Terveydenhoitajan luoma luottamuksellinen vuorovaikutus nuoren kanssa vaikuttaa tutkitusti heidän välisen hoitosuhteensa lisäksi myönteisesti myös koululääkärin ja nuoren väliseen suhteeseen.

## LÄHTEET

Aaltonen, M., Ojanen, T., Vihunen, R. & Vilén, M. 1999. Nuoren aika. Porvoo: WSOY

Ahola, M. 2008. ”Perheille ei voi luvata, että he saavat apua”. Helsingin sanomat 30.10.2008.

Ainasoja, T. 2009. Kouluterveys pystyisi parempaan. Opettaja. 42/2009. 30–32

Friis, L., Eirola, R. & Mannonen, M. 2004. Lasten ja nuorten mielenterveytyö. Helsinki: WSOY

Haarasilta, L. & Marttunen, M. 2000. Nuorten depression varhaistunnistus. Teoriasta sovellukseen. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli= uut00599&p\\_teos=uut&p\\_osio=103&p\\_selaus=>](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli= uut00599&p_teos=uut&p_osio=103&p_selaus=>)> 19.12.2010

Haasjoki, E. & Ollikainen, T. 2010. Mikä sun mieltä painaa? Kriisit nuoruudessa ja mielenterveyden tukeminen koulussa. Hansaprint Direct Oy

Himberg, L., Laakso, J., Peltola, R., Näätänen, R. & Vidjeskog, J. 1999. Kehittyvä ihminen. Psykologia 2. Porvoo: WSOY

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi

Hsieh, H-F. & Shannon, S.E. 2005. Qualitative health research. Three approaches to Qualitative content analysis. <<http://qhr.sagepub.com/content/15/9/1277.full.pdf+html>> 28.4.2011

Jakonen, S. 2006. Kouluterveydenhuollon merkitys. Teoksessa Laukkanen, E., Marttunen, M., Miettinen, S. & Pietikäinen, M. (toim.). Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna: Karisto. 156–164.

Kaltiala-Heino, R. 2000. Nuorten masennus. Teoksessa Terho, P., Alalaurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.). Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 168-175.

Kananen, J. 2008. Kvali. Kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulu



Kansanterveyslaki 1972. 28.7.1972/66

Karlsson, L. 2008. Varhainen tunnistaminen avainasemassa nuorten masennuksen hoidossa. <  
<http://www.poliklinikka.fi/?page=1497210&id=6263035>> 3.1.2011

Karlsson, L. & Marttunen, M. 2007. Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2007

Kemppinen, P. 2000. Lasten ja nuorten tunne-elämän häiriöt. Vantaa: Kannustusvalmennus P. & K. Oy

Koffert, T. & Kuusi, K. 2009. Depressiokoulu. Opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. Työkirja. SMS-tuotanto Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita publishing Oy

Laakso, J. & Sohlman, A. 2000. Yhteistyö kouluterveydenhuollossa. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim). Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 60–66.

Lastensuojelulaki 2007. 13.4.2007/417

Lämsä, A-L. (toim.) 2009. Mun on paha olla. Näkökulmia lasten ja nuorten psyykkiseen hyvinvointiin. Juva: PS-kustannus

Marttunen, M. & Haarasilta, L. 2010. Nuorten masennus. <  
[http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Nuorten\\_masennus](http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Nuorten_masennus)>  
5.12.2010

Melartin, T & Vuorilehto, M. 2009. Masennus. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino. 29–34.

Mielenterveyslaki 1990. 14.12.1990/1116

Muhonen, K. 2008. Koululaisten terveyden edistäminen kouluterveydenhuollon laatusuosituksen mukaisesti. Laurea -ammattikorkeakoulu. Opin- näytetyö.

Noppiari, E. 2004. Lapsen ja nuoren mielenterveyden edistäminen. Teoksessa Koistinen, P., Ruuskanen, S. & Surakka, T. (toim.) 2004. Lasten ja nuorten hoitotyön käsikirja. Hämeenlinna: Tammi. 312–336.

Nuorisopsykiatria. 2009. <<http://psykiatria.vsshp.fi/fi/4990>> 6.12.2010

Nurminen, M. & Piironen, H. 2008. Nuorten tarvitsema mielenterveyden tuki. Ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoiden kokemuksia. Hämeen ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.

Onnia, R. 2000. Terveystenhoito ammattioppilaitoksissa. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 218–227.

Opiskeluterveydenhuollon opas. 2006. Julkaisuja 12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö

Perusopetuslaki 1998. 21.8.1998/628.

Puura, K. 2004. Perusterveydenhuollon lastenpsykiatria. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 381–383.

Rantanen, P. 2004. Nuoruusikä. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 46–49.

Roivainen, E. 2008. Beckin depressioasteikon tulkinta. <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo97613.pdf>> 13.12.2010

Ruski, S. 2000. Kouluterveydenhoitajan tehtävät. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 45–51.

Räsänen, E. 2004. Mielialahäiriöt ja itsetuhokäyttäytyminen. Teoksessa Moilanen, I., Räsänen, E., Tamminen, T., Almqvist, F., Piha, J. & Kumpulainen, K. (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 218–232.

Salo, M. & Luukkainen, P. 2008. Maailman terveimmistä vauvoista tulee sairaita aikuisia. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 10/2008

Terho, P. 2000. Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja merkitys. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim. 32–36.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2008. Psykiatrian erikoisalan laitoshoido. <[http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr04\\_10.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2010/Tr04_10.pdf)> 5.12.2010

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2010. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon resurssit suhteessa suosituksiin. <[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/tilastot/koulu\\_ja\\_opiskeluterveydenhuollon\\_resurssit](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/tyon/tilastot/koulu_ja_opiskeluterveydenhuollon_resurssit)> 6.12.2010

Tolonen, P. (toim.). 1996. Huomatkaa myös mut! Nuorten kirjoituksia itsetuhosta. 2. painos. Saarijärvi: Gummerus

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

## KYSELYLOMAKE

Hei!

Olen viimeisen vuoden terveydenhoitajaopiskelija Hämeen ammattikorkeakoulusta Hämeenlinnasta ja teen parhaillaan opinnäytetyötäni aiheesta ”Nuorten masennuksen tunnistaminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, terveydenhoitajan koulutuksesta saamat valmiudet” (työnimi). Haluaisin haastatella sinua aiheesta tällä kyselylomakkeella.

Opinnäytetyössäni pyrin selvittämään millaisia valmiuksia terveydenhoitajat kokevat saaneensa nuorten masennuksen tunnistamiseen **terveydenhoitajan peruskoulutuksesta**. Lisäkysymyksinäni ovat terveydenhoitajan havaitsemat masennuksen tuntomerkit eri-ikäisillä nuorilla sekä tunnistamiseen riittävät resurssit käytännön työssä. Nuorten mielenterveysongelmat ovat olleet nyt tapetilla monestakin syystä ja mielestäni tässä on aihetta tutkimiseen. Valitsin tutkimusaiheekseni masennuksen, sillä se on itsessään jo laaja aihe ja osasyynä sekä seurauksena muissa mielenterveysongelmissa. Halusin tutkia masennusta nimenomaan tunnistamisen näkökulmasta, sillä tunnistaminen on edellytys kaikille auttamistoimille ja se voi toisinaan olla hyvinkin haastavaa.

Olethan ystävällinen ja palautat vastauksesi kahden viikon kuluessa, **viimeistään 25.2.2011**. Ohessa on palautuskuori. Tarvittaessa voit jatkaa vastauksiasi paperin kääntöpuolelle tai erilliselle lomakkeelle. Voit myös kirjoittaa vastauksesi tietokoneella ja palauttaa tulosteena, jos haluat. Kaikki vastaukset ovat **nimettömiä** ja ne käsitellään **luottamuksellisesti**.

Lähetän version lopullisesta työstäni myös pääyhteistyökumppanilleni Hämeenlinnan kaupungin terveyskeskukselle, josta voit sitä tiedustella myöhemmin keväällä. Voit olla myös minuun yhteydessä jos haluat tietää lisää työstäni tai kysyä jotain muuta, erimerkiksi kyselylomakkeeseen liittyvää asiaa.

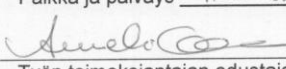
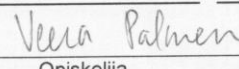
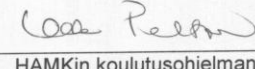
Veera Palonen







## TUTKIMUSLUPA

HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU		OPINNÄYTETYÖSOPIMUS	
<b>HAMK</b>			
HÄMEEN AMMATTIKORKEAKOULU			
OPISKELIJA			
Etu- ja sukunimi Veera Palonen		Opiskelijanumero 0707806	Puhelin
Koulutusohjelma Hoitotyö			
Suuntautumisvaihtoehto Terveystieteiden ja ammattikorkeakoulun laitos			
Suuntautumisvaihtoehto Terveystieteiden ja ammattikorkeakoulun laitos			
OPINNÄYTETYÖN AIHE			
Työnimi: Nuorten masennuksen tunnistaminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa			
OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTAJA			
Yrityksen/Työyhteisön nimi			
Opinnäytetyölle nimetyn toimeksiantajaa edustavan ohjaajan yhteystiedot:			
Nimi Anneli Lappananta		Osoite Viipurintie 1-3 F-säpi	
Puhelin 03-6213930		Sähköposti anneli.lappananta@hameenlinna.fi	
Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaaminen opinnäytetyön tekijälle (mitä, miten)			
Mahdollinen korvaus HAMKille (mitä, miten)			
Opinnäytetyön tavoite ja tavoiteltava hyöty:			
OPINNÄYTETYÖN OHJAAVA OPETTAJA (HAMK)			
Nimi Ulla Pelttonen		Osoite Korkeakoulu-kan 3 13100 Hämeenlinna	
Puhelin		Sähköposti ulla.pelttonen@hamk.fi	
Opinnäytetyöt ovat julkisia. Jos työ sisältää toimeksiantajan kannalta luottamuksellista tietoa, tämä esitetään varsinaisesta työstä erillisessä tausta-aineistossa. Tausta-aineistoa säilytetään HAMKin koulutusohjelmassa 6 kk opinnäytetyön arvioinnista, minkä jälkeen se tuhoetaan, ellei toimeksiantajan kanssa ole muuta sovittu. Tekijänoikeuksista on sovittava kirjallisesti erikseen.			
Sovimme seuraavaa mahdollisesta luottamuksellisesta tausta-aineistosta			
Kyllä <input type="checkbox"/> Opinnäytetyö sisältää luottamuksellista tausta-aineistoa.			
Opinnäytetyön toimeksiantajana pyydän, että seuraavassa perusteltu ja tarkennettu opinnäytetyön tausta-aineisto käsitellään luottamuksellisesti, eikä julkisteta valmiissa opinnäytetyössä:			
Opinnäytetyön digitaalinen julkistaminen			
Opinnäytetyön toimeksiantajana olen tietoinen, että mikäli opiskelija antaa luvan, hyväksytty opinnäytetyö julkistetaan ammattikorkeakoulujen verkkokirjastossa Theseuksessa, <a href="http://www.theseus.fi">www.theseus.fi</a>			
Theseuksessa julkistetussa opinnäytetyössä toimeksiantajan nimi			
<input type="checkbox"/> saa näkyä			
<input type="checkbox"/> ei saa näkyä			
Tämä sopimus on voimassa ..... saakka.			
ALLEKIRJOITUKSET			
Paikka ja päiväys Hämeenlinna 9.2.2011			
			
Työn toimeksiantajan edustaja		Opiskelija	
			
		HAMKin koulutusohjelman edustaja / ohjaava opettaja	
Tätä opinnäytetyösopimusta on tehty kolme samansisältöistä kappaletta, yksi toimeksiantajalle, yksi opiskelijalle ja yksi koulutusohjelmalle. Sopimus arkistoidaan voimassaoloaika + 3 vuotta.			
L4 2010			