



PIRJO KINNUNEN

Nuoruudesta kohti aikuisuutta

Varhaisaikuisen mielenterveys ja
siihen yhteydessä olevat ennakoivat tekijät



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
terveystieteiden yksikön johtokunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteiden yksikön
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
2. päivänä joulukuuta 2011 klo 12.

English abstract

TAMPEREEN YLIOPISTO

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö

Kuopion yliopistollinen sairaala, psykiatrian palveluyksikkö, nuorisopsykiatrian palveluryhmä

*Ohjaajat*Dosentti Jari Kylmä
Oulun yliopisto
Professori Eila Laukkanen
Itä-Suomen yliopisto*Esitarkastajat*Dosentti Hanna Ebeling
Oulun yliopisto
Dosentti Paula Naumanen
Oulun yliopistoMyynti
Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopistoPuh. 040 190 9800
Fax (03) 3551 7685
taju@uta.fi
www.uta.fi/taju
<http://granum.uta.fi>Kannen suunnittelu
Mikko ReinikkaActa Universitatis Tamperensis 1676
ISBN 978-951-44-8623-4 (nid.)
ISSN-L 1455-1616
ISSN 1455-1616Acta Electronica Universitatis Tamperensis 1140
ISBN 978-951-44-8624-1 (pdf)
ISSN 1456-954X
<http://acta.uta.fi>

Kiitokset

Väitöskirjatyön tekeminen vei paljon aikaa, mutta oli mukava, opettavainen ja ajatuksia avartava matka. Haluan kiittää teitä kaikkia, jotka autoitte ja olitte tukenani matkan varrella. Suurimmat kiitokset kuuluvat niille varhaisaikuisille, jotka osallistuivat tähän tutkimukseen ja kommentteillaan vahvistivat minun uskoani tutkimuksen tärkeydestä.

Minulla oli onni päästä tutkijaksi LT, professori Eila Laukkasen johtamaan ”Koulu yhteisö nuoren kasvun ja kehityksen tukijana” -projektiin, jonka ensimmäinen osa toteutettiin vuosina 1995–1998 Itä-Suomen läänissä. Suuret kiitokset kuuluvat hänelle. Eila Laukkasen asiantunteva ohjaus ja arvokkaat neuvot veivät ajatteluni sekä työtäni eteenpäin askel askeleelta. Positiivinen ilmapiiri ja huumori olivat läsnä jokaisessa ohjaustilanteessa, ja se teki matkasta merkityksellisen. Haluan esittää suuret ja lämpimät kiitokset pääohjaajalleni FT, dosentti Jari Kylmälle. Hänen mahtava kykynsä jäsentää asioita ja hahmottaa tulevaa ovat auttaneet minua näkemään asioita aiempaa laajemmin ja selkeämmin. Yhteiset rakentavat keskustelut ja reflektiohetket ovat olleet minulle aloittelevana tutkijana hyvin tärkeitä, opettavaisia ja kasvattavia.

Väitöskirjatyöni esitarkastajia THT, dosentti Paula Naumasta ja LT, dosentti Hanna Ebelingiä kiitän perusteellisesta paneutumisesta työhöni ja rakentavista kommentteista. Professori Pirjo Pölkkiä kiitän yhteistyöstä ja kiinnostuksesta tutkimustani kohtaan. Preventiopsykologi Aija Koivua kiitän työni alkuvaiheen avustuksesta. Tilastotieteen asiantuntijaa Vesa Kiviniemeä kiitän kommentteista ja neuvoista, joita sain häneltä tilastollisia analyyseja tehdessäni. Helsingin Psykoterapiaprojektin tutkimuspäällikköä Olavi Lindforsia kiitän ystävällisestä ohjeistuksesta mittarin suunnittelussa. LT, dosentti Ulla Lepolaa kiitän tuesta ja kiinnostuksesta tutkimustani kohtaan. John Blackwelliä ja Malla Jylhää kiitän yhteistyöstä ja arvokkaista kommentteista kielentarkastuksessa.

Kiitän entisiä työtovereitani Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksella yhteistyöstä ja yhteisistä kokemuksista. Kiitokset Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen väelle, ja erityisesti kiitän oman väitöskirjatyöni seurantaryhmän jäseniä THT, professori Päivi Åstedt-Kurkea ja TtT, dosentti Katja Jorosta kannustuksesta ja tuesta tässä prosessissa. Kiitän kaikkia työtovereitani Savonia-ammattikorkeakoulussa. Positiivinen ja huumorintajuinen ilmapiiri on auttanut minua jaksamaan tutkimustyössäni kiireenkin keskellä. Suuret kiitokset osaamisaluejohtaja Sirkka Lappalaiselle ja koulutus- ja

kehittämispäällikkö Maritta Pitkäselle joustavuudesta työaikajärjestelyissä ja kiinnostuksesta tutkimustani kohtaan. Saamastani taloudellista tuesta esitän kiitokset Suomen Nuorisopsykiatriselle yhdistykselle, Hoitotieteen tutkimusseuralle, Aleksanteri Mikkosen säätiölle, Pohjois-Savon sairaanhoitopiirille, Suomalaiselle Konkordia-liitolle ja Suomen Kulttuurirahastolle.

Opiskelutovereitani FT Marja-Liisa Rissasta ja TtT Eeva-Riitta Ylistä kiitän ystävyyydestä. Yhteiset tapaamiset ovat piristäneet oloani monta kertaa. Lämpimät kiitokset ystäväilleni TtT Teija Korhoselle ja TtT Eija Kattaiselle. Olette jaksaneet aina uskoa tutkimusaiheeni tärkeyteen ja olleet rinnallani, niin hyvinä kuin vaikeinakin hetkinä. Suuri kiitos THT, professori Tarja Suomiselle ja THT, dosentti Merja Nikkoselle tuesta, neuvoista ja kannustuksesta tutkimustyöni eri vaiheissa.

Haluan kiittää ystäviäni Eijaa, Tainaa, Petraa, Mirkkaa, Raijaa, Siniä, Ailaa, Kirsiä ja Päiviä. Te olette pitäneet minut pääsääntöisesti muissa ajatuksissa kuin tutkimuksessa. Tepalle lämmin kiitos ystävyyydestä. Olet ollut elämäni enkeli monta kertaa. Kiitokset kuuluvat myös korttelimme nuorisolle: Lassille, Matille, Mikolle ja Aatulle. Olette pitäneet minut kiinni nuorten arjessa ja tuoneet paljon iloa perheeseemme. Kiitokset Irjalle, Matille, Johannalle, Antille ja Matleenalle keväisistä hiihtomatkoista Lappiin. Ne ovat antaneet voimaa ja kuntoa. Suuret kiitokset kaikille ystäväilleni, vaikka en voi tässä jokaista kiittää erikseen, teillä kaikilla on ollut suuri merkitys elämäni tutkimusvuosina.

Kiitän edesmennyttä isääni Mauri Pölöstä kannustuksesta ottamaan asioista selvää ja kiinnostumaan kaikesta, mitä ympärillä tapahtuu. Lämpimät kiitokset äidilleni Lahja Pölöselle positiivisesta suhtautumisesta tutkimustyöhöni, avusta ja tuesta niin monissa asioissa. Isot kiitokset Maija-siskolle, Anssille, Minnalle, Inkalle, Ollille ja Jutalle. Te olette välillä muistuttaneet minua, että elämässä on muutkin kuin tutkimus. Suurimmat kiitokset ansaitsee oma perheeni. Mikko, Kirsi, Matias, Eevi ja Oskari, te olette tuoneet valoa elämäni ja vaihtelua tutkimustyöhöni. Aleks, olet ymmärtänyt minun työskentelyäni mahtavalla huumorillasi, ja ihana hymysi on antanut voimaa jokaiseen päivään. Rakkaalle puolisololleni Eskolle olen kiitollinen pitkäjänteisyydestä työtäni kohtaan, ja siitä, että edelleen olet siinä. Olet opettanut minua yhteisten vuosien varrella uskomaan haaveisiin ja kulkemaan kohti päämääriä.

Kuopiossa, marraskuussa 2011

Pirjo Kinnunen

Tiivistelmä

Mielenterveys ja siihen liittyvät tekijät ovat nousseet viime vuosina yhteiskunnallisen keskustelun ja huolen aiheeksi. Yleisesti on ymmärretty, että ihmisten mielenterveys rakentuu elämän arkiympäristöissä. Terveystieteiden organisaatiot ja palvelut voivat tarjota apua erilaisiin ongelmatilanteisiin, mutta mielenterveyden edistämistyötä tulee tehdä niissä ympäristöissä, joissa lapset, nuoret ja aikuiset elävät ja viettävät aikaansa. Meillä on tutkimustietoa mielenterveyden häiriöistä ja riskitekijöistä sekä hoitomuodoista, mutta liian vähän tietoa nuorten ihmisten elämään liittyvistä tekijöistä, joilla on pitkällä aikavälillä yhteys myöhempään mielenterveyteen ja joihin mielenterveyden edistämistyössä tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota.

Tämän 10-vuotisen seuranta-tutkimuksen tarkoitus oli kuvata laaja-alaisesti varhaisaikuisen mielenterveysoireita sekä selvittää, löytyykö nuorten elämästä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveysoireisiin. Tutkimuksessa pyrittiin tunnistamaan nuorten elämään liittyviä tekijöitä, joihin mielenterveyden ylläpitämisessä ja vahvistamisessa tulisi kiinnittää huomiota, jotta myöhempi psyykinen oireilu voitaisiin ehkäistä. Tarkoituksena oli myös rakentaa mielenterveyden edistämisen teoria apuvälineeksi nuorten mielenterveyden edistämistyöhön.

Ensimmäinen aineisto kerättiin kyselylomakkeella 14-vuotiailta nuorilta (n=313) keväällä 1996 osana Itä-Suomessa vuosina 1995–1998 toteutettua ”Kouluyhteisö nuoren kasvun ja kehityksen tukijana” -projektia. Tällöin selvitettiin nuorten päihteiden käyttöä, psykosomaattisia oireita, huolia, tyytyväisyyttä itseän, tulevaisuuteen suuntautumista, kokemuksia vanhempi-suhteista ja koulunkäynnistä sekä omavoimaisuutta. Seuranta-aineisto kerättiin kyselylomakkeella (SCL-90) syksyllä 2006 samoilta henkilöiltä. Kyselylomakkeen palautti 191 henkilöä; vastausprosentti oli 61. Aineistojen analysoinnissa käytettiin SPSS for Windows versio 14 -ohjelmaa. Tuloksia kuvattiin tunnuslukujen, kuten frekvenssien, prosenttien, keskiarvojen,

keskihajontojen ja vaihteluvälien avulla. Tilastollisia eroja testattiin kussakin osatutkimuksessa tilanteeseen soveltuvin tilastollisin menetelmin.

Varhaisaikuisilla oli 24-vuotiaana paljon erilaisia mielenterveysoireita, ja naiset raportoivat kaikkia oireita enemmän kuin miehet. Esimerkiksi masennusoireista kärsi naisista 39.4 % ja miehistä 18.5 % yli kliinisen raja-arvon. Vastaavasti psykosomaattisista oireista kärsi naisista 23.9 % ja miehistä 16 %. Oireet eivät aina haittaa arkielämässä selviytymistä, mutta voivat johtaa ongelmiin tai sairastumiseen, jos niihin ei puututa ajoissa ja saada apua.

Nuorten myöhempää mielenterveyttä ennakoivat ulkoisesti havaittavat tekijät, jotka ulkopuolisen on helppo tunnistaa (tupakointi, psykosomaattiset oireet), ja nuoren sisäiset tekijät, joiden havaitseminen on vaikeampaa, ellei nuori tuo niitä esille. Sisäisistä tekijöistä nuoren itsensä kokema psyykinen terveys (esim. häpeä, syyllisyys, alemmuuden tunne), hallinnan tunne, huolet ja kokemus vanhempisuhteista olivat yhteydessä mielenterveysoireisiin 24-vuotiaana. Nuoren tyytyväisyydellä itsen ja tulevaisuuteen suuntautumisella oli viitteellinen yhteys myöhempään mielenterveyteen.

Nuorten sisäisiä tekijöitä voidaan tunnistaa kysymällä nuorilta itseltään, mitä he ajattelevat ja tuntevat, mutta vastauksen saaminen edellyttää taitoa kohdata nuori ja luoda luottamuksellinen suhde häneen. Mielenterveyden edistämisen lähtökohdat ovat tunne-elämän ja ajattelun alueella. Mikäli nuori ei saa tukea ja apua siinä vaiheessa, kun hänen tunne- ja ajattelumaailmansa kehittyy epäsuotuisaan suuntaan, hän voi ajautua ratkaisemaan ongelmiaan keinoin, jotka näkyvät ulospäin. Varhainen puuttuminen on tärkeää, mutta mielenterveyden edistämistyöllä voidaan vahvistaa nuoren omavoimaisuutta, kykyä selviytyä erilaisista haasteista ja ehkäistä ongelmien syntymistä.

Mielenterveyden edistämistyö on ollut tähän asti pitkälti varhaista puuttumista, eli huomio on kiinnittynyt nuorten riskikäyttäytymiseen ja riskiryhmiin. Toiminnan painopistettä tulisi siirtää nuorten mielenterveyden vahvistamiseen tukemalla nuorten persoonallisuuden ja identiteetin kehittymistä, jakamalla nuoren tunnekokemuksia sekä kannustamalla nuorta ajattelemaan itse omia arvojaan ja valintojaan. Nuoren oma kokemus psyykkisestä terveydestään on tärkeä tekijä mielenterveyden rakentumisessa.

Abstract

In recent years, mental health and its associated factors have emerged as a significant social concern. It's a well-known that mental health is formed greatly in the environments of everyday life. Therefore, work on the promotion of mental health is necessary for children, adolescents and adults and should be undertaken in contexts appropriate to individuals. Mental health disorders have been studied, including the different risk factors and methods of treatment, but insufficient information is available on the factors that should be considered when attempting to promote the long-term mental health of adolescents.

The purpose of the 10-year follow-up study was to describe widely mental health symptoms in early adulthood, and factors in adolescence that associated with mental health in later life. Thus, the intention was to find factors that can be identified during adolescence that should be considered when attempting to maintain and strengthen mental health. The other purpose of this study was to develop a theory of mental health promotion for the mental health work of adolescents.

The baseline data were collected in 1996 using a structured questionnaire from 14-years-old pupils (n=313) attending school; this was one part of a larger project "The school community and adolescents' social network" that was conducted in Eastern Finland during the period 1995–1998. In this data were explored a use of alcohol and drugs, smoking, psychosomatic symptoms, worries, satisfaction with oneself, outlook, school, parent–adolescent relationship experiences, and coping self in adolescence.

The follow-up data were collected in 2006 from the same individuals, using a structured questionnaire (SCL-90-instrument). The questionnaire was returned 191 individuals, with a response rate of 61 %. Results of this study were described with statistical parameters, as frequencies, percents, means, standard deviations and ranges. Statistically significant differences were tested using the appropriate statistical tests.

Various mental health symptoms were common at the age of 24 years, and all of the symptoms considered were reported more frequently by females. For example, 39.4 % of females and 18.5 % of males exceeded the clinical cut-off for symptoms of depression. In addition, 23.9 % of females and 16 % of males reported psychosomatic symptoms. Symptoms do not always affect adolescents' ability to cope with everyday life, but may become problematic without timely intervention and help.

Young adults' mental health symptoms were predicted external observable factors apparent during adolescence, including behaviour (smoking) and symptoms (psychosomatic) and internal unobservable factors in adolescence. The relevant internal factors were the adolescent's emotional health (e.g. shame, guilt, feelings of inferiority), mastery, worries and parent-adolescent relationship experience; in addition, satisfaction with oneself and outlook are probably important factors for establishing mental health.

Adolescents' internal factors can be identified through discussions about thoughts and feelings with individual adolescents, but in order to get an answer a frank and trusting relationship need to be established with the respondent.

Adolescents' emotional life and thoughts should be noticed in work of mental health promotion. If adolescents do not receive support and help from people close to them during this important period for their emotional and intellectual development, problems can develop, including symptoms apparent to the outside world. Through mental health promotion it is possible to strengthen adolescents' coping self and prevent the emergence of many problems.

Mainly, mental health work has focused on early prevention, including adolescent behaviour and group membership associated with risk. In future, attention and action should be focused more on maintaining and strengthening adolescents' mental health. It is important to support adolescents' development of personality and identity by encouraging them to share their thoughts and feelings, and to reflect on their life choices and values. Adolescents' experience of emotional health is important factor in mental health forming.

Sisällys

Tiivistelmä

Abstract

Luettelo alkuperäisistä julkaisuista

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	15
2 TUTKIMUKSEN TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT	19
2.1 Nuoren mielenterveyden rakentuminen ja sen edistäminen	19
2.1.1 Mielenterveys käsitteenä	20
2.1.2 Nuoruusikä ja varhaisaikuisuus	21
2.1.3 Erik H. Erikssonin kehitysteoria ja mielenterveyden rakentuminen	24
2.1.4 Mielenterveyden edistäminen	29
2.2 Mielenterveys nuoruudessa ja varhaisaikuisuudessa	31
2.2.1 Mielenterveyttä uhkaavat oireet	31
2.2.2 Sukupuolten väliset erot mielenterveydessä.....	34
2.3 Mielenterveyteen yhteydessä olevat ulkoisesti havaittavat tekijät	36
2.3.1 Päihteiden käyttö ja mielenterveys	36
2.3.2 Psykosomaattiset oireet ja mielenterveys	39
2.4 Mielenterveyteen yhteydessä olevat nuoren sisäiset tekijät	41
2.4.1 Huolet ja mielenterveys	41
2.4.2 Tyytyväisyys itsen, tulevaisuuteen suuntautuminen ja mielenterveys	42
2.4.3 Kokemus vanhempisuhteista, koulunkäynnistä ja mielenterveys	44
2.4.4 Omavoimaisuus ja mielenterveys	48
2.5 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	50
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	52
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	54
4.1 Aineistot ja tutkimukseen osallistujat	54
4.2 Tutkimuksessa käytetyt mittarit	58

4.3. Tutkimusaineistojen analysointi	64
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	68
5.1 Varhaisaikuisen mielenterveys	68
5.1.1 Mielenterveysoireet 24-vuotiaana	68
5.1.2 Sukupuolten väliset erot mielenterveysoireiden esiintyvyydessä	70
5.2 Nuoruusiässä ulkoisesti havaittavat tekijät ja niiden yhteys myöhempään mielenterveyteen	72
5.2.1 Päihteiden käyttö nuorena ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana	72
5.2.2 Psykosomaattiset oireet nuorena ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana ..	74
5.3 Nuoren sisäiset tekijät ja niiden yhteys myöhempään mielenterveyteen	77
5.3.1 Nuoren huolet ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana	77
5.3.2 Nuoren tyytyväisyys itsen ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana.....	78
5.3.3 Nuoren tulevaisuuteen suuntautuminen ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana	80
5.3.4 Nuoren kokemus koulunkäynnistä ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana	81
5.3.5 Nuoren kokemus vanhempisuhteista ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana	83
5.3.6 Nuoren omavoimaisuus ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana	85
5.4 Varhaisaikuisen mielenterveyttä ennakoivat tekijät	88
6 POHDINTA	90
6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset	90
6.2 Tutkimustulosten pohdintaa	95
6.2.1 Mielenterveyden edistämisen haasteet	95
6.2.2 Mielenterveyttä ennakoivia tekijöitä	99
6.3 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset	108
6.4 Suositukset ja tutkimustulosten hyödynnettävyys	111
6.5 Jatkotutkimusaiheet	114

Lähteet

Luettelo tutkimuksen taulukoista

Taulukko 1	Tutkimukseen osallistujat tutkimuksen eri osioissa	s. 57
Taulukko 2	Mielenterveysoireiden määrittelyä ja oireiden ilmeneminen Derogatinen (1973) mukaan	s. 59
Taulukko 3	Aineistojen vastaavuudet seurantatutkimukseen osallistujien ja seurannasta pois jääneiden välillä vuonna 1996 kerätyssä aineistossa	s. 66
Taulukko 4	Tutkimustulosten kuvailumenetelmät ja tilastolliset testit aineistojen analyysissä	s. 67
Taulukko 5	Mielenterveysoireet sukupuolittain varhaisaikuisuudessa	s. 69
Taulukko 6	Mielenterveysoireiden esiintyminen 24-vuotiaana	s. 69
Taulukko 7	Varhaisaikuisien mielenterveysoireita kuvaavien dimensioiden pistemäärien keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluvälit	s. 70
Taulukko 8	Naisten ja miesten välisiä eroja mielenterveysoireiden esiintymisessä eri dimensioilla	s. 71
Taulukko 9	Seurantatutkimukseen osallistuneiden tupakointi 14-vuotiaana	s. 72
Taulukko 10	Seurantatutkimukseen osallistuneiden alkoholinkäyttö 14-vuotiaana	s. 73
Taulukko 11	Psykosomaattiset oireet 14-vuotiaana	s. 75
Taulukko 12	Varhaisaikuisien mielenterveysoireiden ja nuoruuden psykosomaattisten oireiden yhteys toisiinsa	s. 76
Taulukko 13	Tyttöjen ja poikien huolet 14-vuotiaana	s. 77
Taulukko 14	Varhaisaikuisien mielenterveysoireiden ja nuoruuden huolten yhteys toisiinsa	s. 79
Taulukko 15	Nuorten tyytyväisyys itseensä 14-vuotiaana	s. 80

Taulukko 16	Nuorten tulevaisuuteen suuntautuminen 14-vuotiaana	s. 81
Taulukko 17	Nuorten kokemus koulun raskaudesta 14-vuotiaana	s. 82
Taulukko 18	Nuorten kokemus koulussa viihtymisestä 14-vuotiaana	s. 82
Taulukko 19	Nuorten kokemus äitisuhteesta 14-vuotiaana	s. 83
Taulukko 20	Nuorten kokemus isäsuhteesta 14-vuotiaana	s. 84
Taulukko 21	Varhaisaikuisten mielenterveysoireet ja niiden yhteys nuoruuden kokemukseen vanhempisuhteista	s. 85
Taulukko 22	Nuorten omavoimaisuus 14-vuotiaana	s. 86
Taulukko 23	Varhaisaikuisten mielenterveysoireet ja niiden yhteys nuoruuden kokemukseen psyykkisestä terveydestä	s. 87

Luettelo tutkimuksen kuvioista

Kuvio 1	Nuoruusiän ja varhaisaikuisuuden psykososiaaliset kriisit ja syntyneet perusvoimat Eriksonin (1968) mukaan	s. 26
Kuvio 2	Mielenterveyden rakentuminen osana persoonallisuuden kehitystä Eriksonin (1968) psykososiaalista teoriaa mukaillen	s. 51
Kuvio 3	Tutkimusasetelma	s. 56
Kuvio 4	Teoria varhaisaikuisen mielenterveyttä ennakoivista tekijöistä nuorten mielenterveyden edistämistyöhön	s. 89
Kuvio 5	Mielenterveyden edistämisen keskeiset elementit nuoruusiässä	s. 107

Liitteet

Liite 1	Vuonna 1996 kerätyn aineiston tässä tutkimuksessa käytetyt muuttajat	s. 159
Liite 2	Kyselylomake, jolla aineisto kerättiin vuonna 2006	s. 163
Liite 3	SCL-90-oiremittarin dimensiot (Derogatis ym. 1973)	s. 176
Liite 4	Tiedote tutkittaville vuonna 2006	s. 180
Liite 5	Suostumuslomake seurantatutkimukseen vuonna 2006	s. 181
Liite 6	Saatekirjeet kyselyyn vuonna 2006	s. 182
Liite 7	Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan puoltava lausunto tutkimukseen 2.11.2005	s. 184
Liite 8	Sosiaali- ja terveysministeriön lupa 22.2.2006	s. 185
Liite 9	Alkuperäiset osajulkaisut I–IV	s. 187

Luettelo alkuperäisistä osajulkaisuista

- I Kinnunen P, Laukkanen E & Kylmä J. 2010. Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *International Journal of Nursing Practice* 16(1); 43–50.

- II Kinnunen P, Laukkanen E, Kiviniemi V & Kylmä J. 2010. Associations between the Coping Self in Adolescence and Mental Health in Early Adulthood. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 23(2); 111–117.

- III Kinnunen P, Laukkanen E, Pölkki P & Kylmä J. 2010. Are worries, satisfaction with oneself and outlook in secondary school students associated with mental health in early adulthood? *International Journal of Mental Health Promotion* 12(2); 4–10.

- IV Kinnunen P, Laukkanen E & Kylmä J. 2010. Nuoruusiän vanhempisuhteiden, päihteiden käytön ja koulukokemusten yhteys varhaisaikuisuuden mielenterveyteen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47; 234–243.

Artikkelien käyttöön väitöskirjan osajulkaisuina on saatu kustantajien lupa.

1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Mielenterveyttä voidaan pitää psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jota ihminen käyttää oman elämänsä ohjaamiseen (Lehtonen & Lönqvist 2007). Näin ajatellen mielenterveys auttaa meitä selviytymään elämässä eteenpäin, ja vaikeuksien läpi. Mieleltään terveen ihmisen käsitys itsestään on todenmukainen ja hänen minäkuvansa on ehjä (Erikson 1968, 1982).

Mielenterveyttä uhkaavat häiriöt ovat yleisiä, ja etenkin nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveysoireilu on nousut huolenaiheeksi niin Suomessa (Suvisaari ym. 2009; Kouluterveyskysely 2010; Paananen 2011) kuin muuallakin maailmassa (Park ym. 2006; Emami ym. 2007; Lauber & Rössler 2007; Blanco ym. 2008; Ravens-Sieberer ym. 2008; Gibb ym. 2010; Hunt & Eisenberg 2010; Sann ym. 2010; Storrie ym. 2010). Erilaiset mielenterveysoireet aiheuttavat inhimillistä kärsimystä, ja oireiden hoito vaatii paljon taloudellisia resursseja sekä kuormittaa terveydenhuoltoa ja muitakin yhteiskunnan sektoreita.

Suomalaisista nuorista aikuisista noin 20 % on saanut jossain elämänsä vaiheessa hoitoa mielenterveysoireisiin; vastaavaa luku on 40 % niillä henkilöillä, joilta puuttuu peruskoulun jälkeinen tutkinto (Paananen 2011). Mielenterveys- ja käyttäytymishäiriöt olivat vuonna 2009 Suomen koko väestössä toiseksi yleisin syy jäädä työkyvyttömyyseläkkeelle (Pensola ym. 2010), nuorilla yleisin syy. Yksittäisistä sairauksista tavallisin työkyvyttömyyseläkkeen peruste sekä naisilla että miehillä on masennus. Masennus kehittyy hitaasti, ja se huomataan usein vasta, kun nuori on menettämässä opiskelu- tai työkykynsä. (Kela 2008) Alle 30-vuotiaiden mielenterveyshäiriöiden vuoksi alkaneiden sairauspäiväraha-kausien määrä on kymmenen vuoden aikana yli kaksinkertaistunut. Kansainvälisessä vertailussa on todettu, että noin 11 % kaikista eurooppalaista kärsii vuosittain jostain mielenterveyden häiriöstä, ja puolet näistä häiriöistä todetaan nuoruusiässä (European Pact for Mental Health and Well-Being 2008). Lievempien häiriöiden ja oireiden määrä on moninkertainen. Miten mielenterveysoireet tulevat esille,

miten niihin suhtaudutaan ja miten niitä hoidetaan, riippuu yhteiskunnallisista ja kulttuurisista tekijöistä (Sneed ym. 2007; Van Oort ym. 2007; Shelton ym. 2008; Lee ym. 2010; Kokkonen 2010; Murry ym. 2011). Osassa tutkimuksista on todettu, että nuorten mielenterveysoireet ovat lisääntyneet viime vuosina (Collishaw ym. 2010; Storrie ym. 2010; Raitasalo & Maaniemi 2011; ks. myös Sweeting ym. 2010), mutta näyttö ei ole yksiselitteinen (Pirkola & Sohlman 2005; Sinokki 2010; ks. myös Hunt & Eisenberg 2010).

Todellista mielenterveysoireiden määrää ja muutoksia on vaikea arvioida ilmiön monimuotoisuuden takia. Lisäksi kaikki apua tarvitsevat henkilöt eivät hae apua (esim. Tyssen ym. 2004; Lindsey ym. 2006; Jorm ym. 2007; Vanheusden ym. 2008; Gulliver ym. 2010; Mojtabai 2010; Aromaa ym. 2011). Meillä on paljon tietoa mielenterveyden häiriöistä (Etheridge ym. 2004; Laasonen-Balk 2005; Laukkanen 2006; Cameron 2007; Torgersen 2009; Zhang ym. 2010; Fagnani ym. 2011), mielenterveyteen liittyvistä oireista (Huurre ym. 2005; Dekker ym. 2007; Steinhausen ym. 2007; Najman ym. 2008) ja hoidoista (Hintikka ym. 2006; Watanabe ym. 2007) sekä riskitekijöistä (Lepistö ym. 2010; van Oort ym. 2010; Myklestad ym. 2011). Sen sijaan tiedämme vähän niistä tekijöistä, joilla on pitkällä aikavälillä yhteys nuorten myöhempään mielenterveyteen ja joihin meidän tulisi kiinnittää huomiota nuorten mielenterveyden edistämiseksi.

Mielenterveys on hoitotieteen keskeinen käsite, ja hoitotyöntekijöiden tehtävä on pyrkiä edistämään ja ylläpitämään ihmisten mielenterveyttä. Tämä edellyttää riittävää tietoperustaa sekä työkaluja toiminnan toteuttamiseksi (Puskar & Bernardo 2007; Elliott & Master 2009; Hodgson 2009; Pearson 2010; Staten 2010; Kendall-Roynor & Snow 2011; Puolakka ym. 2011). Tutkimusten mukaan hoitajat toimivat työssään melko tehtävä- ja sairauskeskeisesti (esim. Calloway 2007). Muun muassa kouluterveyshoitajien työ kohdentuu fyysisen terveyden seuraamiseen, eikä aikaa jää riittävästi nuorten mielenterveyden tukemiseen, vaikka yhä useampi nuori hakeutuukin terveydenhoitajan vastaanotolle psyykkisten ja psykososiaalisten syiden (Clausson ym. 2003) tai omaan kasvuun liittyvien tekijöiden (Israelashvili & Ishiyama 2008) takia. Tällä hetkellä riskitekijöihin pyritään puuttumaan, mutta varhaisen puuttumisen ja

mielenterveyttä edistävän toiminnan eroja ei vielä tunnisteta riittävän hyvin (Tilley & Chambers 2003; Casey 2007). Tutkimustietoa siitä, mikä mielenterveyden edistämisessä on keskeistä, ei ole riittävästi.

Ongelmallista on mielenterveystyön näkymättömyys. Jos saamme toiminnallamme tai käyttäytymisellämme jonkun nuoren pysymään mieleltään terveenä, sen todistaminen ja osoittaminen on vaikeaa. Mielenterveystyön vaikuttavuuden arviointi on haasteellisempaa kuin mielenterveyshäiriöiden hoidon arviointi (Lavikainen ym. 2004, Calloway 2007; Pearson 2010). Tutkimukset kohdistuvat usein mielenterveyden riskitekijöihin, ei mielenterveyteen (Zechmeister ym. 2008) tai sitä edistäviin tekijöihin, vaikka perustuslaki velvoittaa julkisen vallan tarjoamaan riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistämään väestön terveyttä (Suomen perustuslaki 1999/731).

Mielenterveyden edistäminen on nostettu keskeiseksi terveystoimittiseksi painopistealueeksi niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa (WHO 2002; Information for Nurses 2004; Euroopan yhteisöjen komissio 2005; WHO 2005; Lavikainen ym. 2004, 2006; Wahlbeck & Taipale 2006; WHO 2007; Improving the Health of Canadians 2009; Healthy people 2010; STM 2009; ETENE 2010; WHO 2010). Euroopan komissio ja Maailman terveysjärjestö painottavat mielenterveyttä koskevassa sopimuksessaan, että sairauskeskeinen lähestyminen ei enää riitä, vaan tarvitaan koko väestöön kohdistuvia toimia (European Pact for Mental Health and Well-Being 2008; ks. myös Yearwood & DeLeon 2010). Tämän suosituksen mukaan esimerkiksi koulu yhteisöissä mielenterveyteen liittyvät toimet tulisi kohdistaa kaikkiin nuoriin sekä henkilökuntaan, ja pyrkiä vahvistamaan sekä tukemaan jokaisen yksilön ja koko yhteisön mielenterveyttä. Tämä edellyttää kuitenkin asenteellisia muutoksia ja lisäymmärrystä siitä, miten nuorten ja vanhempienkin mielenterveys muotoutuu.

Nuoruus on tärkeä ikävaihe mielenterveyden edistämisen näkökulmasta, sillä nuoren persoonallisuus on vielä joustava, hän etsii parhaillaan omaa suuntaa elämälleen, hakee erilaisia malleja ympäristöstä ja rakentaa omaa identiteettiään (Erikson 1982; Fadjukoff 2007). Nuoren elämään voidaan ulkoapäin vaikuttaa helpommin kuin myöhempiä vuosina, ja suuretkin muutokset ovat mahdollisia.

Tämän 10-vuotisen seurantatutkimuksen tarkoitus oli kuvata laaja-alaisesti varhaisaikuisuuden mielenterveysoireita sekä selvittää, löytyykö nuorten elämästä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveysoireisiin. Tätä kautta pyrittiin tunnistamaan nuorten elämään liittyviä tekijöitä, joihin mielenterveyden ylläpitämisessä ja vahvistamisessa tulisi kiinnittää huomiota, jotta myöhempi oireilu voitaisiin ehkäistä. Lisäksi tarkoituksena oli rakentaa teoria varhaisaikuisuuden mielenterveyttä ennakoivista tekijöistä nuorten mielenterveyden edistämistyöhön.

2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

2.1 Nuoren mielenterveyden rakentuminen ja sen edistäminen

Tutkimuksen lähtökohdat perustuvat aikaisempaan tutkimustietoon, jota haettiin koko tutkimusprosessin ajan. Systemaattiset tiedonhauk tehtiin vuosina 2005, 2010 ja 2011 seuraavista tietokannoista: CINAHL, Linda, Medic, PsycArticles, PsycInfo, PubMed, Scopus, SocIndex, Terveysportti, Web of Science. Lisäksi hakuja tehtiin Nelli-portaalin kautta, jotta nähtiin aiheittain, mihin tietokantoihin tulokset keskittyivät. Hakusanoina käytettiin pääasiassa seuraavia sanoja, niiden yhdistelmiä ja lyhenteitä: nuori, nuori aikuinen, varhaisaikuinen, mielenterveys, mielenterveysongelmat/oireet, mielenterveyden edistäminen, päihteet, tupakka, alkoholi, psykosomatiikka, psykosomaattiset oireet, vanhemmuus, perhe, koulu, huolet, kokemukset, elämäntapahtumat, tulevaisuus, minäkuva, kehonkuva, tyytyväisyys, hallinta, itsekontrolli, coping self, selviytyminen, pitkäaikaistutkimus, selviytymisstrategiat, adolescent, young people, early/emerging adulthood, mental health, symptom/disorder, prevention, promotion, drug use/abuse, smoking, alcohol, psychosomatic, somatic, worry, troubles, parenthood, family, school, wellbeing, satisfaction, body image, future, outlook ja forward-looking, follow-up, longitudinal ja study.

Haut rajattiin suomenkielisiin ja englanninkielisiin tutkimuksiin, pääosin viiteen tai kymmeneen vuoteen hakutulosten mukaan. Mukaanottokriteerit olivat: Tutkimus kohdistui nuoriin tai varhaisaikuisiin ja tutkittava ilmiö oli mielenterveys tai jokin mielenterveyteen liittyvä ilmiö. Tutkimuksessa oli tutkittu tavallisia, niin sanottuja terveitä opiskelemissa tai työelämässä olevia nuoria tai

varhaisaikuisia. Poissulkukriteereinä käytettiin tutkimuksen kohdistumista mielenterveyshäiriön vuoksi sairaalahoidossa oleviin nuoriin ja/tai varhaisaikuisiin. Tutkimukset valittiin ensin otsikon ja abstraktin perusteella. Sitten katsottiin tutkimuskohde, otos, mittari sekä tutkimuskonteksti ja arvioitiin tutkimuksen tarkoituksenmukaisuus tähän tutkimukseen. Systemaattisten hakujen lisäksi seurattiin manuaalisesti koko prosessin ajan aiheeseen liittyviä kansainvälisiä sekä kansallisia tieteellisiä julkaisuja.

2.1.1 Mielenterveys käsitteenä

Mielenterveydelle käsitteenä ei ole yhtä yksiselitteistä määritelmää. Tutkijat ja eri tieteiden edustajat ovat painottaneet määritelmässään erilaisia asioita. Maailman Terveysjärjestön (WHO 2005) määritelmän mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan elämän normaaleissa stressitilanteissa ja työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti, ja kykenee toimimaan yhteisön jäsenenä. Psykoanalyytikko Sigmund Freud (1856–1939) määritteli mielenterveyden kyvyksi rakastaa ja tehdä työtä. Erik H. Eriksonin (1982) mukaan mieleltään terveen ihmisen käsitys itsestään on todenmukainen, ja hänen minäkuvansa on ehjä. Mielenterveyttä on kuvattu myös psyykkisiä toimintoja ylläpitävänä voimavarana, jota ihminen käyttää oman elämänsä ohjaamiseen (Lehtonen & Lönqvist 2007).

Mielenterveyden rinnalle on noussut viime vuosien aikana käsite 'positiivinen mielenterveys' (esim. Lavikainen ym. 2000; Weare 2000; Sohlman 2004; Jané-Llopis & Anderson 2006; MacDonald 2006; Smith-Merry 2008; Tusaie 2008; Improving Health of Canadians 2009). Uusi käsite on jäsentänyt ja selkeyttänyt mielenterveys - mielensairaus -käsitteiden välistä eroa. Sohlmanin (2004) mukaan positiivinen mielenterveys on monitahoinen, dynaaminen ja kokonaisvaltainen ilmiö, joka kehittyy jatkuvassa vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Mielenterveys ei katoa, vaikka ihmisellä olisi ongelmia, vaan sitä on aina jonkin verran olemassa. Mielenterveys ja sen seuraukset ilmenevät tunteiden, ajattelun ja

käyttäytymisen kautta (Sohlman 2004; ks. myös Weare 2000; Mental Health of Young People 2009).

Ongelmalliseksi tilanteen tekee se, että mielenterveys -käsitettä käytetään tutkimuksissa, joissa tutkimuskohteena ovat mielenterveyden häiriöt tai -oireet (MacDonald 2006; Fröjd 2008). Myös tässä tutkimuksessa mielenterveyttä pyritään ymmärtämään mielenterveysoireiden kautta, vaikka mielenterveyden ajatellaankin olevan laajempi ilmiö. Tämä käsitteiden moninaisuus sekoittaa helposti ilmiöiden ymmärtämistä: muun muassa eräässä kanadalaisessa tutkimuksessa tuli ilmi, että väestöstä 56 % ymmärsi sanojen 'mental health' ja 'mental illness' tarkoittavan lähes samaa asiaa (Improving the Health of Canadians 2009).

Mielenterveys kuvaa kokonaisterveyttä ja hyvinvointia (Mental Health of Young People 2009). Paloheimo (1958) kuvasi jo 1950-luvun lopussa ihmisen luontaista tarvetta pyrkiä tasapainoon mielenterveys-sairaus -suhteessa. Hänen mielestään mielenterveyden ja mielisairauden välille ei voida vetää selvää rajaa. (ks. myös MacDonald 2006; Tusaie 2008; Woodhouse 2010) Sairauskeskeisellä ajattelulla on pitkät juuret, ja se hallitsi ajattelua Suomessa aina 1990-luvulle asti, josta konkreettisenä esimerkkinä voidaan pitää lainsäädäntöämme. Suomessa vuonna 1937 asetettu mielisairaslaki oli voimassa 54 vuotta, ennen kuin se muutettiin 1.1.1991 mielenterveyslaiksi, ja sen jälkeen mielenterveys -käsite tuli osaksi lainsäädäntöämme. (Mielenterveyslaki 1990/1116)

2.1.2 Nuoruusikä ja varhaisaikuisuus

Tässä tutkimuksessa käytetään 14-vuotiaista käsitettä 'nuori' ja 24-vuotiaista käsitettä 'varhaisaikuisuus'. Käsitteisiin päädyttiin väitöskirjan osajulkaisuja suunniteltaessa, koska englanninkielistä käsitettä 'adolescent' ei olisi voinut käyttää 24-vuotiaista. Suomenkielessä 24-vuotiaasta käytetään monissa määritelmässä vielä käsitettä 'nuori'.

Nuoruus -käsitteen otti käyttöön ensimmäisen kerran ranskalainen filosofi Jean Jaques Rousseau vuonna 1762 (Bruhn 1989). Tuolloin nuoruusajan pituus oli lyhyt, vain viisi vuotta (ikävuodet 15–20). Nykykäsitteen mukaan nuoruusikä on lapsuuden ja aikuisuuden väliin sijoittuva psyykinen kehitysvaihe, joka sijoittuu ikävuosien 12–22 välille (Ahlberg & Siimes 2007). Eri tutkijat määrittävät ajanjakson hieman eri tavoin ja jakavat sen myös useampaan lyhyempään jaksoon. Blos (1966) jakoi nuoruuden esinuoruuteen (11–13 ikävuodet), varhaisnuoruuteen (13–15 ikävuodet), keskinuoruuteen (15–18 ikävuodet) ja myöhäisnuoruuteen (18–20 ikävuodet). Erikson (1982) käyttää käsitettä varhaisnuoruus (7–12 ikävuodet) ja nuoruus (13 vuodesta ylöspäin). Offer ym. (1981) jakavat tutkimuksissaan nuoruuden minäkuvan kehityksen mukaan kahteen ikäluokkaan: 13–15-vuotiaat ja 16–18-vuotiaat. Rowlingin (2006) mukaan 12–17-vuotias on nuori (adolescent) ja 18–24-vuotias on nuori aikuinen (young adult). Sneed ym. (2007) kuvaavat 17–27-vuotiaita nuorina aikuisina ja käyttävät englanninkielistä käsitettä 'emerging adulthood'.

Nuoruusikään liittyy läheisesti myös murrosikä eli puberteetti, joka alkaa tytöillä poikia aiemmin, kuitenkin yksilölliset erot ovat suuria. Murrosikä kuvaa nuoren biologista ja fysiologista kehitystä, jolloin hormonitoiminta käynnistyy sekä sukupuolinen ja seksuaalinen kypsyminen alkavat. Nuoruusikä -käsitteellä tarkoitetaan sen sijaan huomattavasti murrosikää pidempää ajanjaksoa, psykologisten muutosten aikaa (Blos 1966; Ahlberg & Siimes 2007).

Nuoruusiän määrittelyssä voi lähtökohtana olla fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kehitys (esim. Erikson 1982; Offer ym. 1981; Ahlberg & Siimes 2007), ihmisen yhteiskunnallinen vastuu ja läinsäädännölliset oikeudet (Nuorisolaki 2006/72) tai yksilön suojeleminen ja hoitoon pääsy (Mielenterveyslaki 1990/1116; Lastensuojelulaki 2007/417; Terveystoimintolaki 2010/1326). Suomen lainsäädännössä nuoruus määritellään eri tavoin sen mukaan, mistä laista on kyse. 1.3.2006 voimaan tullessa nuorisolaissa (2006/72) nuorella ymmärretään alle 29-vuotiaasta, mielenterveislain (1990/1116) mukaan nuoruus jatkuu 18 ikävuoteen, lastensuojelulaissa (2007/417) alle 18-vuotias on lapsi ja 18–20-vuotias on nuori. Uudessa terveydenhuoltolaissa (2010/1326) määritellään, että alle 23-vuotiaalla on oikeus saada psykitrisia palveluja kolmen kuukauden

kuluessa, ikäraja oli aiemmin 18 vuotta (Terveydenhuoltolaki 2010/1326). Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee nuoruuden niin, että käsitteellä 'adolescent' tarkoitetaan 10–19-vuotiaita, käsitteellä 'youth' 15–24-vuotiaita ja käsitteellä 'young people' 10–24-vuotiaita (Adolescent Health and Development 2011). Lapsuuden ja nuoruuden tai nuoruuden ja varhaisaikuisuuden välille on vaikeaa vetää tarkkoja ikärajoja. Kyse on enemmänkin peräkkäisistä kehitysvaiheista, joiden kautta lapsi siirtyy aikuisuuteen.

Nuorten ja myös varhaisaikuisen mielenterveyden tutkiminen asettaa tutkijalle haasteita. Kehittyminen ja kasvu tapahtuvat vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa, vaikka nämä elämän vaiheet ovat selkeästi yksilöprosesseja (Offer ym. 1981). Jokaisen nuoren ja varhaisaikuisen on kasvettava tiettyjen kehityskriisien läpi (Erikson 1968, 1982), ja ympäristö voi tukea ja auttaa häntä selviytymään kehitysprosesseista mahdollisimman hyvin.

Nuoruusiän kehitykseen liittyy ilmiöitä, joiden ”normaalisuutta” on vaikea arvioida. Nuoruuteen liittyy psyykkistä kypsymättömyyttä (Pylkkänen 2006; ks. myös Blos 1966; Offer ym. 1990), joka aikuisilla voisi viitata jonkin asteiseen persoonallisuuden häiriöön. Offer ym. (1990) ovat korostaneet, että tutkijan tulee tuntea nuoruusikään liittyviä normaaleja piirteitä ja ymmärtää nuoruutta kehitysvaiheena, ennen kuin voi arvioida nuoren mielenterveyttä tai sairautta. Nuoren mieliala vaihtuu nopeasti (Korhonen & Marttunen 2006), eikä hän ole itsekään aina selvillä, mitä hän ajattelee tai millainen on hänen oma maailmankäsityksensä. Jopa psykoottistasoisten mielisairauksien havaitseminen voi olla ongelmallista, sillä oireet sekoittuvat helposti normaaliin nuoruusiän kehitykseen (Offer ym. 1990; Laukkanen 2006).

Nuoriin kohdistuvien tutkimusten tulosten arvioinnissa tulee ottaa huomioon nuorten yksilölliset erot (Mak ym. 2004; Sneed ym. 2007), vaikka rymätasolla selkeitä yhtäläisyyksiä löydetäänkin. Tutkimusten mukaan sulkupuolten välillä on suuria eroja, ja poikien ja tyttöjen mielenterveyteen liittyvä oireilu ilmenee usein eri tavoin (Seiffe-Krenke & Stemmler 2002; Pelkonen ym. 2003; Hayward ym. 2008; Lien ym. 2007; Collishaw ym. 2010; Laukkanen ym. 2010). Arvioitaessa mielenterveyttä on myös otettava huomioon kulttuuriset ja yhteiskunnalliset erot (Vazsonyi & Belliston 2006; Van Oort ym. 2007; Garcia ym. 2008; Rutledge ym.

2008; Briggs & McBeath 2010), sillä kulttuuri ja elinympäristö vaikuttavat siihen, miten mielenterveyttä uhkaavat tekijät tulevat esille ja tunnistetaan (esim. Murry ym. 2011).

2.1.3 Erik H. Erikssonin kehitysteoria ja mielenterveyden rakentuminen

Mielenterveys, persoonallisuus ja identiteetti

Ihmisen mielenterveys rakentuu osana persoonallisuuden ja identiteetin kehitystä (Paloheimo 1958; Erikson 1962, 1982; Meeus ym. 2005; Sheldon 2005; Sneed ym. 2006; Fadjukoff 2007), ja nuoruus on tärkeä elämänvaihe juuri siksi, että persoonallisuus on muotoutumassa ja nuori etsii omaa identiteettiänsä. Tosin identiteetti voi rakentua vielä aikuisenakin (Fadjukoff 2007; ks. myös Feldt 2000), ja kehityksen kulussa on paljon yksilöllisiä eroja (Sneed ym. 2006).

Persoonallisuudella tarkoitetaan yksilölle tyypillisten ominaisuuksien ja toimintatapojen kokonaisuutta, joka säätelee yksilön elämyksiä, ja käyttäytymistä. Identiteetti on ihmisen perusominaisuuksien kokonaisuus, jonka perusteella ihminen itse ja muut tunnistavat hänet. (Patronen & Lönnqvist 2007) Käsitteiden välisiä suhteita voidaan kuvata esimerkiksi niin, että mielenterveys rakentuu persoonallisuuden ja identiteetin sisällä. Ihmisellä on persoonallisia piirteitä jo syntyessä, kun taas oma identiteetti täytyy löytää nuoruudessa. Persoonallisuuden ja identiteetin kehityksessä tapahtuvat häiriöt voivat johtaa mielenterveyden häiriintymiseen. Esimerkiksi yhtenä diagnoosina käytetään käsitettä 'persoonallisuushäiriö', jolle on ominaista nuoruusiässä tai varhaisaikuisuudessa omaksutut joustamattomat ja sopeutumista haittaavat luonteen- ja käyttäytymispiirteet (Patronen & Lönnqvist 2007; ks. myös Torgersen 2009; Lindberg 2010; Melartin & Koivisto 2010; Tosevski ym. 2010).

Perusta mielenterveydelle ja persoonallisuudella rakentuu jo lapsuudessa (Paloheimo 1958; Erikson 1982; Aalberg & Siimes 2007; Fadjukoff 2007; Keskin

& Cam 2010), mutta nuoruus on toinen merkittävä vaihe, jolloin voidaan korjata lapsuuden traumaattisten kokemusten vaikutuksia (Blos 1966) helpommin kuin aikuisiässä. Irwin ym. (2002) toteavat nuoruuden olevan aikaa, jolloin ihmisen tapa käyttäytyä muotoutuu. Lisäksi muun muassa käsitys oikeudenmukaisuudesta kehittyy vielä nuoruusiässä (McGillicuddy-De Lisi ym. 2008), joten nuoren ajatteluun on mahdollista vaikuttaa.

Nuoruusikään liittyy kolme keskeistä kehitystehtävää: nuoren tulee itsenäistyä ja irtaantua vanhemmistaan, hyväksyä oma muuttunut kehonsa ja löytää oma identiteettinsä, joka pitää sisällään muun muassa minäkuvan, itsetunnon, oman maailmankuvan, arvot, elämänfilosofian ja itselle luontaisen tavan elää ja toimia. (Erikson 1982; ks myös Pletsch ym. 1991; Aalberg & Siimes 2007; Fadjukoff 2007) Nuoren kehittymisen kulmakivi on yksilöityminen, jolloin saavutetaan riittävä autonomia ja riippumattomuus. Näin nuoresta tulee oman kehon ja mielensä haltija. (Pylkkänen 2006; Fadjukoff 2007)

Kehityopsykologi Erik H. Erikson (1968) on kuvannut ihmisen psykologista kehittymistä kahdeksan kehityskriisin kautta. Kriisien läpikäymisen seurauksena syntyvät ihmiselle seuraavat vahvuudet tai heikkoudet: vauvaikä: *perusluottamus tai turvattomuus*; varhainen leikki-ikä: *itsenäisyys tai epäily ja häpeä*; myöhäinen leikki-ikä: *aloitteellisuus tai syyllisyys*; alakouluikä: *ahkeruus tai alemmuudentunne*; nuoruusikä: *identiteetti tai roolien hajaannus*; varhaisaikuisuus: *läheisyys tai eristäytyminen*; keski-ikä: *huolenpito tai käpertyminen* ja vanhuus: *eheytyminen tai epätoivo*. Kuviossa 1 esitetään Eriksonin (1968) nuoruuden ja varhaisaikuisuuden psykososiaaliset kehitysvaiheet, kriisit ja perusvoimat, jotka syntyvät onnistuneiden kriisien ratkaisuna. (ks. kuvio 1)

Varhaisnuoruudessa nuorelle kehittyy pysyvyyden tunne, kun hän onnistuu sosiaalisissa suhteissaan toisten kanssa ja kokee onnistumisen kokemuksia. Jos nuori ei päinvastoin koe olevansa missään asiassa hyvä, eikä pääse osalliseksi sosiaalisissa ryhmissä, hänelle kehittyy alemmuuden tunteita. Nuoruudessaan ihminen löytää omat arvot, harrastukset ja tavan elää. Kun hän saa ratkaisuilleen toisten hyväksynnän, hän voi kokea itsensä hyväksytyksi sellaisena kuin on, ja hänen identiteettinsä vahvistuu. Varhaisaikuisuus on oman elämän,

rakkaussuhteen ja perheen rakentamisen aikaa. Onnistunut kehitys antaa valmiudet rakastaa ja ottaa vastuu itsestä ja myös läheisistä ihmisistä. (Erikson 1968, 1982) Varhaisaikuisuus on riippuvuussuhteiden kehittymistä ja muuttumista; on aika kouluttautua, hankkia itselleen ammatti, kohdata rakkaussuhde sekä valmistautua vanhemmuuteen (Park ym. 2006; Sneed ym. 2007).

Perusvoimien kehittyminen kriisien kautta eri kehitysvaiheissa

Kehitysvaihe	Kriisi	Perusvoima
Varhaisnuoruus	Pystyvyys/ alemmuuden tunne	⇒ Pystyvyys
Nuoruus	Identiteetti/ roolihämmennys	⇒ Minän aitous
Varhaisaikuisuus	Läheisyys/ Eristäytyminen	⇒ Kyky rakastaa

Kuvio 1. Nuoruusiän ja varhaisaikuisuuden psykososiaaliset kriisit ja syntyneet perusvoimat Eriksonin (1968) mukaan

Mielenterveyden ja identiteetin muotoutuminen

Erikson (1968, 1982) korostaa nuoruusiässä identiteetin löytämisen merkitystä. Kyse on yksilöllisestä prosessista, joka etenee vaiheittain: epäselvä identiteetin vaihe, identiteetin etsintävaihe ja identiteetin saavuttaminen, joka tuo nuorelle eheyden tunteen ja vakaan arvopohjan tehdä päätöksiä omassa elämässään. (Himberg 2000; Sneed ym. 2006). Prosessiin vaikuttavat useat tekijät samanaikaisesti: identiteetin ja mielenterveyden kehittymisen perustana on perimä (Lange 2003; Shelton ym. 2008; Torgersen 2009), yksilöllinen alttius (Karvonen ym. 2005), ympäristö (Konu ym. 2002; Rask ym. 2003; Karvonen ym. 2005; Kim ym. 2005; Vazsonyi & Belliston 2006; Lien ym. 2007; Van Oort ym. 2007; López

ym. 2008; Shelton ym. 2008; Sun ym. 2008; Elliott & Master 2009; Laukkanen ym. 2009; Lahey ym. 2011) ja elämäntapahtumat (Marcotte ym. 2002; Steinhausen 2006; Lien ym. 2007; Garcian ym. 2008; Sun ym. 2008; Cutajar ym. 2010; Haravuori ym. 2010; Flouri & Kallis 2011; Sanchez ym. 2011). Käsitys siitä, kuinka suuri vaikutus on yksilön perimällä ja alttiudella tai ympäristötekijöillä, on vaihdellut ajan, kulttuurin ja tutkijoiden lähestymistavan mukaan. Lisäksi kulttuurilla sekä yhteiskunnallisilla rakenteilla ja arvoilla on suuri merkitys nuoren identiteetin muototutumisessa (ks. myös Fadjukoff 2007; Sneed ym. 2007; Duarte ym. 2008; McGillicuddy-De Lisi ym. 2008; Lee ym. 2010; McLean ym. 2010). Eriksonin (1982) mukaan nuori etsii omaa rooliaan yhteiskunnassa, jossa elää. Ulkopuoliset ihanteet, toiveet ja vaatimukset vaikuttavat siihen, että nuoren haaveet ja tavoitteet voivat olla hyvinkin erilaisia eri kulttuureissa. Konkreettisesti tämä tulee esille esimerkiksi maahanmuuttajanuorilla, joiden identiteetin muodostumista voivat hämmäntää oman perheen ja uuden asuinpaikan kulttuurin väliset erot (Van Oort ym. 2007; Duarte ym. 2008; Garcia ym. 2008; Shelton ym. 2008; Kokkonen 2010). Garcian ym. (2008) tutkimuksessa vieraasta kulttuurista tulevilla nuorilla oli muita nuoria enemmän emotionaalista stressiä, itsetuhoajatuksia ja -käyttäytymistä (ks. myös Van Oort ym. 2007).

Erikson (1982) painottaa, että nuori voi joutua tämänkaltaisissa tilanteissa roolidiffuusioon: hän ei löydäkään itselleen sopivaa identiteettiä, ja yhteiskuntaan sopeutuminen on silloin vaikeaa. Fadjukoffin (2007) mukaan nykyinen jälkimoderni yhteiskunta on haastava ympäristö nuoren identiteetin muodostamiselle. Lyhytaikaisuus ihmis- ja työsuhteissa sekä jatkuva muutos kaikilla elämän osa-alueilla edellyttävät nuorelta kykyä omien arvojen, valintojen ja toiminnan pohdintaan. Saavutettuaan vahvan identiteetin nuori hallitsee elämänsä paremmin ja voi elää laadukkaampaa elämää (Chen & Yao 2010).

Nuoren identiteetin kehittymisen tukeminen ja karikat

Fadjukoff (2007) korostaa vanhempien roolia nuoren identiteetin kehityksessä. Nuoret tarvitsevat tukea alkaessaan verrata perheen arvoja muun maailman

tarjontaan. Aikuisten tulisi ymmärtää ja sietää se, että nuoret voivat kyseenalaistaa heidän arvonsa ja tehdä erilaisia valintoja kuin he itse. Vanhemmat voivat avata lapselleen mahdollisuuksia tai sitten rajoittaa mahdollisuuksien näkemistä esimerkiksi uskonnollisen, ideologisen tai ammatillisen taustan vuoksi. Tämä voi johtaa siihen, ettei nuori löydä omaa identiteettiään (ks. myös Himberg 2000; O'Donnell ym. 2010), vaan mukautuu vanhempien tarjoamiin arvoihin pohtimatta eri vaihtoehtoja itse (= omaksuttu tai lainattu identiteetti). Psykkinen sairaus voi häiritä myös nuoren identiteetin kehittymistä. Nuorella voi olla dissosiativinen identiteettihäiriö eli sivupersonahäiriö, jolloin hänellä on vähintään kaksi identiteettiä tai persoonallisuuden tasoa. Yleensä tähän liittyy yksi pääidentiteetti ja muita vaihtoehtoisia identiteetejä, jotka aina vuorollaan hallitsevat ihmisen tunteita, ajattelua ja käyttäytymistä. (Lönqvist 2007).

Uudet mahdollisuudet ymmärtää ihmisen mielen toimintaa

Persoonallisuus kehittyy vuorovaikutuksessa toisten kanssa, ja samanaikaisesti myös aivojen hermoradat rakentuvat ja välittäjäaineiden toiminta aktivoituu. Aivojen peilisolujärjestelmän keksiminen on edistänyt kuvantamismenetelmien kehittymistä ja hermoston tutkimusta (Tummolini ym. 2006; Hari 2007; Drubach 2008; Hooker ym. 2010; Khailil 2011; Spunt ym. 2011). Aivojen rakenteen tutkimuksen rinnalle on noussut aivojen toiminnan tutkiminen. Ihmisen havaitsemat liikkeet, äänet ja koetut tunteet ärsyttävät peilisoluverkoston ja ihminen reagoi hermosolujen lähettämiin viesteihin (Schulte-Rüther ym. 2007; Hooker ym. 2010), jolloin etenkin lapsilla ja nuorilla rakentuu hermoverkosto ja tapa ymmärtää ja ennakoida toisten käyttäytymistä ja toimintaa sekä vastata niihin. Peilisolujen puutteellinen toiminta voi ilmetä autismina, jolloin hermosoluissa ei synny ärsykeitä. Hermosoluverkosto voi tehdä myös virheellisiä tulkintoja ulkopuolelta tulevista ärsykkeistä, ja se voi ilmetä esimerkiksi skitsofreniana. (Hari 2007) Laasonen-Balk (2005) selvitti aivojen välittäjäaineiden toimintaa masennuksen yhteydessä ja totesi aivojen dopamiinipitoisuuden laskevan, kun ihminen masentuu. Aivojen toimintaa voidaan tällöin korjata lääkkeillä, jolloin aivot toiminta korjaantuu ja palautuu

mahdollisesti ennalleen. Tutkimukset ovat lisänneet ihmisen käyttäytymisen ymmärtämistä, ja tulevaisuudessa saadaan lisää tietoa siitä, miten erilaisin harjoitteiden ja terapioiden avulla voidaan muuttaa ihmisen aivojen toimintaa ja käyttäytymistä.

2.1.4 Mielen terveyden edistäminen

Mielen terveyden edistäminen käsitteenä on osa terveyden edistämistä, ja Maailman terveysjärjestö toteaa, että ei voi olla terveyttä ilman mielen terveyttä. Mielen terveyden edistäminen kohdistuu niin yksilöihin kuin yhteisöihin. (STM 2001; Seedhouse 2004; Jané-Llopis & Anderson 2006; Calloway 2007; ETENE 2010; Power 2010; WHO 2010; Woodhouse 2010; Puolakka ym. 2011; Rickwood ym. 2011) Terveyden edistämisen toiminta kohdistuu terveyttä tukevan politiikan ja ympäristön rakentamiseen, vahvaan yhteisölliseen toimintaan, yksilöiden kehityksen tukemiseen ja uudistettuihin palveluihin (Nutbeam 2004). Terveyden edistämisen tulee kaikissa muodoissaan perustua tutkittuun tietoon aina kun se on mahdollista. Hoitotyön ja hoitotieteen näkökulmasta terveyden- ja mielen terveyden edistäminen ovat keskeisiä ilmiöitä (Woodhouse 2010) ja tutkimuksen kohteita. Mielen terveys ja ihmisen huomioiminen kokonaisuutena erottaakin hoitotyön ja hoitotieteen muista tieteistä ja aloista (Pearson 2010). Kuitenkin mielen terveyden edistäminen on niin laaja-alaista ja monimuotoista, että siihen tarvitaan eri tieteiden ja toimijoiden yhteistyötä (STM 2001; Lavikainen ym. 2006; Shastiri 2009; Power 2010; Yearwood & DeLeon 2010; Puolakka ym. 2011). Lisäksi terveyden ja mielen terveyden toteutus kuuluu terveydenhuollon lisäksi monien eri toimialojen ja yhteiskunnan vastuualueisiin (WHO 2001; WHO 2007; Hadland 2008; World Federation for Mental Health 2009).

Mielen terveyden edistämisen tutkimuksessa on otettava huomioon, että psykiatrisen diagnoosin puute, ihmisen hyvinvointi ja onnellisuus ovat eri asioita. Siksi sairauksien ja terveyden tutkiminen tulisi nähdä eri ulottuvuuksina ja pitää tasapainossa keskenään (Tusaie 2008). Mielen terveyden edistämiseen liittyvissä

tutkimuksissa käytetään englanninkielisiä käsitteitä 'prevention' (=ennaltaehkäisy) ja 'promotion' (=edistäminen). Käsitteiden sisällöt vaihtelevat, ja vaihtelevuus on synnyttänyt epämääräisyyttä tutkimusten kohdentumisessa (WHO 2002; Hadland 2008; Woodhouse 2010). Maailman terveysjärjestö on korostanut, että mielenterveyteen liittyvän huolen ei pitäisi kohdistua vain mielensairauksiin, vaan sen lisäksi tulisi tunnistaa ja osoittaa myös laajemmin se, mitä mielenterveyden edistämien on (WHO 2010).

Maailman mielenterveysjärjestö (WFMH) kuvaa mielenterveyden edistämistä kahtena erillisenä alueena: mielenterveyden edistämisenä (= promotion of mental health) sekä mielen- ja käyttäytymishäiriöiden ehkäisyä (= prevention of mental and behavioral disorders). Ehkäisevä työ (= prevention) voidaan kohdistaa kolmeen eri alueeseen: yleiseen (= universal), valikoivaan (= selective) ja tarvittavaan (= indicated). Yleinen mielenterveyden edistämistyö kohdistuu koko väestöön tai luonnollisiin yhteisöihin; valikoiva työ ryhmiin, joilla on korkea riski sairastua. Tarvittava ehkäisevä työ kohdistuu ryhmiin, joilla on korkea riski sairastua ja lisäksi joitain merkkejä mielenterveyden häiriöistä, mutta ei kuitenkaan riittäviä kriteereitä psykiatriseen diagnoosiin. (World Federation for Mental Health 2009; ks. myös WHO 2002; Callear & Christensen 2010) Promotio ja primaari preventio ovat käsitteinä hyvin lähellä toisiaan (Honkanen 2008; ks. myös Shastri 2009; Woodhouse 2010), mutta niillä tarkoitetaan kuitenkin eri asiaa.

Mielenterveys -käsitteen moniulotteisuus, mielenterveyden edistämistyön ja työstä saatujen tulosten vaikea todentaminen asettavat haasteita käytännön mielenterveystyön kehittämiseksi (Lavikainen ym. 2006; Caloway 2007; Zechmeister ym. 2008; Pearson 2010), ja tutkimuksia on mieluummin kohdistettukin helposti mitattaviin ilmiöihin. Tässä 10-vuotisessa seurantatutkimuksessa mielenterveyttä ja sen muototutumista pyritään ymmärtämään varhaisaikuisten mielenterveysoireiden ja niihin yhteydessä olevien nuoruudessa raportoitujen tekijöiden kautta.

2.2 Mielen terveys nuoruudessa ja varhaisaikuisuudessa

2.2.1 Mielen terveyttä uhkaavat oireet

Ihmisen mielen terveyshäiriöt ilmenevät erilaisina ja eriasteisina oireina, esimerkiksi masennuksena (Aalto-Setälä ym. 2002a, 2002b; Pelkonen ym. 2003; Fogel ym. 2006; Sawyer ym. 2007; Wang ym. 2007; Fröjd ym. 2008; Collishaw ym. 2010), ahdistuneisuutena (Stein 2006; Hayward ym. 2008; Rogrigo ym. 2010; van Oort ym. 2010), pakkoneuroottisina oireina (Cameron 2007; Karla & Swedo 2009), erilaisina pelkoina (Acarturk ym. 2008; Cox ym. 2009; Bener ym. 2011; Väänänen ym. 2011), psykosomaattisina oireina (Larsson & Zaluha 2003; Huurre ym. 2005; Steinhausen & Metzke 2007; Arnault & Kim 2008) tai psykoottisuutena (Etheridge ym. 2004; Byrne & Morrisson 2010; Laajasalo ym. 2010; Fagnani ym. 2011).

Mielen terveysoireet lisääntyvät nuoruudessa ja varhaisaikuisuudessa, ikävuosien 12 ja 24 välillä (Aalto-Setälä ym. 2002a; Marcotte ym. 2006; Park ym. 2006; Stein 2006; Patel ym. 2007; Rickwood ym. 2007; Kessler ym. 2007; Blanco ym. 2008; Vanheusden ym. 2008; Martin ym. 2010; Storrie ym. 2010; Väänänen ym. 2011), ja mielen terveyden häiriöitä todetaan nuorilla kaksi kertaa enemmän kuin lapsilla (Mielen terveystietoa 2008). Erilaisten oireiden määrä vaihtelee 4 %:sta 30 %:iin tutkimuksissa käytettyjen mittareiden, tutkittavien ja tutkimusympäristöjen mukaan (Pelkonen ym. 2003; Harpham ym. 2005; Park ym. 2006; Steinhausen 2006; Sawyer ym. 2007; Van Oort ym. 2007; Kim & Cain 2008; Ravens-Sieberer ym. 2008; Cox ym. 2009; Collishaw ym. 2010; Elmquist ym. 2010; Kouluterveyskysely 2010). Esimerkiksi maahanmuuttajalapsilla ja -nuorilla on enemmän mielen terveysongelmia kuin vastaavan ikäisellä alkuperäisväestöllä (Garcia ym. 2008; Stevens & Vollebergh 2008). Kuitenkin pitkällä aikavälillä eri etnisillä ryhmillä kehityskaaret voivat olla hyvinkin

erilaisia (Brown ym. 2007), ja muun muassa van Oort ym. (2007) osoittivat mielenterveysoireiden eroavuuden vähenevän nuoruudesta aikuisuuteen tuleessa verratessaan seurantatutkimuksessaan hollantilaisia ja Hollannissa asuvia turkkilaisia. Ihmisen sosiaalisella taustalla näyttää myös olevan yhteys mielenterveysoireiden määrään (Johnson & Wang 2008; Elliott & Master 2009).

Masennusoireet ovat niin Suomessa (Aalto-Setälä ym. 2002a, 2002b; Laasonen-Balk 2005, Kela 2008; Mielenterveystietoa 2008; Kouluterveyskysely 2010) kuin muuallakin maailmassa tavallisimpia mielenterveyttä uhkaavia oireita (Kristjánsdóttir ym. 2009; Collishaw ym. 2010; Elmquist ym. 2010; Sterba ym. 2010; World Federation for Mental Health 2010) Suomalaisessa Terveys 2000 - tutkimuksessa 18–29-vuotiaista naisista 18.3 % ja miehistä 5.7 % raportoi masennusoireista; naisista 31.9 % ja miehistä 29.9 % uupumuksesta (Koskinen ym. 2005). Pelkosen ym. (2003) tutkimuksessa 22-vuotiaista naisista 13 % ja miehistä 9.1 % oli masentuneita. Suvisaari ym. (2009) selvittivät suomalaisten nuorten aikuisten psyykkistä terveyttä (n=1863): 40 % raportoi kärsineensä jossain elämänsä vaiheessa joko mielenterveys- tai päihdehäiriöstä, ja 15 % ilmoitti parhaillaan kärsivänsä kyseisistä oireista. Tavallisimpia varhaisaikuisen mielenterveysoireita olivat masennus (17.7 %), päihdehäiriö (14.2 %), ahdistuneisuushäiriö (12.6 %) ja kaksisuuntainen mielialahäiriö (1.9 %)

Psykoottisista mielenterveyden häiriöistä yleisin on skitsofrenia. Sitä sairastaa noin 1 % väestöstä, ja lähes 60 % potilaista on sairastunut jo ennen 25 ikävuottaan (Laukkanen 2006; ks. myös Saha ym. 2005). Varsinaista psykoosiin sairastumista edeltää usein ns. prodromaalivaihe, jolloin ensimmäiset oireet ilmaantuvat: esimerkiksi tarkkaavaisuuden ja/tai tunne-elämähäiriöt, toimintakyvyn heikkeneminen, ajatus- ja havaintohäiriöt (Laajasalo ym. 2010; ks. myös Etheridge ym. 2004).

Mielenterveysoireiden lisääntymisestä viime vuosina ei ole selkeää näyttöä (Pirkola & Sohlman 2005; STM 2006; Sinokki 2010), ja on vaikea osoittaa, ovatko ongelmat lisääntyneet vai tunnistetaanko ne aikaisempaa herkemmin (ks. Hunt & Eisenberg 2010). Kuitenkin osa tutkimuksista viittaa siihen, että nuorten mielenterveysoireilu olisi lisääntynyt (Collishaw ym. 2010; Storrie ym. 2010; Raitasalo & Maaniemi 2011). Collishaw ym. (2010) osoittivat 20 vuoden

seurantatutkimuksessaan masennuksen ja ahdistuneisuuden lisääntyneen englantilaisilla tytöillä, mutta ei pojilla.

Mielenterveysoireisiin liittyy usein itsetuhoisuutta (Chen ym. 2005; Hintikka ym. 2006; Oquendo ym. 2006; Garcia ym. 2008; Ramey ym. 2010; Laukkanen ym. 2010; Frosch ym. 2011; Kokkevi ym. 2011), ja itsemurhayritys voi olla merkki halusta kuolla, tai se voi olla toisille osoitettu ilmaus omasta hädästä (Zayas ym. 2010). Joskus itsetuhoisuus voi olla myös keino selviytyä oman ahdistuksen kanssa (Rissanen ym. 2008).

Mielenterveysoireilla on taipumus kasaantua ja esiintyä samanaikaisesti (Sterba ym. 2010), mutta toisaalta nuoruusiässä oireet voivat tulla esille hyvinkin kapealla alueella (Derogatis ym. 1973; Offer ym.1990). Lisäksi kaikki mielenterveysoireista kärsivät henkilöt eivät ole tilastoissa eivätkä hoidon piirissä. Bergeron ym. (2005) tutkivat kanadalaisten 15–24-vuotiaiden mielenterveyttä ja heidän palvelujen käyttöönsä ja totesivat, että vain 25 % nuorista, joilla oli mielenterveysoireita, oli hakenut apua. Nuoret ja nuoret aikuiset raportoivat mielenterveysoireista, jotka vaatisivat hoitoa, mutta eivät hakeudu hoitoon (Haarasilta 2003; Tyssen ym. 2004; Chandra & Minkoviz 2006; Lindsey ym. 2006; Jorm ym. 2007; Rickwood ym. 2007; Blanco ym. 2008; Vanheusden ym. 2008; De Anstiss ym. 2009; Suvisaari ym. 2009; Hunt & Eisenberg 2010; Martin ym. 2010; Storrie ym. 2010; Murry ym. 2011) tai ovat yrittäneet hakeutua, mutta eivät ole päässeet (Charman ym. 2010; ks. myös Frosch ym. 2011). Hoitoon hakeutumiseen voi liittyä taloudellisia esteitä (Kapphahn ym. 2006; Lauber & Rössler 2007; Dashiff ym. 2009), negatiivisia kokemuksia (Aisbett ym. 2007; Charman ym. 2010; Mayers 2010) tai häpeä ja huoli siitä, mitä muut ajattelevat (Jorm ym. 2007; Lepistö ym. 2010). Lisäksi syynä voi olla ongelmien vähättely ja usko, että oireet menevät ohi itsestään (Samargia ym. 2006; Vanheusden ym. 2008). Toisaalta nuoret aikuiset eivät aina tunnista ongelmiaan tai kieltävät ne (Vanheusden ym. 2008). Samargian ym. (2006) tutkimuksessa 36 % nuorista ei halunnut, että heidän mielenterveyteensä liittyvä oireilu tulisi vanhempien tietoon. Nuoret ovat kuvanneet ystävien, perheenjäsenten ja kouluhenkilökunnan leimaavan heidät. Ongelmista kärsivien nuorten kohtaamisiin liittyy muun muassa

sääliä, epäluuloisuutta, juoruilua, pelkoa, kykyjen aliarviointia, välttelyä, hyväksymättömyyttä ja epäluottamusta (Moses 2010).

Seurantatutkimukset ovat osoittaneet, että lapsuudessa ja nuoruudessa todetut masennusoireet (Aalto-Setälä ym. 2002a; Dekker ym. 2007; Najman ym. 2008), tunne-elämän ongelmat (Flouri & Malmberg 2010) ja erilaiset epäsuotuisat kokemukset (Schilling ym. 2007; Sun ym. 2008) ovat yhteydessä myöhempään mielenterveyteen. Oireiden esille tulo voi kuitenkin muuttua vuosien saatossa: esimerkiksi masennus ja ahdistuneisuus ennakoivat joskus toisiaan ristiin, ja nuoruuden uhmakkuushäiriöt taas voivat ennakoida ahdistusta ja masennusta nuorena aikuisena (Copeland ym. 2009), tai nuoruuden ahdistusoireet uupumusta varhaisaikuisuudessa (Aalto-Setälä ym. 2002b). Najman ym. (2010) totesivat seurantatutkimuksessaan, että lasten perheen heikko taloudellinen tilanne oli selvä riskitekijä ahdistuneisuudelle ja masennukselle varhaisaikuisuudessa.

2.2.2 Sukupuolten väliset erot mielenterveydessä

Mielenterveysoireiluun liittyy sukupuolten välisiä eroja. Yleisesti tytöt ja naiset raportoivat mielenterveyteen liittyviä oireita poikia ja miehiä enemmän (Seiffge-Krenke ym. 2002; Mak ym. 2004; Harpham ym. 2005; Meadows ym. 2006; Dervic ym. 2007; Hayward 2008; Wang ym. 2007; Collishaw ym. 2010; Moksnes ym. 2010; Laukkanen ym. 2010). Masennusoireet ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä (Seiffge-Krenke ym. 2002; Mak ym. 2004; Marcotte ym. 2006; Dervic ym. 2007; Wang ym. 2007), samoin erilaiset sosiaaliset pelot (Acarturk ym. 2008) ja ahdistuneisuus (Hayward 2008). Toisaalta on myös tutkimuksia, joissa erot eivät ole selkeitä: esimerkiksi Potechinin ja Perreiran (2010) tutkimuksessa 12–19-vuotiailla tytöillä oli masennusta enemmän kuin pojilla, mutta ahdistuneisuus oli taas yleisempää pojilla, joskaan ero ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Tutkimukset eivät kuitenkaan tuo esille, tunnistavatko naiset oireensa miehiä paremmin tai onko naisten kokemusmaailma erilainen kuin miehillä. Naisten herkkyyteen havaita ja nimetä ongelmia viittaa muun muassa Burns ja Rapeen

(2006) tekemä tutkimus, jossa nuoria pyydettiin arvoimaan avun tarvetta tapausesimerkin avulla. Tytöt nimesivät ongelmia herkemmin ja arvioivat avuntarpeen kynnyksen matalammaksi kuin pojat. On myös esitetty, että nuoruusiässä tyttöjen hormonitoiminnalla, etenkin estrogeenin erityksellä on yhteys psyykiseen oireiluun (Figueira & Ouakinin 2010).

Dekker ym. (2007) löysivät seurantatutkimuksessaan lapsuudesta aikuisuuteen tytöillä ja pojilla erilaisia masennusoireiden kehityskaaria. Tytöillä nuoruus- ja murrosikä lisäsivät tai pahensivat usein lapsuudessa alkaneita masennusoireita, ja niillä oli taipumus lisääntyä edelleen aikuisuuden lähestyessä. Pojilla taas lapsuuden masennusoireet saattoivat vähentyä tai hävitä nuoruuteen ja aikuisuuteen siirryttäessä (ks. myös Marcotte ym. 2006). Lee ym. (2010) tutkivat taiwanilaisten nuorten autonomiaa sekä identiteettiä ja totesivat kaupungissa asuvien poikien olevan tyttöjä itsenäisempiä kriittisessä ajattelussa, mielipiteiden esittämisessä, päätöksen teossa, itsearvoinnissa sekä vertaistuessa, mutta maalla asuvilla vastaavanlaisia eroja ei voitu osoittaa.

Naisilla itsetuhoiset ajatukset ovat yleisempiä kuin miehillä (Dervic ym. 2007; Garcia ym. 2008; O'Connor ym. 2009; Martin ym. 2010; Kokkevi ym. 2011). Lisäksi esimerkiksi viiltely näyttää olevan useammin naisten kuin miesten tapa etsiä ratkaisua mielenterveyteen liittyvään ahdistukseen (Laukkanen ym. 2010). Chen ym. (2005) tutkimuksessa malesialaiset tytöt yrittivät itsemurhaa poikia useammin, mutta poikien toteutuneet itsemurhamäärät olivat suuremmat. Ađritmis ym. (2004) löysivät päinvastaisia tuloksia: tytöt tekivät vuosina 1996–2000 Turkissa poikia useammin itsemurhia alle 15-vuotiaana ja myös 15–24-vuotiaana. Pääsyyksi löytyi alle 15-vuotiailla tytöillä sairaus ja 15–24-vuotiailla perheen sisäiset ristiriidat. Suomessa itsemurhien määrä on suuri kansainvälisessä vertailussa, vaikka määrät ovatkin viime vuosina laskeneet. Miehet ja pojat tekevät itsemurhia huomattavasti tyttöjä ja naisia enemmän, ja itsemurha on toiseksi yleisin kuolinsyynä 15–24-vuotiaalla (Tilastokeskus 2006; Uusitalo 2007.)

2.3 Mielen terveyteen yhteydessä olevat ulkoisesti havaittavat tekijät

2.3.1 Päihteiden käyttö ja mielen terveys

Päihteiksi määritellään aineet, jotka vaikuttavat aivojen välittäjäaineisiin, saavat ihmisessä aikaan mielihyvän tunteita ja käytön jatkuessa aiheuttavat riippuvuutta. Päihteinä voidaan käyttää muun muassa alkoholia, nikotiinia, liimoja, liuotinaineita, huumeita tai lääkkeitä. Päihteet ovat haitallisempia nuorten kuin aikuisten aivosoluille, sillä nuoren aivot ovat kehitysvaiheessa. (Astel-Fyke 2010) Tässä tutkimuksessa päihteiden käytöllä ymmärretään alkoholin, tupakan ja huumeiden käyttöä.

Suomalaisista nuorista tupakoi noin 20–25 % (Hibell ym. 2007; Metso ym. 2009; Kouluterveyskysely 2010), ja lisäksi 15-vuotiaista nuorista noin 40 % on joko kokeillut tupakointia tai polttaa (Metso ym. 2009). Kouluterveyskyselyn (2010) mukaan päivittäin tupakoi 8.-luokkalaisista pojista 13 % ja tytöistä 12 %, kerran viikossa tai harvemmin tupakoi pojista 10 % ja tytöistä 12 %. Tupakointi lisääntyy kuitenkin seuraavien vuosien aikana koko nuorisossa: lukion aloittaneista pojista tupakoi päivittäin 11 % ja tytöistä samoin 11 %, ammatillisen koulun aloittaneista pojista vastaavasti tupakoi päivittäin 39 % ja myös tytöistä 39 %. Toisaalta 18-vuotiaista suomalaisista nuorista 30 % ei ole koskaan kokeillut tupakointia, ja vuoden 2005 jälkeen tupakoimattomien nuorten osuus on lisääntynyt. Nuuskan käyttö on viime vuosina yleistynyt: 18-vuotiaista pojista 41 % ja tytöistä 20 % kertoo nuuskanneensa ainakin joskus (Rainio ym. 2009) Kouluterveyskyselyssä (2010) 8.-luokkalaisista pojista ilmoitti nuuskaavansa 9 % ja tytöistä 1 %. Nuuskan käyttö lisääntyy iän myötä, ja useimmiten nuuskaaja on ammatillisessa oppilaitoksessa opiskeleva poika. Ammatillisen oppilaitoksen pojista nuuskaa käyttää 23 %.

ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) - tutkimuksella on kerätty tietoa 15–16-vuotiaiden nuorten alkoholin ja muiden huumeiden käytöstä vuodesta 1995 lähtien. Vuonna 2007 tutkimuksessa oli mukana 35 Euroopan maata. Kaikista tutkimukseen osallistuneista (n = yli 100 000) nuorista 29 % ilmoitti tupakoineensa viimeisen 30 päivän aikana. Kansainvälisessä vertailussa nuorten tupakointi oli yleisintä Itävallassa (45 %), Latviassa (41 %), Tšekissä (41 %) sekä Bulgariassa (40 %) ja vähäisintä Armeniassa (7 %), Islannissa (16 %), Portugalissa (19 %) ja Norjassa (19 %). Suomalaisista tässä tutkimuksessa 15–16-vuotiaista nuorista tupakoi 30 %. (Hibell ym. 2007) Tyypillisin tupakoinnin kokeiluikä nuorilla sijoittuu ikävuosien 13–15 välille (Rainio ym. 2009; ks. myös Ajdacic-Cross ym. 2009).

Alkoholin kulutus on viisinkertaistunut Suomessa 1950-luvulta tähän päivään, asennoituminen alkoholin käyttöön on muuttunut myönteisemmäksi, ja alkoholista on tullut työikäisten yleisin kuolinsyy (Mieli 2009). 1960-luvulle saakka alkoholi oli lähes kokonaan miesten juoma; naiset käyttivät alkoholia vähän. Yhteiskunnallisten muutosten myötä nuorten päihteiden käytön aloitusikä on alentunut ja humalajuominen on yleistä. (Päihdelinkki 2010) Kouluterveyskyselyn (2010) mukaan alkoholia käyttää kerran kuussa tai useammin 8.-luokkalaisista pojista 26 % ja tytöistä 29 %. Pojista 51 % ja tytöistä 47 % ei käyttä alkoholia ollenkaan. Alkoholin käyttö lisääntyy iän myötä, ja lukion 2.-luokkalaisista pojista raportoi käyttävänsä alkoholia kerran kuussa tai useammin 67 % ja tytöistä 69 %. Vastaavat luvut ammatillisessa koulussa olivat pojilla 76 % ja tytöillä 73 %. Täysin raittiita poikia on kaikissa ikäluokissa (14–17-vuotiaat) enemmän kuin tyttöjä (Kouluterveyskysely 2010). Nuorten terveystapatutkimuksessa 18-vuotiaista ilmoitti olevansa täysin raittiita alle 10 % (Rainio ym. 2009).

Kansainvälisessä Espad 2007 -tutkimuksessa alkoholia ilmoitti käyttäneensä viimeisen 12 kuukauden aikana 77 % suomalaisista 15–16-vuotiaista nuorista ja 45 % ilmoitti olleensa humalassa. Nuorten alkoholin käyttö oli yleisintä Tanskassa (94 %), Tšekissä (93 %), Itävallassa (92 %) ja Saksassa (91 %), ja vähäisintä Islannissa (56 %) ja Norjassa (66 %). Humalaan olivat juoneet itsensä viimeisen 12 kuukauden aikana useimmiten tanskalaiset (73 %), englantilaiset (57

%), itävaltalaiset (56 %), slovakialaiset (50 %) ja saksalaiset (50 %) nuoret. (Hibell ym. 2007)

Eniten käytetty laiton huumausaine niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa on kannabis (Rodham ym. 2005; Hibell ym. 2007; Rainio ym. 2009). Kouluterveyskyselyssä (2010) 8.-luokkalaisista pojista 8 % ja tytöistä 4 % raportoi kokeilleensa marihuanaa tai hasista, ja vuoden 2007 Espad-tutkimuksessa suomalaisista nuorista oli kokeillut hasista 8 %. Kannabiskokeilut olivat pääkaupunkiseudulla selvästi yleisempiä (14 %) kuin muualla (3–6 %) maassa (Rainio ym. 2009). Suomalaisten huumeiden käyttö on kansainvälisessä vertailussa vähäistä (Hibell ym. 2007).

Nuoren päihteiden käyttöön vaikuttavat monet tekijät, muun muassa kulttuuri ja ympäristö, jossa nuori elää (Rodham ym. 2005; Schilling ym. 2007; Kendler ym. 2008; Kulbok ym. 2008; Niemelä 2008), ystävät ja yhteiset tavat viettää vapaa-aikaa heidän kanssaan (Niemelä 2008; Kiuru ym. 2010; Nichter ym. 2010), muiden perheen jäsenten päihteiden käyttö ja asenteet päihteitä kohtaan (Kuntsche ym. 2004; Milton ym. 2004; Arillo-Santillan ym. 2005; Islam & Johnson 2005; Schilling ym. 2007; De Leeuw ym. 2008) sekä nuoren itsetunto ja usko itseensä (Kulbok ym. 2008; Wheeler 2010).

Poikittaistutkimusten mukaan päihteitä käyttävillä nuorilla on muita enemmän mielenterveyden häiriöitä (Arillo-Santillan ym. 2005; Cranford ym. 2009; Saban & Flisher 2010), ja esimerkiksi tupakoivat ja runsaasti alkoholia käyttävät nuoret ovat itsetuhoisempia kuin ne nuoret, jotka eivät tupakoi ja käyttävät alkoholia kohtuullisesti tai eivät ollenkaan (Laukkanen ym. 2010) Lisäksi runsas alkoholin käyttö ja päivittäinen tupakointi on yhteydessä runsaaseen psykosomaattiseen oireiluun (Ghandour ym. 2004; kts myös Simpson ym. 2006).

Seurantatutkimukset ovat osoittaneet, että varhain aloitetulla päihteiden käytöllä on yhteys muun muassa nuoren myöhempään päihteiden käyttöön (Pitkänen ym. 2005; Hall 2006; Pagan ym. 2006; Crum ym. 2008; Vida ym. 2009; Niemelä ym. 2009; Korhonen ym. 2010), hyvinvointiin (Wilcox & Anthony 2004; Niemelä 2008) ja mielenterveyteen (Ajdacic-Gross ym. 2009). Vida ym. (2009) totesivat 6-vuotisessa seurantatutkimuksessaan, että nuorten runsas alkoholinkäyttö jatkuu usein varhaisaikuisuuteen. Kuitenkin riski masennukseen,

heikkoon toimintakykyyn ja päihteiden väärinkäyttöön on suurempi niillä nuorilla, joilla nuoruudessa on päihteiden käytön lisäksi jokin mielenterveyden häiriöön liittyvä diagnoosi (ks. myös Crum ym. 2008)

Pitkittäisasetelmissä on tutkittu päihteiden käyttöä ennakoivia tekijöitä. Kendlerin ym. (2008) tutkimuksessa ympäristötekijät vaikuttivat nuorten päihteiden käyttöön, mutta ympäristön vaikutus väheni iän myötä. Sitä vastoin geneettisillä tekijöillä oli vähemmän merkitystä päihteiden käyttöön nuorena, mutta vaikutus lisääntyi iän myötä. Niemelä (2008) totesi tutkimuksessaan, että lapsuuden käytösongelmat, hyperaktiivisuus, tunne-elämän ongelmat, depressiivisyys ja opettajien arvioit lapsen psyykkisestä oireilusta ennakoivat runsasta päihteiden käyttöä nuorena aikuisena. Fergussonin ym. (2007a) 25-vuotinen pitkittäistutkimus osoitti, että häiriökäyttäytyminen nuoruudessa oli yhteydessä päihteiden väärinkäyttöön ja päihderiippuvuuteen myöhemmin elämässä. Korhonen ym. (2010) havaitsivat käyttäytymisongelmien ja tupakoinnin varhaisnuoruudessa olevan riskitekijöitä myöhemmälle kannabiksen käytölle. Toisaalta ihminen voi käyttää päihteitä myös omaan ahdistukseensa ja selvitymiseensä (DeMartini & Carey 2011; ks. myös McKenzie ym. 2010).

2.3.2 Psykosomaattiset oireet ja mielenterveys

Tavallisimpia nuorten raportoimia psykosomaattisia kipuoireita ovat niin Suomessa kuin muissakin maissa päänsärky (Roth-Isigkeit ym. 2005; Logan & Curran 2005; Kröner-Herwig ym. 2007; Virtanen ym. 2007; Kouluterveyskysely 2009), niska-, hartia- sekä selkäkivut (Roth-Isigkeit ym. 2005; Auvinen 2010) ja vatsakivut (Ghandour ym. 2004; Logan & Curran 2005; Kouluterveyskysely 2009). Nuoruusiässä erilaisten kipuoireiden esiintyvyys lisääntyy, mutta hoitoa vaativat kivut ovat harvinaisia (Auvinen 2010). Päänsärystä raportoi kärsivänsä kerran viikossa tai useammin noin 30 % suomalaisista 14–15-vuotiaista nuorista (Kouluterveyskysely 2009; ks. myös Virtanen ym. 2007). Hartiakivuista raportoi kerran viikossa tai useammin tytöistä 34 % ja pojista 20 %, vatsakivusta tytöistä 18 % ja pojista 11 % (Kouluterveyskysely 2009).

Kipuoireiden lisäksi nuorten kokemia oireita ovat väsymys (Ghandour ym. 2004; Russell & Deborah 2005; Kouluterveyskysely 2009), erilaiset univaikeudet (Larsson & Zaluha 2003; Roth-Isigkeit ym. 2005; Farrand ym. 2007), jännittyneisyys ja hermostuneisuus (Simpson ym. 2006), huimaus (Ghandour ym. 2004; Sweeting ym. 2007) sekä alakuloisuus ja masentuneisuus (Simpson ym. 2006; Sweeting ym. 2007). Tutkimusten mukaan tytöt kokevat niin kipua kuin muitakin psykosomaattisia oireita poikia enemmän (Perquin ym. 2000; Brattberg 2004; Rhee ym. 2005; Russell ja Deborah 2005; Huurre ym. 2005; Ter Wolbeek ym. 2006; Kröner-Herwig ym. 2007; Larsson & Sund 2007; Steinhausen ym. 2007; Sweeting ym. 2007; Kouluterveyskysely 2009; Auvinen 2010) riippumatta siitä, missä maassa tutkimus on tehty.

Nuoret hakeutuvat psykosomaattisten oireiden takia usein terveydenhoitajan vastaanotolle (Clausson ym. 2003). Larssonin ja Zaluhan (2003) mukaan ruotsalaisten nuorten yleisin syy hakeutua kouluterveydenhoitajan luo oli päänsärky. Kuitenkaan kaikki nuoret, jotka kärsivät psykosomaattisista oireista, eivät hae apua (Russell & Deborah 2005).

Useissa niin poikittais- kuin pitkittäistutkimuksissakin on todettu erilaisten psykosomaattisten oireiden yhteys masennukseen (Rhee ym. 2005; Demyttenaere ym. 2006; Larsson & Sund 2007; Sweeting ym. 2007; Ter Wolbeek ym. 2008). Seurantatutkimusten mukaan runsaalla psykosomaattisella oireilulla on taipumus jatkaa nuoruudesta aikuisuuteen (Brattberg 2004; Jones ym. 2007), mutta oireilu voi myös muuttua ilmenemismuotoaan. Hotopfin ym. (1998) tutkimuksessa vatsakivut lapsuudessa eivät ennakoineet vatsakipuja myöhemmin elämässä, mutta olivat riskitekijöitä psyykkisille sairauksille aikuisuudessa. Brattbergin (2004) tutkimuksessa vaikeus kuvata omia tunteita nuorena oli yhteydessä patologiseen ahdistuneisuuteen nuorena aikuisena. Steinhausenin (2006) mukaan suuri määrä psykosomaattisia oireita nuoruudessa ennakoi miehillä pelko-oireita sekä stressihäiriöitä ja naisilla somaattisia sekä ahdistusoireita aikuisena.

Psykosomaattisten oireiden taustalta voi löytyä erilaisia tekijöitä. Nicel ja Egle (2006) totesivat tutkimuksessaan, että aikuiset, joihin oli kohdistunut lapsena tai nuorena seksuaalista ja/tai fyysistä väkivaltaa, kokivat muita useammin psykosomaattisia oireita ja psyykkistä stressiä.

2.4 Mielen terveyteen yhteydessä olevat nuoren sisäiset tekijät

2.4.1 Huolet ja mielen terveys

Nuorten huolet eivät näy aina ulospäin, ja siksi niitä on vaikea tunnistaa. Nuoria huolestuttavat erilaiset asiat kuin vanhempia. Gould ja Eldestein (2010) vertasivat nuorten aikuisten ja aikuisten huolia. Nuoret olivat vanhempia useammin huolissaan kouluun ja työhön liittyvistä asioista, ihmissuhteista, ystävistä ja sosiaalisista kontakteista (ks. myös Muris ym. 1998; Pelkonen ym. 2003). Nuorten huolet liittyvät myös omaan kasvuun (Farrand ym. 2007; Israelashvili & Ishiyama 2008) ja kehonkuvaan (Watters ym. 1999; Fox & Farrow 2009; Markey 2010). Kouluterveyskyselyssä (2010) kysyttiin 8.-luokkalaisilta nuorilta, millaisena he pitävät itseään. Tytöistä 46 % ja pojista 20 % oli huolissaan siitä, näyttääkö hän epämiellyttävältä tai rumalta. Farrand ym. (2007) tutkivat kouluterveydenhoitajan luona käyntien syitä, ja tavallisin syy hakeutua vastaanotolle oli omassa kehossa tapahtuvat muutokset ja tähän liittyvä tuen tarve. Muita syitä olivat muun muassa omaan mielialaan, seksuaalisuuteen, koulutyöhön, perhe-elämään, ystäviin, opettajiin, päihteiden käyttöön ja nukkumiseen liittyvät ongelmat (ks. myös Waters ym. 1999).

Nuoria huolestuttavat erilaiset arkielämään liittyvät asiat, kuten perhe-elämä (Itäpuisto 2005; Schilling ym. 2007; Dockery ym. 2009; Duke ym. 2010; Potochnick & Perreira 2010; Sweeting ym. 2010; Waldfogel ym. 2010) ja kouluun liittyvät tekijät (Barth ym. 2004; Brown ym. 2006; Kim ym. 2006; Marachi ym. 2007; McMahan ym. 2010b). Itäpuisto (2005) kuvasi väitöskirjatutkimuksessaan vanhempien alkoholiongelmien liittyviä lasten pelkoja ja tunteita. Vain pieni osa lapsista oli saanut apua omaan hätäänsä. Duke ym. (2010) kysyivät nuorilta lapsuuden epäsuotuisia ja ikäviä kokemuksia. Nuorten kertoma yleisin ikävä kokemus liittyi jonkun perheenjäsenen alkoholin väärinkäyttöön.

Vanhempien omat mielenterveysongelmat lisäävät lasten ja nuorten riskiä sairastua mielenteveyden häiriöihin (Tamplin & Goodyer 2001; Leinonen ym. 2002; Renk ym. 2007; Flouri & Malmberg 2010). Flourin ja Malmbergin (2010) tutkimuksessa äidin masennus lisäsi riskiä lasten käytös- ja tunne-elämän ongelmiin nuoruudessa ja mielenterveysoireisiin myös aikuisuudessa. Lepistö (2010) tutki perheväkivaltakokemuksia: 55 % nuorista oli kokenut lievää ja 9 % vakavaa väkivaltaa omassa perheessä. Tutkimuksessa tuli esille, että nuoret eivät aina tunnista tai koe perheväkivaltaa omaa hyvinvointiaan ja mielenterveyttään uhkaavaksi tekijäksi.

Perheen talous ja raha-asiat aiheuttavat nuorille huolia (Rask ym. 2002; Schilling ym. 2007; ks. myös Murry ym. 2011). Raskin ym. (2002) tutkimuksessa 25 % nuorista kertoi olevansa huolissaan perheen raha-asioista. Vanhempien työttömyyden on todettu olevan yhteydessä nuorten mielenterveyteen, etenkin silloin jos molemmat vanhemmista ovat työttöminä tai yksinhuoltaja vanhempi jää ilman työtä (Dockery ym. 2009).

Kansainvälistyminen ja ihmisten lisääntynyt liikkuvuus voivat tuoda uudenlaisia huolia nuorten elämään, mikä on tärkeää ennakoida. Potochnick ja Perreira (2010) kuvaavat syrjityksi tulemisen traumaattisuutta omassa elinyhteisössä. Se voi olla nuorelle suuri huolen aihe, ja aiheuttaa stressiä tai uhata mielenterveyttä.

2.4.2 Tyytyväisyys itseen, tulevaisuuteen suuntautuminen ja mielenterveys

Tyytyväisyys itseen ja mielenterveys

Kielitoimiston sanakirja (2008) määrittelee tyytyväisyyden tunteeksi olla tyytyväinen onnistumisistaan. Itsetyytyväisyys viittaa siis tunteeseen pitää itseään onnistuneena, minkä jälkeen voi olla tyytyväinen itseensä. Salmelan (2006) mukaan nuori voi olla tyytyväinen, jos hän saa positiivista sosiaalista tukea ja

kokee itsensä päteväksi. Tyytymättömyys omaan kehoon lisääntyy puberteetin alkaessa (Markey 2010) etenkin tytöillä (Eisenberg ym. 2006), ja oman kehon muutokset luovat hämmennystä. Samanaikaisesti nuori kohtaa omaan kehoon kohdistuvaa arvostelua ja kiusoittelua (Keery ym. 2005; Yoo & Johnson 2007; van den Berg ym. 2008; Markey 2010), mikä voi olla haitallista mielenterveyden positiiviselle kehitykselle.

Kouluterveyskyselyssä (2010) 8.-luokkalaisista tytöistä 81 % ja pojista 90 % oli kohtalaisen tyytyväisiä itseensä. Kuitenkin itseensä jollain tavalla tyytymättömiä oli tytöistä 19 % ja pojista 10 %. Itsetyytyväisyyteen liittyy myös käsite kehon tyytyväisyys (esim. Kelly ym. 2005; Eisenberg ym. 2006; Marcotte ym. 2006; Fox & Farrow 2009; Crespo ym. 2010; Markey 2010; van den Berg ym. 2010; Woelders ym. 2010). Nuoren kehon kuvaan vaikuttavat muun muassa lähiympäristö (Kelly ym. 2005; ks. myös van den Berg ym. 2008), media (Wiseman ym. 2005) ja television tarjoama maailma (Schooler & Trinh 2011). Fox ja Farrow (2009) osoittivat nuoren ylipainoisuuden altistavan kiusaamiselle ja vaikuttavan myös itsearvostukseen ja itsetuntoon. Itseensä tyytyväisyys on tärkeä tekijä mielenterveyden muototumisessa (Marcotte ym. 2006).

Elämään tyytyväisyyttä on tutkittu enemmän kuin tyytyväisyyttä itsen (esim. Martikainen 2006; Koivumaa-Honkanen ym. 2011). Elämään tyytyväisyys ulottuu käsitteenä myös oman kehon ulkopuolelle, esimerkiksi elämän tapahtumiin, elämäntapaan, työhön ja perheenjäseniin.

Tulevaisuuteen suuntautuminen ja mielenterveys

Nuoren käsitys tulevaisuudesta ja suhtautuminen tulevaisuuteen kertoo toivosta, tavoitteista, halusta elää ja kokemuksesta, että elämä on merkityksellistä (Kylmä & Juvakka 2007). Epätoivo tulevaisuudesta voi olla huono merkki. Michaelin ja Ben-Zurin (2007) tutkimuksessa nuoren negatiivinen tulevaisuuteen suuntautuminen toveripiirissä oli yhteydessä riskikäyttäytymiseen elämässä. Caldwellin ym. (2006) tutkimuksessa nuorten kielteinen käsitys tulevaisuuden turvallisuudesta ja varmuudesta oli yhteydessä rikollisuuteen sekä sitoutumiseen ja saavutuksiin koulussa. Wrightin (2010) tutkimuksessa kodin ulkopuolelle

sijoitettujen nuorten tunne yksinäisyydestä, avuttomuudesta ja apaattisuudesta väheni samalla, kun positiivinen asenne tulevaisuuteen ja elämään lisääntyivät.

Nuoret suhtautuvat yleensä tulevaisuuteen sangen myönteisesti, mutta 10 % 8.-luokkalaista tytöistä ja 9 % pojista kokee tulevaisuuden olevan melko tai hyvin masentavaa (Kouluterveyskysely 2010). Tulevaisuuteen suuntautuminen kytkeytyy nuoren toivoon, ja nuoren käsitys tulevaisuudesta sekä toivo ovat tärkeitä tekijöitä nuoren elämän muototumisessa (Neblett & Cortina 2006; Carter ym. 2007; Kylmä & Juvakka 2007; Adelabu 2008). Muun muassa kaaottinen ja epävakaa elämätilanne johtaa helposti nuoren toivottomuuteen (Braun-Lewensohn & Sagy 2010). Juvakka (2000) totesi väitöskirjassaan, että nuori kokee toivottomuuden elämänhaluttomuutena ja mahdollisuuksien menettämisenä. Tällöin tulevaisuutta ei voi nähdä kovinkaan myönteisenä. Toivo lisää nuoren positiivisia tunteita ja päämääräsuuntaista ajattelua (Burrow ym. 2010) ja auttaa selvitymään vaikeistakin tilanteista (Braun-Lewensohn & Sagy 2010; ks. myös Määttä 2007). Toivottomuus on taas merkittävä riskitekijä itsetuhoiselle käyttäytymiselle (O'Connor ym. 2009; Meltzer ym. 2011) ja väkivaltaisuuksille (Stoddard ym. 2011) sekä liittyy usein mielenterveysoireiluun (Hintikka ym. 2006; O'Connor ym. 2009). Nuoren usko tulevaisuuteen lisääntyy elämässä turvallisessa ympäristössä onnistumisten kautta (Van Ryzin 2011), mutta kaikki nuoret eivät koe kovinkaan paljoa onnistumisia. Kouluterveyskyselyssä (2010) kysyttiin nuorilta, miten he katsoivat elämänsä sujuneen. Tytöistä 26 % ja pojista 15 % koki, että oli epäonnistunut elämässään tavallista useammin tai täydellisesti.

2.4.3 Kokemus vanhempi-suhteista, koulunkäynnistä ja mielenterveys

Kokemus vanhempi-suhteista ja mielenterveys

Nuoret viettävät valtaosan ajastaan kotona sekä koulussa, ja näillä ympäristöillä on merkittävä vaikutus nuoriin. Luottamuksellisten ihmissuhteiden kehittyminen

ja turvallisuuden tunne ovat lähtökohtia nuoren terveille kehitykselle (Erikson 1968, 1982). Nuoret voivat saada vanhemmiltaan tukea omiin ihmissuhteisiinsa ja henkilökohtaisiin huoliinsa (Meadows ym. 2006; Piper & MacDonald 2008; Brand & Klimes-Dougan 2010; Branje ym. 2010; Maynard & Harding 2010; McDonald ym. 2010) sekä vahvistusta itsetunnolleen (Wilkinson 2004; Steinhausen 2006; Steinhausen ym. 2007; Kakihara ym. 2010). Hyvät suhteet vanhempiin ja vanhempien huolenpito on yhteydessä nuorten vähäisempään emotionaaliseen stressiin ja itsetuhoisuuteen (Michael & Ben-Zur 2007; Duke ym. 2010; Laukanen ym. 2010; Salm ym. 2010; ks. myös Meadows ym. 2006; Sweeting ym. 2010; Salo 2011). Branje ym. (2010) tutkivat 12-vuotiaiden vanhempisuhteen (luottamus, kunnioitus, vuorovaikutus, välittäminen) yhteyttä masennusoireisiin 16-vuotiaana ja totesivat, että äitisuhteen laatu 12-vuotiaana oli yhteydessä masennusoireisiin 16-vuotiaana niin pojilla kuin tytöilläkin. Sen sijaan isäsuhteella oli yhteys vain poikien masennusoireisiin. Salm ym. (2010) mukaan perheissä, joissa on hyvät vuorovaikutussuhteet, nuoret kärsivät muita nuoria harvemmin masennuksesta ja heillä on vähemmän itsetuhoisia ajatuksia.

Vanhempien mielenterveysongelmat ja puutteellinen toimintakyky ovat uhka lasten mielenterveydelle (Leinonen ym. 2003; Renk ym. 2007; Wadsby ym. 2007; Aymer 2008; Duarte ym. 2008; Hayward 2008; Duchovic ym. 2009; Fear ym. 2009; Giannakopoulos ym. 2009; Myklestad ym. 2011; Paananen 2011; Salo 2011), ja muun muassa taloudelliset vaikeudet perheessä luovat paineita vanhemmuuteen (Leinonen ym. 2002; ks. myös Najman ym. 2010). Dockeryn ym. (2009) mukaan myös vanhempien epäsäännöllinen työaika vaikuttaa nuorten mielenterveyteen. Nuorille on tärkeää vanhempien saatavilla olo ja mahdollisuus puhua omista asioista (Joronen & Åsted-Kurki 2005). Tosiasiassa nyky-yhteiskunnassa vanhemmat eivät voi olla jatkuvasti nuorten saatavilla, eikä monella nuorella ole mahdollisuutta jakaa omia tunteitaan ja ajatuksiaan vanhempiensa kanssa (Kouluterveyskysely 2010). Nuoret hakevatkin yhä enemmän apua ja tukea ongelmiinsa internetistä ja perustelevat valintaansa muun muassa internetin jatkuvalla saatavuudella (Piper & MacDonald 2008).

Kokemus koulunkäynnistä ja mielenterveys

Kodin lisäksi kouluympäristö vaikuttaa nuorten elämään ja hyvinvointiin (Karvonen ym. 2005; Konu & Lintonen 2006; López ym. 2008; Haravuori ym. 2010; McMahon ym. 2010b; Alivernini & Lucidi 2011; Lomos ym. 2011) sekä mielenterveyteen (Bondin ym. 2007; Markward ym. 2008; Kaltiala-Heino ym. 2010; Murg & Windle 2010; Sweeting ym. 2010; Topper ym. 2011). Opettajilla, terveydenhoitajilla ja koulun koko henkilöstöllä on tärkeä rooli nuorten mielenterveyden muotoutumisessa (Konu ym. 2002; Sheldon 2005; López ym. 2008; Rutledge ym. 2008; Puolakka ym. 2011), ja muun muassa koulun ilmapiirillä on todettu olevan yhteys nuorten käyttäytymiseen (Barth ym. 2004; Denny ym. 2011).

Perustuslain § 3 ja § 29 edellyttävät, että opetukseen osallistujilla tulee olla turvallinen opiskeluympäristö ja perusopetuksen tulee tukea oppilaiden tervettä kasvua ja kehitystä (Suomen perustuslaki 1999/731; ks. myös Rimpelä ym. 2010). Kouluyhteisöt eivät kuitenkaan ole tämän ideaalin mukaisia mielenterveyden kehittymisen suhteen. Koulukiusaaminen on yleistä, ja kiusaamisen kohteeksi joutuu peruskoulussa ainakin joskus lähes puolet nuorista (Kim ym. 2005; Newman ym. 2005; Solberg ym. 2007; Kouluterveyskysely 2010; Bender & Lösel 2011), pojat useammin kuin tytöt (Solberg ym. 2007; Kouluterveyskysely 2010). Kiusaamisen määrää ei voida yksiselitteisesti arvioida; määrä vaihtelee kansainvälisessä vertailussa ja eri tutkimuksissa 2–30 %: n välillä (Juvonen ym. 2003; Eslea ym. 2004; Gini 2008; Liang ym. 2007; Gini & Pozzoli 2009; Harel-Fisch ym. 2011; Kouluterveyskysely 2010; McMahon ym. 2010b; Vervoort ym. 2010).

Nuoret, jotka ovat kiusattuja tai kiusaavat toisia, kokevat kouluyhteisön negatiivisemmin kuin muut koululaiset (Harel-Fisch ym. 2011). Koulumaailmassa esiintyy eriarvoisuutta, ja esimerkiksi kehitysmaissa tyttöihin kohdistuu edelleen sukupuoliväkivaltaa (Dunne ym. 2006; Liang ym. 2007). Kaiken kaikkiaan etnisiin vähemmistöryhmiin näyttää kohdistuvan kouluissa enemmän kiusaamista kuin valtaväestöön (Vervoort ym. 2010; ks. myös Marachi ym. 2007). Ongelmallista on se, että nuoret eivät tuo vaikeita tapahtumia ja kokemuksiaan

aikuisten tietoon. Brownin ym. (2005) tutkimuksessa kiusatuksi joutuneista nuorista lähes 50 % kertoi kiusaavansa takaisin, noin 25 % kertoi asiasta aikuiselle, 20 % ei tehnyt mitään ja 8 % yritti puhua kiusaajan kanssa.

Koulussa kiusatut nuoret kokevat muita luokkatovereitaan enemmän stressiä (Juvonen ym. 2003; Newman ym. 2005; Arseneault ym. 2010), psykosomaattisia oireita (Gini 2008; Gini & Pozzoli 2009) ja itsetuhoisuutta (Kim ym. 2005; O'Connor ym. 2009; McMahan ym. 2010a). Heillä on lisääntynyt riski mielenterveysongelmiin (Kumpulainen 2008; Kaltiala-Heino ym. 2010). Meltzerin ym. (2011) tutkimuksessa nuoruudessaan kiusatuksi joutuneet aikuiset yrittivät itsemurhaa kaksi kertaa muita aikuisia useammin. Uhrien lisäksi kiusaajat voivat huonosti. Bender ja Lösel (2011) osoittivat seurantatutkimuksessaan, että nuorena koulussa muita kiusanneet jatkoivat väkivaltaista käyttäytymistä ja tekivät muun muassa rikoksia varhaisaikuisuudessa; uhreilla tällaista käyttäytymistä ei havaittu. Kouluilmapiirillä on yhteys oppilaiden käyttäytymiseen (Barth ym. 2004; Denny ym. 2011), ja peruskoulussa heikosti koulutyöhön sitoutuneilla ja sosiaalisista ongelmista kärsivillä nuorilla on muita enemmän mielenterveysongelmia myöhemmin elämässään (Bond ym. 2007).

Koulumenestystä pidetään tärkeänä, ja tutkimusten mukaan menestyminen koulussa on yhteydessä nuorten hyvinvointiin (esim. Laukkanen ym. 2010; ks. myös Fröjd ym. 2008; Myklestad ym. 2011). Toisaalta meillä ei ole riittävästi tietoa siitä, miten koulusaavutuksiin kohdistetut vaatimukset vaikuttavat nuorten mielenterveyteen. Epätavallinen älykkyys voi myös lisätä riskiä sairastua tiettyihin mielisairauksiin (MacCabe ym. 2010). Suomalainen koulu on saanut paljon kansainvälistä mainetta oppimistuloksistaan (PISA 2009), mutta yhteisöllisyydessä ja vuorovaikutussuhteissa on kuitenkin vielä kehittämistä. Kouluterveyskyselyssä (2008; 2009; 2010) tulee toistuvasti esille nuorten kaipaama aikuisten huomio ja arvostus. Opettajien antamassa tuessa ja ymmärryksessä on puutteita, vaikka sen yhteys nuorten hyvinvointiin ja mielenterveyteen tiedetään (Potochnick & Perreira 2010). Marachi ym. (2007) tutkivat israelilaisten nuorten kokemuksia heidän saamastaan kohtelusta 164 koulussa. Opettajan antama tuki ja opiskelijoiden mahdollisuus osallistua päätöksentekoon koulussa olivat yhteydessä opiskelijoiden positiivisiin

kokemuksiin. Nuoret toivoivat enemmän tukea, positiivista palautetta, ongelmien puheeksi ottamista ja työrauhaa kouluympäristössä (Kuronen 2010). Kidgerin ym. (2009) tutkimuksessa niin opiskelijat kuin opettajatkin toivoivat kouluympäristöjen olevan paremmin psyykkistä hyvinvointia tukevia. Opettajilla ei ole mielenterveyskoulutusta ja muun muassa Moor ym. (2007) osoittivat ettei opettajien ole helppo tunnistaa nuorten mielenterveyteen liittyviä ongelmia.

2.4.3 Omavoimaisuus ja mielenterveys

Omavoimaisuus -käsitteellä tarkoitetaan kaikkia niitä nuoren sisäisiä voimia, jotka auttavat häntä tuntemaan psyykkistä tasapainoa ja mielihyvää, hallitsemaan omaa elämäänsä, uskomaan omaan selviytymiseen ja toimimaan yksin ja yhdessä toisten kanssa. Tässä tutkimuksessa omavoimaisuus -käsite vastaa Daniel Offerin (1962) kehittämää Offer Self-Image Questionnaire (OSIQ) -mittarin Coping-Self -osiota. Offerin (1962) mukaan Coping Self -käsite sisältää nuoren oman kokemuksen psyykkisestä terveydestään, nuoren sopeutumisen itsen, toisten ja ympäristön kanssa sekä hallinnan tunteen. (Offer ym. 1981, 1989)

Tutkimuksissa ja kirjallisuudessa coping-käsitteellä viitataan usein nuorten selviytymisstrategioihin (Seiffe-Krenke & Stemmler 2002; Hunt ym. 2003; Wilson ym. 2005; Clarke 2006; Jaser ym. 2007; Garcia 2010; Horwitz ym. 2011) tai käyttäytymiseen, jonka avulla nuori yrittää selviytyä vaikeista elämäntilanteista (Zimmer-Gembeck & Locke 2007; Lepistö ym. 2010; Topper ym. 2011). Silloin kun nuori uskoo siihen, että hän selviää omilla strategioillaan ja kyvyillään elämässään, syntyy pystyvyysusko (= self-efficacy). Tämä liittyy myös nuoren itsetuntoon ja kokemukseen siitä, että voi vaikuttaa omaan elämäänsä. (Benight & Bandura 2004) Nuori, jolla on hyvä itsetunto, arvostaa itseään, tuntee itsensä tärkeäksi ja tunnistaa itsessään enemmän positiivisia kuin negatiivisia piirteitä (Offer ym. 1962; Erikson 1982; Malinen 2010). Nuori sosiaalistuu kotona sekä koulussa ja oppii käyttämään selviytymisstrategioita, joiden avulla hän selviää elämässä (Zimmer-Gembeck & Locke 2007; ks. myös Garcia 2010).

Offer ym. (1962) ovat lisänneet selviytymisen ja hallinnan lisäksi kehittämäänsä mittariin nuoren oman kokemuksen psyykkisestä terveydestään, joka sisältää muun muassa kokemukset peloista, syyllisyydestä, häpeästä, tunne-elämän tyhjiydestä ja alemmuuden tunteesta (Offer ym. 1981, 1989; ks. myös Erikson 1982; Malinen 2010). Näiden tunteiden takana voi olla monia erilaisia tekijöitä, jotka uhkaavat nuoren mielenterveyttä. Muun muassa Lepistön ym. (2010) tutkimuksessa nuoret toivat esille häpeän tunteen, jota perheväkivallan kokemukset aiheuttivat. Nuoret tunnistavat yleensä omaan mielenterveyteensä liittyviä tekijöitä (Watters ym. 2003; Sawyer ym. 2007; Collishaw ym. 2010), mutta eivät aina (Lepistö 2010). Verrattaessa nuorten ja heidän vanhempiansa näkemyksiä on havaittu, että nuoret raportoivat ongelmia enemmän kuin heidän vanhempansa (Watters ym. 2003; Sawyer ym. 2007). Kuitenkin Collishawin ym. (2010) tutkimuksessa nuorten ja vanhempien käsitykset nuorten masennuksen yleisyydestä olivat ristiriitaiset. Vanhemmat arvioivat nuorten masentuneisuuden lisääntyneen enemmän kuin nuoret itse.

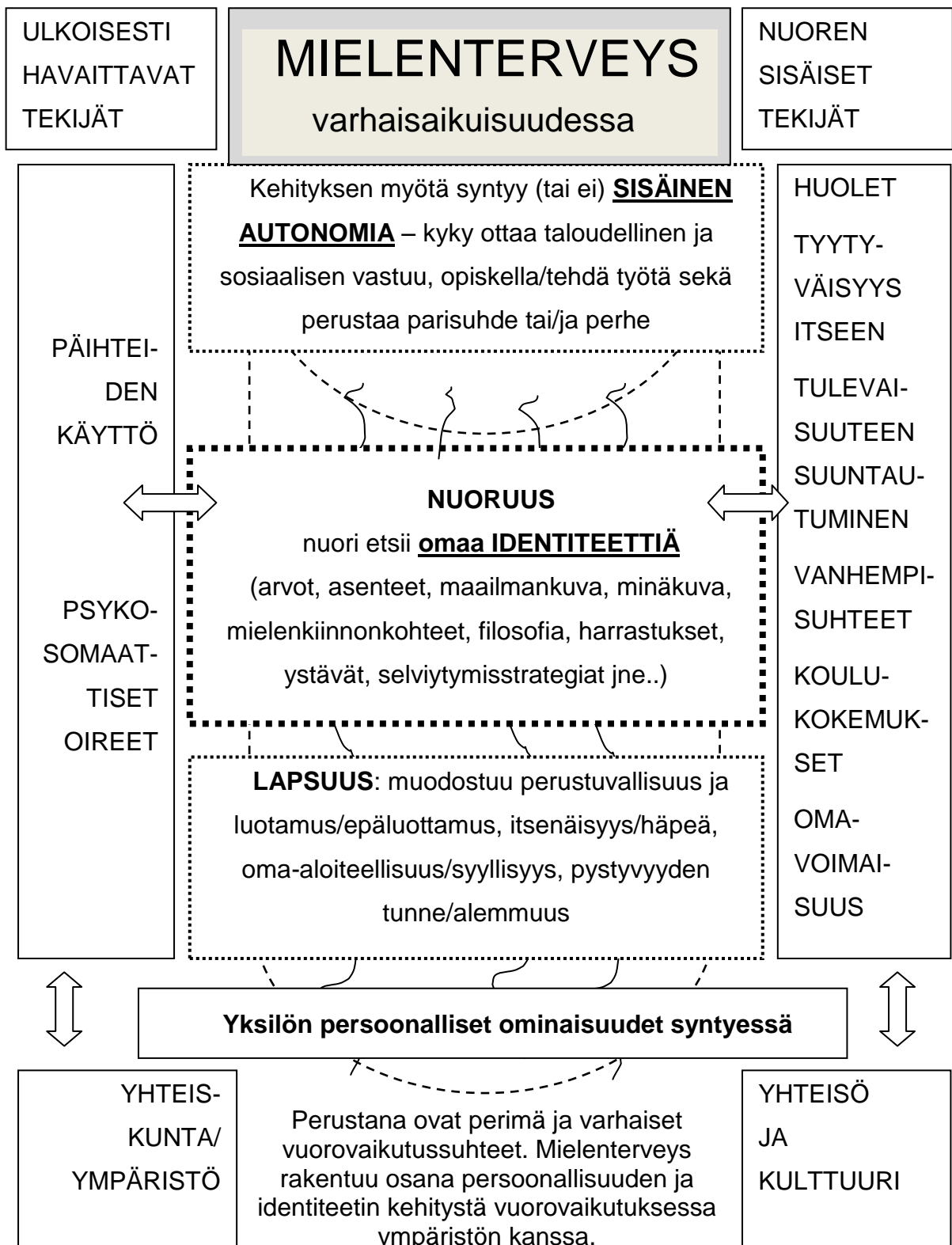
Hallinnan tunne kuvaa sitä, kuinka hyvin nuori hallitsee omia tunteitaan ja omaa elämäänsä (Offer ym. 1990). Tätä kautta hallinnan tunne liittyy myös nuoren autonomiaan ja riippumattomuuteen muista, johon ovat viitanneet useat tutkijat tarkastellessaan identiteetin kehittymistä ja yksilöitymistä (Erikson 1962; Pylkkänen 2006; Fadjukoff 2007). Mielenterveyttä edistävät interventiot kouluissa onkin kohdistettu usein hallinnan tunteen, selviytymisstrategioiden, sosiaalisten taitojen, ongelmanratkaisukykyjen, empaattisuuden ja toisen huomioimisen harjoitteluun sekä kehittämiseen (Kowalenko ym. 2002; Kerfoot ym. 2004; Cook ym. 2008; Kimber ym. 2008; Swannell ym. 2009; Norton 2010; Sawyer ym. 2010), ja interventioiden kohteena ovat olleet riskiryhmät (Hilt-Panahon ym. 2007; Swannell ym. 2009). Interventioita on kohdistettu nuorten lisäksi vanhempiin tai koko perheeseen (Thomas & Zimmer-Gembeck 2007; Fazel ym. 2009). Interventioiden pitkäaikaisvaikuttavuudesta on vielä vähän tietoa, ja esimerkiksi Calearin ja Christensenin (2010) kirjallisuuskatsaus osoitti, että vain puolet interventioista on vähentänyt nuorten masennusoireita pitkäaikaisseurannassa.

2.5 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Mielenterveyden perusta luodaan lapsuudessa vuorovaikutuksessa läheisten ihmisten kanssa (Erikson 1968, 1982; Aalberg & Siimes 2007). Lapsi syntyy yksilönä (oma perimä, temperamentti, yksilöllinen kyky kehittyä luonteen ja ominaisuuksien suhteen) yhteisön jäseneksi, ja hänen mielenterveytensä sekä persoonallisuutensa muotoutuvat vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Jos persoonallisuuden kehitys häiriintyy, ihmisen mielenterveys on vaarassa. Ympäristö ja yhteiskunta, jossa ihminen elää, sekä erilaiset elämäntapahtumat vaikuttavat hänen kehitykseensä. Kehittyminen on yksilöllinen prosessi, mutta ympäristö voi joko tukea tai vaikeuttaa sitä. Kehitykseen liittyy vaiheita ja ajanjaksoja, jotka jokainen käy jollain tavalla läpi. Tässä tutkimuksessa näitä vaiheita kuvataan kehityspsykologi E. Eriksonin (1968) kehityspsykologisen teorian mukaan (ks. kuvio 1). Mielenterveyden muotoutumisen näkökulmasta kehitysvaiheet ovat merkityksellisiä, sillä jokainen onnistuneesti läpikäyty vaihe vie ihmisen kasvun uuteen vaiheeseen.

Nuoruusiässä nuori etsii omaa identiteettiään, omaa arvomaailmaansa, tapaa toimia ja elää. Oman identiteetin löytyminen eheyttää nuoren persoonallisuutta, ja on siksi mielenterveyden kannalta keskeinen tekijä. Nuoresta tulee itsenäinen ja autonominen yksilö, kun hänelle muodostuu oma arvomaailma, omat ajatukset ja mielipiteet. Nämä saavutettuaan hän voi luottaa itseensä ja kykenee hallitsemaan itseään sekä omaa elämäänsä. Hän on kypsä kohtaamaan aikuisuuden, ottamaan vastuun itsestään sekä läheisistä ihmisistä. Jos nuori ei löydä omaa identiteettiä, hänen mielenterveytensä on uhattuna, ja hänellä on vaara syrjäytyä yhteiskunnasta.

Nuoren persoonallisuus on joustava ja vastaanottavainen kaikille ulkopuolisille vaikutteille, ja nuoren kehitykseen on mahdollista vaikuttaa ulkoapain helpommin kuin myöhemmin elämässä. Nuoruusikä on tärkeä ikävaihe mielenterveyden edistämistyössä juuri siksi, että muutokset ovat mahdollisia. (ks. kuvio 2)



Kuvio 2. Mielenterveyden rakentuminen osana persoonallisuuden kehitystä Eriksonin (1968) psykososiaalista teoriaa mukaillen

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Tämän 10-vuotisen seurantatutkimuksen tarkoituksena oli kuvata laaja-alaisesti varhaisaikuisuuden mielenterveysoireita sekä selvittää, löytyykö nuorten elämästä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveysoireisiin. Tätä kautta pyrittiin tunnistamaan nuorten elämään liittyviä tekijöitä, joihin mielenterveyden ylläpitämisessä ja vahvistamisessa tulisi kiinnittää huomiota, jotta myöhempi oireilu voitaisiin ehkäistä. Lisäksi tarkoituksena oli rakentaa teoria varhaisaikuisuuden mielenterveyttä ennakoivista tekijöistä nuorten mielenterveyden edistämistyöhön. Tavoitteena on tuotetun tiedon ja teorian avulla kehittää nuorten mielenterveyden edistämistyötä ja rakentaa hoitotieteellistä tietoperustaa kyseiseen tutkimus- ja aihealueeseen.

Tutkimuskysymykset (ks. myös kuvio 3)

1 Millainen mielenterveys varhaisaikuisilla on?

1.1 Millaisia mielenterveysoireita varhaisaikuisilla on?

(osa-julkaisut I,II, III ja IV)

1.2 Millaisia eroja naisten ja miesten mielenterveysoireilussa on?

(osa-julkaisut I,II, III ja IV)

2 Millaiset nuoruudessa tunnistettavat tekijät ovat yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen?

2.1 Miten nuoruusiässä ulkoisesti havaittavat tekijät ovat yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen?

2.1.1 Miten nuorten päihteiden käyttö on yhteydessä

mielenterveyteen varhaisaikuisuudessa? *(osa-julkaisu IV)*

2.1.2 Miten nuorten psykosomaattiset oireet ovat yhteydessä

mielenterveyteen varhaisaikuisuudessa? *(osa-julkaisu I)*

- 2.2 Miten nuorten sisäiset tekijät ovat yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen?
- 2.2.1 Miten nuorten huolet ovat yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen? (*osa-julkaisu III*)
- 2.2.2 Miten nuoren tyytyväisyys itseensä on yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen? (*osa-julkaisu III*)
- 2.2.3 Miten nuorten tulevaisuuteen suuntautuminen on yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen? (*osa-julkaisu III*)
- 2.2.4 Miten nuorten suhteet äitiin ja isään ovat yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen? (*osa-julkaisu IV*)
- 2.2.5 Miten nuorten kokemus koulunkäynnistä on yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen? (*osa-julkaisu IV*)
- 2.2.6 Miten nuorten omavoimaisuus (= Coping Self) on yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen? (*osa-julkaisu II*)
- Miten nuorten oma kokemus psyykkisestä terveydestä on yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen? (*osa-julkaisu II*)
 - Miten nuorten sopeutuminen itsensä ja toisten kanssa on yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen? (*osa-julkaisu II*)
 - Miten nuorten hallinnan tunne on yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen? (*osa-julkaisu II*)

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Aineistot ja tutkimukseen osallistujat

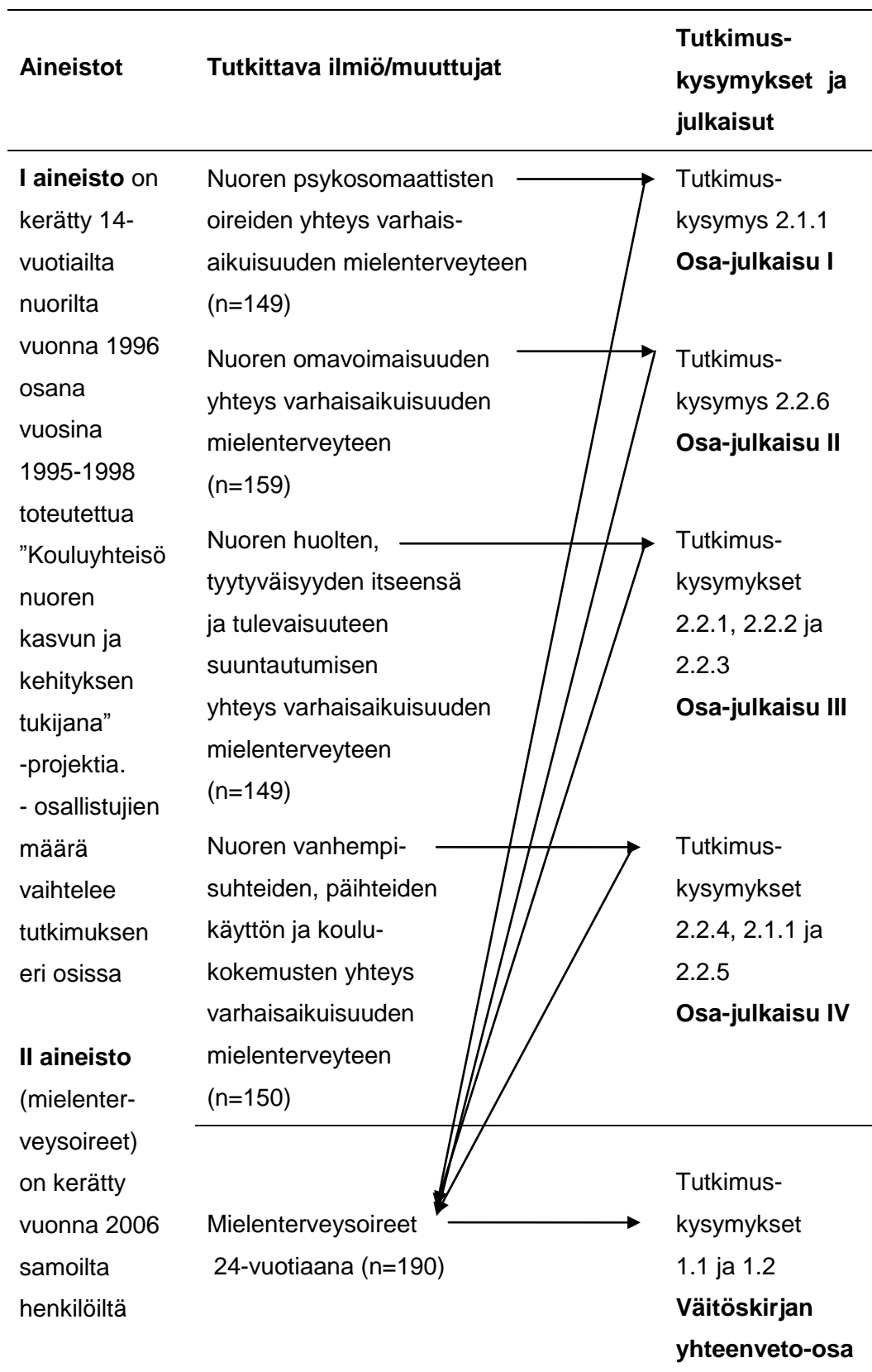
Tämän 10-vuotisen seurantatutkimuksen ensimmäinen aineisto on kerätty keväällä 1996 osana Kuopiossa vuosina 1995–1998 toteutettua ”Kouluyhteisö nuoren kasvun ja kehityksen tukijana” -projektia, jossa olivat mukana Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikka, Kuopion yliopiston kansanterveystieteen, yleislääketieteen ja sosiaalitieteiden laitokset sekä Kuopion kaupungin koulutuspalvelukeskus. Projektissa selvitettiin, voidaanko koulun kasvatuskulttuuria kehittämällä edistää nuorten psyykkistä ja sosiaalista kehitystä sekä ehkäistä syrjäytymistä. Tutkimukset toteutettiin kolmessa suurehkoissa peruskoulussa Kuopion alueella ja tutkimusaineistot kerättiin oppilailta kyselylomakkeilla oppituntien aikana opettajien valvonnassa. Lupa tutkimuksen toteuttamiseen saatiin Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta. Lisäksi lupa nuorten osallistumiseen kysyttiin heidän vanhemmiltaan sekä halukkuus osallistua tutkimukseen nuorilta itseltään. (Koivu & Laukkanen 1998)

Tämä väitöskirjatutkimus on jatkoa edellä mainitulle projektille ja tähän tutkimukseen otettiin mukaan vuonna 1996 kerätystä aineistosta 14-vuotialta nuorilta kysytyjä asioita: päihteiden käyttö, psykosomaattiset oireet, huolet, tyytyväisyys itseen, tulevaisuuteen suuntautuminen, kokemus vanhempisuhteista ja koulunkäynnistä sekä omavoimaisuus (=Coping Self). (ks. liite 1) Puoltava lausunto tutkimuksen toteuttamiseksi saatiin Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta 2.11.2005 (liite 7). Sen jälkeen haettiin lupa Sosiaali- ja terveysministeriöstä tutkittavien osoitetietojen saamiseksi väestörekisteristä ja tutkimuksen toteuttamiseksi. Lupa saatiin STM:stä 22.2.2006 (liite 8). Tutkimuksessa käytetyt aineistot ja seurantatutkimukseen valitut muuttajat kuvataan yksityiskohtaisesti tutkimusasetelmassa. (ks. kuvio 3)

Seurantatutkimuksen kyselylomake (liite 2) lähetettiin kaikille vuonna 1996 ”Kouluyhteisö nuoren kasvun ja kehityksen tukijana” -projektissa mukana olleille nuorille postissa kesäkuussa 2006 (n = 313). Tutkittavat olivat tällöin 24-vuotiaita. Kirjekuoressa oli mukana postimerkillä varustettu palautuskirjekuori, tiedote tutkittavalle (liite 4) ja suostumuslomake (liite 5). Niille, joilta ei saatu vastausta, lähetettiin uusi kyselylomake ja saatekirjeet (liite 6) elokuussa 2006. Näiden vaiheiden jälkeen palautuneita vastauksia oli koossa 131 (41.9 %) ja lisäksi jonkin verran palautuneita kirjekuoria, jotka eivät olleet tavoittaneet vastaanottajia. Tämän jälkeen soitettiin loka–marraskuun 2006 aikana niille (n = 87), jotka eivät olleet vielä vastanneet, ja joiden puhelinnumero löytyi Eniron puhelinpalvelusta. Soittokierroksen aikana selvisi, että osa ei ollut saanut kirjettä ja osa oli sivuuttanut kirjeen huomioimatta sitä. Uusi kyselylomake, saatekirje ja suostumuslomake lähetettiin niille, jotka ilmaisivat puhelinkeskustelussa halukkuutensa osallistua tutkimukseen (n = 82). Kyselylomakkeita saatiin vielä 60 eli soittokierroksen tuottama vastausprosentti oli hyvä (73.2 %). Lisäksi keskustelut nuorten kanssa lisäsivät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä monin tavoin, esille tuli muun muassa varhaisaikuisten erilaisuus ja erilaiset elämäntilanteet. Väitöskirjantekijä toteutti kaikki aineiston keruuseen liittyvät vaiheet itse.

Kaiken kaikkiaan kyselylomakkeen palautti 191 henkilöä. Yhdestä lomakkeesta oli jäänyt täyttämättä yksi sivu, joten se poistettiin tutkimuksesta. Vastausprosentti oli koko aineistossa 61. Tutkittavien määrä vaihtelee 149–159–190 välillä tutkimuksen eri osissa ja osa-julkaisuissa, koska osa seurantatutkimukseen vuonna 2006 vastanneista ei ollut mukana kaikissa kyselyissä vuonna 1996, tai oli vastannut johonkin osaan puutteellisesti.

Varhaisaikuisten mielenterveysoireita tutkittaessa otettiin mukaan kaikki, jotka olivat vuonna 2006 palauttaneet ja täyttäneet kyselylomakkeen (n=190). 10-vuotiseen seurantatutkimukseen otettiin mukaan kaikki, jotka olivat osallistuneet sekä vuonna 1996 että vuonna 2006 tehtyyn kyselyyn ja vastanneet nimenomaan vuonna 1996 tehdyssä kyselyssä muuttujiin, jotka valittiin tähän tutkimukseen. Katso tarkemmin tutkimusprosessin eteneminen ja tutkimuksen eri osiin osallistuneiden määrät taulukosta 1.



Kuvio 3. Tutkimusasetelma

Taulukko 1. Tutkimukseen osallistujat tutkimuksen eri osioissa

	Tutkittava ilmiö	Kysely lähetettiin			Kyselyyn vastasi			
		v. 2006			v. 2006			
		N	M	Yht.	N	M	Yht.	Vast.%
	Varhaisaikuisten mielenterveys	153	160	313	109	82	191	61.0
Artikkeli I - 1996 ja 2006	Nuorten psyko- somaattisten oireiden yhteys varhaisaikuisuuden mielenterveyteen	116	119	235	88	61	149	63.4
Artikkeli II - 1996 ja 2006	Nuorten omavoimai- suuden yhteys varhaisaikuisuuden mielenterveyteen	118	131	249	91	68	159	63.9
Artikkeli III - 1996 ja 2006	Nuorten huolien, tyytyväisyyden itseensä ja tulevai- suuteen suutautu- misen yhteys varhaisaikuisuuden mielenterveyteen	116	119	235	88	61	149	63.4
Artikkeli IV - 1996 ja 2006	Nuorten vanhempi- suhteiden, päihtei- denkäytön ja koulu- kokemusten yhteys varhaisaikuisuuden mielenterveyteen	116	117	233	88	62	150	64.4

4.2 Tutkimuksessa käytetyt mittarit

The Symptom Check-List-90

Varhaisaikuisten mielenterveyttä mitattiin Symptom Check-List-90 -oiremittarilla (SCL-90), joka mittaa ihmisen psyykkisiä oireita 9:llä eri dimensiolla (somaattiset, pakkoneuroottiset, masennus, ahdistuneisuus, pelko, paranoidiset ja psykoottiset oireet sekä interpersoonallinen herkkyys ja vihamielisyys). Eri dimensioihin liittyvät kysymykset esitellään liitteessä 3. Mittarin on kehittänyt Leonard R. Derogatis kumppaneineen vuonna 1973 (Derogatis ym. 1973), ja sen jälkeen mittaria on testattu ja käytetty laajasti eri maissa (Cederblad ym. 1999; Derogatis ym. 2000; Derogatis & Savitz 2000; Kaustio ym. 2002; Olsen ym 2004; Bekker & Belt 2006; Sun ym. 2006; Cuijpers ym. 2007; Bruenahl & Linden 2010; Karatzias ym. 2010; Fagnani ym. 2011). Alun perin mittari suunniteltiin aikuisille, mutta sen on todettu sopivan hyvin myös nuorille (Domino & Domino 2006). Suomessa mittarin toimivuutta testattiin 1990-luvun lopussa erilaisissa väestöryhmissä (Holi ym. 1998; Holi 2003). Mittarin rakennevaliditeetti on kohdistunut myös kritiikkiä ja keskustelua (ks. Parrott ym. 2001; Cole 2002), mutta kaiken kaikkiaan sitä on pidetty hyvänä yleiskuvan antajana ihmisen psyykkisestä tilasta ja herkkänä oiremuutoksille (Holi 2003). Alkuperäistä mittaria on kehitetty edelleen, ja vuonna 1975 otettiin käyttöön SCL-90-R versio ja tämän jälkeen on otettu käyttöön mittarista vielä kaksi lyhempää versiota: BSI-53 ja BSI-18.

Symptom Check-List-90 -oiremittari (SCL-90) käsittää 90 väittämää, ja väittämät jakaantuvat yhdeksään dimensioon: SOM = somaattiset oireet (12 väittämää), O-C = pakkoneuroottiset oireet (10 väittämää), INS = interpersoonallinen herkkyys (9 väittämää), DEP = masennusoireet (13 väittämää), ANX = ahdistuneisuusoireet (10 väittämää), HOS = vihamielisyys (6 väittämää), PHO = pelko-oireet (7 väittämää), PAR = paranoidiset oireet (6 väittämää), PSY = psykoottiset oireet (10 väittämää) ja yleinen dimensio Additional Scales (7 väittämää), jota tässä tutkimuksessa ei käytetty.

Mittarin 5-portainen Likert-asteikko sisältää seuraavat vastausvaihtoehdot ja vastauksista saadut pistemäärät: 1. ei lainkaan (0 pistettä), 2. melko vähän (1 piste), 3. jonkin verran (2 pistettä), 4. melko paljon (3 pistettä) ja 5. erittäin paljon (4 pistettä). (Derogatis ym. 1973; Holi 2003). Matalin mahdollinen pistemäärä jokaisesta väittämästä oli siis 0 ja suurin 4 pistettä. Tätä pisteytystä on käytetty yleisesti tutkimuksissa, mutta on syytä ottaa huomioon, että joissain tutkimuksissa pisteytys on laskettu asteikolla 1–5 (esim. Bekker & Belt 2006).

Tähän väitöskirjatutkimukseen Symptom Check-List-90 -mittari valittiin sen laajuuden perusteella ja SCL-90 versio siksi, että sen käyttö on Suomessa testattu niin sanotussa terveessä väestössä sekä henkilöillä, joilla on mielenterveysoireita. (Holi 2003) Kliiniseksi raja-arvoksi asetettiin 0.9, mikä perustuu aikaisempiin tutkimuksiin (Holi 2003; Holi ym. 2003).

SCL-90-mittarin on todettu olevan hyvä apuväline psykiatrisen diagnoosin tekoon ja potilaiden oireiden seurantaan (Holi 2003), mutta ensisijaisesti se on kehitetty helpottamaan lääkäreiden, hoitajien ja sosiaalityöntekijöiden työtä (Derogatis & Savitz 2000). Taulukossa 2 esitetään SCL-90-mittarin sisältämien mielenterveysoireiden määritelmiä ja SCL-90-mittarin sisältöjä.

Mielenterveysoireiden lisäksi vuonna 2006 kysyttiin varhaisaikuisilta, oliko heillä jokin lääkärin toteama mielenterveyteen liittyvä diagnoosi.

Taulukko 2. Mielenterveysoireiden määrittelyä ja oireiden ilmeneminen

Derogatiksen (1973) mukaan

Oire	Oireen määrittely	Oireen ilmeneminen SCL-90-mittarissa
Psyko-somaattiset oireet (SOM)	Psykkisiä häiriöitä, joiden oirekuva viittaa ruumiilliseen sairauteen, mutta tällaista sairautta ei voida todeta (Joukamaa 2007)	Päänsärky, heikotuksen tai huimauksen tunne, sydän- tai rintakivut, kivut ristiselässä, pahoinvointi ja vatsavaivat, lihassäryt, hengenahdistus, kuumat tai kylmät aallot, puutuminen tai pistely jossain ruumiinosassa, palantunne kurkussa, heikkouden tunne jossain ruumiinosassa, painon tunne käsissä tai jaloissa

Oire	Oireen määrittely	Oireen ilmeneminen SCL-90-mittarissa
Pakkoneurootiset oireet (OC)	Mieleen toistuvasti tunkeutuvia epämiellyttäviä tai ahdistavia ajatuksia tai mielikuvia, jotka eivät ole luonteeltaan liiallista arkielämän asioista huolehtimista (Koponen 2007)	Ajatukset, sanat tai mielikuvat, joita et saa mielestäsi, vaikeus muistaa asioita, pelko, että olet huolimaton tai piittaamaton, tunne, että olet lukossa, etkä saa asioita hoidetuksi, se, että joudut tekemään asiat hyvin hitaasti välttääksesi virheitä, tarve tarkistaa kerran tai useammin se mitä teet, vaikeus tehdä päätöksiä, muisti- tai ajatuskatkot, keskittymisvaikeudet, sisäinen pakko toistaa jotain toimintaa
Masennus oireet (DEP)	Mielentila, joka on ohi menevästä mielialan vaihtelusta pitempiaikaiseksi muuttunut masentunut tunnevire (Isometsä 2007)	Seksuaalisen mielenkiinnon väheneminen, tarmokkuuden puuttuminen tai väheneminen, ajatukset elämäsi lopettamisesta, itkuherkkyys, tunne, että olet umpikujassa tai loukussa, itsesyytökset, yksinäisyys, alakuloisuus, liika asioiden murehtiminen, kiinnostuksen puute lähes kaikkeen, toivottomuus tulevaisuuden suhteen, tunne, että koko elämä on jatkuvaa ponnistelua, arvottomuuden tunteet
Vihamielisyys (HOS)	Vihaa tunteva tai ilmaiseva. Yhdyssanojen jälkiosana: jhk vihamielisesti suhtautuva, jtk syrjivä, vierova (Kielitoimiston sanakirja 2008)	Tunne, että ärsyynnyt tai suutut helposti, tunteenpurkaukset, joita et pysty hillitsemään, halu lyödä tai muuten vahingoittaa jotakuta, pakonomainen halu rikkoa tai paiskoa esineitä, joutuminen usein väittelyihin, halu huutaa tai heitellä esineitä
Interpersonallinen herkkyys (INS)	Epärealistista sosiaalista herkkyyttä reagoita toisen ihmisten tunteisiin, motiiveihin ja pyrkimyksiin. Häiriö tulee esille ihmisten välisissä suhteissa. (Karlsson 2007)	Toisia kohtaan tuntema arvostelunhalu, loukkaantuminen helposti, tunne, että muut ihmiset eivät ymmärrä tai eivät tunne myötätuntoa sinua kohtaan, tunne, että ihmiset ovat epäystävällisiä tai eivät pidä sinusta, huonommuuden tunne ja vaivautuneisuus toisten puhuessa sinusta tai katsellessa sinua, häiritsevä tietoisuus omasta olemisesta toisten ihmisten seurassa, epämukavuuden tunne

Oire	Oireen määrittelyä	Oireen ilmeneminen SCL-90-mittarissa
Pelko-oireet (PHO)	Suhteettoman voimakas tunne todelliseen ulkoiseen uhkaan nähden. (Isometsä 2007)	Pelontunne avoimilla paikoilla tai kadulla, pelko lähteä yksin ulos kotoa, matkustaa bussissa, metrossa tai junassa, tiettyjen asioita, paikkoja tai toimintojen välttely, koska ne pelottavat sinua, epämukavuuden tunne ollessa ihmisten keskellä, hermostuneisuus jäädessä yksin, pelko, että pyörtyisi yleisellä paikalla
Ahdistuneisuus (ANX)	Sisäinen jännittyneisyys, levottomuus, kauhun/paniikin tunne ilman todellista ulkoista vaaraa. Voimistuaan ja muuttuessaan pitkäkestoiseksi voi muuttua häiriöksi (Isometsä 2007)	Hermostuneisuus tai sisäinen rauhattomuus, vapina, pelästymisen äkillisesti ilman mitään syytä, pelokkuus, sydämentykytykset tai jyskytykset, jännittyneisyys tai kiihtyneisyys, pelon tai pakokauhun puuskat, levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istumisenkin, tunne, että tutut asiat ovat outoja tai epätodellisia, tunne, että sinua painostetaan tekemään tehtäväsi
Paranoidiset oireet (PAR)	Ihmisellä on väärä uskomuksia, joista hän pitää kiinni – kyse ei ole kuitenkaan normaalista epäluuloisuudesta (Lönngqvist ja Honkanen 2007)	Tunne, että muut ovat syyppäitä useimpiin vaikeuksiisi, useimpiin ihmisiin ei voi luottaa, sinua tarkkaillaan tai sinusta puhutaan, toiset eivät anna tarpeeksi arvoa saavutuksillesi, ihmiset yrittävät hyötyä kustannuksellasi, jos annat siihen tilaisuuden ja ajatukset tai uskomukset, joita muut eivät ymmärrä
Psykoottiset oireet (PSY)	Psykoottiset oireet voivat viitata psykoottiseen mielensairauteen jossa ihmisen todellisuuden-taju häiriintyy. (Laukkanen 2006)	Ajatus, että joku säätelee ajatuksia tai toiset ihmiset ovat tietoisia ajatuksista, äänen kuuleminen (joita muut eivät kuule), tunne ajatuksista, jotka eivät ole omia, yksinäisyyden tunne silloinkin, kun on toisten seurassa, seksuaalisuutta koskevat häiritsevät ajatukset, ajatus, että sinua pitäisi rangaista synneistä, tunne, että jotain on vakavasti vialla ruumiissasi, että et koskaan ole ollut läheinen kenenkään kanssa tai että ”päässäsi on jotain vikaa”

Omavoimaisuus

Nuoren omavoimaisuutta mitattiin Daniel Offerin vuonna (1962) kehittämän Offer Self-Image Questionnaire (OSIQ) -mittarin Coping-Self-osiolla, joka mittaa nuoren omaa kokemusta psyykkisestä terveydestä (Emotional Health), sopeutumisesta itsen, toisten ja ympäristön kanssa (Superior Adjustment) sekä hallinnan tunnetta (Mastery). Alkuperäinen mittari sisältää viisi pääaluetta: psykologinen minä (Psychological Self), sosiaalinen minä (Social Self), seksuaalinen minä (Sexual Self), perheminä (Familial Self) ja selviytymisminä (Coping Self). OSIQ-mittarissa on 130 väittämää, jotka mittaavat moniulotteisesti nuoren psykologista maailmaa. Tässä tutkimuksessa käytettiin mittarin Coping Self -osiota, joka sisälsi 38 väittämää (Offer ym. 1981, 1989, 1990, 1992).

Mittarissa 6-luokkaisen asteikon väittämä vastausvaihtoehdot olivat: 1. kuvaa minua erittäin hyvin, 2. kuvaa minua hyvin, 3. kuvaa minua melko hyvin, 4. kuvaa minua melko huonosti, 5. ei oikeastaan kuvaa minua ollenkaan ja 6. ei kuvaa minua lainkaan. Vastausvaihtoehdoissa oli sekä myönteisiä että kielteisiä väittämiä, ja tämä otettiin pisteytyksessä huomioon niin, että myönteinen väittämä sai vastausvaihtoehdon mukaisen pistemäärän (esim. vastausvaihtoehto 1 on 1 piste jne...). Negatiivisten väittämien kohdalla saatu pistemäärä vähennettiin Offerin ym. (1989) ohjeiden mukaan arvosta 7, jolloin pisteytys saatiin käännettyä samansuuntaiseksi. Matala pistemäärä osoittaa hyvää omavoimaisuutta ja korkea pistemäärä taas heikompaa. Mahdolliset pistemäärät olivat alueittain seuraavat: Coping Self: 38–228, Emotional Health: 14–84, Superior Adjustment: 14–84 ja Mastery: 10–60. (Offer ym. 1989; Laukkanen ym. 2001a). Mittarin reliabiliteetti ja validiteetti on todettu hyväksi useissa tutkimuksissa (Offer ym. 1992; Laukkanen ym. 1999; Lindfors ym. 2005) ja mittaria on käytetty nuoriin kohdistuvissa tutkimuksissa Suomessa (esim. Laukkanen ym. 2001a; Lindfors ym. 2005; Hintikka ym. 2006) ja monissa muissakin maissa (esim. Marcotte ym. 2002; Kirkcaldy ym. 2009; Modrzejewska & Badura-Madej 2009) Mittarin sisältämät väittämät on esitetty tarkemmin liitteessä 1.

Muut muuttajat

Vuonna 1996 kerätyssä aineistossa nuorilta kysyttiin omavoimaisuuden (Coping Self) lisäksi päihteiden käyttöä, psykosomaattisia oireita, huolia, tyytyväisyyttä itseän, tulevaisuuteen suuntautumista, kokemusta vanhempisuhteista ja koulunkäynnistä.

Päihteiden käyttöä selvitettiin kysymällä nuorten tupakoinnista, alkoholin käytöstä ja huumeiden käytöstä. *Tupakointi*: Mikä tupakointiin liittyvistä väittämistä kuvaa sinua parhaiten? Vastausvaihtoehdot: 1. en tupakoi, 2. tupakoin joskus, 3. tupakoin kerran tai useamman viikossa ja 4. tupakoin päivittäin. *Alkoholin käyttö*: Mikä alkoholin käyttöön liittyvistä väittämistä kuvaa sinua parhaiten? Vastausvaihtoehdot: 1. en käytä alkoholia, 2. käytän alkoholia joskus, 3. käytän alkoholia kerran tai pari kuukaudessa ja 4. käytän alkoholia kerran tai useamman viikossa. *Huumeiden käyttö*: Mikä huumeiden käyttöön liittyvistä väittämistä kuvaa sinua parhaiten? Vastausvaihtoehdot: 1. en ole kokeillut, 2. olen kokeillut kerran tai pari ja 3. olen kokeillut muutamia kertoja.

Psykosomaattisia oireita (päänsärky, niska-hartiakipu, vatsakipu, selkäkipu, väsymys, ärtyneisyys, hermostuneisuus, vaikeus päästä uneen, masentuneisuus, jännittyneisyys, huimaus, ruokahaluttomuus, alakuloisuus, heräily öisin) selvitettiin kysymällä: Kuinka usein sinulla on seuraavia oireita? Vastausvaihtoehdot: 1. harvoin tai ei koskaan, 2. noin kerran kuukaudessa, 3. noin kerran viikossa, 4. useammin kuin kerran viikossa ja 5. lähes päivittäin. Vastaukset pisteytettiin vastausvaihtoehtojen mukaan niin, että matalin pistemäärä oli 14 ja korkein 70. Matala pistemäärä osoitti psykosomaattisten oireiden vähäistä määrää ja korkea pistemäärä taas runsasta. Vastaavaa oirekyselyä on käytetty myös aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Kauppinen ym. 2001).

Huolia (koulusaavutukset, kiusaaminen koulussa, ystävien puute, kiireiset vanhemmat, riidat kotona, perheenjäsenen sairaus, perheen raha-asiat, vanhempien työttömyys ja vaikeudet opettajan kanssa) selvitettiin kysymällä: Kuinka usein sinua huolestuttavat seuraavat asiat? Vastausvaihtoehdot: 1. ei koskaan, 2. joskus, 3. usein ja 4. erittäin usein. Väittämät pisteytettiin vaihtoehtojen mukaan ja jokainen huoli analysoitiin erillisenä muuttujana.

Tyytyväisyyttä itseen ja tulevaisuuteen suuntautumista kysyttiin seuraavilla kysymyksillä: Oletko yleensä tyytyväinen itseesi? Vastausvaihtoehdot: 1. hyvin tyytyväinen, 2. melko tyytyväinen, 3. en ollenkaan tyytyväinen. Mitä ajattelet tulevaisuudesta? Vastausvaihtoehdot: 1. luotan siihen, että elämäni järjestyy, 2. en ole paljon ajatellut tulevaisuutta ja 3. tulevaisuus tuntuu pelottavalta.

Kokemusta vanhempi-suhteista (sekä äiti- että isäsuhte) selvitettiin suhteen ominaisuuksien avulla (lämmin, toisianne kunnioittava, luottavainen, riittävä ja välinpitämätön). Nuoria pyydettiin valitsemaan parhaiten äiti ja isä-suhdetta kuvaava väittämä: Vastausvaihtoehdot: 1. ei kuvaa lainkaan, 2. kuvaa jonkin verran, 3. kuvaa melko hyvin ja 4. kuvaa erittäin hyvin.

Kokemuksia koulunkäynnistä selvitettiin kahdella kysymyksellä. Koetko koulunkäynnin useimmiten? Vastausvaihtoehdot: 1. erittäin kevyeksi, 2. kevyeksi, 3. raskaaksi tai 4. erittäin raskaaksi. Miten viihdyt koulussa? Vastausvaihtoehdot: 1. erittäin hyvin, 2. melko hyvin, 3. melko huonosti tai 4. hyvin huonosti. Katso myös liite 1.

4.3 Tutkimusaineistojen analysointi

Aineistojen analysoinnissa käytettiin SPSS for Windows versiota 14. Ennen mielenterveysoireiden ja muiden muuttujien välisten yhteyksien analysointia tutkittiin, miten vuonna 1996 kerätty aineisto vastasi seuranta-aineistoa. Tätä varten tutkittavat jaettiin kahteen ryhmään: ensimmäisen ryhmän muodostivat ne, jotka olivat mukana vuonna 1996 ja osallistuivat myös seuranta-tutkimukseen vuonna 2006; toisen ryhmän muodostivat ne, jotka olivat mukana vuonna 1996, mutta eivät osallistuneet seuranta-tutkimukseen. Näitä ryhmiä verrattiin keskenään, ja tulokset osoittivat, että joiltakin osin aineistoissa oli eroja. Taulukossa 3 esitetään yksityiskohtaisesti aineistojen vastaavuudet.

Mielenterveysoireita mitattiin SCL-90-mittarin yhdeksällä dimensiolla (ks. liite 3) ja nuoren omavoimaisuutta Coping self -mittarin kolmella eri osalla (ks. liite 1). Näistä dimensioista ja osioista muodostettiin summamuuttujat ja niiden sisäistä

luotettavuutta tarkasteltiin laskemalla Crohnbachin alfa -arvot. Arvot olivat SCL-90-mittarissa 0.78–0.92 välillä eri dimensioilla ja Coping Self -mittarissa 0.70–0.88 välillä eri alueilla.

Muuttujien normaalijakautuneisuutta tutkittiin Marginal Homegeneity test-testillä (Kolmogorov–Smirnovin-testi, koska otos > 50), ja muuttujien välisten yhteyksien analyyseissä käytettiin ristiintaulukointia (χ^2 -testiä) ja non-parametrisia testejä (Mann–Witneyn U-testiä), koska mielenterveysoireita mittaava aineisto ei jakaantunut normaalisti. Mielenterveysoireisiin yhteydessä olevien yekijöiden yhteyksiä tutkittaessa laskettiin myös vertailun vuoksi korrelaatioita käyttäen Spearmanin järjestyskorrelaatiotestiä. Tulokset olivat samansuuntaisia, mutta tulosten raportoinnissa päädyttiin käyttämään Mann–Witneyn U-testin tuloksia, koska korrelaatiot eivät kaikin osin olleet lineaarisia. (ks. Metsämuuronen 2006)

Mielenterveysoireiden analyyseissa tutkimukseen osallistujat jaettiin kahteen ryhmään: ensimmäisen ryhmän muodostivat ne, joiden SCL-90-mittarilla mitattujen pistemäärien keskiarvo dimensioittain oli ≤ 0.9 ; toisen ryhmän muodostivat ne, joiden pistemäärien keskiarvo oli > 0.9 . Tutkimuksen eri vaiheissa tehdyt testit ja tulosten kuvailumenetelmät esitetään yksityiskohtaisesti taulukossa 4.

Taulukko 3. Aineistojen vastaavuudet seurantatutkimukseen osallistujien ja seurannasta pois jääneiden välillä vuonna 1996 kerätyssä aineistossa

Muuttujat	Aineistojen vastaavuudet tytöillä ja pojilla (seurantaan osallistujat ja seurannasta pois jääneet)	
	Tytöt	Pojat
Päihteiden käyttö tupakointi alkoholin käyttö	seurantatutkimukseen jättivät useammin vastaamatta ne, jotka olivat tupakoineet ja/tai käyttäneet alkoholia 14-vuotiaana.	aineistot vastasivat toisiaan
Psykosomaattiset oireet	seurantatutkimukseen jättivät useammin vastaamatta ne, joilla oli ollut 14-vuotiaana päänsärkyä ja alakuloisuutta runsaasti nuoruudessa	aineistot vastasivat toisiaan
Huolet	aineistot vastasivat toisiaan	aineistot vastasivat toisiaan
Tyytyväisyys itseän	aineistot vastasivat toisiaan	aineistot vastasivat toisiaan
Tulevaisuuteen suuntautuminen	aineistot vastasivat toisiaan	aineistot vastasivat toisiaan
Koulukokemukset	aineistot vastasivat toisiaan	aineistot vastasivat toisiaan
Vanhempisuhteet	aineistot vastasivat toisiaan	aineistot vastasivat toisiaan
Omavoimaisuus	aineistot vastasivat toisiaan	seurantatutkimukseen jättivät useammin vastaamatta ne, jotka kokivat 14-vuotiaana oman psyykkisen terveyden hyväksi

Taulukko 4. Tutkimustulosten kuvailumenetelmät ja tilastolliset testit aineistojen analyyseissa

Tutkittava asia	Tulosten kuvailu	Analyysimenetelmät
Aineistojen edustavuus	Katso taulukko 2	Marginal Homegeneity test Keskiarvotestit Independent Samples Test
Mielenterveys	Taulukoissa esitetään frekvenssejä, prosentteja, keskiarvoja (Mean), keskihajontoja (SD), vaihteluvälejä (R) sekä naisten ja miesten välisessä vertailussa esitettiin myös tilastolliset merkitsevyydet (p-arvot)	Marginal Homegeneity-test (Kolmogorovin-Smirnov) Keskiarvotestit, Non-parametriset Mann-Whitneyn U-testit ryhmien välisessä vertailussa
Selittävät muuttujat: päihteiden käyttö, psykosomaattiset oireet, huolet, tyytyväisyys itseän, tulevaisuuteen suuntautuminen, vanhempisuhteet, koulukokemukset ja Coping Self	Selittäviä muuttujia kuvaillaan yksityiskohtaisesti frekvenssien ja prosenttien avulla. Psykosomaattisten oireiden osalta laskettiin myös pistemäärien keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluväit.	Ristiintaulukointi, χ^2 -testi Keskiarvotestit Marginal Homegeneity-test (Kolmogorovin-Smirnov)
Päihteiden käytön, psykosomaattisten oireiden, vanhempi-suhteiden, nuoren psyykkisen terveyden kokemisen yhteys mielenterveysoireisiin	Selittävien muuttujien yhteyttä mielenterveysoireisiin kuvataan keskiarvojen, keskihajontojen, vaihteluvälien ja tilastollisen merkitsevyysarvojen avulla (p-arvot)	Keskiarvotestit Non-parametriset Mann-Whitneyn U-testit ryhmien välisessä vertailussa Ristiintaulukointi, χ^2 -testi

5 Tutkimuksen tulokset

5.1 Varhaisaikuisen mielenterveys

5.1.1 Mielenterveysoireet 24-vuotiaana

Mielenterveysoireet olivat yleisiä varhaisaikuisuudessa, ja naiset raportoivat oireita kaikilla dimensioilla miehiä enemmän. Tutkittavista 44.7 %:lla (n = 85) oli oireita yli kliiniseksi määritellyn raja-arvon ainakin yhdellä dimensioilla; 55.3 % (n = 105) tutkittavista ei raportoinut millään alueella oireita kliinisen raja-arvon yli. Naisilla neljä yleisintä mielenterveysoiretta olivat masennusoireet, pakkoneuroottiset oireet, interpersoonallinen herkkyys ja psykosomaattiset oireet; miehillä pakkoneuroottiset oireet, masennusoireet, vihamielisyys ja psykosomaattiset oireet.

Mielenterveysoireita eri dimensioilla arvioitiin laskemalla jokaisesta dimensiosta erikseen pistemäärien keskiarvot. Kliiniseksi rajaksi määriteltiin 0.9. Kun saatujen pistemäärien keskiarvo oli ≤ 0.9 , osallistujalla ei oireiden perusteella arvioitu olevan mielenterveyttä uhkaavaa riskiä. Sen sijaan jos keskiarvo oli > 0.9 , osallistuja luokiteltiin niin sanottuun riskiryhmään. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukoista 5, 6 ja 7)

Taulukko 5. Mielenterveysoireet sukupuolittain varhaisaikuisuudessa

Naisten ja miesten mielenterveysoireet 24-vuotiaana						
Oireet	Naiset (n=109)		Miehet (n=81)		Yht. (n=190)	
	n	%	n	%	n	%
Psykosomaattiset	26	23.9	13	16.0	39	20.5
Pakkoneuroottiset	39	35.8	18	22.2	57	30.0
Masennus	43	39.4	15	18.5	58	30.5
Intrapersoonal- linen herkkyys	31	28.4	10	12.3	41	21.6
Vihamielisyys	21	19.3	14	17.3	35	18.4
Ahdistuneisuus	17	15.6	5	6.2	22	11.6
Pelko	6	5.5	2	2.5	8	4.2
Paranoidiset	15	13.8	9	11.1	24	12.6
Psykoottiset	6	5.5	3	3.7	9	4.7

Taulukko 6. Mielenterveysoireiden esiintyminen 24-vuotiana

Varhaisaikuisien mielenterveysoireet eri dimensioilla				
Oireet	n	%	n	%
Ei oireita kliinisen raja-arvon* yli			105	55.3
Oireita kliinisen raja-arvon* yli			85	44.7
yhdellä dimensioilla	25	29.4		
kahdella dimensioilla	10	11.8		
kolmella dimensioilla	16	18.8		
neljällä dimensioilla	11	12.9		
viidellä dimensioilla	4	4.7		
kuudella dimensioilla	8	9.4		
seitsemällä dimensioilla	6	7.1		
kahdeksalla dimensioilla	3	3.5		
yhdeksällä dimensioilla	2	2.4		
Yhteensä	85	100	190	100

* kliininen raja-arvo oli 0.9

Taulukko 7. Varhaisaikuisten mielenterveysoireita kuvaavien dimensioiden pistemäärien keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluvälit (n=190)

Psykosomaattiset oireet ja niiden kuvailua (mean, SD, Range; min. ja max arvot)				
Oire	Mean*	Std.Dev	Range (min./max)	
Psykosomaattiset oireet (SOM)	.56	.48	2.25	(0-2.25)
Pakkoneuroottiset oireet (O-C)	.73	.60	3.00	(0-3.00)
Masennusoireet (DEP)	.59	.62	3.15	(0-3.15)
Interpersoonallinen herkkyys (INS)	.54	.56	3.22	(0-3.22)
Vihamielisyys (HOS)	.49	.50	3.00	(0-3.00)
Ahdistuneisuusoireet (ANX)	.44	.47	2.60	(0-2.60)
Pelko-oireet (PHO)	.21	.37	2.57	(0-2.57)
Paranoidiset oireet (RAR)	.40	.52	2.83	(0-2.83)
Psykoottiset oireet (PSY)	.25	.37	2.30	(0-2.30)

* kliininen raja-arvo oli 0.9

5.1.2 Sukupuolten väliset erot mielenterveysoireiden esiintyvyydessä

Naiset raportoivat mielenterveysoireita tilastollisesti merkittävästi enemmän kuin miehet kaikilla dimensioilla. Sukupuolten välisessä vertailussa tarkasteltiin pistemäärien keskiarvoja, keskihajontoja ja vaihteluvälejä. Vaihteluvälit ovat suuret, naisilla suuremmat kuin miehillä kaikilla muilla dimensioilla paitsi interpersoonallisessa herkkyudessa ja psykoottisissa oireissa (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 8)

Taulukko 8. Naisten ja miesten välisiä eroja mielenterveysoireiden esiintymisessä eri dimensioilla (n=190)

Mielenterveysoireita kuvaavien dimensioiden keskipistemäärät sukupuolittain (mean, SD, Range, p-arvo ⁽¹⁾)					
Oire	Sukupuoli	Mean	Std.Dev	Range	p-arvo ⁽¹⁾
SOM	Naiset	.65	.56	3.22	<.001
	Miehet	.43	.46	1.83	
O-C	Naiset	.84	.61	3.00	<.001
	Miehet	.59	.57	2.30	
DEP	Naiset	.81	.60	3.15	<.001
	Miehet	.50	.60	2.92	
INS	Naiset	.65	.55	2.89	<.001
	Miehet	.39	.56	3.22	
HOS	Naiset	.56	.51	3.00	<.003
	Miehet	.40	.48	2.17	
ANX	Naiset	.54	.52	2.60	<.001
	Miehet	.33	.36	1.50	
PHO	Naiset	.26	.43	2.57	<.003
	Miehet	.14	.27	1.29	
PAR	Naiset	.45	.54	2.83	<.029
	Miehet	.33	.48	2.17	
PSY	Naiset	.28	.35	1.60	<.003
	Miehet	.21	.39	2.30	

¹⁾ Mann-Withney-U test

5.2 Nuoruusiässä ulkoisesti havaittavat tekijät ja niiden yhteys myöhempään mielenterveyteen

5.2.1 Päihteiden käyttö nuorena ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana

Tupakointi

Seurantatutkimukseen vuonna 2006 osallistuneista henkilöistä oli tupakoinut 14-vuotiaana 30 %: tytöistä tupakoijia oli ollut 36.4 % ja pojista 21 %. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 9) Naisten osalta seurantatutkimukseen jättivät useammin vastaamatta ne, jotka olivat tupakoineet 14-vuotiaana. Näistä vastaamatta jättäneistä oli tupakoinut 14-vuotiaana 64.3 %.

Taulukko 9. Seurantatutkimukseen osallistuneiden tupakointi 14-vuotiaana

Vuonna 2006 tutkimukseen osallistuneiden tupakointi 14-vuotiaana (n=150)									
	Ei lainkaan		Joskus		1 - 2 x/vk		Päivittäin		Yht.
Sukupuoli	n	%	n	%	n	%	n	%	n
Tytöt (n=88)	56	63.6	16	18.2	4	4.5	12	13.6	88
Pojat (n=62)	49	79.0	8	12.9	1	1.6	4	6.5	62
Yht.	105	70.0	24	16.0	5	3.3	16	10.7	150

Nuorena tupakoinnin yhteys mielenterveysoireisiin 24-vuotiaana

Tutkimuksessa ei löydetty yhteyttä naisten nuorena aloitetun tupakoinnin ja myöhempien mielenterveysoireiden välillä. Sen sijaan miesten tupakointi 14-vuotiaana oli yhteydessä pakkoneuroottisiin oireisiin (1.86 vs. 1.17; $p < 0.008$), ahdistuneisuusoireisiin (3.0 vs. 1.24; $p < 0.001$) ja vihamielisyyteen (2.25 vs. 1.19; $p < 0.008$) varhaisaikuisuudessa.

Alkoholin käyttö 14-vuotiaana

Seurantatutkimukseen vuonna 2006 osallistuneista henkilöistä oli kokeillut tai käyttänyt alkoholia 14-vuotiaana 42 % (tytöistä 43.2 % ja pojista 40.3 %). Naisista seurantatutkimukseen jättivät useammin vastaamatta ne, jotka olivat käyttäneet tai kokeilleet alkoholia 14-vuotiaana; heistä 14-vuotiaana oli kokeillut tai käyttänyt alkoholia 71.4 %. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 10)

Taulukko 10. Seurantatutkimukseen osallistuneiden alkoholin käyttö 14-vuotiaana

Tyttöjen ja poikien alkoholinkäyttö nuoruudessa (n=150)									
Suku- puoli	Ei lainkaan		Joskus		1 - 2 x/kk		Päivittäin		Yht. n
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tytöt (n=88)	50	56.8	19	21.6	14	15.9	5	5.7	88
Pojat (n=62)	37	59.7	16	25.8	7	11.3	2	3.2	62
Yht.	87	58.0	35	23.3	21	14.0	7	4.7	150

Nuoruuden alkoholin käytön yhteys mielenterveysoireisiin 24-vuotiaana

Tässä tutkimuksessa ei löydetty yhteyksiä 14-vuotiaana raportoidun alkoholin käytön ja myöhempien mielenterveysoireiden välillä.

Huumausaineiden käyttö 14-vuotiaana

Huumausaineita oli käyttänyt 4 nuorta (2.7 %), kaksi tyttöä ja kaksi poikaa. Heistä seurantaan osallistuivat molemmat tytöt. Toisella tytöistä oli 24-vuotiaana paljon erilaisia oireita ja myös lääkärin toteama psykiatrinen diagnoosi, toisella ei ollut varhaisaikuisuudessa mielenterveysoireita yli klinisen rajan millään alueella.

5.2.2 Psykosomaattiset oireet nuorena ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana

Psykosomaattiset oireet 14-vuotiaana

Tytöt raportoivat kaikkia psykosomaattisia oireita 14-vuotiaana poikia enemmän. Tavallisimmat, vähintään kerran viikossa esiintyvät oireet olivat: väsymys, ärtyneisyys, hermostuneisuus, vaikeus päästä uneen ja päänsärky. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 11) Naisilla, jotka eivät osallistuneet seurantatutkimukseen, oli ollut nuorena päänsärkyä ja alakuloisuutta enemmän kuin niillä, jotka osallistuivat nyt seurantatutkimukseen. (ks. myös taulukko 3 ja osajulkaisu I)

Nuorena raportoitujen psykosomaattisten oireiden yhteys mielenterveysoireisiin 24-vuotiaana

Naisilla kaikki muut nuoruuden psykosomaattiset oireet, paitsi yöllä heräily ja ruokahaluttomuus olivat yhteydessä tilastollisesti merkitsevästi myöhempään mielenterveyteen useilla eri dimensioilla. Kipuoireista selkäkivut ja niskahartiasäryt olivat yhteydessä psykosomaattisiin oireisiin ja ahdistuneisuusoireisiin varhaisaikuisuudessa. Masentuneisuus 14-vuotiaana oli yhteydessä psykosomaattisiin oireisiin ja masennusoireisiin 24-vuotiaana. Hermostuneisuus, jännitysoireet ja vaikeus saada unta nuoruudessa olivat yhteydessä psykosomaattisiin oireisiin, pakkoneuroottisiin oireisiin, masennusoireisiin ja ahdistuneisuusoireisiin varhaisaikuisuudessa.

Miehillä nuoruudessa koettu selkäkipu, ärtyneisyys, hermostuneisuus, masennusoireet ja jännitysoireet olivat yhteydessä mielenterveysoireisiin 24-vuotiaana. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukoista 11 ja 12, ks. myös osajulkaisu I)

Taulukko 11. Psykosomaattiset oireet 14-vuotiaana

Psykosomaattisten oireiden esiintyminen kerran viikossa tai useammin 14-vuotiaana (n=235)						
Oire	Tytöt (n=116)		Pojat (n=119)		Kaikki (n=235)	
	n	%	n	%	n	%
Päänsärky	36	31.0 %	28	23.6 %	64	27.2 %
Niska-hartiakipu	32	27.6 %	20	16.8 %	52	22.1 %
Vatsakipu	23	20 % ⁽¹⁾	10	8.4 %	33	14.1 % ⁽⁴⁾
Selkäkipu	18	15.5 %	11	9.2 %	29	12.3 %
Väsymys	80	69.0%	78	65.5 %	158	67.2 %
Ärtyneisyys	66	57.4 % ⁽¹⁾	47	39.5 %	113	48.3 ⁽⁴⁾
Hermostuneisuus	48	41.8 %	38	32.0 %	86	36.6 %
Vaikeus päästä uneen	38	32.8 %	30	25.6 % ⁽²⁾	68	29.2 % ⁽⁵⁾
Masentuneisuus	34	29.3 %	19	16.1 % ⁽³⁾	53	22.6 % ⁽⁴⁾
Jännittyneisyys	27	23.3 %	25	21.0 %	52	22.1 %
Huimaus	26	22.6 % ⁽¹⁾	18	15.1 %	44	18.8 % ⁽⁴⁾
Ruokahaluttomuus	29	25.0 %	11	9.3 % ⁽³⁾	40	17.1 % ⁽⁴⁾
Alakuloisuus	22	19.1 % ⁽¹⁾	19	16.1 % ⁽³⁾	41	17.6 % ⁽⁵⁾
Heräily öisin	24	20.7 %	13	10.9 %	37	15.7 %

¹⁾ n=115, ²⁾ n= 117, ³⁾ n=118, ⁴⁾ n=234, ⁵⁾ n=233

Taulukko 12. Varhaisaikuisten mielenterveysoireiden ja nuoruuden psykosomaattisten oireiden yhteys toisiinsa (n=146; mean, SD, Range, p-arvo)

Mielenterveysoireet 24-vuotiaana		Psykosomaattiset oireet 14-vuotiaana			
Oireet	Kliininen raja-arvo ⁽¹⁾	Mean ⁽³⁾	Std.Dev	Range (min - max)	p-arvo ⁽²⁾
SOM	≤ 0.9 (n=114)	25.8	8.1	41 (14 - 55)	<.001
	> 0.9 (n=32)	32.0	9.9	35 (15 - 50)	
O-C	≤ 0.9 (n=102)	25.8	8.4	41 (14 - 55)	<.007
	> 0.9 (n=44)	30.3	9.5	35 (15 - 50)	
DEP	≤ 0.9 (n= 101)	25.5	7.9	41 (14 - 55)	<.003
	> 0.9 (n=45)	30.8	9.9	34 (16 - 50)	
INS	≤ 0.9 (n=114)	26.3	9.1	41 (14 - 55)	<.007
	> 0.9 (n=32)	30.2	7.7	30 (18 - 48)	
HOS	≤ 0.9 (n=119)	26.2	8.4	41 (14 - 55)	<.007
	> 0.9 (n=27)	31.5	9.7	34 (15 - 49)	
ANX	≤ 0.9 (n=130)	26.3	8.5	41 (14 - 55)	<.003
	> 0.9 (n=16)	33.9	9.4	29 (19 - 48)	
PHO	≤ 0.9 (n=140)	27.0	9.0	41 (14 - 55)	ns.
	> 0.9 (n=6)	29.5	7.1	21 (19 - 40)	
PAR	≤ 0.9 (n=127)	26.3	8.4	41 (14 - 55)	<.003
	> 0.9 (n=19)	32.7	10.1	32 (17 - 49)	
PSY	≤ 0.9 (n=139)	26.6	8.6	41 (14 - 55)	<.008
	> 0.9 (n=7)	37.6	8.0	22 (22 - 48)	

¹⁾ Kliininen raja-arvo ≤ 0.9 kuvaa varhaisaikuisten ryhmää, joilla oli mielenterveysoireita vähän ja kliininen raja-arvo > 0.9 taas varhaisaikuisten ryhmää, joilla mielenterveysoireita oli paljon

²⁾ Mann-Withneyn U- testi

³⁾ Psykosomaattisia oireita mitattaessa matalin mahdollinen pistemäärä oli 14 ja korkein 70. Matala pistemäärä osoitti oireiden vähäistä määrää ja korkea pistemäärä suurta määrää.

5.3 Nuoren sisäiset tekijät ja niiden yhteys myöhempään mielenterveyteen

5.3.1 Nuoren huolet ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana

Nuoren huolet

Yleisimpiä 14-vuotiaiden nuorten huolia olivat: perheenjäsenen sairaus, koulusaavutukset ja perheen raha-asiat. Tytöt raportoivat huolia (esim. ystävien puute, riidat kotona, perheenjäsenen sairaus, perheen raha-asiat, vanhempien työttömyys) enemmän kuin pojat. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 13, ks. myös osajulkaisu III)

Taulukko 13. Tyttöjen ja poikien huolet 14-vuotiaana

Nuorten huolet 14-vuotiaana (n=235)				
Huoli	Tytöt (n=116)		Pojat (n=119)	
	n	%	n	%
Koulusaavutukset	32	27.6	31	26.1
Kiusaaminen koulussa	4	3.4	6	5.0
Ystävien puute	14	12.1	7	5.6
Kiireiset vanhemmat	4	3.4	6	5.0
Riidat kotona	19	16.4	7	5.6
Perheenjäsenen sairaus	33	28.4	16	13.4
Perheen raha-asiat	31	26.7	18	15.1
Vanhempien työttömyys	22	19.0	10	8.4
Vaikeudet opettajan kanssa	6	5.2	6	5.0

Nuoren huolien yhteys mielenterveysoireisiin 24-vuotiaana

Nuorilla oli huolia, joilla oli yhteys mielenterveysoireisiin 24-vuotiaana. Toisaalta nuorilla oli myös huolia, joiden yhteyttä myöhempään mielenterveyteen ei löydetty. Esimerkiksi nuorista 20.9 % raportoi olevansa huolissaan perheenjäsenen sairaudesta, mutta sillä ei ollut yhteyttä myöhempään mielenterveysoireisiin. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 14, ks. myös osajulkaisu III)

5.3.2 Nuoren tyytyväisyys itseen ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana

Valtaosa nuorista oli hyvin tai melko tyytyväisiä itseensä 14-vuotiaana. Pojat raportoivat olevansa hyvin tyytyväisiä itseensä useammin kuin tytöt (47.9 % vs. 21.7 %). Tytöistä viisi (4.4 %) raportoi olevansa tyytymätön itseensä, pojista ei kukaan. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 15)

Seurantatutkimukseen 24-vuotiaana osallistui kolme tyttöä, jotka olivat 14-vuotiaana raportoineet olevansa ”ei ollenkaan tyytyväinen” itseensä. Kahdella heistä oli 24-vuotiaana paljon mielenterveysoireita. Toisella kaikilla dimensioilla ja toisella neljällä dimensiolla (SOM, O-C, DEP, ANX) yli klinisen raja-arvon.

Taulukko 14. Varhaisaikuisten mielenterveysoireiden ja nuoruuden huolten yhteys toisiinsa (n=149)

Mielenterveysoireet 24-vuotiaana ja huolet 14-vuotiaana		
Oireet	Kliininen raja-arvo ⁽¹⁾	Myöhempään mielenterveyteen yhteydessä olevat huolet 14-vuotiaana (mean, p-arvo ⁽²⁾)
SOM	≤ 0.9 (n=116) > 0.9 (n=33)	Koulusaavutukset: 2.14 vs. 2.44; p < .029
O-C	≤ 0.9 (n=104) > 0.9 (n=45)	Riidat kotona: 1.70 vs. 2.07; p < .005 Perheen raha-asiat: 1.89 vs. 2.27; p < .017
DEP	≤ 0.9 (n= 103) > 0.9 (n=46)	Koulusaavutukset: 2.10 vs. 2.43; p < .012 Riidat kotona: 1.72 vs. 2.02; 2 p < .038 Perheen raha-asiat: 1.87 vs. 2.30; p < .005
INS	≤ 0.9 (n=117) > 0.9 (n=32)	Koulusaavutukset: 2.14 vs. 2.44; p= .031 Riidat kotona: 1.71 vs. 2.19; p < .001 Perheen raha-asiat: 1.90 vs. 2.41; p < .002 Vanhempien lomautukset: 1.59 vs. 1.94; p < .030
HOS	≤ 0.9 (n=122) > 0.9 (n=27)	Koulusaavutukset: 2.13 vs. 2.52; p < .029
ANX	≤ 0.9 (n=132) > 0.9 (n=17)	Perheen raha-asiat: (1.91 vs; 2.76; p < .001)
PHO	≤ 0.9 (n=143) > 0.9 (n=6)	Riidat kotona: 1.78 vs. 2.67; p < .007 Perheen raha-asiat: 1.97 vs. 3.0; p < .019
PAR	≤ 0.9 (n=130) > 0.9 (n=19)	Riidat kotona: 1.76 vs. 2.16; p < .035 Perheen raha-asiat: 1.92 vs.; p < .003 Vanhempien lomautukset: 1.60 vs. 2.05; p < .032
PSY	≤ 0.9 (n=142) > 0.9 (n=7)	Perheen raha-asiat: 1.96 vs. 2.86; p < .011 Ystävien puute: 1.53 vs. 2.0; p < .040

¹⁾ Kliininen raja-arvo ≤ 0.9 kuvaa varhaisaikuisten ryhmää, joilla oli mielenterveysoireita vähän ja kliininen raja-arvo > 0.9 varhaisaikuisten ryhmää, joilla mielenterveysoireita oli paljon

²⁾ Tilastollisen merkitsevyyden testauksessa käytetty Mann-Withneyn U- testiä

Taulukko 15. Nuorten tyytyväisyys itseensä 14-vuotiaana

Nuorten tyttöjen ja poikien tyytyväisyys itseensä						
Tyytyväisyys itseen	Tytöt (n=115)		Pojat (n=119)		Kaikki (n=234)	
	n	%	n	%	n	%
Hyvin tyytyväinen	25	21.7	57	47.9	82	35.0
Melko tyytyväinen	85	73.9	62	52.1	147	62.8
Ei ollenkaan tyytyväinen	5	4.4	-	-	5	2.2
Yhteensä	115	100	119	100	234	100

5.3.3 Nuoren tulevaisuuteen suuntautuminen ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana

Suuri osa nuorista (71.9 %) luotti siihen, että elämä järjestyy ja joka neljäs (26.8 %) ei ollut asiaa sen kummemmin vielä ajatellut. Kolme nuorta tunsi tulevaisuuden olevan pelottava. Heistä seurantatutkimukseen osallistui kaksi, toisella oli masennus oireita ja toisella useita erilaisia oireita (DEP, ANX, O-C, HOS, INS, PAR) yli kliinisen raja-arvon 24-vuotiaana. Lääkärin toteamaa diagnoosia ei ollut kummallakaan, mutta SCL-90 mittarin tulosten lisäksi toinen toi esille tutkimuksessa kokevansa masennusta ja toinen kuvasi tyytymättömyyttä itseensä sekä toivottomuutta tulevaisuuden suhteen. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 16)

Taulukko 16. Nuorten tulevaisuuteen suuntautuminen 14-vuotiaana

Tyttöjen ja poikien tulevaisuuteen suuntautuminen						
Tulevaisuuteen suuntautuminen	Tytöt (n=116)		Pojat (n=118)		Yht. (n=235)	
	n	%	n	%	n	%
Luotan siihen, että elämä järjestyy	78	67.2	91	76.5	169	71.9
En ole ajatellut tulevaisuutta	36	31.0	27	22.7	63	26.8
Tulevaisuus tuntuu pelottavalta	2	1.8	1	0.8	3	1.3
Yhteensä	116	100	119	100	235	100

5.3.4 Nuoren kokemus koulunkäynnistä ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana

Koulunkäynnin kokeminen raskaaksi tai kevyeksi

Nuorista 72.8 % (tytöt 69.8 % ja pojat 75.6 %) koki koulunkäynnin erittäin kevyeksi tai kevyeksi, ja 27.2 % (tytöt 30.2 % ja pojat 24.4 %) raskaaksi tai erittäin raskaaksi. Koulunkäynnin kokemisella ei ollut tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä myöhempisiin mielenterveysoireisiin. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 17)

Koulussa viihtyminen ja sen yhteys mielenterveysoireisiin

Nuorista 87.6 % (tytöt 92.3 % ja pojat 83 %) viihtyi koulussa hyvin tai erittäin hyvin. Huonosti tai melko huonosti koulussa viihtyi 12.4 % (tytöt 7.7 % ja pojat 17 %) Koulussa viihtymiselle ei löydetty tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä varhaisaikuisuuden mielenterveysoireisiin. . (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 18)

Taulukko 17. Nuorten kokemus koulun raskaudesta 14-vuotiaana

Koulun kokeminen raskaaksi tai kevyeksi nuoruudessa (n, %)						
Koen useimmiten koulukäynnin	Työt (n=116)		Pojat (n=119)		Kaikki (n=235)	
	n	%	n	%	n	%
Erittäin kevyeksi	6	5.2	10	8.4	16	6.8
Kevyeksi	75	64.6	80	67.2	155	66.0
Raskaaksi	32	27.6	26	21.9	58	24.6
Erittäin raskaaksi	3	2.6	3	2.5	6	2.6
Yhteensä	116	100	119	100	235	100

Taulukko 18. Nuorten kokemus koulussa viihtymisestä 14-vuotiaana

Tytöjen ja poikien koulussa viihtyminen (n, %)						
Viihdyn koulussa	Työt (n=116)		Pojat (n=118)		Kaikki (n=234)	
	n	%	n	%	n	%
Erittäin hyvin	27	23.3	19	16.1	46	19.7
Melko hyvin	80	69.0	79	66.9	159	67.9
Melko huonosti	7	6.0	17	14.4	24	10.3
Hyvin huonosti	2	1.7	3	2.6	5	2.1
Yhteensä	116	100	118	100	234	100

5.3.5 Nuoren kokemus vanhempisuhteista ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana

Nuoren suhteet vanhempiin 14-vuotiaana

Nuoret tytöt ja pojat kuvasivat suhteita vanhempiinsa hieman eri tavalla. Esimerkiksi pojista 91.1 % piti suhdettaan äitiin melko tai erittäin lämpimänä ja tytöistä 84 %. Isäsuhdettaan kuvasi melko tai erittäin lämpimäksi pojista 85.7 % ja tytöistä 68.5 %. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukoista 19 ja 20)

Taulukko 19. Nuorten kokemus äitisuhteesta 14-vuotiaana

Äitisuhteen kuvaaminen	Tytöjen ja poikien suhde äitiin (n, %)									
	Lämmin		Toisianne kunnioittava		Luottamuksellinen		Riitainen		Välinpitämätön	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tytöt										
Erittäin hyvin	51	45.1	39	34.5	64	56.6	3	2.7	2	1.8
Melko hyvin	44	38.9	57	50.5	35	31.0	8	7.1	1	0.9
Jonkin verran	14	12.5	12	10.6	8	7.1	59	52.2	12	10.6
Ei lainkaan	4	3.5	5	4.4	6	5.3	43	38.0	98	86.7
<i>Yhteensä</i>	113	100	113	100	113	100	113	100	113	100
Pojat										
Erittäin hyvin	66	58.9	57	50.9	76	67.8	2	1.8	2	1.8
Melko hyvin	36	32.2	43	38.4	32	28.6	3	2.7	2	1.8
Jonkin verran	10	8.9	11	9.8	4	3.6	34	30.6	13	11.7
Ei lainkaan	-	-	1	0.9	-	-	72	64.9	94	84.7
<i>Yhteensä</i>	112	100	112	100	112	100	111	100	111	100

Taulukko 20. Nuorten kokemus isäsuhteesta 14-vuotiaana

Tyttöjen ja poikien suhde isään (n, %)										
Isäsuhteen kuvaaminen	Lämmin		Toisianne kunnioittava		Luottamuksellinen		Riitainen		Välinpitämätön	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tytöt										
Erittäin hyvin	36	32.5	40	36.1	47	43.5	3	2.7	1	0.9
Melko hyvin	40	36.0	47	42.3	33	30.6	7	6.4	4	3.6
Jonkin verran	28	25.2	20	18.0	21	19.4	47	42.7	11	9.9
Ei lainkaan	7	6.3	4	3.6	7	6.5	53	48.2	95	85.6
<i>Yhteensä</i>	111	100	111	100	108	100	110	100	111	100
Pojat										
Erittäin hyvin	62	55.4	67	59.8	77	68.8	3	2.7	2	1.8
Melko hyvin	34	30.3	33	29.5	25	22.3	3	2.7	4	3.6
Jonkin verran	14	12.5	8	7.1	8	7.1	32	28.6	9	8.1
Ei lainkaan	2	1.8	4	3.6	2	1.8	74	66.0	96	86.5
<i>Yhteensä</i>	112	100	112	100	112	100	112	100	111	100

Nuorten vanhempisuhteiden yhteys mielenterveysoireisiin 24-vuotiaana

Selvitettäessä vanhempisuhteiden yhteyttä myöhempään mielenterveyteen merkittäviä tekijöitä olivat nuoruudessa: riitainen suhde äitiin ja isään sekä välinpitämätön ja luottamuksellinen suhde äitiin. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 21)

Taulukko 21. Varhaisaikuisten mielenterveysoireet ja niiden yhteys nuoruuden kokemukseen vanhempisuhteista

Mielenterveysoireet 24-vuotiaana ja vanhempisuhteet 14-vuotiaana		
Oireet	Kliininen raja-arvo ⁽¹⁾	Mielenterveyteen yhteydessä olevat tekijät vanhempisuhteissa 14-vuotiaana (mean, p-arvo ⁽²⁾)
HOS	≤ 0.9 (n=121) ⁽³⁾	Riitainen suhde äitiin (1.54 vs. 1.82; p < .041)
	≤ 0.9 (n=118) ⁽⁴⁾	Riitainen suhde isään (1.49 vs. 1.85; p < .015)
	> 0.9 (n=27) ⁽⁵⁾	
INS	≤ 0.9 (n=115)	Riitainen suhde isään (1.48 vs.1.87; p < .043)
	> 0.9 (n=30)	
PHO	≤ 0.9 (n= 142)	Riitainen suhde äitiin (1.56 vs. 2.33; p < .028)
	> 0.9 (n=6)	Luottavainen suhde äitiin (3.53 vs. 2.50; p < .001)
PAR	≤ 0.9 (n=129)	Riitainen suhde äitiin (1.53 vs. 1.95; p < .041)
	> 0.9 (n=19)	Välinpitämätön suhde äitiin (1.14 vs. 1.53; p < .050)
PSY	≤ 0.9 (n=141) ⁽³⁾	Riitainen suhde äitiin (1.55 vs. 2.29; p < .018)
	≤ 0.9 (n=138) ⁽⁴⁾	Välinpitämätön suhde äitiin (1.16 vs. 1.86; p < .012)
	> 0.9 (n=7) ⁽⁵⁾	Riitainen suhde isään (1.53 vs. 2.14; p < .023)

¹⁾ Kliininen raja-arvo ≤ 0.9 kuvaa varhaisaikuisten ryhmää, joilla oli mielenterveysoireita vähän ja kliininen raja-arvo > 0.9 varhaisaikuisten ryhmää, joilla mielenterveysoireita oli paljon

²⁾ Mann-Withneyn U-testi

³⁾ Äitisuhteeseen vastanneiden määrä , ⁴⁾ Isäsuhteeseen vastanneiden määrä

⁵⁾ Äiti- ja isäsuhteeseen vastanneiden määrä sama

5.3.6 Nuoren omavoimaisuus ja mielenterveysoireet 24-vuotiaana

Nuorten omavoimaisuus (Coping Self) muodostui kolmesta osa-alueesta: nuoren kokemus psyykkisestä terveydestään (= Emotional Health), sopeutumisesta itsen, toisten ja ympäristön kanssa (= Superiour Adjustment) sekä hallinnan tunteesta (= Mastery). Verrattaessa tyttöjen ja poikien saamia pistemääriä, niiden keskiarvoja ja vaihteluvälejä, pojat kuvaavat omaa psyykkistä terveyttään tyttöjä paremmaksi ja tytöt taas kuvaavat omaa sopeutumistaan itsen, toisten ja ympäristön kanssa

paremmaksi kuin pojat. Kuitenkaan ero ei kummassakaan ole tilastollisesti merkitsevä. Hallinnan tunteen kuvauksissa ei ole sukupuolten välillä eroa. Tutkimusaineisto oli omavoimaisuuden osalta vino siten, että pojista tutkimukseen osallistuivat harvemmin ne, jotka olivat kokeneet oman psyykkisen terveytensä (Emotional Health) 14-vuotiaana hyväksi. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 22, ks. myös taulukko 3)

Taulukko 22. Nuorten omavoimaisuus 14-vuotiaana

Tytöiden ja poikien (n=249) omavoimaisuus (Coping Self) ja sen osa-alueet				
Osa-alue	Mean	Std.Dev.	Range (min, max)	p-arvo
Coping Self ⁽³⁾				
<i>Tytöt (n = 118)</i>	94.6	18.9	101 (46,147)	ns.
<i>Pojat (n = 131)</i>	93.6	19.0	97 (43,140)	
Emotional Health ⁽¹⁾				
<i>Tytöt (n = 118)</i>	33.11	8.7	44 (16,60)	ns.
<i>Pojat (n = 131)</i>	31.23	8.5	44 (14,58)	
Adjustment ⁽¹⁾				
<i>Tytöt (n = 118)</i>	37.53	7.4	41 (14,55)	ns.
<i>Pojat (n = 131)</i>	38.50	7.9	42 (18,60)	
Mastery (2)				
<i>Tytöt (n = 118)</i>	23.91	6.1	34 (10,44)	ns.
<i>Pojat (n = 131)</i>	23.86	5.6	26 (11, 37)	

Pienin ja suurin mahdollinen pistemäärä 14 - 84⁽¹⁾, 10 - 60⁽²⁾, 38 - 228⁽³⁾; matala pistemäärä kuvaa parempaa omavoimaisuutta ja korkea pistemäärä taas heikompaa.

Nuorten omavoimaisuuden yhteys mielenterveysoireisiin 24-vuotiaana

Nuoren kokema psyykkinen terveys (Emotional Health) oli yhteydessä myöhempään mielenterveysoireisiin usealla eri dimensiolla. (ks. yksityiskohtaisemmat tulokset taulukosta 23, ks. myös osajulkaisu II) Yhteyttä

sopeutumisen itsen, toisten ja ympäristön (adjustment) ja myöhemmän mielenterveyden välillä ei löydetty.

Nuoren kokema hallinnan tunne (= Mastery) oli yhteydessä tytöillä psykoottisiin oireisiin (23.7 vs. 29; $p=.014^*$) ja pojilla interpersoonalliseen herkkyyteen (24.1 vs. 28.1; $p=.038^*$) varhaisaikuisuudessa.

Taulukko 23. Varhaisaikuisien mielenterveysoireet ja niiden yhteys nuoruuden kokemukseen psyykkisestä terveydestä

Mielenterveysoireet kliinisen raja-arvon mukaan 24-vuotiaana ja kokemus psyykkisestä terveydestä 14-vuotiaana (n=157)		
Oireet	Kliininen raja-arvo ⁽¹⁾	Myöhempään mielenterveyteen yhteydessä olevat kokemukset 14-vuotiaana (mean, p-arvo)
SOM	≤ 0.9 (n=122)	Toivottomuus: 1.93 vs. 2.43; $p < .014$
	> 0.9 (n=35)	Alemmuuden tunne: 1.85 vs. 2.49; $p < .007$
OC	≤ 0.9 (n=110)	Syällisyys: 2.53 vs. 3.13; $p < .005$
	> 0.9 (n=47)	Häpeä: 2.07 vs. 2.98; $p < .001$
DEP	≤ 0.9 (n=108)	Syällisyys: 2.47 vs. 3.22; $p < .001$
	> 0.9 (n=49)	Häpeä: 2.00 vs. 3.10; $p < .001$ Empatiakyky: 3.02 vs. 2.49; $p < .008$
INS	≤ 0.9 (n=122)	Syällisyys: 2.56 vs. 3.23; $p < .004$
	> 0.9 (n=35)	Häpeä: 2.20 vs. 2.83; $p < .010$
HOS	≤ 0.9 (n=126)	Häpeä: 2.23 vs. 2.81; $p < .031$
	> 0.9 (n=31)	
ANX	≤ 0.9 (n=138)	Syällisyys: 2.57 vs. 3.68; $p < .001$
	> 0.9 (n=19)	Häpeä: 2.25 vs. 3.00; $p < .016$ Empatiakyky: 2.93 vs. 2.32; $p < .015$

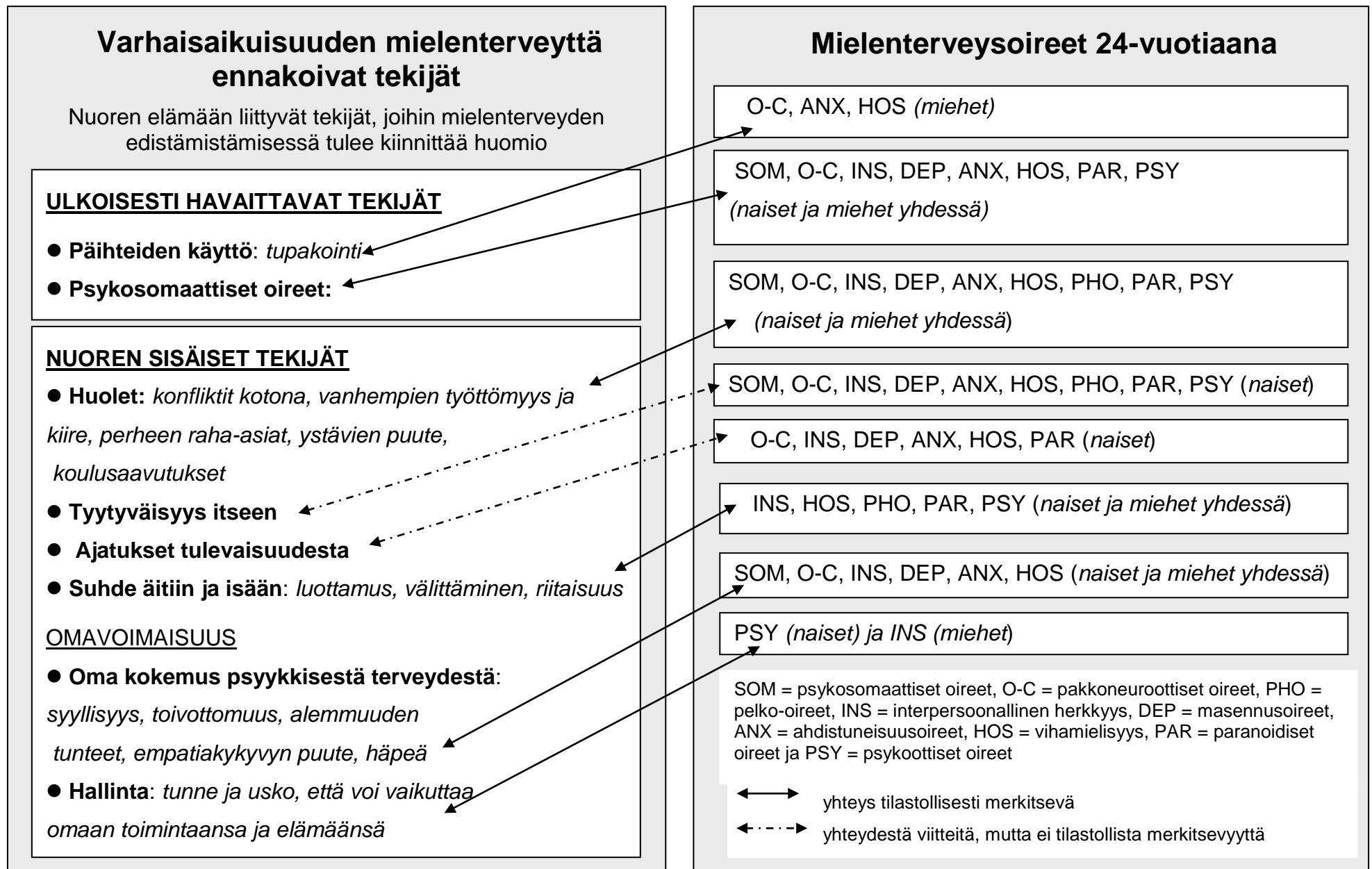
¹⁾ Kliininen raja-arvo ≤ 0.9 kuvaa varhaisaikuisien ryhmää, joilla oli mielenterveysoireita vähän ja kliininen raja-arvo > 0.9 varhaisaikuisien ryhmää, joilla mielenterveysoireita oli paljon

5.4 Varhaisaikuisen mielenterveyttä ennakoivat tekijät

Tämä tutkimus osoitti, että varhaisaikuisen mielenterveysoireet voivat ilmetä yhdellä tai useammalla dimensioilla samanaikaisesti ja siksi todennukaisen käsityksen saamiseksi nuoren tilanteesta, oireita tulee tarkastella riittävän laajalla mitarilla. Naiset raportoivat mielenterveysoireita kaikilla dimensioilla enemmän kuin miehet. Varhaisaikuisen mielenterveyttä ennakoivat useat tekijät. (ks. kuvio 4) Naisten ja miesten välillä oli eroja. Lisäksi yksilölliset erot olivat suuret.

Tutkimuksessa nousi esille kaksi merkittävää nuoruusiän tekijäkokonaisuutta, jolla oli yhteys varhaisaikuisen mielenterveyteen 10-vuoden aikavälillä: **ulkoisesti havaittavat tekijät** (tupakointi ja psykosomaattiset oireet) nuoren elämässä ja **nuoren sisäiset tekijät** (erilaiset huolet, vanhempisuhteet, ajatukset tulevaisuudesta, tyytyväisyys itseän, oma kokemus psyykkisestä terveydestä ja hallinnan tunne). Ulkoisesti havaittavat tekijät on ulkopuolisen helpompi havaita ja tunnistaa kuin sisäiset tekijät. Ne tulevat esille nuoren käyttäytymisessä ja toiminnassa, tai nuori tuo ne esille esimerkiksi hakeutumalla terveydenhoitajan vastaanotolle psykosomaattisten oireiden takia. Nuoren elämään kiinnitetäänkin huomiota ja puututaan usein päihteiden käytön tai muun epäsuotuisan käyttäytymisen vuoksi.

Nuoren sisäiset tekijät eivät näy ulospäin ja niiden tunnistaminen on ulkoisesti havaittavia tekijöitä vaikeampaa. Nuori kertoo sisäisistä tekijöistä harvemmin ja harkitummin muille; näiden kuuleminen edellyttää luottamuksellisen vuorovaikutussuhteen luomista nuoren kanssa. Nuori valikoi tietoisesti kenelle hän paljastaa omia tunteitaan ja ajatuksiaan, tai sitten ei kerro niistä kenellekään jos sellaista aikuista ei ole käytettävissä. Nuoren yksin jääminen oman tunne- ja ajatusmaailmansa kanssa voi johtaa epätoivottuun käyttäytymiseen tai oireiluun, esimerkiksi päihteiden käyttöön tai masennusoireisiin. Kuviossa 4 esitetään teoria varhaisaikuisen mielenterveyttä ennakoivista tekijöistä apuvälineeksi nuorten mielenterveyden edistämistyöhön.



Kuvio 4. Teoria varhaisaikuisen mielenterveyttä ennakoivista tekijöistä nuorten mielenterveyden edistämistyöhön

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettiset kysymykset

Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen luottavuutta voidaan tarkastella ulkoisen ja sisäisen validiteetin avulla (Burns & Grove 2005; Metsämuuronen 2006). Ulkoinen validiteetti kohdistuu siihen, kuinka yleistettävää tutkimuksen tuottama tieto on. Tässä tutkimuksessa otos oli pieni eikä tuloksia ei voi yleistää kaikkiin suomalaisiin nuoriin. Kuitenkin seurantatutkimusasetelma on arvokas, ja tutkimus antaa viitteitä tekijöistä, joilla saattaa olla suuri merkitys nuoren mielenterveyteen pitkällä aikavälillä ja joita jatkossa on tärkeä tutkia. Lisäksi tutkimus osoitti pienessäkin otoksessa löytyvän yksilöitä, jotka poikkeavat valtajoukosta. Vaikka yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä eri ilmiöiden välillä, yksilölliset erot olivat suuria. Joukossa oli niitä nuoria, joilla oli ollut riskitekijöitä nuoruudessa, mutta 24-vuotiaana heillä ei ollut mielenterveysoireita kliinisen raja-arvon yli. Jotkut väliin tulevat tekijät olivat siis vaikuttaneet positiivisesti, mikä on tärkeä tieto mielenterveyden edistämistyön näkökulmasta. Toisaalta joukossa oli myös niitä, joilla ei ollut nuoruudessa riskitekijöitä. Heillä oli kuitenkin 24-vuotiaana mielenterveysoireita kliinisen raja-arvon yli. Pientä otosta voidaan peilata myös aikaisempiin tutkimustuloksiin, jotka tukevat monin osin tämän tutkimuksen tuloksia.

Tutkimuksen sisäinen validiteetti liittyy käsitteisiin ja teoreettisiin kysymyksiin. Kysymys on mittarin pätevydestä: mittaako mittari sitä, mitä pitää

(Burns & Grove 2005; Metsämuuronen 2006; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010). Validiteetti voidaan jakaa muun muassa sisältövaliditeettiin, käsite- eli rakennevaliditeettiin ja kriteerivaliditeettiin. Sisältövaliditeetin avulla arvioidaan, miten mitattavat käsitteet on operationalisoitu eli muutettu mitattavaan muotoon. Tässä tutkimuksessa käytettiin mielenterveysoireiden mittaamiseen kehitettyä mittaria (SCL-90) ja käsitteiden operationalisointia ei tehty itse. Mittari on osoitettu luotettavaksi. Se on testattu niin sanotussa terveessä väestössä ja mielenterveyden häiriöistä kärsivillä henkilöillä Suomessa ja todettu sopivaksi seulontamittariksi (Holi 2003). Omavoimaisuuden (Coping-Self) mittaamisessa käytettiin kansainvälistä laajasti tutkimuksissa käytettyä mittaria, jota on käytetty ja myös testattu Suomessa (Laukkanen ym. 1999; Laukkanen ym. 2001a).

Käsitevaliditeetin avulla arvioidaan, kuinka laajasti mittari mittaa tutkittava ilmiötä. Tässä tutkimuksessa mielenterveyttä mitattiin laajalla oiremittarilla (9 eri dimensiota), ja sikäli käsitevaliditeettia voidaan pitää hyvänä. Lisäksi käsitevaliditeetin avulla tarkastellaan mittarin eri osoiden sisältöä. SCL90-mittarin rakenteeseen on kohdistunut myös kritiikkiä (ks. Parrott ym. 2001; Cole 2002), mikä on auttanut kehittämään mittaria edelleen.

Kriteerivaliditeetti voidaan jakaa ennuste- ja rinnakkaisvaliditeettiin. Tässä tutkimuksessa ennustevaliditeetillä voitaisiin arvoida, miten hyvin saadut tulokset ennustavat tutkittavien tulevaa mielenterveyttä, mutta tämä voitaisiin tehdä vasta tulevaisuudessa. Rinnakkaisvaliditeetin mittaaminen olisi edellyttänyt, että tuloksia olisi verrattu jollain toisella mittarilla mitattuihin tuloksiin, mutta näin ei tehty. Tässä tutkimuksessa käytettiin valmiiden mittarien lisäksi yksittäisiä kysymyksiä ja väittämiä, jotka olivat selkeitä ja hyvin ymmärrettäviä, eikä niihin liittynyt abstrakteja käsitteitä, joita olisi tarvinnut operationalisoida.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa kiinnitetään huomio mittarin lisäksi mittaamiseen (Burns & Grove 2005; Metsämuuronen 2006). Reliabiliteetti kertoo mittaustulosten johdonmukaisuudesta ja pysyvyydestä (Polit ym. 2001; Metsämuuronen 2006), ja siinä voidaan erottaa kaksi osatekijää: stabiliteetti ja konsistenssi. Stabiliteetti kertoo mittaustulosten pysyvyydestä ajassa, ja siihen voivat vaikuttaa satunnaiset asiat. Tässä tutkimuksessa tulee ottaa huomioon yhteiskunnalliset muutokset 10 vuoden aikana. Jos nyt mitattaisiin niitä

asioita, joita kysyttiin vuonna 1996, tuloksissa voisi olla eroavuuksia. Vuonna 1996 Suomessa oli lama, mikä näkyi nuorten huolina perheiden taloudellisesta tilanteesta ja vanhempien työttömyydestä. Konsistenssi kertoo mittarilla saatujen vastausten yhtenäisyydestä ja loogisuudesta. Sitä mitattiin tässä tutkimuksessa Cronbachin α -arvoilla, jotka olivat hyvät. Summamuuuttujen väittämät korreloivat hyvin keskenään sekä Coping Self- että SCL-90-mittarissa.

Seurantatutkimukseen osallistumisprosenttia oli melko hyvä (61.0 %), tosin nuorten tavoittaminen oli sängen haasteellista. Väestörekisteristä saadut tiedot eivät olleet ajan tasalla, vaan niissä oli paljon puutteita. Sen sijaan puhelinyhteydenotot tutkittaviin tuottivat hyvän vastaustuloksen, ja puhelinkeskustelut varhaisaikuisten kanssa lisäsivät ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä. Keskustelut auttoivat ymmärtämään, miten erilaisia elämäntarinoita ja polkuja ihmisillä voi olla.

Seurantatutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on kiinnitettävä huomio siihen, ketkä osallistuivat seurantaan ja vastasivatko osallistujat alkuperäistä tutkimusjoukkoa vai tapahtuiko siinä jollain lailla valikoitumista (Metsämuuronen 2006). Tässä tutkimuksessa aineiston edustavuutta arvioitiin vertailemalla niitä nuoria, jotka osallistuivat seurantatutkimukseen ja niitä, jotka eivät osallistuneet. Valikoitumista oli sekä tyttöjen että poikien kohdalla. Tytöistä seurantatutkimukseen osallistuivat muita huonommin ne, jotka olivat tupakoineet ja käyttäneet alkoholia nuorena. Pojilla valikoituminen kohdistui oman psyykkisen terveyden kokemiseen. Ne pojat, jotka olivat kokeneet psyykkisen terveytensä heikommaksi 14-vuotiaana, osallistuivat muita aktiivisemmin tähän tutkimukseen. (ks. myös taulukko 3, s. 66) Tämä on saattanut myös nostaa miesten mielenterveysoireiden määrää suhteessa alkuperäiseen aineistoon.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyviä merkittäviä tekijöitä tutkimusprosessin aikana ovat myös aineiston hankinta, sen syöttö tietokoneelle, aineiston analysointi ja tutkimustulosten raportointi (Metsämuuronen 2006). Tähän tutkimukseen saatiin vuonna 1996 kerätty aineisto levykkeellä ja tutkimusaineisto tarkastettiin huolellisesti käymällä läpi myös alkuperäiset kyselylomakkeet. Vuonna 2006 seurantatutkimukseen otettiin mukaan kaikki ”Kouluyhteisö nuoren kasvun ja kehityksen tukena” -projektissa vuonna 1996

mukana olleet varhaisaikuiset, joiden yhteystiedot saatiin käyttöön. Aineiston käsittelyyn liittyvät analyysit tutkija teki itse ja konsultoi tilastotieteen asiantuntijaa tarpeen mukaan valittujen analyysien ja testien oikeellisuuden ja tarkoituksenmukaisuuden varmistamiseksi.

Tutkimuksen eettiset kysymykset

Tutkijalla on velvollisuus toimia hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002), ja eettiset kysymykset liittyvät jokaiseen tutkimusprosessin vaiheeseen (Kuula 2006; Clarkebrun & Mustajoki 2007). Aiheen valinta on ensimmäinen eettinen kannanotto siihen, mitä kannattaa tutkia. Tämä tutkimusaihe on yhteiskunnallisesti ja terveyspoliittisesti perusteltavissa, sillä meillä ei ole tällä hetkellä riittävästi tietoa nuorten mielenterveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen liittyvän toiminnan suunnitteluun. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE painottaa raportissaan ”Mielenterveys lasten ja nuorten elämässä” ehkäisevän toiminnan merkitystä ja siihen huomion kiinnittämistä nykyistä enemmän (ETENE 2010).

Tutkimuksen aloittaminen edellyttää asianmukaisten lupien saamista ja tähän tutkimukseen saatiin puoltava lausunto Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta (liite 7), ja sen jälkeen Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi luvan tutkittavien osoitetietojen hankkimiseen (liite 8). Henkilötietolaki säätelee ihmisten henkilötietojen käsittelyä ja anonymiteetin turvaamista; lainsäädäntö pyrkii turvaamaan ihmisen yksityisyyden. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja tutkimukseen osallistujan henkilöllisyyden tulee pysyä salassa. (Henkilötietolaki 1999/523; Hallamaa ym. 2006; Kuula 2006; Clarkebrun & Mustajoki 2007) Tässä tutkimuksessa tutkittavat saivat kyselylomakkeen mukana tiedotteen, jossa heille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, vapaaehtoisuus ja tutkimusaineiston käsittelyyn liittyvä anonymiteetti (liite 4). Luotettavuuteen liittyviä tekijöitä jouduttiin pohtimaan myös henkilötietojen hankintaan ja säilyttämiseen liittyvissä kysymyksissä. Vuonna 1996 kerätty alkuperäinen aineisto ja myös tutkimukseen osallistujien nimet, syntymäajat ja osoitetiedot

vuodelta 1996 oli arkistoitu. Näiden tietojen perustella oli mahdollista löytää tutkittavat ja saada väestörekisteristä osoitetiedot. Osoitetiedoissa oli kuitenkin paljon puutteita, ja niitä jouduttiin selvittämään ja etsimään myös itse. Osoitetiedot arkistoitiin asianmukaisesti lukolliseen peltikaappiin. Lisäksi nimitietolistat, suostumuslomakkeet ja itse vastauslomakkeet arkistoitiin eri kansioihin niin, ettei kukaan ulkopuolinen pysty yhdistämään tietoja. Näin suojattiin jokaisen tutkimukseen osallistujan anonymiteetti. Seurantatutkimuksen yhteydessä ei pyydetty lupaa jatkotutkimuksen tekemiseen, ja siksi aineisto hävitetään tämän aineiston käytön jälkeen tai sitten seurantatutkimukseen osallistujilta tullaan pyytämään uusi lupa aineiston säilyttämiseen.

Ihmisiin kohdistuva tutkimus ei saa tuottaa osallistujalle vahinkoa eikä haittaa (Hallamaa ym. 2006; Kuula 2006). Tässä tutkimuksessa kysyttiin mielenterveyteen liittyviä asioita, jotka voivat herättää vaikeita tunteita tai toimia myös terapeuttisena interventiona. Tiedote tutkittavalle -lomakkeessa kerrottiin tutkijan yhteystiedot, niin että kyselylomakkeen saaneilla oli mahdollisuus ottaa yhteys tutkijaan niin halutessaan. Lisäksi pitkän kyselylomakkeen lopussa oli avoin kysymys, johon tutkittavat saivat vapaasti kirjoittaa, millaisten nuoruuden tapahtumien ja tekijöiden he itse ajattelivat vaikuttaneen tähänhetkiseen mielenterveyteensä. Väitöstutkimuksen rajaamiseksi tämä osa jätettiin väitöskirjasta pois, mutta aineistosta kirjoitetaan vielä oma artikkeli. Tutkittavat olivat kirjoittaneet vapaaseen tilaan myös kommentteja, jotka lisäsivät tutkijan uskoa tutkimuksen tärkeydestä.

Tutkijalla on velvollisuus kertoa tutkittaville tutkimuksen tarkoitus, tutkimuksen perusteet ja muut tutkimukseen liittyvät keskeiset tekijät, kuten kuka käsittelee aineiston ja vastaa tutkimusaineistosta (Kuula 2006). Nämä asiat tulivat esille selkeästi Tiedote tutkittaville -lomakkeessa, ja lisäksi tutkittaville kerrottiin miten, tätä tutkimustietoa voidaan tulevaisuudessa hyödyntää nuorten mielenterveyden edistämistyössä (ks. Kuula 2006). Tutkimustulosten raportointiin liittyy monia eettisiä kysymyksiä. Tutkijan on pohdittava oman aineistonsa riittävyttä ja kykyä tuottaa luotettavia ja yleistettäviä vastauksia (Clarkebrun & Mustajoki 2007). Tässä tutkimuksessa oli pieni aineisto, ja esiin tuotiin selkeästi, ettei tutkimustuloksia voi yleistää tämän aineiston perusteella.

6.2 Tutkimustulosten pohdintaa

6.2.1 Mielenterveyden edistämisen haasteet

Mielenterveysoireet ja aikuisuuden kohtaaminen

Mielenterveysoireet olivat yleisiä varhaisaikuisuudessa: lähes puolet osallistujista (44.7 %) raportoi oireita ainakin yhdellä dimensiolla yli klinisen rajan. Tavallisimpia oireita olivat masennusoireet, pakkoneuroottiset oireet, interpersoonallinen herkkyys ja psykosomaattiset oireet. Aikaisemmat tutkimukset ovat tuoneet esille samansuuntaisia tuloksia mielenterveysoireiden esiintyvyydestä (Aalto-Setälä ym. 2002a, 2002b; Pelkonen ym. 2003; Meadows ym. 2006; Sawyer ym. 2007; Suvisaari 2009; Torgersen 2009; Kouluterveyskysely 2010). Kuitenkaan näin laajalla mittarilla 24-vuotiaita varhaisaikuisia ei ole aikaisemmin tutkittu tällaisessa tutkimusasetelmassa tutkijan kirjallisuushakujen ja löydösten mukaan. Tämä tutkimus tuottaa uutta tietoa mielenterveysoireilusta sekä siihen liittyvistä tekijöistä. Aikaisemmat tutkimukset ovat kohdistuneet usein yhteen tai muutamaan mielenterveyden häiriöön (esim. Pelkonen ym. 2003; Meadows ym. 2006; Hayward ym. 2008; Karla & Swedo 2009; Byrne & Morrisson 2010). Tässä tutkimuksessa mielenterveysoireita mitattiin laajasti yhdeksällä eri dimensiolla.

Tulokset toivat esille varhaisaikuisten erilaisuuden ja erilaiset lähtökohdat kohdata aikuisuuden haasteet: rakkaussuhteen luomiseen toiseen sukupuoleen, ammattiin ja työelämään siirtymiseen, vanhemmuuteen valmistautumiseen ja perheenperustamiseen (ks. Erikson 1982). Ongelmalliseksi tilanteen tekee se, että juuri kun nuori kasvaa ikään, jolloin omasta elämästä, perheestä ja lapsista pitäisi ottaa vastuu, monet mielenterveyden häiriöt tulevat esille. Lisäksi tutkimukset ovat osoittaneet, että nuoret ja varhaisaikuiset eivät hae aina apua mielenterveysoireisiin, vaikka heillä olisi siihen tarve. (Haarasilta ym. 2003; Tyssen ym. 2004; Burns & Rapee 2006; Lindsey ym. 2006; Jorm ym. 2007;

Rickwood ym. 2007; Vanheusden ym. 2008; Gulliver ym. 2010; Lepistö ym. 2010). Tässä tutkimuksessa tutkittiin oireita, ei ongelmia eikä sairauksia, mutta todennäköisesti joukossa oli monia varhaisaikuisia, jotka olisivat tarvinneet tukea ja hyötäneet myös psykiatrisesta hoidosta. Tutkimukseen osallistuneista varhaisaikuisista raportoi 26.3 % (n = 50) oireita vähintään kolmella eri dimensiolla klinisen raja-arvon yli. On vaikea arvioida, olisivatko nämä henkilöt hyötäneet tuesta tai terapiasta, mutta ainakin heillä oli kohtalaisen paljon oireita. Tutkimukseen osallistujista kahdeksan (4.2 %) ilmoitti, että heillä oli lääkärin tekemä psykiatrinen diagnoosi.

Varhain saadulla tuella on suuri merkitys ihmiselle itselleen, hänen parisuhteelleen ja vanhemmuudelleen. Yhteiskunnassamme haasteena onkin pohtia, miten nuoret ja nuoret aikuiset saataisiin hakemaan apua ja tukea mielenterveysoireisiinsa ajoissa, silloin kun muutokset ovat vielä mahdollisia. Terveystuoltohenkilöstö tarvitsee koulutusta, sillä tutkimukset osoittavat, että apua hakeviin asiakkaisiin ei aina suhtauduta vakavasti eikä kunnioittavasti, heitä voidaan vähätellä ja olla kuulematta (Aspvik ym. 2007; ks. myös Mayers ym. 2010).

Niillä 24-vuotiailla, jotka raportoivat mielenterveysoireita (n=85) yli klinisen raja-arvon, 29.4 %:lla oli oireita yhdellä dimensiolla ja 2.4 %:lla yhdeksällä eri dimensiolla. Tulokset tukevat ajatusta, että mielenterveys ja mielenterveyden häiriö eivät ole dikotomisia ilmiöitä, vaan mielenterveyttä on aina olemassa, vaikka ihmisellä olisikin joitain oireita (ks. Paloheimo 1958; Sholman 2004; MacDonald 2006; Tusaie 2008). Mielenterveyden edistämistyössä onkin oleellista tunnistaa ja huomioida ihmisessä oleva mielenterveys, sillä tältä alueelta löytyvät hänen voimavaransa ja omavoimaisuutensa. Mielenterveyttä arvioitaessa tarvitaan yksilöllistä, kokonaisvaltaista ja elämäntilanteet huomioivaa lähestymistapaa. Johtopäätöksiä tehtäessä huomio on kiinnitettävä aina myös nuoren tai varhaisaikuisen psyykkiseen kehitysvaiheeseen (Erikson 1982; Offer ym. 1990).

Sukupuolten väliset erot

Naisilla oli mielenterveysoireita kaikilla dimensioilla enemmän kuin miehillä. Tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia. Yleisesti tytöt ja naiset raportoivat mielenterveyteen liittyviä oireita poikia ja miehiä enemmän (Seiffge-Krenke & Stemmler 2002; Mak ym. 2004; Harpham ym. 2005; Meadows ym. 2006; Dervic ym. 2007; Wang ym. 2007; Hayward 2008; Collishaw ym 2010; Laukkanen ym. 2010; Moksnes ym. 2010) Masennusoireet ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä (Seiffge-Krenke & Stemmler 2002; Mak ym. 2004; Dervic ym. 2007; Wang ym. 2007), samoin erilaiset sosiaaliset pelot ja ahdistuneisuus (Hayward 2008; Rodrigo ym. 2010). Toisaalta on myös tutkimuksia, joissa erot eivät ole selkeitä, esimerkiksi Potechnicin ja Perreiran (2010) tutkimuksessa 12–19-vuotiailla tytöillä oli enemmän masennusta kuin pojilla, mutta ahdistuneisuus oli yleisempää pojilla.

Tutkimukset eivät tuo esille, tunnistavatko tytöt ja naiset oireensa miehiä paremmin, tai onko heidän kokemusmaailmansa erilaiset. Tyttöjen herkkyyteen havaita ja nimetä ongelmia viittaa muun muassa Burns ja Rapeen (2006) tekemä tutkimus, jossa nuoret arvioivat psykiatrisen hoidon tarvetta tapausesimerkin avulla. Tytöt nimesivät ongelmia herkemmin ja arvioivat avuntarpeen kynnyksen matalammaksi kuin pojat. Naissukupuoli hormoneilla, etenkin estrogeenillä, saattaa olla oma osuutensa naisten psyykiseen oireiluun (Figueira & Ouakinin 2010). Wilson ym. (2005) totesivat tutkimuksessaan, että nuoret naiset oireilevat enemmän kuin miehet, mutta naisilla on käytössään enemmän selviytymiskeinoja vaikeuksia kohdatessaan kuin miehillä.

Tässä tutkimuksessa keskiarvojen vertailussa naisilla oli tilastollisesti merkitsevästi enemmän mielenterveysoireita kuin miehillä. Kuitenkin, kun tarkastellaan keskihajontoja, vaihteluvälejä sekä pienimpiä ja suurimpia oireipistemääriä, tulokset viittaavat siihen, että yksilötasolla erot olivat suuret. Esimerkiksi naiset olivat keskiarvovertailussa selvästi tunneherkempiä kuin miehet, mutta yksilötasolla miehillä vaihtelu oli suurempaa, ja joukossa oli myös herkkiä miehiä. Tästä syystä jokaisen ihmisen kohtaaminen yksilönä on tärkeää, vaikka naiset ja miehet ovatkin erilaisia. (ks. Mak ym. 2004; Sneed ym. 2007)

Mielenterveysoireet ja muuttuva yhteiskunta

Mielenterveyttä mitattiin tässä tutkimuksessa SCL-90-oiremittarilla ja mielenterveys määriteltiin mielenterveysoireiden puuttumiseksi. Käytännön työssä mittarit toimivat tärkeinä apuvälineinä, mutta yksin niiden perustella ihmisen mielenterveyttä ei tule arvoida. Oireet voivat kertoa monenlaisista asioista, mutta mielenterveyden edistämistyössä nuoren elämää on ymmärrettävä laajasti. Oireet voivat olla ensimmäinen näkyvä merkki siitä, että nuori tarvitsee tukea. Kuitenkaan mielenterveysoireet eivät aina haittaa arkielämää, ja nuori tai varhaisaikuinen voi selviytyä päivittäisistä tehtävistään hyvinkin. Usein oireet kuitenkin kuormittavat ihmistä ja voivat johtaa erilaisiin ongelmiin tai sairastumiseen, ellei ihminen saa oireisiinsa apua ja helpotusta.

Mielenterveysoireita ja -ongelmia on ollut kaikissa yhteisöissä kautta aikojen, mutta yhteiskunta ominaispiirteineen vaikuttaa siihen, miten ihmisillä on mahdollisuus selviytyä ympäristön asettamista haasteista. Mielenterveysoireet tulevat esille, jos nuori tai varhaisaikuinen ei selviä ympäristön asettamista odotuksista. Ujon ja pelokkaan nuoren aikuisen oli helppo löytää paikka maatalousyhteiskunnassa, jossa pellolla riitti töitä aralle ja hiljaisellekin. Nyky-yhteiskunnassa ujon ja sulkeutuneen nuoren on vaikea löytää omaa paikkaa ja työtä itselleen. Kysymys, onko hän työkyvytön vai mieleltään sairas, pakottaa meitä pohtimaan tulevaisuudessa yhteiskuntarakenteen ja arvojen vaikutusta ihmisten työkykyyn, mielenterveyteen ja selviytymiseen sekä mielenterveyspalvelujen tarpeeseen ja määrään.

Haasteita tuo yhä enemmän myös kansainvälistyminen ja erilaisten kulttuurien kohtaaminen. Yhteiskunta muuttuu nopeasti, ja samalla syntyy uusia mielenterveyden uhkia (esim. internetin vaikutukset). Kun tutkimme näitä uhkia, huomiomme kiinnittyy ajassa muuttuviin tekijöihin. Tulevaisuudessa ei pitäisi unohtaa ajasta ja yhteiskunnasta riippumattomien eli pysyvien tekijöiden tutkimista (esim. nuoren sisäiset tekijät). Näiden tekijöiden tuottama tieto ei vanhene, vaan auttaa ymmärtämään ja etsimään ratkaisuja siihen, miten kussakin ajassa ja yhteiskunnallisessa tilanteessa voidaan turvata ihmisten mielenterveys.

Helposti kuvitellaan, että mieleltään sairaat henkilöt ovat hoidossa ja terveet ylläpitävät yhteiskuntaa, mutta asia ei ole näin yksiselitteinen. Kaikki apua tarvitsevat eivät ole hoidon piirissä. Optimaalisena tavoitteena olisi, että hoitoon hakeutuisivat ainakin ne, jotka hoidosta hyötyvät (Tyssen ym. 2004). Tämä edellyttää yhteiskunnassa vähintäänkin asenteiden muuttumista niin, että mielenterveysongelmista kärsiviä ei leimata. Moses (2010) totesi nuorten, joilla oli psykiatrinen diagnoosi, kohtaavan syrjintää: 36 % nuorista oli kokenut koulu yhteisössä henkilökunnan osoittamaa välinpitämättömyyttä, pelkoja, välttelyä ja aliarvioimista heidän kyvyissään. Asenteet muuttuvat hitaasti, mutta tulevaisuudessa aivojen kuvantamistutkimusten kehityksen myötä voidaan mielenterveysongelmatkin todentaa nykyistä paremmin ja konkreettisemmin. Tämä auttane ymmärtämään, että mielenterveyttä voidaan ylläpitää ja vahvistaa. Joskus mielenterveysoireet voivat muuttua häiriöiksi tai sairaudeksi, mutta niitäkin voidaan hoitaa ja niistä voidaan parantua (ks. Laasonen-Balk 2005; Tummolini ym. 2006; Hari 2007; Schulte-Rüther ym. 2007; Watanabe ym. 2007; Drubach 2008; Hooker ym. 2010; Khailil 2011).

6.2.2 Mielenterveyttä ennakoivia tekijöitä

Tämä tutkimus osoitti mielenterveyden ja sen muotoutumisen moninaisuuden. Varhaisaikuisten mielenterveyteen olivat 10 vuoden aikavälillä yhteydessä **ulkoisesti havaittavat tekijät** nuoren elämässä ja **nuoren sisäiset tekijät**.

Ulkoisesti havaittavat tekijät

Ulkoisesti havaittavat tekijät olivat tupakointi ja psykosomaattiset oireet. Poikien tupakointi 14-vuotiaana oli yhteydessä pakkoneuroottisiin oireisiin, ahdistuneisuuteen ja vihamielisyyteen varhaisaikuisuudessa; naisilla yhteyksiä ei löydetty. Naisista seurantatutkimukseen jätti vastaamatta paljon niitä, jotka olivat tupakoineet nuoruudessa, eli tältä osin seuranta-aineisto oli vino (36.4 % vs. 64.3

%). Vastaamatta jättäneiden nuorten mielenterveysoireista ei saatu tietoa, mutta voidaan esittää kysymys: jättivätkö kenties ne naiset vastaamatta, joilla oli muita enemmän mielenterveysoireita. Aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että niin tupakointi kuin alkoholin käyttökin nuoruudessa vaikuttavat myöhempään päihteiden käyttöön, mielenterveyteen ja elämään monin tavoin (Wilcox ja Anthony 2004; Pitkänen ym. 2005; Hall 2006; Pagan ym. 2006; Kendler ym. 2008; Niemelä ym. 2009; Vida ym 2009; Korhonen ym. 2010). Osittain epäselväksi on kuitenkin jäänyt se, onko päihteiden käytön aloituksen taustalla ollut ensin jokin mielenterveyttä kuormittava tekijä vai syntyvätkö mielenterveysoireet päihteiden käytön seurauksena. Useat tutkijat ovat raportoineet tekijöistä, jotka altistavat päihteiden käytölle (Fergusson ym. 2007a; Niemelä 2008; Korhonen ym 2010; McKenzie ym. 2010). Joka tapauksessa nuoria tulee ohjata ja tukea päihteettömyyteen.

Vuonna 1996 tähän tutkimukseen osallistuneista nuorista ei tupakoinut 70 % ja alkoholia ei käyttänyt ollenkaan 58 %. Vuoden 2010 kouluterveystudkimuksessa tupakoimattomia oli 14-vuotiaista 77 % ja alkoholia ei käyttänyt 49 %. Tupakoimattomuus näyttää tässä vertailussa hieman vähentyneen, mutta varhainen alkoholinkäyttö lisääntyneen. Tämänhetkinen huoli kohdistuukin yhä nuorempaan aloitettuun päihteiden käyttöön ja eriarvoisuuden lisääntymiseen. Se tulee myös esille nuorten päihdekäyttäytymisessä, muun muassa ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat nuoret käyttävät päihteitä huomattavasti enemmän kuin lukiolaiset (Kouluterveys 2010; ks. myös Paananen 2011).

Psykosomaattiset oireet (päänsärky, niska-hartiakipu, vatsakipu, selkäkipu, väsymys, ärtyneisyys, hermostuneisuus, vaikeus päästä uneen, masentuneisuus, jännittyneisyys, huimaus ja alakuloisuus) olivat yhteydessä myöhempään mielenterveysoireisiin. Mitä enemmän erilaisia psykosomaattisia oireita nuorella oli, sitä suurempi riski hänellä oli 24-vuotiaana kärsiä mielenterveysoireista. Aikaisemmat tutkimukset, joissa on tutkittu yksittäisten oireiden, kuten päänsäryn (Roth-Isigkeit ym. 2005; Logan & Curran 2005; Kröner-Herwig ym. 2007; Virtanen ym. 2007), niska-, hartia- sekä selkäkipujen (Jones ym. 2004; Roth-Isigkeit ym. 2005; Auvinen 2010) tai vatsakipujen (Ghandour ym. 2004; Logan & Curran 2005) yhteyttä mielenterveyteen, tukevat näitä tuloksia. Kuitenkaan

aikaisemmissa tutkimuksissa, tutkijan löydösten mukaan, ei ole näin monia psykosomaattisia oireita samanaikaisesti tutkittu tällaisessa tutkimusasetelmassa. Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa laajasti tältä alueelta ja antaa kattavan kokonaiskuvan ilmiön monialaisuuden ymmärtämiseksi. Tutkimus osoitti, että nuoren kertoessa yhdestä oireesta (esim. päänsärky), on tärkeää selvittää myös muut mahdolliset oireet ja nähdä nuoren elämä ja elämäntilanne kokonaisuutena. Usein nuoret hakeutuvat terveydenhoitajan vastaanotolle juuri psykosomaattisten oireiden takia; esimerkiksi päänsärlyn, uniongelmien ja alakuloisuuden vuoksi (Clausson ym. 2003; Larssonin & Zaluhan 2003). Suurimmalle osalle psykosomaattisista oireista ei löydy somaattista syytä (Russell ym. 2005), ja on mahdollista, että nuori kanavoi omaa pahaa oloaan somaattisiin oireisiin.

Ulkoisesti havaittavien tekijöiden taustalla voi olla monenlaisia tekijöitä, jotka ovat johtaneet haitalliseen oireiluun (Nicel & Egle 2006) tai päihteiden käyttöön (Fergusson ym. 2007a; Niemelä 2008; Korhonen ym. 2010; DeMartini & Carey 2011). Tässä vaiheessa viimeistään nuorten tulisi saada asiantuntijan apua ja tukea esimerkiksi kouluterveydenhuollosta. Perheen huomioon ottaminen on oleellista, sillä nuori on osa perhettä, ja parhaaseen tulokseen päästään auttamalla ja tukemalla koko perhettä.

Suomessa on laaja ja paljon kansainvälistäkin arvostusta saanut neuvola- ja kouluterveydenhuollon verkosto, jolla on kosketus lähes kaikkiin perheisiin yhteiskunnassamme. Nuorten ja nuorten aikuisten mielenterveyden edistämiseksi näiden palvelujen ja toiminnan kehittäminen nykyisiä tarpeita vastaavaksi olisi ensiarvoisen tärkeää. Esimerkiksi neuvoloissa voitaisiin tukea nykyistä enemmän vanhemmuutta järjestämällä koulutusta sekä ohjausta äidiksi ja isäksi tultaessa. Neuvolan ja kouluterveydenhoitajien kotikäynnit saattaisivat olla yksi mahdollisuus tukea perheiden hyvinvointia. Näin voitaisiin havaita ajoissa lasten ja nuorten tuen tarve. Mielenterveyden edistämisen näkökulmasta resurssien kohdistaminen näihin arkiympäristöihin olisi tärkeää.

Ulkoisesti havaittavat tekijät nuoren elämässä on helppo tunnistaa tai ne tulevat usein esille vuorovaikutustilanteissa. Kyse on varhaisen puuttumisen alueesta eli preventiosta mielenterveystyössä.

Nuoren sisäiset tekijät

Nuoren sisäisistä tekijöistä huolet (koulusaavutuksista, perheen raha-asioista, vanhempien työttömyydestä, riidoista kotona, vanhempien kiireestä ja ystävien puutteesta), kokemukset vanhempisuhteista, nuoren oma kokemus psyykkisestä terveydestään ja hallinnan tunne olivat yhteydessä mielenterveyteen 24-vuotiaana. Lisäksi tulokset viittaavat siihen, että tyytyväisyys itseen ja tulevaisuuden suuntautuminen ovat keskeisiä tekijöitä mielenterveyden muotoutumisessa. Tässä tutkimuksessa itseenä tyytymättömien ja pelokkaasti tulevaisuuteen suhtautuvien nuorten osuus oli niin pieni, ettei tilastollisia yhteyksiä voitu laskea.

Nuorten huolet ja suhde vanhempiin

Nuorten huolia ja vanhempisuhteita selvitettäessä nousivat mielenterveyttä ennakoiviksi tekijöiksi perheeseen ja vanhempisuhteisiin liittyvät asiat. Lämpö, kunnioitus, luottamus ja välittäminen ovat tärkeitä tekijöitä ihmissuhteissa. Nuoren riitainen suhde vanhempiin 14-vuotiaana oli riskitekijä niin tytöillä kuin pojillakin myöhempään mielenterveyteen 24-vuotiaana. Salo (2011) totesi tutkimuksessaan, että vanhempien välinen riitely voi olla uhka nuoren mielenterveydelle. Kuitenkin riitelyn vaikutuksissa on oleellista se, miten riidellään ja osataanko riidat ratkaista rakentavasti. Väkivaltainen riitely ja yleensäkin väkivaltaisen käyttäytymisen lisääntyminen yhteiskunnassamme ovat huolestuttavia ilmiöitä. Nuori kaipaa turvallisuutta, arvostusta, kunnioitusta ja huolenpitoa (Erikson 1982), jotta hän voi kasvaa tasapainoiseksi aikuiseksi. Aikaisemmat tutkimukset ovat tuoneet esille kodin, perheen ja vanhempien tärkeyden nuoren mielenterveyteen ja hyvinvointiin (Wilkinson 2004; Steinhausen 2006; Vazsonyi & Belliston 2006; Michael & Ben-Zur 2007; Piper & MacDonald 2008; Branje ym. 2010; Duke ym. 2010; Laukanen ym. 2010; Maynard & Harding 2010; McDonald ym. 2010; Samm ym. 2010).

Tämän tutkimuksen mukaan monet nuoren perhe-elämään liittyvät huolet ovat yhteydessä pitkällä aikavälillä heidän mielenterveyteensä. Nuoren perheeseen liittyvät vaikeudet seuraavat helposti myöhempään elämään ja ongelmat siirtyvät sukupolvelta toiselle. Taloudelliset huolet kuormittavat koko perhettä. Tilanne on

sikäli huolestuttava, että eriarvoisuus näyttää edelleen lisääntyvän yhteiskunnassamme (Paananen 2011), ja ellei tähän puututa yhteiskunnallisin toimin, mielenterveysongelmien vähenemiseen on vaikea uskoa. Haasteena on huomion kohdistaminen yhä enemmän niihin perheisiin, joissa nuoret elävät riskiolosuhteissa eivätkä saa omalle kehitykselleen tukea perheestä.

Tässä tutkimuksessa yllättävän moni nuori oli huolissaan jonkun perheenjäsenen sairaudesta (13.4 %), mutta tämä ei ollut yhteydessä myöhempään mielenterveyteen. Voikin kysyä, onko sillä merkitystä, että sairastuminen nähdään yleensä ihmisen omasta tahdosta riippumattomaksi ilmiöksi, kun taas esimerkiksi työttömyys tai ystävien puute saatetaan liittää ihmisen omaan kyvyttömyyteen hankkia työtä tai ystäviä. Tämä kyvyttömyyden tunne taas aiheuttaa helposti syyllisyyttä. Onko ihmisen helpompi elää sellaisten huolten kanssa, joiden ratkaisuun ei kohdistu ulkopuolisia vaatimuksia.

Nuorten huoli koulusaavutuksista oli merkittävä mielenterveyttä ennakoiva tekijä. Aikaisemmat tutkimukset ovat tuoneet esille monenlaisia koulumenestykseen vaikuttavia tekijöitä (esim. Taylor & López 2005; Alivernini & Lucidi 2011; Lomos ym. 2011). Sen sijaan huomiota on kiinnitetty liian vähän siihen, että koulusaavutuksiin liittyvät paineet ja stressi voivat olla myös uhka mielenterveydelle (esim. Tosevski ym. 2010). Nykyään nuorilta odotetaan paljon, vaatimukset ovat suuret, joillekin nuorille jopa kohtuuttomat. Jos halutaan edistää nuorten mielenterveyttä, jokaiselle nuorelle tulisi löytyä koulussa oma paikka ja arvostus sellaisena, kuin hän on (Paloheimo 1958; Erikson 1982). Lisäksi nuoren oman identiteetin löytymisen näkökulmasta olisi tärkeää, että jokaisella olisi mahdollisuus tehdä itselle sopivia valintoja ja kasvaa omaksi itseksensä (Paloheimo 1958; Erikson 1982; Meeus ym. 2005; Sheldon 2005; Sneed ym. 2006; Fadjukoff 2007). Nuoret ovat erilaisia; toisilla on valmiuksia ja kykyjä enemmän kuin toisilla. Koulun tehtävä olisi tarjota jokaiselle onnistumisia ja antaa valmiuksia elämässä selvitytymiseen. Tulevaisuudessa tarvitaankin lisää luovuutta ja uusia käytänteitä peruskoulujen toimintaan. Kampylis (2010) totesi tutkimuksessaan, että luova ajattelu huomioidaan nykyisin jo hyvin koulutuskeskusteluissa, mutta se ei näy vielä käytännössä.

Koulun merkitys mielenterveyteen korostunee ennen kaikkea niillä nuorilla, joille koti ei pysty tarjoamaan kasvua tukevaa ympäristöä ja positiivisia vuorovaikutussuhteita. Aikaisemmat tutkimukset ovat osittaneet kouluympäristöllä olevan suuri merkitys nuorten elämään ja hyvinvointiin (Karvonen ym. 2005; Haravuori ym. 2010; McMahon ym, 2010b) sekä mielenterveyteen (Barth ym. 2004; Bond ym. 2007; Kaltiala-Heino ym. 2010; Alivernini & Lucidi 2011; Lomos ym. 2011; Topper ym. 2011), vaikka tässä tutkimuksessa kokemuksilla koulunkäynnistä ei ollutkaan yhteyttä myöhempään mielenterveyteen. Suomessa on oppivelvollisuus, eli kaikki suomalaiset nuoret käyvät peruskoulun. Kouluyhteisöjen tulisi olla paikkoja, joissa jokaisella nuorella on turvallinen ja hyvä olla omana itsenään. Tämän turvaamiseksi on tehtävä työtä. Kouluyhteisöt voivat tukea nuoren mielenterveyttä tai olla uhka sille. Kouluissa työskentelevät kasvatusalan koulutuksen saaneet opettajat ja terveydehuollon koulutuksen saaneet kouluterveydenhoitajat, joten kouluissa on asiantuntijoita, ja heidän osaamistaan tulisi hyödyntää nykyistä paremmin. Edellytyksenä ovat kuitenkin riittävät resurssit ja henkilökunnan ajantasainen osaaminen kohdata nuori. Nuoren auttaminen ja terapia tulee erottaa toisistaan. Liian usein kouluhenkilöstö ja terveydenhuollon ammattilaisetkin puolustautuvat sillä, etteivät he kykyne antamaan terapiaa. Kuitenkin mielenterveyden edistämisessä ja nuorten auttamisessa on yleensä kyse hyvin arkisista ja tavallisista asioista. Tosin hyvän vuorovaikutussuhteen luomiseen nuoren kanssa tarvitaan taitoa lähestyä toista ihmistä, kykyä osoittaa ymmärrystä ja hyväksyntää sekä halua antaa nuorelle aikaa ja mahdollisuus kertoa hänen omista asioistaan. Puhumisen kautta turvallisessa ilmapiirissä nuori jäsentää itse omaa ajatteluaan ja myös omaa elämänsä.

Tyytyväisyys itseen ja tulevaisuuteen suuntautuminen

Tässä tutkimuksessa lähes kaikki nuoret olivat 14-vuotiaana tyytyväisiä itseensä ja suhtautuivat tulevaisuuteen myönteisesti. Kuitenkin yksittäisten nuorten kohdalla tyytyväisyys itseen ja tulevaisuuteen suuntautuminen oli merkittävä myöhempää mielenterveyttä ennakoiva tekijä. Tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia, joissa on todettu näillä tekijöillä olevan suuri merkitys nuoren

elämään ja mielenterveyteen (Caldwell ym. 2006; Michael & Ben-Zurin 2007; O'Connor ym. 2009; Wright 2010). Viimeaikaiset tutkimukset ovat tuoneet esille, että nuoret ovat entistä enemmän huolissaan omasta ulkonäöstään ja kohonkuvastaan (Kouluterveyskysely 2010). Nuorilla saattaa olla ympäristöstä tulevia paineita siitä, millaiselta pitäisi näyttää. Ilmiö liittyy yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin arvoihin ja ihanteisiin, koska ympäristö asettaa odotuksia ja ihanteita nuoren ja yleensäkin ihmisten ulkonäölle (Kelly ym. 2005; Schooler & Trinh 2011). Mikäli nuoren keho ei ole toiveiden mukainen, nuori voi joutua esimerkiksi kiusatuksi (Fox ja Farrow 2009). Nyky-yhteiskunnassa arvostetaan ulkoisia ominaisuuksia ja menestystä aiempaa enemmän, ja tällä on varmasti myös oma vaikutuksensa ihmisten mielenterveyden muotoutumisessa.

Omavoimaisuus

Tutkittaessa nuorten omavoimaisuutta (Coping Self) kokemus omasta psyykkisestä terveydestä ja hallinnan tunne olivat yhteydessä myöhempiin mielenterveysoireisiin. Nuoren kokemusta psyykkisestä terveydestä tarkasteltiin yksityiskohtaisesti, koska tältä alueelta löytyi merkittäviä tekijöitä nuoren mielenterveyden muotoutumiseen. Tulokset viittaavat siihen, että nuoren sisäiset tekijät, se mitä nuori tuntee (esim. häpeä, syyllisyys, alemmuuden tunteet, toivottomuus) ja ajattelee, saattavat olla hyvin merkittäviä mielenterveyden ennakoijia. Näihin tekijöihin tulisi kiinnittää huomiota silloin, kun nuorten mielenterveyttä halutaan edistää, ja ennen kun ei-toivottu käyttäytyminen tai oireilu alkavat. Erikson (1962, 1982) on painottanut nuoren oman identiteetin löytymisen merkitystä. Nuoruus ikävaiheena tarjoaa nuorelle mahdollisuuden löytää ja hyväksyä itsensä, sekä sisäistää oma arvomaailmansa. Tämän jälkeen hän voi työstää vielä lapsuudessa syntyneitä traumoja uudelleen ja vapautua niistä tai ainakin oppia elämään niiden kanssa (Blos 1974). Tämä tutkimus tukee sitä, että nuorten mielenterveyden edistämisen keskeisiä elementtejä ovat persoonallisuuden ja identiteetin kehittymisen tukeminen (ks. Paloheimo 1958; Erikson 1982; Meeus ym. 2005; Sheldon 2005; Sneed ym. 2006; Fadjukoff 2007).

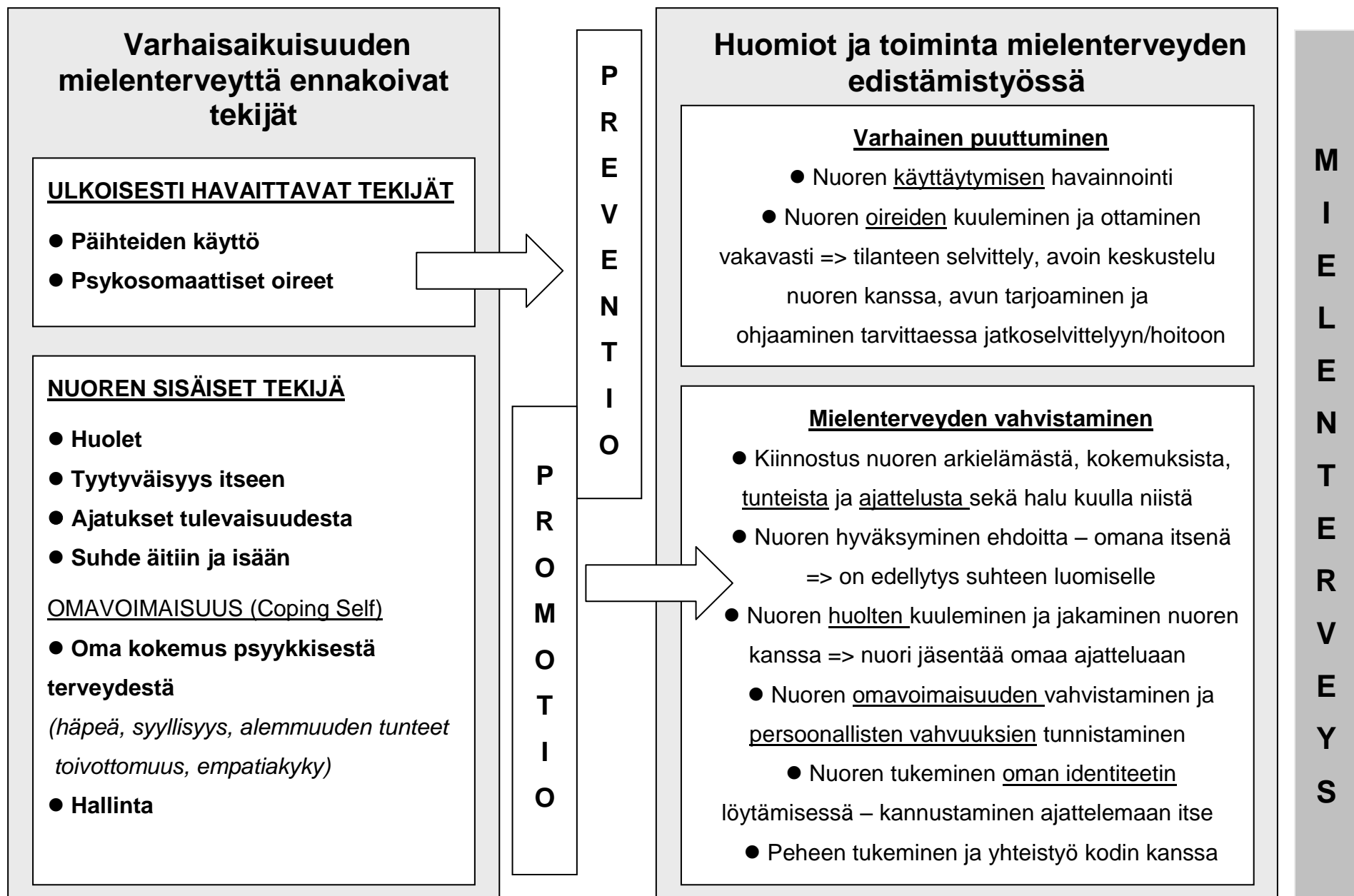
Nuoren sisäisiä tekijöitä on vaikea havaita ulkoapäin. Niiden tunnistamiseksi tarvitaan luottamuksellisen suhteen luomista ja syntymistä. Sitten tulee olla

riittävästi taitoa ja kykyä kysyä nuorelta itseltään, mitä hän tunee ja ajattelee, tai tulee saada nuori kertomaan omista huolistaan muilla keinoin. Näin on mahdollista ymmärtää nuoren sisäistä maailmaa, kuulla ja auttaa häntä. Kyseessä on promotio mielenterveyden edistämiseksi.

Nuoret itse tunnistavat melko hyvin omaan mielenterveyteensä ja hyvinvointiinsa (Watters ym 2003; Piko 2007) liittyvä tekijöitä, esimerkiksi paremmin kuin heidän vanhempansa (Watters ym. 2003; Sawyer ym. 2007; ks. myös Collishaw ym. 2010). Toisaalta meillä on myös näyttöä, että nuoret saattavat suojata itseään vaikeissa olosuhteissa eivätkä tiedosta omaa mielenterveyttään uhkaavia tekijöitä (Tyssen ym. 2004; Lepistö ym. 2010) vaan tarvitsevat siinä ulkopuolista näkemystä ja jopa asioihin puuttumista. Lepistö (2010) havaitsi tutkimuksessaan perheväkivaltaa kokeneiden nuorten pystyvän yllättävän hyvin kätkemään vaikeat elämän tapahtumat pois tietoisuudestaan.

Nuorten kanssa työskentelevillä ja etenkin terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla taito kuunnella, mitä nuorella on sanottavaa, ja kulemisen jälkeen kyky ottaa sanat todesta. Tärkeämpää, kuin saada nuori tekemään jotain, on saada nuori ajattelemaan itse ja löytämään omat ratkaisut elämässään. Yksilöitymisen ja autonomian saavuttamisen kautta nuori oppii hallitsemaan mieltään (Pylkkänen 2006; Fadjukoff 2007). Yksilökeskeisyyden korostus yhteiskunnassamme luo itsekkyyttä ja saattaa olla suurikin uhka yhteisöllisyydelle ja yksilön saamalle tuelle lähiympäristöstä. Omavoimaisuuden merkitys tulee todennäköisesti korostumaan tulevaisuudessa; itsenäinen, omaa itseä ja toimintaansa hallitseva sekä päämäärätietoinen nuori selviää elämässä. Kuitenkin ihmisillä on erilaisia valmiuksia, taitoja ja kykyjä. Kaikille tulisi löytyä yhteiskunnasta oma paikka ja työtä; yhdenkään nuoren ei pitäisi antaa syrjäytyä, koska jokaisen osaamista ja työpanosta tarvitaan.

Kuviossa 5 esitetään nuorten mielenterveyden edistämisen keskeiset elementit, joihin tulisi kiinnittää huomiota käytännön työssä, kasvatuksessa ja yleensäkin nuorten kanssa toimittaessa.



Kuvio 5. Mielenterveyden edistämisen keskeiset elementit nuoruusiässä

6.3 Keskeiset tulokset ja johtopäätökset

Varhaisaikuisien mielenterveysoireet

- Mielenterveysoireista kärsi 44.7 % (n=85) tutkimukseen osallistuneista varhaisaikuisista. Heistä 29.4 %:lla oli oireita yhdellä ja 2.4 %:lla yhdeksällä dimensiolla.

Johtopäätös: Mielenterveysoireet uhkaavat monen varhaisaikuisen elämää ja aikuisuuteen siirtymistä. Oireet voivat olla kapealla alueella tai kasaantua. Tarkoituksenmukaisen avun ja hoidon saanti on oleellista mielenterveyden säilymiselle ja kypsälle aikuisuudelle. Mielenterveyttä on aina olemassa, ja sen tunnistaminen on tärkeää, sillä omavoimaisuus ja voimavarat elämässä selviytymiseen löytyvät aina tältä alueelta.

- Naisilla oli mielenterveysoireita kaikilla dimensioilla miehiä enemmän. Kuitenkin yksilötasolla vaihtelut olivat suuria.

Johtopäätös: Sukupuolten väliset erot tulee tunnistaa, mutta niiden pohjalta ei pidä tehdä valmiita toimintamalleja. Yksilölliset erot ovat suuret, ja jokainen nuori tai varhaisaikuisen tulee kohdata aina yksilönä ja kokonaisvaltaisesti siinä elämäntilanteessa, jossa hän elää.

Mielenterveyttä ennakoivat ulkoisesti havaittavat tekijät

- Poikien tupakointi nuoruudessa oli yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveysoireisiin. Alkoholien käyttö ei ollut yhteydessä myöhempään mielenterveyteen tässä tutkimuksessa kummallakaan sukupuolella.

Johtopäätös: Poikien tupakoinnin ja mielenterveyden välillä oli yhteys. Kuitenkaan tulokset eivät selitä kokonaisuutta eli sitä, miksi nuoret olivat aloittaneet tupakoinnin tai oliko tupakoinnin aloituksen taustalla myös muita mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä.

- Psykosomaattiset oireet 14-vuotiaana olivat yhteydessä mielenterveysoireisiin varhaisaikuisuudessa monella eri dimensiolla.

Johtopäätös: Psykosomaattisten oireiden esiintyvyys näyttää olevan merkittävä myöhempää mielenterveyttä ennakoiva tekijä.

Mielenterveyttä ennakoivat nuoren sisäiset tekijät

- Nuoren huolet koulusaavutuksista, ystävien puutteesta, vanhempien kiireestä, riidoista kotona, perheen raha-asioita, vanhempien työttömyydestä ja kokemuksista vanhempisuhteista olivat yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen.

Johtopäätös: Nuoren ympäristö: koulu, perhe, ystävät ja muut läheiset ihmiset vaikuttavat nuoren elämään ja myös mielenterveyden muotoutumiseen. Koulusaavutuksista syntyvät huolet voivat olla uhka nuoren mielenterveydelle. Yhteiskunnalliset muutokset ja aika muuttavat näiden ympäristöjen muotoa sekä luonnetta, ja näin myös nuoren huolet voivat olla hyvinkin erilaisia ajan, paikan ja kulttuurin mukaan.

- Valtaosa nuorista oli tyytyväisiä itseensä ja suuntautui tulevaisuuteen myönteisesti, eikä tilastollisia yhteyksiä voitu laskea. Kuitenkin yksittäiset tapaukset tukevat viimeaikaisia tutkimustuloksia, että näillä tekijöillä voi olla suurikin merkitys myöhempään mielenterveyteen.

Johtopäätös: Nuoren tyytyväisyys itseensä ja tulevaisuuteen suuntautuminen voivat olla merkittäviä asioita nuoren psyykkisessä kehityksessä ja vaikuttavat muun muassa nuoren minäkuvaan, kehonkuvan muototututumiseen ja tulevaisuuden rakentumiseen.

- Nuoren suhde vanhempiin oli yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen.

Johtopäätös: Nuori on osa perhettä, ja suhteet vanhempiin ovat ensiarvoisen tärkeitä sekä persoonallisuuden että mielenterveyden kehittämisessä. Vanhemmat voivat myös auttaa nuorta löytämään oman identiteetin.

- Nuoren omavoimaisuudessa nuoren oma kokemus psyykkisestä terveydestä ja hallinnan tunne olivat yhteydessä varhaisaikuisuuden mielenterveyteen usealla eri alueella.

Johtopäätös: Nuoren oma kokemus psyykkisestä terveydestään on tärkeä mielenterveyttä ennakoiva tekijä, samoin kuin nuoren tunne siitä, että hän pystyy hallitsemaan itseään ja omaa elämäänsä.

6.4. Suositukset ja tutkimustulosten hyödynnettävyys

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää nuorten mielenterveyden edistämiseen liittyvässä toiminnassa, sen suunnittelussa ja toteutuksessa. Tutkimus tuotti teorian varhaisaikuisen mielenterveyttä ennakoivista tekijöistä nuorten mielenterveyden edistämistyöhön. Teoriaa voidaan jatkossa testata ja kehittää edelleen. Hoitotieteelle ja myös muille tieteille tutkimus antaa uutta tietoa siitä, miten mielenterveyden edistämisen tutkimusta tulisi suunnata.

Suositukset käytännön mielenterveyden edistämistyöhön

1. Mielenterveyden edistämistyössä tulee aina kiinnittää huomiota nuoren olemassa olevaan mielenterveyteen ja pyrkiä vahvistamaan sitä. Ihmisen voimavarat ja omavoimaisuus löytyvät täältä alueelta. Mielenterveyden vahvistaminen voi kompensoida myös oireita.
2. Mielenterveyden edistämistyössä lähtökohtana tulee olla nuori omana persoonana ja ennakkoasenteita tulee varoa.
3. Nuoria tulee kannustaa päihteettömyyteen. Kuitenkin mielenterveyden edistämisen näkökulmasta huomio tulee ensisijaisesti kohdistaa nuorten sisäisiin tekijöihin (esim. huolet, häpeä, syyllisyys), koska nämä tekijät voivat vaikuttaa osaltaan ainakin nuorten runsaaseen päihteiden käyttöön.
4. Nuorten kanssa toimivien ja työskentelevien tulisi kiinnittää huomio nuorten psykosomaattisiin oireisiin, keskustella niistä silloin, kun nuori tuo ne esille ja/tai ohjata tarvittaessa nuori terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle.

5. Nuorilla on monenlaisia huolia, jotka liittyvät muun muassa kouluun, perheeseen ja omaan kasvuun. Nuoren huoliin on tärkeää suhtautua kunnioittavasti, ottaa ne todesta ja antaa nuorelle mahdollisuus jakaa huoliaan luotettavan aikuisen kanssa.
6. Nuorten mielenterveyden edistämisessä on aina tärkeää huomioida, miten nuori näkee itsensä, oman kehonsa ja mitä hän ajattelee tulevaisuudesta sekä tukea nuorta kasvussa. Nuori tarvitsee aikaa sopeutuakseen kasvun sekä kehityksen tuomiin muutoksiin, eikä tätä prosessia tule kiirehtiä.
7. Nuorten mielenterveyden edistämistyössä tulee huomioida nuoren perhe- ja vanhempisuhteet. Vanhempia tulee ohjata kunnioittamaan nuoren kehitystä sekä tukemaan ja rohkaisemaan nuorta löytämään oma identiteettinsä.
8. Nuorten toivottomuus, alemmuuden tunne, syyllisyys ja häpeä ovat tunteita, joista tulisi keskustella nuorten kanssa nykyistä enemmän. Mielenterveyden edistämisen kulmakivi on auttaa nuoria selviämään mielenterveyttä kuormittavien tekijöiden kanssa (esim. vanhempien päihteiden käyttö, ulkopuolelta tulevat paineet, pelot onnistumisesta jne.), ja tukea heitä työstämään näitä tekijöitä tarkoituksenmukaisella tavalla. Toisten kanssa keskustelu auttaa yleensä suhteuttamaan asioita ja huomaamaan, että omaa elämää voi myös jossain määrin hallita. Tämä voi antaa uskoa nuorelle elämästä selviytymiseen.

Tulokset nostavat esille nuorten sisäisten tekijöiden merkityksen mielenterveyden muototumisessa. Käytännön arjessa tämä tarkoittaa sitä, että meidän tulisi kiinnittää huomiota ja olla kiinnostuneita nuorten käytäytymisen lisäksi myös heidän tunteistaan ja ajattelustaan ymmärtääksemme heidän elämäänsä ja tilanteitaan paremmin. Mitä sinä ajattelet tästä asiasta? Millaisia tunteita sinussa herättää tällainen tilanne? -kysymykset osoittavat nuorelle, että me arvostamme hänen tunteitaan ja ajatuksiaan, ja olemme niistä kiinnostuneita. Tämä on jo sinällään nuorelle merkityksellistä. Lisäksi nämä kysymykset haastavat nuoren ajattelemaan itse. Samalla nuori jäsentää omaa

sisäistä maailmaansa niin, että hän voi tulla paremmin tietoiseksi omasta toiminnastaan.

Tämän tutkimuksen tulosten hyödyntäminen on tärkeää myös peruskoulujen toiminnan ja opetuksen suunnittelussa. Aikaisemmat tutkimukset ovat tuoneet esille samansuuntaisia asioita: nuorten osallisuus, yhdessä suunnittelu ja tekeminen ovat mielenterveyttä tukevia tekijöitä. On aiheellista kysyä, miten hyvin peruskoulujemme opetus ja toiminta tukevat tällä hetkellä nuoren tunteiden ilmaisuja ja omaa ajattelua. Toimintaa tulisi kehittää niin, että yhteiseen keskusteluun, asioiden pohtimiseen ja ajatteluun sekä tunteiden ilmaisuun olisi nykyistä enemmän aikaa ja mahdollisuuksia. Tulosten mukaan perheellä on suuri merkitys nuoren kehitykseen ja mielenterveyteen. Resursseja tulee suunnata myös vanhempien ohjaamiseen ja tukemiseen kasvatustehtävässä.

Tutkimustulosten yhteiskunnallinen ja tieteellinen hyödynnettävyys

Tässä tutkimuksessa kehitettyä teoriaa voidaan käyttää apuvälineenä ja ajattelumallina terveyden edistämistyössä muun muassa kouluissa, harrastustoiminnassa ja nuorisotoimissa. Teoriaa on mahdollista myös testata esimerkiksi koulu yhteisöissä ja kehittää edelleen. Lisäksi teoria antaa tietoa ja ajatuksia päätöksentekijöille siitä, millaisiin hankkeisiin ja projekteihin tulevaisuudessa kannattaa investoida.

Tutkimus nosti esille mielenterveyden edistämiseen liittyviä keskeisiä tekijöitä, joihin myös tutkimusta tulisi tulevaisuudessa suunnata nykyistä enemmän. Ulkoisten ja muuttuvien tekijöiden tutkiminen nopeasti muuttuvassa maailmassa on haasteellista. Kun tutkimustieto saadaan käyttöön, maailma on jo muuttunut. Sen sijaan ihmisyyteen liittyy paljon pysyviäkin tekijöitä (muun muun muassa tämän tutkimuksen kohteena olleet nuoren sisäiset tekijät), jotka ovat riippumattomia ajasta ja paikasta. Näiden tekijöiden syvempi ymmärtäminen ja esille nostaminen voi auttaa ennakoimaan yhteiskunnallisten muutosten seurauksia nykyistä paremmin sekä pohtimaan muutosten merkitystä ihmisten mielenterveyden edistämässä ja ylläpitämisessä.

6.5. Jatkotutkimusaiheet

1. Mielenterveys on moniulotteinen ilmiö, ja sen mittaamiseen tarvitaan tulevaisuudessa uudenlaisia mittareita, joilla voidaan tutkia nimenomaan mielenterveyttä. Haaste kohdistuu hoitotieteeseen, jossa terveys ja sen osana 'mielenterveys', ovat keskeisiä tutkimuskohteita.
2. Tutkimusta tulisi kohdistaa yhä enemmän pysyviin ilmiöihin, joiden syvälinen ymmärtäminen antaa ja luo mahdollisuuksia suunnitella toimintaa etukäteen nopeasti muuttuvassa maailmassa niin, että muutoksia voidaan hallita.
3. Naisten ja miesten mielenterveysoireissa oli paljon eroja, ja sukupuolten välisiä eroja tunne-elämässä, ajattelussa ja yleensä toiminnassa (esim. selviytymiskeinoja) tulisi tutkia laajemmin. Lisäksi olisi tärkeää ymmärtää paremmin, mistä naisten runsaampi oireilu johtuu vai tunnistavatko naiset miehiä paremmin omia oireitaan.
4. Nuorten päihteiden käyttöä on tutkittu paljon. Jatkossa tarvitsemme tietoa tekijöistä, jotka lisäävät nuoren omavoimaisuutta, autonomiaa ja kykyä tehdä omia ratkaisuja ja päätöksiä päihteiden käytöstään ympäristöstä riippumatta. Lisäksi tarvitaan tietoa, miten nuorten päihteiden käytön aloitusta voitaisiin siirtää myöhemmäksi.
5. Nuorten omat kokemukset ja käsitykset ovat merkittäviä mielenterveyttä ennakoivia tekijöitä, ja tulevaisuudessa nuorilta itseltään tulisi kysyä yhä useammin, mitä he kokevat, tuntevat, ajattelevat, toivovat ja mikä heidän omasta mielestään on keskeistä mielenterveyden edistämisessä. Tämän lisäksi tulisi tutkia nuorten kanssa toimivien ja ulkopuolisten ja asiantuntijoiden arvioita ja kokemuksia. Joskus nuori joutuu rakentamaan vahvan suojamuurin itselleen selviytyäkseen ongelmistaan. Tällöin hän ei itse tunnista mielenterveytään uhkaavia tekijöitä, silloin tarvitaan asiantuntijoiden apua.

6. Nuorten lisäksi tutkimuksia tulisi kohdentaa aikuisiin, ja tutkia millaista tietoa ja millaisia valmiuksia vanhemmilla, opettajilla, nuorten harrastustoiminnan vetäjillä sekä kouluterveydenhoitajilla on tukea ja vahvistaa nuorten mielenterveyttä.

7. Tulevaisuudessa tarvitaan peruskouluissa mielenterveyttä tukevia koulu-interventoita, jotka kohdistuvat kaikkiin oppilaisiin ja koko kouluyhteisöön. Tässä tutkimuksessa tuotettua teoriaa voi jatkossa testata kouluyhteisössä ja kehittää sen avulla koulujen toimintaa paremmin nuorten mielenterveyttä tukevaksi.

Lähteet

- Aalberg V & Siimes M.A. 2007. Lapsesta aikuiseksi: nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä.
- Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K & Lönnqvist J. 2002a. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American Journal of Psychiatry* 159;1235-1237.
- Aalto-Setälä T, Poikolainen K, Tuulio-Henriksson A, Marttunen M & Lönnqvist J. 2002b. Predictors of mental health distress in early adulthood: a five-year follow-up of 709 high-school students. *Nordic Journal of Psychiatry* 56; 121-125.
- Acarturk C, de Graaf R, van Straten A, Have M.T & Cuijpers P. 2008. Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: a population-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43(4); 273-279.
- Adelabu M. 2008. Future time perspective, hope, and ethnic identity among African American adolescents. *Urban Education* 43; 347-60.
- Adolescents health and development 2011. WHO. Saatavana: http://www.searo.who.int/en/Section13/Section1245_4980.htm (luettu 21.4.2011)
- Ağritmis H, Yayci N, Colak B & Aksoy E. 2004. Suicidal deaths in childhood and adolescence. *Forensic Science International* 142(1); 25-31.
- Aisbett D.L, Boyd C.P, Francis K.J, Newnham K & Newnham K. 2007. Understanding barriers to mental health service utilization for adolescents in rural Australia. *Rural and Remote Health* 7(1); 624.
- Ajdacic-Gross V, Landolt K, Angst J, Gamma A, Merikangas K, Gutzwiller F & Rössler W. 2009. Adult versus adolescent onset of smoking: how are mood disorders and other risk factors involved? *Addiction* 104(8); 1411-1419.

- Alivernini F & Lucidi F. 2011. Relationship between social context, self-efficacy, motivation, academic achievement, and attention to drop out of high school: a longitudinal study. *Journal of Educational Research* 104(4); 241-252.
- Arillo-Santillan E, Lazcano-Ponce E, Hernandez-Avila M, Fernández E, Allen B, Valdes R & Samet J. 2005. Associations between individual and contextual factors and smoking in 13293 Mexican students. *American Journal of Preventive Medicine* 28(1); 41-51.
- Arnault D.S & Kim O. 2008. Is there an Asian idiom of distress? Somatic symptoms in female Japanese and Korean students. *Archives of Psychiatric Nursing* 22; 27-38.
- Aromaa E, Tolvanen A, Tuulari J & Wahlbeck K. 2011. Personal stigma and use of mental health services among people with depression in a general population in Finland. *BMC Psychiatry* 11. Saatavana: <http://biomedcentral.com/1471-244X/11/52>. (luettu 14.6.2011)
- Arseneault L, Bowes L & Shakoor S. 2010. Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine* 40; 717-729.
- Aspvik U, Kiiikkala I & Lassila A. 2007. Mielenterveyspalvelujen kehittäminen kansalaisten ehdotusten perusteella. *Suomen Lääkärilehti* 8(62); 794 - 795
- Astel-Fyke -opas 2010. ASTELeL -hankeen tuottamaa materiaalia opetus käyttöön. *Arithmetics Science, Technology, eLearning*. Saatavana: http://www.edu.helsinki.fi/astel-ope/aineiden_ominaisuudet/paihdeaineet.htm (luettu 28.10.2010)
- Auvinen J. 2010. Neck, shoulder, and low back pain in adolescence. Väitöskirja. Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine. Department of Physical Medicine and Rehabilitation, Institute of Health Sciences, Public Health and General Practice, University of Oulu.
- Aymer S.R. 2008. Adolescent males' coping responses to domestic violence: A qualitative study. *Children and Youth Services Review* 30; 654-664.
- Barth J, Dunlap S, Dane H, Lochman J & Wells K. 2004. Classroom environment influences on aggression, peer relation, and academic focus. *Journal of School Psychology* 42; 115-133.

- Bekker M.H & Belt U. 2006. The role of autonomy–connectedness in depression and anxiety. *Depression and Anxiety* 23; 274–280.
- Bender D & Lösel F. 2011. Bullying at school as a predictor of delinquency, violence and other anti-social behaviour in adulthood. *Criminal Behaviour and Mental Health* 21; 99-106.
- Bener A, Ghuloum S & Dafeeah E.E. 2011. Prevalence of common phobias and their socio-demographic correlates in children and adolescents in a traditional developing society. *African Journal of Psychiatry* 14(2); 140-145.
- Benight C & Bandura A. 2004. Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy* 42(10); 1129-1148.
- Bergeron E, Poirier L.R, Fournier L, Roberge P & Barrette G. 2005. Determinants of service use among young Canadians with mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 50(10); 629-636.
- Blanco C, Okuda M, Wright C, Hasin D.S, Grant B.F, Liu S-M & Olfson M. 2008. Mental health of college students and their non–college-attending peers. Results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry* 65(12); 1429-1437.
- Blos P. 1966. *On adolescence : a psychoanalytic interpretation*. Free Press, New York.
- Blos P. 1974. *The Young Adolescent*. Clinical Studies. The Free Press, New York.
- Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G & Patton G. 2007, Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance use, mental health, and academic outcomes. *Journal of Adolescence Health* 40; 357e9-357.e18.
- Brand A & Klimes-Dougan B. 2010. Emotion socialization in adolescence: the roles of mothers and fathers. *New Directions for Child and Adolescent Development* 128; 85-100.
- Branje S, Hale I, William W, Frijns T & Meeus W. 2010. Longitudinal associations between perceived parent-child relationship quality and expressive symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 38(6); 751-763.

- Brattberg B. 2004. Do pain problems in young school children persist into early adulthood? A 13-year follow-up. *European Journal of Pain* 8; 187-199.
- Braun-Lewensohn O & Sagy S. 2010. Sense of coherence, hope and values among adolescents under missile attacks: a longitudinal study. *International Journal of Children's Spirituality* 15(3); 247-260.
- Briggs H & McBeath B. 2010. Infusing culture into practice: developing and implementing evidence-based mental health services for African American foster youth. *Child Welfare* 89(1); 31-60.
- Brown J.S, Meadows S.O & Elder G. 2007. Race-ethnic inequality and psychological distress: depressive symptoms from adolescence to young adulthood. *Developmental Psychology* 43(6); 1295-1311.
- Brown S.L, Birch D.A & Kancherla V. 2005. Bullying perspectives: experiences, attitudes, and recommendations of 9- to 13-year-olds attending health education centers in the United States. *Journal of School Health* 75(10); 384-392.
- Brown S.L, Teufel J.A, Birch D.A & Kancherla V. 2006. Gender, age, and behavior differences in early adolescent worry. *Journal of School Health* 76(8); 430-437.
- Bruenahl C.A & Linden M. 2010. Common laboratory measures of global health may not be suited to assess, discriminate or predict chronic stress effects on biological systems. *Nordic Journal of Psychiatry* 00; 1-3.
- Bruhn K. 1989. Kasvatusopin historian kehityslinjoja. Kustannusosakeyhtiö Otavan painolaitokset, Keuruu.
- Burns J.R & Rapee R.M. 2006. Adolescent mental health literacy: Young people's knowledge of depression and help seeking. *Journal of Adolescence* 29(2); 225-239.
- Burns N & Grove S.K. 2005. The practice of nursing research. Conduct, critique, & utilization. 4th edition. A Harcourt Health Sciences Company, Philadelphia.
- Burrow A.L, O'Dell A.C & Hill P.L. 2010. Profiles of a development asset: youth purpose as a context for hope and well-being. *Journal of Youth and Adolescence* 39; 1265-1273.

- Byrne R & Morrison A.P. 2010. Young people at risk of psychosis: a user-led exploration of interpersonal relationships and communication of psychological difficulties. *Early Intervention in Psychiatry* 4(2); 162-168.
- Caldwell R.M, Wiebe R.P & Cleveland H.H. 2006. The influence of future certainty and contextual factors on delinquent behavior and school adjustment among African American adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 35(4); 591-602.
- Calear A.L & Christensen H. 2010. Systematic review of school-based prevention and early intervention programs for depression. *Journal of Adolescent* 33(3); 429-438.
- Calloway S. 2007. Mental health promotion: is nursing dropping the ball? *Journal of Professional Nursing* 23(2); 105-109.
- Cameron L.C. 2007. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 14; 696-704.
- Carter M, McGee R, Taylor B & Williams S. 2007. Health outcomes in adolescence: associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence* 30; 51-62.
- Casey D. 2007. Nurses' perception, understanding and experiences of health promotion. *Journal of Clinical Nursing* 16(6); 1039-1049.
- Cederblad M, Hook B, Irhammar M & Mercke A.M. 1999. Mental health in international adoptees as teenagers and young adults. An epimemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 40(8); 1239-1248.
- Chan YF, Leung D, Fong, D, Leung CM & Lee A.M. 2010. Psychometric evaluation of the hospital anxiety and depression scale in a large community sample of adolescents in Hong Kong. *Quality of Research* 19(6); 865-873.
- Chandra A & Minkovitz C. 2006. Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health* 38(6); 754.e1-754.e8.
- Charman D, Harms C & Myles-Pallister J. 2010. Help and e-help - young people's perspectives of mental healthcare. *Australian Family Physician* 39(9); 663-665.

- Chen K-H & Yao G. 2010. Investigating Adolescent Health-Related Quality of Life: From a Self-Identity Perspective. *Social Indicators Research* 96(3); 403-415.
- Chen P, Lee L, Wong K & Kaur J. 2005. Factors relating to adolescent suicide behavior: a cross-sectional Malaysian school survey. *Journal of Adolescent Health* 37; 337e11-337e16.
- Clarke A. 2006. Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: a meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence* 35(1); 10-23.
- Clarkebrun H & Mustajoki A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Vastapaino, Tampere.
- Clausson, E, Petersson K & Berg A. 2003. School nurses' view of schoolchildren's health and their attitudes to document it in the school health record – a pilot study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17; 392-398.
- Cole J.C, Sumnall H.R & Wagstaff G.F. 2002. Methodological problems with ecstasy and the SCL-90. *Psychopharmacology* 162(2); 215-217.
- Collishaw S, Maughan B, Natarajan L & Pickles A. 2010. Trends in adolescent emotional problems in England: a comparison of two national cohorts twenty years apart. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51(8); 885-894.
- Cook C.R, Gresham F.M, Kern L, Barreras R.B, Thornton S & Crews S.D. 2008. Social skills training for secondary students with emotional and/or behavioral disorders: a review and analysis of the meta-analytic literature. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 16(3); 131-144.
- Copeland W.E, Shanahan L, Costello E.J & Angold A. 2009. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry* 66(7); 764-672.
- Cox B.J, Pagura J, Stein M.B & Sareen J. 2009. The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and Anxiety* 26(4); 354-362
- Cranford A, Eisenberg D & Serras A. 2009. Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors* 34; 134-145.

- Crespo C, Kielpikowski M, Jose P.E & Pryor J. 2010. Relationships between family connectedness and body satisfaction: a longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence* 39; 1392-1401.
- Crum R.M, Green K.M, Storr C.L, Chan Y-F, Ialongo N, Stuart E.A & Anthony J.C. 2008. Depressed mood in childhood and subsequent alcohol use through adolescence and young adulthood. *Archives of General Psychiatry* 65(6); 702-712.
- Cuipers P, Smit F, van Straten A. 2007. Psychological treatments of subthreshold depression: a meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 115(6); 434-441.
- Cutajar M, Mullen P, Ogloff J, Thomas S, Wells D & Spataro J. 2010. Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children. *Archives of General Psychiatry* 67(11); 1114-11149.
- Dashiff C, DiMicco W, Myers B & Sheppard K. 2009. Poverty and adolescent mental health. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 22(1); 23-32.
- De Anstiss H, Ziaian T, Procter N, Warland J & Baghurst P. 2009. Help-seeking for mental health problems in young refugees: a review of the literature with implications for policy, practice, and research. *Transcultural Psychiatry* 46(4); 584-607.
- Dekker M.C, Ferdinand R.F, van Lang N.D.J, Bongers I.L, van der Ende J & Verhulst F.C. 2007. Developmental trajectories of depressive symptoms from early childhood to late adolescence: gender differences and adult outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(7); 657-666.
- De Leeuw R, Scholte R, Harakeh Z, van Leeuwe J & Engels R. 2008. Parental Smoking-Specific Communication, Adolescents' Smoking Behavior and Friendship Selection. *Journal of Youth and Adolescence* 37(10); 1229-1241.
- DeMartini K.S & Carey K.B. 2011. The role of anxiety sensitivity and drinking motives in predicting alcohol use: a critical review. *Clinical Psychology Review* 31(1); 169-177.

- Demyttenaere K, Bonnewyn A, Bruffaerts R, Brugha T, De Graaf R & Alonso J. 2006. Comorbid painful physical symptoms and depression: prevalence, work loss, and help seeking. *Journal of Affective Disorders* 92(2-3); 185-193.
- Denny S.J, Robinson E.M, Utter J, Fleming T.M, Grant S, Milfont T.L, Crengle S, Ameratunga S.N & Clark T. 2011. Do schools influence student risk-taking behaviors and emotional health symptoms? *Journal of Adolescent Health* 48; 259-267.
- Derogatis L, Lipman R & Covi L. 1973. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin* 9; 13-17.
- Derogatis L, Larry L & Lynn H. 2000. Screening and monitoring psychiatric disorder in primary care populations. Kirjassa: Maruish M.E. (toim.) *Handbook of psychological assessment in primary care setting*. Lawrence Erlbaum Associations Inc. Printer in the United America.
- Derogatis L & Savitz K.L. 2000. The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. Kirjassa: Maruish M.E. (toim.) *Handbook of Psychological Assessment in Primary Care Setting*. Lawrence Erlbaum Associations Inc. Printer in the United America.
- Dervic K, Akkaya-Kalayci T, Kapusta N.D, Kaya M, Merl E, Vogel E, Pellegrini E & Friedrich M.H. 2007. Suicidal ideation among Viennese high school students *Wiener Klinische Wochenschrift. The Middle European Journal of Medicine* 119(5-6); 174-180.
- Dockery A, Li J & Kendall G. 2009. Parents' work patterns and adolescent mental health. *Social Science & Medicine* 68(4); 689-698.
- Domino G & Domino M.L. 2006. *Psychological Testing: An Introduction*. 2nd ed. Cambridge University Press, Cambridge.
- Drubach D.A. 2008. The purpose and neurobiology of theory of mind functions. *Journal of Religion and Health* 47(3); 354-365.
- Duarte C.S, Bird H.R, Shrout P.E, Wu P, Lewis-Fernandéz R, Shen S & Canino G. 2008. Culture and psychiatric symptoms in Puerto Rican children: longitudinal results from one ethnic group in two context. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(5); 563-572.

- Duchovic C.A, Gerkenmeyer J.E & Wu J. 2009. Factors associated with parental distress. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 22(1); 40-48.
- Duke N.N, Petting S, McMorris B & Borowsky I. 2010. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics* 125; e778-e786.
- Dunne M, Humphreys S & Leach F. 2006. Gender violence in schools in the developing world. *Gender and Education* 18(1); 75-98.
- Eisenberg M.E, Neumark-Sztainer D & Paxton S. J. 2006. Five-year change in body satisfaction among adolescents. *Journal of Psychosomatic Research* 61(4); 521-527.
- Elliott L & Master H. 2009. Mental health inequalities and mental health nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16; 762-771.
- Elmquist J, Melton T.K, Croarkin P & McClintock S.M. 2010. A systematic overview of measurement-based care in the treatment of childhood and adolescent depression. *Journal of Psychiatric Practice* 16; 217-234.
- Emami E, Ghazinour M, Rezaeishiraz H & Richter J. 2007. Mental health of adolescents in Tehran, Iran. *Journal of Adolescent Health* 41(6); 571-576.
- Erikson E. 1968. *Identity: youth and crisis*. Norton, New York.
- Erikson E. 1982. *The Life Cycle Completed*. W.W. Norton & Company, New York.
- Eslea M, Menesini E, Morita Y, O'Moore M, Mora-Merchá J, Pereira B, Smith P.K. 2004. Friendship and loneliness among bullies and victims: Data from seven countries. *Aggressive Behavior* 30(1); 71-83.
- ETENE 2010. Mielenterveys lasten ja nuorten elämässä. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENEn raportti. ETENE-julkaisuja 29. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Etheridge K, Yarrow L & Peet M. 2004. Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 11(2); 125-128.
- Euroopan yhteisöjen komissio 2005. Vihreä kirja - Väestön mielenterveyden parantaminen. Tavoitteena Euroopan unionin mielenterveysstrategia. Saatavana: http://europa.eu/documentation/official-docs/green-papers/index_fi.htm (luettu 20.5.2011)

- European Pact for Mental Health and Well-Being. 2008. Eurooppalaisten mielenterveys huomion kohteena. Saatavana: <http://europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do?reference=IP/08/933&format=HTML&aged=0&language=FI&guiLanguage=en> (luettu 29.1.2010)
- Fadjukoff P. 2007. Identity formation in adulthood. Väitöskirja. Studies in education, psychology and social research, 319. Jyväskylän yliopisto.
- Fagnani C, Bellani C, Tansella M, Balestrieri M, Taccaceli V, Patriarca V, Stazi M.A & Brambilla P. 2011. Investigation of shared genetic effects for psychotic and obsessive symptoms in young adult twins. *Psychiatry Research* 30(188); 276-282. .
- Farrand P, Parker M & Lee C. 2007. Intention of adolescents to seek professional help for emotional and behavioural difficulties. *Health and Social Care in the Community* 15; 464-473.
- Fazel M, Doll H & Stein A. 2009. A school-based mental health intervention for refugee children: an exploratory study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 14(2); 297–309.
- Fear J, Champion J. & Reeslund K. 2009. Parental depression and interparental conflict: children and adolescents' self-blame and coping responses. *Journal of Family Psychology* 23(5); 762–766.
- Feldt T. 2000. Sense of coherence: structure, stability and health promoting role in working life. Väitöskirja. Studies in education, psychology and social research 158. Jyväskylän yliopisto.
- Fergusson D.M, Horwood L.J & Ridder E.M. 2007a. Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse and dependence: results of a 25-year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence* 88(Suppl 1); S14-S26.
- Fergusson D.M, Vitaro F, Wanner B & Brendgen B. 2007b. Protective and compensatory factors mitigating the influence of deviant friends on delinquent behaviours during early adolescence. *Journal of Adolescence* 30(1); 33-50.
- Figueira M.L & Ouakinin S. 2010. Gender-related endocrinological dysfunction and mental disorders. *Current Opinion in Psychiatry* 23(4); 369-372.

- Flouri E & Malmberg L.E. 2010. Gender differences in the effects of childhood psychopathology and maternal distress on mental health in adult life. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* DOI: 10.1007/s00127-010-0215-10.
- Flouri E & Kallis C. 2011. Adverse life events and mental health in middle adolescence. *Journal of Adolescence* 34(2); 371-377.
- Fogel J, Eaton W.W & Ford D.E. 2006. Minor depression as a predictor of the first onset of major depressive disorder over a 15-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113; 36-43.
- Fox C & Farrow C. 2009. Global and physical self-esteem and body dissatisfaction as mediators of the relationship between weight status and being a victim of bullying. *Journal of Adolescence* 32(5); 1287-1301.
- Frosch E, Mculloch J, Yoon Y & dos Reis S. 2011. Pediatric emergency consultations: prior mental health service in suicidal attempters. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 38(1); 68-79.
- Fröjd S. 2008. Mental health in middle adolescence: associations of family factors with diverse maladjustment outcomes. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Yliopistopaino Oy, Tampere.
- Fröjd S, Nissinen E, Pelkonen M, Marttunen M, Koivisto A-M & Kaltiala-Heino R. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence* 31; 485-498.
- Garcia C. 2010. Conceptualization and measurement of coping during adolescence: a review of the literature. *Journal of Nursing Scholarship* 42(2); 166-185.
- Garcia C, Skay C, Sieving R, Naughton S & Bearinger L.H. 2008. Family and racial factors associated with suicide and emotional distress among Latino students. *Journal of School Health* 78(9); 487-495.
- Ghandour R, Overpeck M, Huang Z, Kogan M & Scheidt P. 2004. Headache, stomachache, backache, and morning fatigue among adolescent girls in the United States. Associations with behavioral, sociodemographic, and environmental factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 158(8); 797-803.

- Giannakopoulos G, Dimitrakaki C, Pedeli X, Kolaitis G, Rotsika V, Ravens-Sieberer U & Tountas Y. 2009. Adolescents' wellbeing and functioning: relationships with parents' subjective general physical and mental health. *Health and Quality of Life Outcomes* 7; 100 DOI:10.1186/1477-7525-7-100.
- Gibb S, Fergusson D, Horwood L. 2010. Burden of psychiatric disorder in young adulthood and life outcomes at age 30. *The British Journal of Psychiatry* 197; 122-127.
- Gini G. 2008. Associations between bullying behaviour, psychosomatic complaints, emotional and behavioural problems. *Journal of Paediatrics and Child Health* 44(9); 492-497.
- Gini G & Pozzoli T. 2009. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics* 123(3); 1059-1065.
- Gould C & Eldestein B. 2010. Worry, emotion control and anxiety in older and young adults. *Journal of Anxiety Disorders* 24; 759-766.
- Gulliver A, Griffiths K.M & Christensen H. 2010. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review. *BMC Psychiatry* 10:113. DOI:10.1186/1471-244X-10-113.
- Haarasilta L. 2003. Major depressive episode in adolescents and young adults – a nationwide epidemiological survey. Väitöskirja. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A 14/2003. HakaPaino, Helsinki.
- Hadland M. 2008. Mental health promotion – a lifespan approach. *Critical Public Health* 18(3); 419-420.
- Hall W.D. 2006. Cannabis use and the mental health of young people. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 40(2); 105-113.
- Hallamaa J, Launis V, Lötjönen S & Sorvali S. (toim.) 2006. Etiikkaa ihmistieteille. Suomalaisen kirjallisuudenseura. HakaPaino Oy, Helsinki.
- Haravuori H, Suomalainen L & Marttunen M. 2010. Jokelan ja Kauhajoen nuorten psyykkinen hyvinvointi – miten nuoret voivat tänään. *Duodecim* 126:2661–2668.
- Harel-Fisch Y, Walsh S.D, Fogel-Grinvald H, Amitai G, Pickett W, Molcho M, Due P, de Matos M.G & Craig W. 2011. Negative school perceptions and

- involvement in school bullying: a universal relationship across 40 countries. *Journal of Adolescence* 34(4); 639-652.
- Hari R. 2007. Ihmisaivojen peilautumisjärjestelmät. *Duodecim* 123; 1565-1573.
- Harpham T, Snoxell S, Grant E & Rodriguez C. 2005. Common mental disorders in a young urban population in Colombia. *British Journal of Psychiatry* 187(2); 161-167.
- Hayward C, Wilson K.A, Lagle K, Kraemer H.C, Killen J.C & Taylor C.B. 2008. The developmental psychopathology of social anxiety in adolescents. *Depression and Anxiety* 25; 200-206.
- Healthy people 2010. Mental Health and Mental Disorders. National Institutes of Health Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Saatavana: <http://www.healthypeople.gov/2020/topicsobjectives2020/overview.aspx?topicid=2>. (luettu 22.4.2011)
- Henkilötietolaki 1999/523. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523> (luettu 6.2.2011)
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A. & Kraus L. 2007. The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries. The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Modintryckoffset AB, Stockholm. Saatavana: www.espad.org. (luettu 5.11.2010)
- Hilt-Panahon A, Kern L, Divatia A & Gresham F. 2007. School-based Interventions for Students with or at Risk for Depression: A Review of the Literature. *Advances in School Mental Health Promotion* 0(1); 32-41.
- Himberg L. 2000. *Psykologia 2. Kehittyvä ihminen*. WSOY, Helsinki.
- Hintikka U, Marttunen M, Pelkonen M, Laukkanen E, Viinamäki H & Lehtonen J. 2006. Improvement in cognitive and psychosocial functioning and self image among adolescent inpatient suicide attempters. *BMC Psychiatry* 6;58.
- Hodgson N. 2009. Improving communication between health visitors and primary mental health workers. *Pediatrics* 21(7); 34-37.
- Holi M. 2003. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. Doctoral dissertation. Published doctoral dissertation. University of Helsinki, Helsinki.

- Holi M, Marttunen M & Aalberg V. 2003. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nordic Journal of Psychiatry* 57; 233–238.
- Holi M, Sammallahti P & Aalberg V. 1998. A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 97; 42-46.
- Honkanen H. 2008. Perheen riskiolot neuvolatyön kontekstissa. Näkökulmana mielenterveyden edistäminen. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E yhteiskuntatieteet 160. Hoitotiede. Kopijyvä, Kuopio.
- Hooker C.I, Verosky S.C, Germine L.T, Knight R.T & D'Esposito M. 2010. Neural activity during social signal perception correlates with self-reported empathy. *Brain Research* 13(1308); 100-113.
- Horwitz A.G, Hill R.M & King C.A. 2011. Specific coping behaviors in relation to adolescent depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence* 34(5); 1077-1085.
- Hotopf M, Carr S, Mayou R, Wadsworth M & Wessely S. 1998. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ* 18(316); 1196-1200.
- Hunt J & Eisenberg D. 2010. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health* 46; 3-10.
- Hunt S, Wisocki P & Yanko J. 2003. Worry and use of coping strategies among older and younger adults. *Anxiety Disorders* 17; 547-560.
- Huurre T, Rahkonen O, Komulainen E & Aro H. 2005. Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(7); 580-587.
- Improving the Health of Canadians 2009. Exploring positive mental health. Canadian population health initiative. Canadian Institute for Health Information. Saatavana: http://www.cpa.ca/cpsite/userfiles/Documents/Practice_Page/positive_mh_en.pdf (luettu 20.2.2011)
- Information for Nurses 2004. Children and young peoples' mental health – every nurse's business. Royal College of Nursing, London.
- Irwin C.E, Burg S.J & Uhler C.C. 2002. America's adolescents: Where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health* 31(6 Suppl); 91-121.

- Islam M.S & Johnson C.A. 2005. Influence of known psychosocial smoking risk factors on Egyptian adolescents' cigarette smoking behavior. *Health Promotion International* 20(2); 135-145.
- Isometsä E. 2007. *Masennushäiriöt*. Kirjassa: *Psykiatria*. Lönnqvist J, Heikkinen M, Henrikson M, Marttunen M, Patronen T. 2007. *Psykiatria*. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Israelashvili M & Ishiyama F.I. 2008. Positive and negative emotions related to seeking help from a school counselor. *Advances in School Mental Health Promotion* 1(4); 5-13.
- Itäpuisto M. 2005. Kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa eletystä lapsuudesta. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 124. Kopijyvä, Kuopio.
- Jané-Llopis E & Anderson P. (toim.) 2006. *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories*. European Communities. Luxembourg:
- Jaser S.S, Champion J.E, Reeslund K.L, Keller G, Merchant M.J, Benson M & Compas B.E. 2007. Cross-situational coping with peer and family stressors in adolescent offspring of depressed parents. *Journal of Adolescence* 30(6); 917-32.
- Johnson S.B & Wang C. 2008. Why do adolescents say they are less healthy than their parents think they are? The importance of mental health varies by social class in a nationally representative sample. *Pediatrics* 121; e307-313.
- Jones D.C. 2004. Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Developmental Psychology* 40(5); 823-835.
- Jones G, Silman A, Power C & Macfarlane G. 2007. Are common symptoms in childhood associated with chronic widespread body pain in adulthood? Results from the 1958 British Birth Cohort Study. *Arthritis and Rheumatism* 56; 1669-1675.
- Jorm A.F, Wright A & Morgan A.J. 2007. Where to seek help for a mental health disorder? National survey of the beliefs of Australian youth and their parents. *The Medical Journal of Australia* 187(10); 556-560.

- Joronen K & Åsted-Kurki P. 2005. Adolescents' experiences of familial involvement in their peer relations and school attendance. *Primary Health Care Research and Development* 6; 190-198.
- Joukamaa M. 2007. *Psykosomatiikka*. Kirjassa: *Psykiatria*. Lönnqvist J, Heikkinen M, Henrikson M, Marttunen M, Patronen T. 2007. *Psykiatria*. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Juvakka T. 2000. *Elämää risteyskohdassa. Hermeneuttiseen fenomenologiaan ja kehollisuuteen perustuva tutkimus 15-16-vuotiaiden nuorten toivon kokemuksista heidän jokapäiväisessä elämässään*. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 82. Hoitotiede. Kuopion yliopiston painatuskeskus, Kuopio.
- Juvonen J, Graham S & Schuster M.A. 2003. Bullying among young adolescents: the strong, the weak and the troubled. *Pediatrics* 112;1231-1237.
- Kakihara F, Tilton-Weaver L, Kerr M & Stattin H. 2010. The relationship of parental control to youth adjustment: do youths' feeling about their parents play a role? *Journal of Youth Adolescence* 39; 1442-1456.
- Kaltiala-Heino R, Ranta K & Fröjd S. 2010. Nuorten mielenterveys koulumaailmassa. *Duodecim* 126; 2033-2039.
- Kampylis P. 2010. *Fostering creative thinking - the role of primary teachers*. Väitöskirja. Jyväskylä studies in computing 115. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. WSOYpro, Helsinki.
- Kapphahn C, Morreale M, Rickert V & Walker L. 2006. Financing mental health services for adolescents: a background paper. *Journal of Adolescent Health* 39; 318-327.
- Karatzias T, Chouliara Z, Power K, Collin P, Yellowlees A & Grierson D. 2010. General psychopathology in anorexia nervosa: the role of psychosocial factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 17; 519-527.
- Karla S.K & Swedo S.E. 2009. Children with obsessive-compulsive disorder: are they just "little adults"? *The Journal of Clinical Investigation* 119(4); 737-746.

- Karlsson H. 2007. Interpersoonallinen psykoterapia? Kirjassa: Psykiatria. Lönnqvist J, Heikkinen M, Henrikson M, Marttunen M, Patronen T. 2007. Psykiatria. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Karvonen S, Vikat A & Rimpelä M. 2005. The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland *Journal of Adolescence* 28(1); 1-16.
- Kauppinen T, Koivu A, Laukkanen E, Pölkki P, Nissinen A & Lehtonen J. 2001. Kiintymyssyhte vanhempiin ja psykosomaattinen oireilu nuoruusiässä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 28; 219-229.
- Kaustio O, Partanen J, Valkonen-Korhonen M, Viinamäki H & Lehtonen, J. 2002. Affective and psychotic symptoms relate to different types of P300 alteration in depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 71; 43-50.
- Keery H, Boutelle K, van den Berg P & Thompson JK. 2005. The impact of appearance-related teasing by family members. *Journal of Adolescent Health* 37(2); 120-127.
- Kela 2008. Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttama työttömyys edelleen kasvussa. Teemakatsaus. Saatavana: www.kela.fi/tilastot. Luettu 28.12.2010.
- Kelly A, Wall M, Eisenberg M, Story M & Neumark-Sztainer D. 2005. Adolescent girls with high body satisfaction: who are they and what can they teach us?. *Journal of Adolescent Health* 37(5); 391-396.
- Kendall-Raunor P & Snøe T. 2011. Nurses' skills to be assessed as focus shifts to early intervention. *Nursing Standad* 25(23); 8.
- Kendler K., Schmitt E, Aggen S.H & Prescott C.A. 2008. Genetic and environmental influences on alcohol, caffeine, cannabis, and nicotine use from early adolescence to middle adulthood. *Archives of General Psychiatry* 65(6); 674-682.
- Kerfoot M, Harrington R, Harrington V, Rogers J & Verduyn C. 2004. A step too far? Randomized trial of cognitive-behaviour therapy delivered by social workers to depressed adolescents. *European Child & Adolescents Psychiatry* 13(2); 92-99.

- Keskin G & Cam O. 2010. Adolescents' strengths and difficulties: approach to attachment styles. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(5); 433-441.
- Kessler R.C, Amminger P, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S & Ustun T.B. 2007. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry* 20; 359-364.
- Khailil E.L. 2011. The mirror neuron paradox: how far is understanding from mimicking? *Journal of Economic Behavior & Organization* 77(1); 86-96.
- Kidger J, Donovan J.L, Biddle L, Campbell R & Gunnell D. 2009. Supporting adolescent emotional health in schools: a mixed methods study of student and staff views in England. *BMC Public Health* 9(403) DOI:10.1186 /1471-2458-9-403.
- Kielitoimiston sanakirja 2008. Kotimaisten kielten tutkimuskeskuksen julkaisuja 149. Helsinki: Kotimaisten kielten tutkimuskeskus ja Kielikone. Cd-rom-levy ja ohjevihko. ISBN 978-952-5446-32-6. ISSN 0355-5437.
- Kim E & Cain K.C. 2008. Korean American adolescent depression and parenting. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 21(2); 105-115.
- Kim J. H, Li S & Richardson R. 2011. Immunohistochemical analyses of long-term extinction of conditioned fear in adolescent rats. *Cerebral Cortex* 21(3); 530-538.
- Kim Y, Koh Y & Leventhal B. 2005. School bullying and suicidal risk in Korea middle school students. *Pediatrics* 5(115); 357-363.
- Kim Y. Leventhal BL, Koh YJ, Hubbard A & Boyce WT. 2006. School bullying and youth violence: causes or consequences of psychopathologic behavior? *Pediatrics* 118(2): e235-e242.
- Kimber B, Sandell R & Bremberg S. 2008. Social and emotional training in Swedish classrooms for the promotion of mental health: results from an effectiveness study in Sweden. *Health Promotion International* 23; 134-143.
- Kinyanda E, Woodburn P, Tugumisirize J, Kagugube J, Ndyabangi S & Patel V. 2011. Poverty, life events and the risk for depression in Uganda. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 46(1); 35-44.

- Kirkcaldy B.D, Furnham A.F & Siefen R.G. 2009. The effects of gender and migrant status on physical and psychological well-being. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 21(1); 61-72.
- Kiuru N, Burk W.J, Laursen B, Salmela-Aro K & Nurmi J-E. 2010. Pressure to drink but not to smoke: disentangling selection and socialization in adolescent peer networks and peer groups. *Journal of Adolescence* 33(6); 801-812.
- Koivu A, Laukkanen E. 1998. Kouluyhteisö nuoren kasvun ja kehityksen tukijana – koulun yhteisöllisyyden kehittämiskokeilu 1995–1998. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja no 49, 1998. Kuopio.
- Koivumaa-Honkanen H, Rissanen T, Hintikka J, Honkalampi K, Haatainen K, Saharinen T & Viinamäki H. 2011. Factors associated with life satisfaction in a 6-year follow-up of depressive out-patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 46(7); 595-605.
- Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A & Richardson C. 2011. Increasing self-reported suicide attempts by adolescents in Greece between 1984 and 2007. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 46(3); 231-237.
- Kokkonen L. 2010. Pakolaisten vuorovaikutussuhteet Keski-Suomeen muuttaneiden pakolaisten kokemuksia vuorovaikutussuhteistaan ja kiinnittymisestäään uuteen sosiaaliseen ympäristöön. Väitöskirja. Jyväskylän Studies in Humanities 143. Jyväskylän yliopisto.
- Konu A & Lintonen T. 2006. School well-being in Grades 4-12. *Health Education Research* 21(5); 633-642.
- Konu A, Lintonen T & Rimpelä M. 2002. Factors associated with schoolchildren's general subjective well-being. *Health Education Research* 17(2); 155-165.
- Koponen H. 2007. Pakko-oireiset häiriöt. Kirjassa: *Psykiatria*. Lönnqvist J, Heikkinen M, Henrikson M, Marttunen M, Patronen T. 2007. *Psykiatria*. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Korhonen T, van Leeuwen P, Reijneveld S.A, Ormel J, Verhulst F.C & Huizink A.C. 2010. Externalizing behavior problems and cigarette smoking as predictors of cannabis use: the trails study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 49(1); 61-69.

- Korhonen V & Marttunen M. 2006. Mielialan vaihtelut ja mielialahäiriöt. Kirjassa: Lukkanen E, Marttunen M, Miettinen S & Pietikäinen M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim, Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna.
- Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A. 2005. The health of young adults. Baseline results of the Health 2000 study on the health of 18 to 29-year-olds and the factors associated with it. Publications of National Public Health Institute, Series B 7. Helsinki.
- Kouluterveyskysely 2008, 2009, 2010. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. <http://info.stakes.fi/kouluterveys/fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/valtak.htm> [luettu 9.12.2010]
- Kowalenko N, Wignall A, Rapee R, Simmons J, Whitefield K & Stonehouse R. 2002. The ACE-program. Working with schools to promote emotional health and prevent depression. *Youth Studies Australia* 21; 23-30.
- Kristjánsdóttir J, Sundelin C & Naessen T. 2009. Health-related self-assessed quality of life in young people at a Youth Centre in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 23(3); 465-472.
- Kröner-Herwig B, Heinrich M & Morris L. 2007. Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. *Cephalalgia* 27(6); 519-27.
- Kulbok P.A, Rhee H, Botchwey N, Hinton I, Bovbjerg V & Anderson N.L. 2008. Factors Influencing Adolescents' Decision Not to Smoke. *Public Health Nursing* 25(6); 505-515.
- Kumpulainen K. 2008. Psychiatric conditions associated with bullying. *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 20(2); 121-132.
- Kuntsche E, Rehm J & Gmel G. 2004. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science & Medicine* 59; 113-127.
- Kuronen I. 2010. Peruskoulusta elämäkouluun – ammatillisesta koulutuksesta syrjäytymisvaarassa olevien nuorten aikuisten tarinoita peruskoulusuhteesta ja elämäkulusta peruskoulun jälkeen. Koulutuksen tutkimuslaitoksen sarja, tutkimuksia 26. Jyväskylän yliopisto.

- Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Kylmä, J & Juvakka T. 2007. Hope in nursing and as a focus of nursing research. *Tutkiva Hoitotyö* 5(4); 4-8.
- Laajasalo T, Huttunen M, Lindgren M, Manninen M, Mustonen U, Suvisaari J & Therman S. 2010. Psykoosin riskioireet nuorilla. *Duodecim* 126; 1903-1910.
- Laasonen-Balk T. 2005. Neuroimaging of depression using single-photon emission computerized tomography. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede. Kopijyvä, Kuopio.
- Lahey B.B, Van Hulle C.A, Singh A.L, Waldman I.D & Rathouz P.J. 2011. Higher-order genetic and environmental structure of prevalent forms of child and adolescent psychopathology. *Archives of General Psychiatry*; 68(2):181-189.
- Lange A. 2003. Coping ability at mid-life in relation to genetic and environment influences at adolescence: a follow-up of Swedish twins from adolescence to mid-life. *Twin Research* 6(4); 344-350.
- Lastensuojelulaki 2007/417 Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa /2007 /20070417> (luettu 3.12.2010)
- Larsson B & Sund A.M. 2007. Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: influences of pain characteristics. *European Journal of Pain* 11(1); 57-65.
- Larsson B & Zaluha M. 2003. Swedish school nurses' view of school health care utilization, causes and management of recurrent headaches among school children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17; 232-238.
- Lauber C & Rössler W. 2007. Stigma towards people with mental illness in development countries in Asia. *International Review of Psychiatry* 19(2); 157-178.
- Laukkanen E, Peiponen S, Halonen P, Aivio A & Viinamäki H. 1999. Discriminant validity of the Offer Self-Image Questionnaire in Finnish 13-years-old adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry* 53; 197-201.

- Laukkanen E, Koivu A, Aivio A, Lehtonen J & Honkalampi K. 2001a. The stability and correlates of a negative coping self among adolescents. *Advances in Psychology Research* 5; 141-152.
- Laukkanen E, Korhonen V, Peiponen S, Nuutinen M & Viinamäki H. 2001b. A pessimistic attitude towards the future and low psychosocial functioning predict psychiatric diagnosis among treatment-seeking adolescents. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 35(2); 160-165.
- Laukkanen E. 2006. Todellisuudentajun häiriöt. Kirjassa: Lukkanen E, Marttunen M, Miettinen S & Pietikäinen M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim, Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna.
- Laukkanen E, Rissanen M-L, Honkalampi K, Kylmä J, Tolmunen T & Hintikka J. 2009. The prevalence of selfcutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 44; 23-8.
- Laukkanen E, Hintikka J.J, Kylmä J, Kekkonen V, Marttunen M. 2010. A brief intervention is sufficient for many adolescents seeking help from low threshold adolescent psychiatric services. *BMC Health Service Research* 6(10). DOI: 10.1186/1472-6963-10-261.
- Lavikainen J, Lahtinen E & Lehtinen V. (toim.). 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Saatavana: <http://info.stakes.fi/mielenterveystyo/FI/kirjallisuus/index.htm> (luettu 1.6.2011)
- Lavikainen J, Fryers T & Lehtinen V. (toim.) 2006. Improving Mental Health in Europe - Proposal of the MINDFUL project. Stakes. Edita, Helsinki.
- Lee C-T, Beckert T.E & Goodrich T.R 2010. The Relationship Between Individualistic, Collectivistic, and Transitional Cultural Value Orientations and Adolescents' Autonomy and Identity Status. *Journal of Youth Adolescence* 39; 882-893.
- Lehtonen J & Lönngvist J. 2007. Mielenterveys. Kirjassa: Lönngvist J, Heikkinen M, Henrikson M, Marttunen M, Patronen T. 2007. *Psykiatria*. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

- Leinonen J, Solantaus T & Punamäki R-L. 2002. The specific mediating paths between economic hardship and the quality of parenting. *International Journal of Behavioral Development* 26; 423-435.
- Leinonen J, Solantaus T & Punamäki R-L. 2003. Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *Journal of child psychology and psychiatry* 44; 227-241.
- Lepistö S, Åstedt-Kurki P, Joronen K, Luukkaala T & Paavilainen E. 2010. Adolescents' experiences of coping with domestic violence. *Journal of Advanced Nursing* 66(6); 1232-1245.
- Li C, Zou H & Yang X. 2005. Relationship between five-factors personality, teacher-student relations, and mental health of adolescents. *Chinese Journal of Clinical Psychology (abstract)* 13(4); 440-442.
- Liang H, Flisher A.J & Lombard C.J. 2007. Bullying, violence, and risk behavior in South African school students. *Child Abuse & Neglect* 31(2); 161-171.
- Lien L, Haavet O.R, Thoresen M, Heyerdahl S & Bjertness E. 2007. Mental health problems, negative life events, perceived pressure and the frequency of acute infections among adolescents. Results from a cross-sectional, multicultural, population-based study. *Acta Paediatrica* 96(2); 301-306.
- Lindberg N. 2010. Nuoruusikä ja psykopatia. *Duodecim* 126; 1568–1574.
- Lindfors K, Elovainio M, Sinkkonen J, Aalberg V & Vuorinen R. 2005. Construct Validity of the Offer Self-Image Questionnaire and Its Relationship with Self-Esteem, Depression, and Ego Development. *Journal of Youth and Adolescence* 34(4); 389-400.
- Lindsey M.A, Barksdale C.L, Lambert S.F & Ialongo N.S. 2010. Social Network Influences on Service Use Among Urban, African American Youth with Mental Health Problems. *Journal of Adolescent Health* 47(4); 367-373.
- Lindsey M.A, Korr W.S, Broitman M, Bone L, Green A & Leaf P.J. 2006. Help-Seeking Behaviors and Depression among African American Adolescent Boys *Social Work* 51(1); 49-58.
- Logan D.E & Curran J.A. 2005. Adolescent chronic pain problems in the school setting: exploring the experiences and belief of selected school personal through focus group methodology. *Journal of Adolescent Health* 37; 281-288.

- Lomos C, Hofman R.H & Bosker R.J. 2011. The relationship between departments as professional communities and student achievement in secondary schools. *Teaching & Teacher Education* 27(4); 722-731.
- López E.E, Pérez S.M, Ochoa G.M & Ruiz D.M. 2008. Adolescent aggression: Effects of gender and family and school environments. *Journal of adolescence* 31(4); 433-450.
- Lönnqvist J. 2007. Mielenterveyden häiriöiden luokittelu ja diagnostiikka. Kirjassa: *Psykiatria*. Lönnqvist J, Heikkinen M, Henrikson M, Marttunen M, Patronen T. 2007. *Psykiatria*. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Lönnqvist J. & Honkanen T. 2007. Muut psykoosit. Kirjassa: *Psykiatria*. Lönnqvist J, Heikkinen M, Henrikson M, Marttunen M, Patronen T. 2007. *Psykiatria*. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- MacCabe J.H, Lambe M.P, Cnattingius S, Sham P.C, David A.S, Reichenberg A, Murray R.M & Hultman C.M. 2010. Excellent school performance at age 16 and risk of adult bipolar disorder: national cohort study. *The British Journal of Psychiatry* 196(2); 109-115.
- MacDonald G. 2006. What is mental health? Kirjassa: Cattan M & Tilford S. (toim.) *Mental health promotion. A lifespan approach*. Open university press, Berkshire, England.
- Mak A.S, Blewitt K & Heaven P. 2004. Gender and personality influences in adolescent threat and challenge appraisals and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences* 36(6); 1483-1496.
- Malinen B. 2010. The Nature, origins, and consequences of Finnish shame-proneness: a grounded theory study. Väitöskirja. University of Helsinki, Faculty of Theology. Helsinki University Print, Helsinki.
- Marachi R, Astor R.A & Benbenishty R. 2007. Effects of student participation and teacher support on victimization in Israeli schools: An Examination of Gender, Culture, and School Type. *Journal of Youth and Adolescence* 36(2); 225-240.
- Marcotte D, Fortin L, Potvin P & Papillon M. 2002. Gender differences in depressive symptoms during adolescence: role of gender-typed characteristics,

- self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioural Disorders* 10(1); 29-42.
- Marcotte D, Lévesque N & Fortin L. 2006. Variations of cognitive distortions and school performance in depressed and non-depressed high school adolescents: a two-year longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research* 30(2); 211-225.
- Markey C.N. 2010. Invited commentary: why body image is important to adolescent development. *Journal of Youth & Adolescence* 39; 1387-1391.
- Markward M.J, Renner L.M & Evans C.J. 2008 Peer victimization and self-efficacy in coping with conflict as predictors of depressive feelings among females in early adolescence. *Advances in School Mental Health Promotion* 1(3); 49-57.
- Martin G, Swannell S, Hazell P, Harrison J & Taylor A. 2010. Self-injury in Australia: a community survey. *Medical Journal of Australia* 193(9); 506-510.
- Mayers P, Keet N, Winkler G & Flisher AJ. 2010. Mental health service user's perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *The International Journal of Social Psychiatry* 56(1); 60-73.
- Maynard M & Harding S. 2010. Ethnic differences in psychological well-being in adolescence in the context of time spent in family activities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45; 115-123.
- McDonald K, Bowker J, Rubin K, Laursen B & Duchene M. 2010. Interactions between rejection sensitivity and supportive relationships in the prediction of adolescents' internalizing difficulties. *Journal of Youth & Adolescence* 39(5); 563-574.
- McKenzie M, Olsson C.A, Jorm A.F, Romaniuk H & Patton G.C. 2010. Association of adolescent symptoms of depression and anxiety with daily smoking and nicotine dependence in young adulthood: findings from a 10-year longitudinal study. *Addiction* 105 (9); 1652-1659.
- McGillicuddy-De Lisi A.V, De Lisi R & Van Gulik K. 2008. The effect of grade level, context, and family type on male and female adolescents' distributive justice reasoning. *Journal of Adolescence* 31; 107-124.
- McLean K.C, Breen A.V & Fournier M.A. 2010. Constructing the self in early, middle and late adolescent boys: Narrative identity, individuation, and well-being. *Journal of Research on Adolescence* 20(1); 166-187.

- McMahon E.M, Reulbach U, Corcoran P, Keeley H.S, Perry I.J & Arensman E. 2010a. Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychological Medicine* 40(11); 1811-1819.
- McMahon E, Reulbach U, Keeley H, Perry I & Arensman E. 2010b. Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science & Medicine* 71; 1300-1307.
- Meadows S.O, Brown J.S & Elder G.H. 2006. Depressive symptoms, stress, and support: gendered trajectories from adolescence to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence* 35(1); 93-103.
- Meeus W, Iedema J, Maassen G & Engels R. 2005. Separationindividuation revisited: on the interplay of parent-adolescent relations, identity and emotional adjustment in adolescence. *Journal of Adolescence* 28; 89-106.
- Melartin T & Koivisto M. 2010. Hoito takkuua, lääkäri väsy. *Persoonallisuushäiriöinen potilas vastaanotolla. Duodecim* 126; 2389-2398.
- Meltzer H, Vostanis P, Ford T, Bebbington P & Dennis M.S. 2011. Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *European Psychiatry* 26(8); 498-503.
- Metso L, Ahlström S, Huhtanen P, Leppänen M & Pietilä E. 2009. Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995–2007. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 6/2009. ESPAD-tutkimusten tulokset. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Metsämuuronen J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Michael K & Ben-Zurin H. 2007. Risk-taking among adolescents: Associations with social and affective factors. *Journal of Adolescence* 30; 17-31.
- Mielenterveyslaki 1990/1116. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. (luettu 26.4.2010)
- Mielenterveystietoa 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavana: <http://www.ktl.fi/portal/suomi/osastot/mao/mielenterveystietoa/> (luettu 6.5.2011)
- Mieli 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihde-työn kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki.

- Milton B, Cook P.A, Dugdill L, Porcellato L, Springett J & Woods S.E. 2004. Why do primary school children smoke? A longitudinal analysis of predictors of smoking uptake during pre-adolescence. *Public Health* 118(4); 247-255.
- Modrzejewska R & Badura-Madej W. 2009. Change in self-image in the population of adolescents in 15 years. A comparative study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 11(2); 1509-2046.
- Mojtabai R. 2010. Mental illness stigma and willingness to seek mental health care in the European Union. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 45(7):705-712.
- Moksnes U.K, Moljord I, Espnes G & Byrne D. 2010. The association between stress and emotional states in adolescents: the role of gender and self-esteem. *Personality and Individual Differences* 49(5); 430-435.
- Moor M, Maguire A, McQueen H, Wells E.J, Elton R, Wrate R & Blair C. 2007. Improving the recognition of depression in adolescence: Can we teach the teachers? *Journal of Adolescence* 30(4); 81-95.
- Moses T. 2010. Being treated differently: Stigma experiences with family, peers, and school staff among adolescents with mental health disorders. *Social Science & Medicine* 70; 985-993.
- Mrug S & Windle M. 2010. Prospective effects of violence exposure across multiple contexts on early adolescents' internalizing and externalizing problems. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 51(8); 953-961.
- Muris P, Meesters C, Merckelbach H, Sermon A & Zwakhalen S. 1998. Worry in normal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 37(7); 703-710.
- Murray R.D, Devore C.D, Gereige R.S, Grant L.M, Roland M.M, Lamont J.H. ym. 2011. Role of the school nurse in providing school health services. *American Academy of Pediatric* 121; 1052-1056.
- Murry V.M, Heflinger C.A, Suiter S.V & Brody G.H. 2011. Examining perceptions about mental health care and help-seeking among rural African American families of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 40(9); 1118-1131.

- Myklestad I, Røysamb E & Tambs K. 2011. Risk and protective factors for psychological distress among adolescents: a family study in the Nord-Trøndelag Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. In press.
- Määttä S. 2007. Achievement strategies in adolescence and young adulthood. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä studies in education, psychology and social research 324. Jyväskylän yliopisto.
- Najman J.M, Heron M.S, Hayatbakhsh M.R, Dingle K, Jamrozik K, Bor W, O'Callaghan M.J & Williams G.M. 2008. Screening in early childhood for risk of later mental health problems: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research* 42; 694-700.
- Najman J.M, Hayatbakhsh M.R, Clavarino A, Bor W, O'Callaghan M.J & Williams G.M. 2010. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: A longitudinal study. *American Journal of Public Health* 100(91); 1719-1723.
- Neblett N & Cortina K. 2006. Adolescents' thoughts about parents' jobs and their importance for adolescents' future orientation. *Journal of Adolescence* 29; 795-811.
- Newman M, Holden G & Delville Y. 2005. Isolation and the stress of being bullied. *Journal of Adolescence* 28(3); 343-357.
- Nicel R & Egle U.T. 2006. Psychological defence styles, childhood adversities and psychopathology in adulthood. *Child Abuse & Neglect* 30; 157-170.
- Nichter M, Nichter M, Carkoglu A & Lloyd-Richardson E. 2010. Smoking and drinking among college students: "it's a package deal". *Drug and Alcohol Dependence* 106; 16-20.
- Niemelä S, Sourander A, Pilowsky D, Susser E, Helenius H, Piha J, Kumpulainen K, Moilanen I, Tamminen T & Almqvist F. 2009. Childhood antecedents of being a cigarette smoker in early adulthood. The Finnish 'From a Boy to a Man' Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 50(3); 343-351
- Niemelä S. 2008. Predictors and correlates of substance use among young men, the longitudinal: "From a boy to a man" birth cohort study. Väitöskirja. Turun

- yliopiston julkaisuja, sarja D Medica. Turun yliopisto, lääketiede. Painosalama Oy, Turku.
- Norton C. L. 2010. Into the Wilderness—A Case Study: The Psychodynamics of Adolescent Depression and the Need for a Holistic Intervention. *Clinical Social Work Journal* 38; 226–235.
- Nuorisolaki 2006/72. Saatavana: http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa /2006/200600_72 (luettu 20.4.2011)
- Nutbeam D. 2004. Theory in a nutshell: a practical guide to health promotion theories. 2nd ed. The McGraw-Hill Companies, Sydney.
- O'Connor R.C, Rasmussen S, Miles J & Hawton K. 2009. Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland. *The British Journal of Psychiatry* 194(1); 68-72.
- O'Donnell A.T, Jetten J & Ryan M.K. 2010. Who is watching over you? The role of shared identity in perceptions of surveillance. *European Journal of Social Psychology* 40(1); 135-147.
- Offer D, Ostrov E & Howard K. 1981. The adolescent: a psychological self-portrait. Basic book, New York.
- Offer D, Ostrov E, Howard K & Dolan S. 1989. A manual for the Offer self-image questionnaire for adolescents (OSIQ). Universities Press, New York.
- Offer D, Ostrov E, Howard K & Atkinson R. 1990. Normality and adolescence. *Psychiatric Clinics of North America* 13; 377-388.
- Offer D, Ostrov E, Howard K & Dolan S. 1992. Offer self-image questionnaire revised. Western Psychological Services, Los Angeles.
- Offer D & Sabshin M. 1991. Normality and the life cycle. A critical integration. Basic books, Inc, Publishers, New York.
- Olsen L.R, Mortensen E.L & Bech P. 2004. The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 110; 225–229.
- Oquendo M.A, Currier D & Mann J.J. 2006. Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: what is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114; 151-158.

- Ottawa Charter for Health Promotion 1986. First International Conference on Health Promotion. World Health Organization. Saatavana: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> (luettu 15.5.2011)
- Owens C, Crone D, Kilgour L & El Ansari W. 2010. The place and promotion of well-being in mental health services: a qualitative investigation. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 17(1); 1-8.
- Paananen R. 2011. Suomalaisrekisterit osoittavat, kuinka köyhyys ja huono-osaisuus periytyvät. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Kansanterveyden haasteet -tutkimusohjelma. Saatavana: <http://www.aka.fi/fi/A/Suomen-Akatemia/Mediapalvelut/Tiedotteet1/Suomalaisrekisterit-osoittavat-kuinka-koyhyys-huono-osaisuus-periytyvat/> (luettu 30.4.2011)
- Pagan J.L, Rose R.J, Viken R.J, Pulkkinen L, Kaprio J & Dick D.M. 2006. Genetic and environmental influences on stages of alcohol use across adolescence and into young adulthood. *Behavior Genetics* 36(4); 483-497.
- Paloheimo M. 1958. Mielenterveys ja ihmissuhteet. Ennakolta ehkäisevän mielenterveystyön periaatteet. WSOY, Porvoo.
- Park M.J, Mulye T.P, Adams S.H, Brindis C.D & Irwin C.E. 2006. The health status of young adults in the United States. *Journal of Adolescent Health* 39; 305-317.
- Parrott A.C, Milani R.M, Parmar R & Turner J.J 2001. Recreational ecstasy/MDMA and other drug users from the UK and Italy: psychiatric symptoms and psychobiological problems. *Psychopharmacology* 159; 77-82.
- Patel V, Flisher A.J, Hetrick S & McGorry P. 2007. Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet* 14; 1302-1313.
- Patronen T & Lönnqvist J. 2007. Psykiatrian käsitteitä. Kirjassa: Psykiatria. Lönnqvist J, Heikkinen M, Henrikson M, Marttunen M, Patronen T. 2007. Psykiatria. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Pearson G.S. 2010. Keeping mental health promotion alive. *Perspectives in Psychiatric Care* 46(1); 1-2.
- Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. 2003. Risk of depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *Journal of Affective Disorders* 77(1); 41-51.

- Pensola T, Gould R & Polvinen A. 2010. Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveys häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki.
- Perquin C.W, Hazebroek-Kampschreur A.A, Hunfeld J.A, Bohnen A.M, van Suijlekom-Smit L.W, Passchier J & van der Wouden J.C. 2000. Pain in children and adolescents: a common experience. *Pain* 87(1); 51-58.
- Perusopetuslaki 21.8.1998/628. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628> (luettu 5.1.2011)
- Piper F & MacDonald B. 2008. Sometimes it's harder to speak out things: How first year New Zealand tertiary students use informal online communication to help solve significant problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* (3); 1-8.
- Pirkola S & Sohlman B. (toim.) 2005. Mielenterveysatlas, tunnuslukuja Suomesta. Gummerus Kirjapaino Oy, Helsinki.
- PISA 2009. Results: What Students Know and Can Do: Student Performance in Reading, Mathematic Programme for International Student Assessment (PISA). Saatavana: http://www.oecd.org/document/53/0,3746,en_32252351_46584327_46584821_1_1_1_1,00.html and Science (Volume 1). (luettu 13.1.2011)
- Pitkänen T, Lyyra A-L & Pulkkinen L. 2005. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow up study from age 8-42 for females and males. *Addiction* 100(5); 652-661.
- Pletsch P. K, Johnson M. K, Tosi C. B, Thurston C. A & Reisch S. K. 1991. Self-image among early adolescents: Revisited. *Journal of Community Health Nursing* 8; 215-231.
- Polit D.F, Beck TC.T & Hungler B.P. 2001. Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization. Lippincott, Philadelphia.
- Porkka T, Ebeling H, Penninkilampi-Kerola V & Moilanen I. 2004. Emotional and psychosomatic symptoms in 12- to 20-year-old adolescent twins: Adolescent twins' psychosomatics. *Psychiatria Fennica* 35; 92-108.

- Potochnick S & Perreira K. 2010. Depression and anxiety among first-generation immigrant Latino youth key correlates and implications for future research. *Journal of Nervous and Mental Health Disease* 198(7); 470-477.
- Power A.K. 2010. Transforming the nation's health: next step in mental health promotion. *American Journal of Public Health* 100(12); 2343-2346.
- Puolakka K, Kiiikkala I, Haapasalo-Pesu K-M & Paavilainen E. 2011. Mental health promotion in the upper level of comprehensive school from the viewpoint of school personal and mental health workers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25; 37-44.
- Puskar K.R & Bernardo L.M. 2007. Mental health and academic achievement: role of school nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing* 12(4); 215-223.
- Pylkkänen K. 2006. Nuoruusiän itseisarvo. Kirjassa: Lukkanen E, Marttunen M, Miettinen S & Pietikäinen M. (toim.) Nuoren psyykkisten ongelmien kohtaaminen. Duodecim, Karisto Oy:n kirjapaino, Hämeenlinna.
- Päihdelinkki 2010. Tietopankki. Saatavana: <http://www.paihdelinkki.fi/tietopankki> (luettu 23.4.2011)
- Rainio S, Pere L, Lindfors P, Lavikainen H, Saarni L & Rimpelä A. 2009. Nuorten terveystapatutkimus. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2009. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2009:47. Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos. Helsinki.
- Raitasalo R & Maaniemi K. 2011. Nuorten mielenterveyden häiriöiden aiheuttamat sairauspoissaolot ja työkyvyttömyys vuosina 2004–2009. Kelan tutkimusosasto. *Nettityöpapereita* 23. Saatavana: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/25936/Nettityopapereita23.pdf?sequence=4> (luettu 30.4.2011)
- Ramey H.L, Busseri M.A, Khanna N, Hamilton Y.N, Ottawa Y.N & Rose-Krasnor L. 2010. Youth engagement and suicide risk: testing a mediated model in a Canadian community sample. *Journal of youth and adolescence* 39(3); 243-258.
- Rask K, Astedt-Kurki P, Laippala P 2002. Adolescent subjective well-being and realized values. *Journal of Advanced Nursing* 38(3); 254-263.

- Rask K, Åsted-Kurki P, Paavilainen E & Laippala P. 2003. Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 17(2); 129-138.
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Hölling H, Bullinger M, Barkmann C, Schulte-Markwort M & Döpfner M. 2008. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *European Child & Adolescent Psychiatry* 17(Suppl 1); 22-33.
- Renk K, Oliveros A, Roddenberry A, Klein J, Sieger K, Roberts R & Phares V. 2007. The relationship between maternal and paternal psychological symptoms and ratings of adolescent functioning. *Journal of Adolescence* 30; 467-485.
- Reupert AE & Maybery D. 2010. "Knowledge is power": educating children about their parent's mental illness. *Social Work in Health Care* 49(7); 630-646.
- Rhee H, Holditch-Davis D & Miles M.S. 2005. Patterns of physical symptoms and relationships with psychosocial factors in adolescents. *Psychosomatic Medicine* 67; 1006-1012.
- Rickwood DJ. 2011. Promoting youth mental health: Priorities for policy from an Australian perspective. *Early Intervention in Psychiatry* 5(1 SUPPL); 40-45.
- Rickwood D.J, Deane F.P & Wilson C.J. 2007. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *The Medical Journal of Australia* 187(7 Suppl); S35-S39.
- Rimpelä M, Fröjd S & Peltonen H. (toim.) 2010. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen perusopetuksessa 2009. Koulutuksen seurantaraportit 2010:1. Opetushallitus ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rissanen M-L, Kylmä J & Laukkanen E. 2008. Descriptions of self-mutilation among Finnish adolescents: a qualitative descriptive inquiry. *Issues in Mental Health Nursing* 29; 145-16.
- Rodham K, Hawton K, Evans E & Weatherall R. 2005. Ethnic and gender differences in drinking, smoking and drug taking among adolescents in England: a self-report school-based survey of 15 and 16 year olds. *Journal of Adolescence* 28(1); 63-73.

- Rodrigo C, Welgama S, Gurusinghe J, Wijeratne T, Jayananda G & Rajapakse S. 2010. Symptoms of anxiety and depression in adolescent students; a perspective from Sri Lanka. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 4(10); 1-3
- Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stöven H, Schwarzenberger J & Schmucker P. 2005. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 115(2): e152-162.
- Rowling L. 2006. Adolescence and emerging adulthood (12-17 years and 18-24 years). Kirjassa: Cattan M & Tilford S. (toim.) *Mental health promotion: A lifespan approach*. Mc Graw Hill: Open University Press, Buckingham.
- Russel V & Deborah C. 2005. Fatigue and somatic symptoms. *BMJ* 330; 1012-1015.
- Rutledge C.M, Rimer D, Scott M. 2008. Vulnerable Goth teens: the role of schools in this psychosocial high-risk culture. *Journal of school health* 78; 459-464.
- Saban A & Flisher A. 2010. The Association Between Psychopathology and Substance Use in Young People: A Review of the Literature. *Journal of Psychoactive Drugs* 42(1); 37-47.
- Saha S, Chant D, Welham J & McGrath J. 2005. A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine* 2(5); 0413-0433.
- Salmela J. 2006. Läheisten tuki ja onnistumisen kokemukset lisäävät nuorten itsearvostusta. Väitöskirja. Chydenius instituutin tutkimuksia 1/2006. Jyväskylän yliopisto. Gummerus Kirjapaino, Saarijärvi.
- Salo S. 2011. Parisuhdeongelmat ja lasten psyykinen hyvinvointi: kaksi tutkimusnäkökulmaa. Väitöskirja. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 419. Jyväskylä.
- Samargia L.A, Saewyc E.M & Elliot B.A. 2006. Foregone mental health care and self-reported access barriers among adolescents. *Journal of School Nursing* 22(1); 17-24.
- Samm A, Tooding L, Sisask M, Kolves K, Aasvee K & Varnik A. 2010. Suicidal thoughts and depressive feelings amongst Estonian schoolchildren: effect of family relationship and family structure. *European Child & Adolescent Psychiatry* 19(5); 457-468.

- Sanchez Y.M, Lambert S.F & Ialongo N.S. 2011. Adverse life events and depressive symptoms in African American youth: the role of control-related beliefs. *Depression Research and Treatment* DOI: 10.1155/2011/871843.
- Sawyer M.G, Miller-Lewis L.R & Clark J.J. 2007. The Mental Health of 13–17 Year-Olds in Australia: Findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Journal of Youth and Adolescence* 36; 185-194.
- Sawyer M.G, Pfeiffer S, Spence S.H, Bond L, Graetz B, Kay D, Patton G & Sheffield J. 2010. School-based prevention of depression: A randomised controlled study of the beyondblue schools research initiative. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51; 199-209.
- Schilling E.A, Aseltine R.H & Gore S. 2007. Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health* 7(30). DOI 10.1186/1471-2458-7-30.
- Schooler D & Trinh S. 2011. Longitudinal associations between television viewing patterns and adolescent body satisfaction. *Body Image* 8(1); 34-42.
- Schulte-Rüther M, Markowitsch H.J, Fink G.R & Piefke M. 2007. Mirror neuron and theory of mind mechanisms involved in face-to-face interactions: a functional magnetic resonance imaging approach to empathy. *Journal of Cognitive Neuroscience* 19(8); 1354-1372.
- Scott M, Wilcox H, Huo Y, Turner J.P, Fisher P & Shaffer D. 2010. School-Based Screening for Suicide Risk: Balancing Costs and Benefits. The role and value of school-based health care. *American Journal of Public Health* 100(9); 1648-1652.
- Seedhouse D. 2004. *Health promotion: philosophy, prejudice and practice*. John Wiley & Sons, Ltd. England.
- Seiffe-Krenke I & Stemmler M. 2002. Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: a test of three development models. *Journal of Youth and Adolescence* 31(6); 405-417.
- Shastri P.C. 2009. Promotion and prevention in child mental health. *Indian Journal of Psychiatry* 51(2); 88-95.
- Sheldon K.M. 2005. Positive value change during college: Normative trends and individual differences. *Journal of Research in Personality* 39; 209-223.

- Shelton K.H, Harold G.T, Fowler T.A, Rice F.J, Neale M.C, Thapar A & van den Bree M.B.M. 2008. Parent–child relations, conduct problems and cigarette use in adolescence: examining the role of genetic and environmental factors on patterns of behavior. *Journal of Youth Adolescence* 37; 1216-1228.
- Simpson K, Janssen I, Boyce W.F & Pickett W. 2006. Risk taking and recurrent health symptoms in Canadian adolescents. *Preventive Medicine* 43(1); 46-51.
- Sinokki M. 2010. Työyhteisö – uhka ja tuki mielenterveydelle. *Duodecim* 126; 1803-1809.
- Smith-Merry J. 2008. Improving mental health and wellbeing in Scotland: A model policy approach. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health* 7(3); 1446-7984.
- Sneed J.R, Hamagami F, McArdle J, Cohen P & Chen H. 2007. The dynamic interdependence of developmental domains across emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence* 36(3); 351-362.
- Sneed J.R, Whitbourne S.K & Culang M.E. 2006. Trust, identity, and ego integrity: modeling Erikson’s core stages over 34 years. *Journal of Adult Development* 13; 148-157.
- Sohlman B. 2004. Funktionaalinen mielenterveyden teoria positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Tutkimuksia Stakes, Helsinki.
- Solberg M.E, Olweus D & Endesen I.M. 2007. Bullies and victims at school: are they the same pupils? *British Journal of Educational Psychology* 77; 441-464.
- Spunt R.P, Satpute A.B & Lieberman M.D. 2011. Identifying the what, why, and how of an observed action: an fMRI study of mentalizing and mechanizing during action observation. *Journal of Cognitive Neuroscience* 23(1); 63-74.
- Staten R. 2010. Are we preparing our nursing workforce to provide mental health promotion? *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* 23(4); 244-245.
- Stein M.B. 2006. An epidemiologic perspective on social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 67(Suppl 12); 3-8.
- Steinhausen H-C 2006. Developmental psychopathology in adolescence: findings from a Swiss study – the NAPE Lecture 2005. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113; 6-12.

- Steinhausen H.C, Haslimeier C & Metzke C. 2007. Psychosocial factors in adolescent and young adult self-reported depressive symptoms: causal or correlational associations? *Journal of Youth and Adolescence* 36; 89-100.
- Steinhausen H-C, Metzke C.W. 2007. Continuity of functional somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Psychology and Psychiatry* 48; 508-513.
- Sterba S.K, Copeland W, Egger H.L, Costello E, Erkanli A & Angold A. 2010. Longitudinal dimensionality of adolescent psychopathology: testing the differentiation hypothesis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 51(8); 871-884.
- Stevens G & Vollebergh W. 2008. Mental health in migrant children. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 49(3); 276-294.
- STM 2001. Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaate-päätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Toinen painos. Edita Oy, Helsinki.
- STM 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Yliopistopaino, Helsinki.
- STM 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Saatavana: http://groups.stakes.fi/MTR/FI/julkaisut/Mtr_julkaisut.htm (luettu 1.6.2011)
- Stoddard S.A, McMorris B.J & Sieving R.E. 2011. Do Social Connections and Hope Matter in Predicting Early Adolescent Violence? *American Journal of Community Psychology* 40; 278-295.
- Storrie K, Ahern K & Tuckett A. 2010. A systematic review: Students with mental health problems - A growing problem. *International Journal of Nursing Practice* 16(1); 1-6.
- Sun Y.P, Zhang B, Dong Z.J, Yi M.J, Sun D.F & Shi S.A. 2008. Psychiatric state of college students with a history of childhood sexual abuse. *World Journal of Pediatrics* 4(4); 289-294.
- Suomen perustuslaki 1999/731. Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> (luettu 8.3.2011)

- Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Henriksson T, Härkänen T, Saarni I.A, Perälä J, Schreck M, Castaneda A, Hintikka J, Kestilä L, Lähteenmäki S, Latvala A, Koskinen S, Marttunen M, Aro H & Lönnqvist L. 2009. Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 39; 287-299.
- Swannell S, Hand M & Martin G. 2009. The Effects of a Universal Mental Health Promotion Programme on Depressive Symptoms and Other Difficulties in Year Eight High School Students in Queensland, Australia. *School Mental Health*, 1(4); 229-239.
- Sweeting H, West P, Young R & Der G. 2010. Can we explain increases in young people's psychological distress over time? *Social Science & Medicine* 71(10); 1819-1830.
- Sweeting H.N, West P.B & Der G.J 2007. Explanation Explanation for female excuss psychosomatic symptoms in adolescence: evidence from a school-based cohort in the West of Scotland. *BMC Public Health*. 22(7); 298. DOI: 10.1186/1471-2458-7-298. Saatavana: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2233615/?tool=pubmed> (luettu 22.4.2011)
- Tamplin A & Goodyer I. 2001. Family functioning in adolescents at high and low risk for major depressive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry* 10; 170-179.
- Ter Wolbeek M, van Doornen L.J, Kavelaars A & Heijnen C.J. 2006. Severe fatigue in adolescents: a common phenomenon? *Pediatrics* 117(6). Saatavana: www.pediatrics.org/cgi/content/full/117/6/e1078 (luettu 22.4.2011)
- Ter Wolbeek M, van Doornen L, Kavelaars A & Heijnen C.J. 2008. Predictors of persistent and new-onset fatigue in adolescent girls. *Pediatrics* 121; e449-e457.
- Terveydenhuoltolaki 2010. Saatavana: http://www.stm.fi/vireilla/lainsaadanto_hankkeet/sosiaali_ja_terveydenhuolto/terveydenhuoltolaki (luettu 7.6.2011)
- Thomas R & Zimmer-Gembeck M.J. 2007. Behavioral outcomes of parent-child interaction therapy and triple P - positive parenting program: a review and meta-analysis, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 475-495.
- Tilastokeskus 2006. <http://www.tilastokeskus.fi/til/ksyyt/index.html> (luettu 1.6.2011)

- Tilley S & Chambers M. 2003. A systematic review on the effectiveness of school nurse implemented mental health screening available or adolescents in schools. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 10; 625–626.
- Topper L.R, Castellanos-Ryan N, Mackie C & Conrod P.J. 2011. Adolescent bullying victimisation and alcohol-related problem behaviour mediated by coping drinking motives over a 12month period. *Addictive Behaviors* 36; 6-13.
- Torgersen S. 2009. Personality and individual differences. The nature of personality disorders. *Scandinavian Journal of Psychology* 50; 624-632.
- Tosevski DL, Milovancevic MP & Gajic SD. 2010. Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry* 23(1); 48
- Tummolini L, Castelfranchi C, Pacherie E. & Dokic J. 2006. From mirror neurons to joint actions. *Cognitive Systems Research* 7; 101-112.
- Tusaie K.R. 2008. Positive development in children and adolescent. *Archives of Psychiatric Nursing* 22(6); 389-390.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Edita Prima Oy, Helsinki.
- Tyssen R, Røvik J.O, Vaglum P, Grønvold N.T & Ekeberg O. 2004. Help-seeking for mental health problems among young physicians: Is it the most ill that seeks help? A longitudinal and nationwide study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39; 989-993.
- Uusitalo T. 2007. Nuorten itsemurhat Suomessa. Lapsiasiavaltuutetun toimiston selvityksiä 2:2007. Sosiaali- ja terveysministeriö. Jyväskylä.
- Van den Berg P.A, Mond J, Eisenberg M, Ackard D & Neumark-Sztainer .D. 2010. The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *Journal of Adolescent Health* 47(3); 290-296.
- Van den Berg P.A, Neumark-Sztainer D, Eisenberg M.E & Haines J.2008. Racial/Ethnic Differences in Weight-related Teasing in Adolescents. *Obesity* 16(2); 83-90.

- Vanheusden K, Mulder C.L, van der Ende J, van Lenthe F.J, Mackenbach JP & Verhulst F.C. 2008. Young adults face major barriers to seeking help from mental health services. *Patient Education & Counselling* 73(1); 97-104.
- Van Oort F-V, Greaves-Lord K, Ormel J, Verhulst F.C & Huizink A.C. 2010. Risk indicators of anxiety throughout adolescence: The TRAILS study. *Depression and Anxiety* 20. DOI: 10.1002/da.20818.
- Van Oort F, Joung I, Mackenbach J, Verhulst F, Bengi-Arslan L, Crijnen A & van der Ende J. 2007. Development of ethnic disparities in internalizing and externalizing problems from adolescence into young adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48(2); 176-184.
- Van Ryzin M.J. 2011. Protective factors at school: reciprocal effects among adolescents' perceptions of the school environment, engagement in learning, and hope. *Journal of Youth and Adolescence* DOI: 10.1007/s10964-011-9637-7 Saatavana: [http://www.springerlink.com /content/ b0m6104k53782t8r/](http://www.springerlink.com/content/b0m6104k53782t8r/) (luettu 2.4.2011)
- Vazsonyi A.T & Belliston L.M. 2006. The Cultural and Developmental Significance of Parenting Processes in Adolescent Anxiety and Depression Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence* 35(4); 491-505.
- Vervoort M, Scholte R & Overbeek G. 2010. Bullying and victimization among adolescents: the role of ethnicity and ethnic composition of school class. *Journal of Youth and Adolescence* 39(1); 1-11.
- Vida R, Brownlie E.B, Beitchman J.H, Adlaf E.M, Atkinson L, Escobar M, Johnson C.J, Jiang H, Koyama E & Bender D. 2009. Emerging adult outcomes of adolescent psychiatric and substance use disorders. *Addictive Behaviors* 34(10); 800-805.
- Virtanen R, Aromaa M, Rautava P, Metsähonkala L, Anttila P, Helenius H & Sillanpää M. 2007. Changing headache from preschool age to puberty. A controlled study. *Cephalalgia* 27; 294-303.
- Wadsby M, Svedin C.G & Sydsjö G. 2007. Children of mothers at psychosocial risk growing up: A follow up at the age of 16. *Journal of Adolescence* 30(1); 147-164.

- Väänänen J.M, Fröjd S, Ranta K, Marttunen M, Helminen M & Kaltiala-Heino R. 2011. Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. *Journal of Affective Disorders* 133(1-2); 97-104.
- Wahlbeck K & Taipale V. 2006. Europe's mental health strategy. *British Medical Journal* 333; 210-211.
- Waldfogel J, Craigie T.A & Brooks-Gunn J. 2010. Fragile families and child wellbeing. *Future Child* 20(2); 87-112.
- Wang Y-P, Lederman L.P, Andrade L.H & Gorenstein C. 2007. Symptomatic expression of depression among Jewish adolescents: effects of gender and age. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 43(1); 79-86.
- Waters E, Stewart-Brown S, Fitzpatrick R. 2003. Agreement between adolescent self-report and parent reports of health and well-being: results of an epidemiological study. *Child: Care, Health and Development* 29(6); 501-509.
- Waters E, Wake M, Toumbourou J, Wright M & Salomon L. 1999. Prevalence of emotional and physical health concerns amongst young people in Victoria. *Journal of Paediatrics and Child Health* 35; 28-33.
- Weare K. 2000. *Promoting Mental, Emotional and Social Health. A. Whole School Approach.* St Edmundsbury Press, London.
- Wheeler S.B. 2010 Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision-making: An examination of early sexual intercourse and illegal substance use. *Journal of Adolescent Health* 47; 582-590.
- WHO 2002. *Prevention and Promotion in Mental Health Mental Health: Evidence and Research Department of Mental Health and Substance Dependence World Health Organization.* Geneva, Switzerland.
- WHO 2005. *Promoting Mental Health. Concepts, emerging evidence, practice. A report if the World Health Organization, Development of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne.* Printed in Singapore, Geneva.
- WHO 2007. *Mental health: strengthening mental health promotion.* Saatavana: http://www.allcountries.org/health/mental_health_strengthening_mental_health_promotion.html (luettu 18.3.2011)

- WHO 2010. Mental Health Promotion in Young People – an Investment for the Future. Saatavana: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0013/121135/E94270.pdf (luettu 13.6.2011)
- Wilcox H & Anthony J. 2004. The development of suicide ideation and attempts: an epidemiologic study of first graders followed into young adulthood. *Drug and Alcohol Dependence* 7(76); 553-67.
- Wilkinson R. 2004. The role of parental and peer attachment in the psychological health and self-esteem of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 33 (6); 479-493.
- Wilson G, Pritchard M & Revalee B. 2005. Individual differences in adolescent health symptoms: the effect of gender and coping. *Journal of Adolescent* 28(3); 369-379.
- Wiseman C.V, Sunday S.R & Becker A.E. 2005. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 14(13); 453-471.
- Woelders L, Larsen J, Scholte R, Cillessen A & Engels R. 2010. Friendship group influences on body dissatisfaction and dieting among adolescent girls: a prospective study. *Journal of Adolescent Health* 47(5); 456-462.
- Woodhouse A. 2010. Is there a future in mental health promotion and consultation or nurses? *Contemporary Nurse* 34(2); 177-189.
- World Federation for Mental Health 2009. Making mental health a global priority. current initiatives & programs. Saatavana: <http://www.wfmh.org/> (luettu 22.4.2011)
- Wright K.N. 2010. "Giving voice" to youths in out-of-home placements. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 20(3); 335-348,
- Yearwood E.L & DeLeon S.M.L. 2010. Global issues in mental health across the life span: challenges and nursing opportunities. *Nursing Clinics of North America* 45(4); 501-519.
- Yoo J.J & Johnson K.K. 2007. Effects of appearance-related teasing on ethnically diverse adolescent girls. *Adolescence* 42(166); 353-380.
- Zayas L, Gulbas L.E, Fedoravicius N & Cabassa L.J. 2010. Patterns of distress, precipitating events, and reflections on suicide attempts by young Latinas. *Social Science and Medicine* 70(11); 1773-1779.

- Zechmeister I, Kilian R & McDaid D. 2008. Is it worth investing in mental health promotion and prevention of mental illness? A systematic review of the evidence from economic evaluation. *BMC Public Health* 8;20.doi:10.1186/1471-2458-8-20.
- Zhang J, Xiao S & Zhou L. 2010. Mental disorders and suicide among young rural chinese: a case-control psychological autopsy study. *The American Journal of Psychiatry* 167; 773-781.
- Zimmer-Gembeck M.J & Locke E.M. 2007. The socialization of adolescent coping behaviours: Relationships with families and teachers. *Journal of Adolescence* 30(1); 1-16.

1. Emotional Health (=nuoren kokemus psyykkisestä terveydestä)

- 01 Ollessani toisten seurassa pelkään, että joku tekee minusta pilaa
- 06 Tunnen oloni enimmäkseen hämmentyneeksi
- 08 Syytän itseäni usein silloin, kun siihen ei olisi aihetta
- 09 Sukupuolielimeni ovat kooltaan normaalit
- 011 Joskus häpeän itseäni niin paljon, että haluan vain piiloutua johonkin nurkkaan itkemään
- 014 Useimmiten koen tunne-elämäni tyhjäksi
- 018 Ajattelen, että mieluummin kuolen kuin jatkan elämääni
- 020 Muut ihmiset eivät tavoittele minua hyötymistarkoituksessa
- 023 Vaikka olen jatkuvasti touhuamassa jotain, tuntuu siltä, etten saa mitään aikaan
- 024 Uskon pystyväni erottamaan totuuden ja mielikuvituksen toisistaan
- 028 Kun astun vieraaseen huoneeseen, minulle tulee outo tunne
- 031 Kun olen toisten seurassa, minua huolestuttavat kuulemani oudot äänet
- 035 Minulla ei ole pelkoja, joita en ymmärtäisi
- 036 Kukaan ei voi vahingoittaa minua pelkästään sillä, ettei pidä minusta

2. Superiour Adjustment (=sopeutumista itsen, toisten ja ympäristön kanssa)

- 04 Luulen, etten selviäisi, jos joutuisin eroon kaikista tuntemistani ihmisistä
- 07 En pidä asioiden järjestelemisestä enkä niiden selvittelemisestä
- 012 Jos jotakuta ystävääni kohtaa vaikea vastoinkäyminen, minäkin tulen surulliseksi
- 013 Olen hyvä oppilas koulussa
- 015 Yhteiskuntamme on kilpailuyhteiskunta eikä se pelota minua
- 016 Minun on vaikea solmia uusia ystävyysuhteita
- 017 Läheinen työskentely toisen nuoren kanssa ei koskaan tuota minulle iloa
- 021 Jos tiedän joutuvani uuteen tilanteeseen, yritän saada siitä etukäteen selville mahdollisimman paljon-

- 022 Aina, kun epäonnistun jossain, yritän saada selville, mitä voin tehdä välttyäkseni toisilta epäonnistumisilta
- 027 Olen varma, etten pysty tulevaisuudessa itse kantamaan vastuuta asioistani
- 030 En pyri harjoittelemaan selviytymistä uusissa tilanteissa
- 032 En pidä vaikeiden ongelmien ratkaisemisesta
- 033 Pieni huoli tulevaisuudesta tekee siitä selviämisen helpommaksi
- 034 Uusien älyllisten ongelmien pohtiminen on haastavaa

3. Mastery (=hallinnan tunne)

- 02 Useimmiten ajattelen, että maailma on jännittävä paikka elää
- 03 Uskon, että vanhempani voivat tulevaisuudessa olla ylpeitä minusta
- 05 Jos paneudun asiaan, voin oppia melkein mitä tahansa
- 010 Yleensä suoritukseni ovat ainakin yhtä hyviä kuin vierustoverillakin
- 019 Kun päätän tehdä jotain, teen sen myös
- 025 Elämä tuntuu minusta loputtomalta sarjalta ongelmia, joihin en näe ratkaisua
- 026 Tunnen kykeneväni tekemään päätöksiä
- 029 Minusta tuntuu, etten ole lahjakas millään alueella
- 037 Aikuistuminen pelottaa minua
- 038 Toistan asioita jatkuvasti varmistuakseni siitä, että olen oikeassa

Offerin elämänhallintaa mittaavassa Offer Self-Image Questionnaire –osiossa kaikissa väittämissä on kuusi vaihtoehtoa, joista nuori valitsee itseään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon.

- 1. = Kuvailee minua erittäin hyvin
- 2. = Kuvailee minua hyvin
- 3. = Kuvailee minua melko hyvin
- 4. = Kuvailee minua melko huonosti
- 5. = Ei oikeastaan kuvaile minua
- 6. = Ei kuvaile minua lainkaan

Psykosomaattiset oireet: Kuinka usein sinulla on seuraavia oireita?

1. Päänsärky
2. Niska-hartiakipu
3. Vatsakipu
4. Selkäkipu
5. Väsymys
6. Ärtynisyys
7. Hermostuneisuus
8. Vaikeus päästä uneen
9. Masentuneisuus
10. Jännittyneisyys
11. Huimaus
12. Ruokahaluttomuus
13. Alakuloisuus
14. Heräily öisin

Kaikissa kohdissa on viisi vastausvaihtoehtoa, josta nuori valitsee yhden. (1. harvoin tai ei koskaan, 2. noin kerran kuukaudessa, 3. noin kerran viikossa, 4. useammin kuin kerran viikossa, 5. lähes päivittäin)

Huolet: Kuinka usein sinua huolestuttavat seuraavat asiat?

1. Koulusaavutukset
2. Kiusaaminen koulussa
3. Ystävien puute
4. Kiireiset vanhemmat
5. Riidat kotona
6. Perheenjäsenen sairaus
7. Perheemme raha-asiat
8. Vanhempien työttömyys
9. Vaikeudet opettajan kanssa

(1 = ei koskaan, 2 = joskus, 3. = usein, 4. = erittäin usein)

Tyytyväisyys itseän: Oletko yleensä tyytyväinen itseesi?

(1. = hyvin tyytyväinen, 2. = melko tyytyväinen, 3. = en ollenkaan tyytyväinen)

Tulevaisuuteen suuntautuminen: Mitä ajattelet tulevaisuudestasi?

(1. = luotan siihen, että elämäni järjestyy, 2. = en ole paljon ajatellut tulevaisuutta, 3. = tulevaisuus tuntuu pelottavalta)

Kokemukset vanhempi-suhteista: Millainen suhde sinulla on äitiin/isään

1. Lämmin
2. Toisianne kunnioittava
3. Luottamuksellinen
4. Riitainen
5. Välinpitämätön

(1 = ei kuvaa lainkaan, 2. kuvaa jonkin verran, 3. kuvaa melko hyvin, 4. kuvaa erittäin hyvin)

Päihteiden käyttö: Tupakoitko?

(1. = en tupakoi 2. = tupakoin joskus, 3. tupakoin kerran tai useamman viikossa, 4. = tupakoin päivittäin)

Käytätkö alkoholia?

(1. = en lainkaan, 2. = käytän alkoholia joskus, 3. käytän alkoholia kerran pari kuukaudessa, 4. = käytän alkoholia kerran tai useammin viikossa)

Oletko kokeillut jotakin huumausaineita?

(1. = en ole kokeillut, 2. = olen kokeillut kerran tai pari, 3. = olen kokeillut muutamia kertoja)

Kokemukset koulunkäynnistä: Koetko koulunkäynnin useimmiten?

(1. = erittäin kevyeksi, 2. = kevyeksi, 3 = raskaaksi, 4. = erittäin raskaaksi)

Miten viihdyt koulussa?

(1. = erittäin hyvin, 2. = melko hyvin, 3 = melko huonosti, 4. = hyvin huonosti)

KYSELYLOMAKE

Liite 2

VASTAUSOHJE:

Useampien kysymysten kohdalla Sinun tarvitsee vain **ympyröidä vastausvaihtoehto**, joka kuvaa sinua parhaiten. Joissakin kohdissa on tyhjä viiva, niihin kohtiin voit kirjoittaa vastauksen omin sanoin!

Vastaathan kaikkiin kysymyksiin, se on tutkimuksen kannalta tärkeää!

Sukupuoli: 1. nainen 2. mies

Syntymäaika: _____

Siviilisäätty: 1. naimaton 2. avoliitossa 3. avioliitossa
4. eronnut 5. leski

Olen tällä hetkellä (ympyröi oikea vaihtoehto ja täydennä sen kohdalla oleva lause)

1. opiskelija, mihin ammattiin opiskelet: _____

2. työelämässä, mitä työtä teet: _____

3. työtön, kuinka kauan työttömyys on jatkunut: _____

4. jotain muuta, mitä:

Koulutukseni:

1. peruskoulu
 2. ylioppilastutkinto
 3. ammatillinen tutkinto
(ammattikoulu/opisto)
 4. AMK –tutkinto
 5. alempi korkeakoulututkinto
 6. ylempi korkeakoulututkinto
-

Tuntuuko Sinusta siltä, että elämäsi on juuri nyt

1. hyvin kiinnostavaa
2. melko kiinnostavaa
3. melko ikävää
4. hyvin ikävää

Tuntuuko Sinusta siltä, että elämäsi on juuri nyt

1. hyvin onnellista
2. melko onnellista
3. melko onnetonta
4. hyvin onnetonta

Tuntuuko Sinusta siltä, että elämäsi on juuri nyt

1. hyvin helppoa
2. melko helppoa
3. melko kovaa
4. hyvin kovaa

Tuntuuko Sinusta siltä, että juuri nyt olet yksinäinen?

1. hyvin yksinäinen
2. melko yksinäinen
3. en lainkaan yksinäinen

Millaiseksi koet oman terveytesi tällä hetkellä?

1. hyvä
2. melko hyvä
3. melko huono
4. huono

Onko Sinulla jotain sellaisia psyykkisiä oireita, jotka haittaavat Sinun toimintakykyäsi arkipäivän elämässä?

1. ei ollenkaan 2. jonkin verran 3. melko paljon 4. paljon

Jos Sinulla on tällaisia oireita, millaisia ne ovat:

Onko Sinulla jokin lääkärin toteama sairaus? (Esim. astma tai masennus)

Mikä sairaus: _____

Onko Sinulla tähän sairauteen lääkitys:

1. ei ole lääkitystä 2. käytän lääkitystä tarvittaessa
3. on säännöllinen lääkitys

Käyttämäsi lääkkeen nimi: _____

Oletko ollut koskaan sairaalahoitossa jonkin sairauden takia?

1. ei 2. kyllä

Milloin ja minkä sairauden takia?

Miten suhtaudut tulevaisuuteen?

1. erittäin toiveikkaasti 2. melko toiveikkaasti 3. en oikein toiveikkaasti
4. tuntuu ihan toivottomalle

Mitä ajattelet tulevaisuudesta?

1. luotan siihen, että elämäni järjestyy
2. en ole paljon ajatellut tulevaisuutta
3. tulevaisuus pelottaa minua

Kuinka tärkeää Sinun mielestäsi koulutus on myöhemmän elämän kannalta?

1. ei lainkaan tärkeää
 2. ei kovinkaan tärkeää
 3. melko tärkeää
 4. erittäin tärkeää
-

Onko Sinulla läheisiä ystäviä?

1. ei ole yhtään läheistä ystävää
2. on yksi läheinen ystävä
3. on useita läheisiä ystäviä

Onko Sinulla elämänkumppania/tyttö/poikaystävää?

1. elän parisuhteessa
2. seurustelen parhaillaan
3. olen seurustellut, mutta en seurustele nyt
4. en ole koskaan seurustellut, mutta olen kiinnostunut jos sopiva ihminen löytyy
4. en ole seurustellut, enkä ole kiinnostunut seurustelemaan kenenkään kanssa

Valitse neljästä vaihtoehdosta parhaiten sinun ja vanhempiesi välistä suhdetta kuvaava väittämä

Esimerkki: Valitaan vain yksi vaihtoehto ympyröiden oikea kohta!

Millainen suhde.....	Ei kuvaa lainkaan	Kuvaa jonkin verran	Kuvaa melko hyvin	Kuvaa erittäin hyvin
1. Lämmin	(1)	(2)	(3)	(4)

Millainen suhde sinulla on äitiin

Suhde äitiin	Ei kuvaa lainkaan	Kuvaa jonkin verran	Kuvaa melko hyvin	Kuvaa erittäin hyvin
1. Lämmin	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Toisiamme kunnioittava	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Luottavainen	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Riitainen	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Välinpitämätön	(1)	(2)	(3)	(4)

Millainen suhde sinulla on isään

Suhde isään	Ei kuvaa lainkaan	Kuvaa jonkin verran	Kuvaa melko hyvin	Kuvaa erittäin hyvin
1. Lämmin	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Toisiamme kunnioittava	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Luottavainen	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Riitainen	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Välinpitämätön	(1)	(2)	(3)	(4)

Oletko koskaan tupakoinut elämäsi aikana?

1. kyllä
2. en

Tupakoitko nykyisin

1. kyllä, päivittäin
2. satunnaisesti
3. en lainkaan

Miten paljon poltat nykyisin?

keskimäärin _____ (kpl) savuketta päivässä

Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?

1. en koskaan
2. noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
3. 2 - 4 kertaa kuukaudessa
4. 2- 3 kertaa viikossa
5. 4 kertaa viikossa tai useammin

Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia? (yksi annos on esim. olutpullo, viinilasillinen, ravintola-annos väkevää alkoholijuomaa)

1. 1–2 annosta
2. 3–4 annosta
3. 5–6 annosta
4. 7–9 annosta
5. 10 tai enemmän

Kuinka usein juot alkoholia kerralla 6 annosta tai enemmän?

1. en koskaan
2. harvemmin kuin kerran/kk
3. kerran kuukaudessa
4. kerran viikossa
5. päivittäin tai lähes päivittäin

Kuinka usein vuoden aikana olet ollut pois koulusta tai työstä alkoholinkäytön takia?

1. en koskaan
2. harvemmin kuin kerran kuussa
3. kerran kuukaudessa
4. kerran viikossa
5. päivittäin tai lähes päivittäin

Käytätkö huumeita?

1. en ole koskaan kokeillut enkä käyttänyt
2. olen kokeillut, mutta en enää käytä
3. käytän satunnaisesti, mitä huumetta: _____
4. käytän säännöllisesti, mitä huumetta: _____

Missä määrin Sinua on viimeiseen kuukauden aikana vaivannut jokin seuraavista oireista?

Esimerkki: Valitaan vain yksi vaihtoehto ympyröiden oikea kohta!

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon
1. Päänsärky.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Muistathan vastata kaikkiin kysymyksiin!!!

Missä määrin Sinua on viimeiseen kuukauden aikana vaivannut?

	Ei lainkaan	Melko vähän	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin Paljon
1. Päänsärky	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Hermostuneisuus tai sisäinen rauhattomuus	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Ajatukset, sanat tai mielikuvat, joita et saa mielestäsi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Heikotuksen tai huimauksen tunne.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Seksuaalisen mielenkiinnon tai nautinnon tunteen väheneminen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Toisia kohtaan tuntemanne arvostelunhalu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Ajatus, että joku voi säädellä ajatuksiasi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Tunne siitä, että muut ovat syyppäitä useampiin vaikeuksiisi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Vaikeus muistaa asioita	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Pelko, että olet huolimaton tai piittaamaton	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Tunne, että ärsyynnyt tai suutut helposti	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
12. Sydän- tai rintakivut	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Pelontunne avoimilla paikoilla tai kadulla	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

14. Tarmokkuuden puuttuminen tai väheneminen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Ajatukset elämäsi lopettamisesta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. Se, että kuulet ääniä, joita muut eivät kuule	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Vapina	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Tunne, että useampiin ihmisiin voi luottaa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Huono ruokahalu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. Itkuherkkyys	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Ujous tai vaivaantuneisuus vastakkaisen sukupuolen seurassa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
22. Tunne, että olet umpikujassa tai loukussa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
23. Pelästyminen äkillisesti ilman syytä	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
24. Tunteenpurkaukset, joita et pysty hillitsemään	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
25. Se, että pelkää lähteä yksin ulos kotoa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
26. Itsesyytökset.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
27. Kivut ristiselässä	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
28. Tunne, että olet lukossa, etkä saa asioita hoidetuksi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
29. Yksinäisyys	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
30. Alakuloisuus	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
31. Liika asioiden murehtiminen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
32. Kiinnostuksen puute lähes kaikkeen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
33. Pelokkuus	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
34. Se, että loukkaantuu helposti	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
35. Se, että toiset ihmiset ovat tietoisia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

yksityisistä ajatuksistasi					
36. Tunne, että muut ihmiset eivät ymmärrä sinua tai eivät tunne myötätuntoa sinua kohtaan	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
37. Tunne, että ihmiset ovat epäystävällisiä tai eivät pidä sinusta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
38. Se, että joudut tekemään asiat hyvin hitaasti välttääksesi virheitä	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
39. Sydäntykytykset tai -jyskytykset	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
40. Pahoinvointi ja vatsavaivat	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
41. Huonommuuden tunne	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
42. Lihassäryt	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
43. Tunne, että sinua tarkkaillaan tai sinusta puhutaan	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
44. Unensaantivaikeudet	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
45. Tarve tarkistaa kerran tai useammin se mitä teet	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
46. Vaikeus tehdä päätöksiä	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
47. Se, että pelkää matkustaa bussissa, metrossa tai junassa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
48. Hengenahdistus	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
49. Kuumat tai kylmät aallot	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
50. Se, että joudut välttelemään tiettyjä asioita, paikkoja tai toimintoja, koska ne pelottavat sinua	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
51. Muisti ja ajatuskatkot	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
52. Puutuminen tai pistely jossain ruumiinosassa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
53. Palantunne kurkussa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

54. Toivottomuus tulevaisuuden suhteen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
55. Keskittymisvaikeudet	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
56. Heikkouden tunne jossain ruumiin osassa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
57. Jännittyneisyys tai kiihtyneisyys	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
58. Painon tunne käsissä tai jaloissa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
59. Ajatukset kuolemasta tai kuolemisesta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
60. Ylensyöminen	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
61. Vaivautuneisuus toisten puhuessa sinusta tai katsellessa sinua	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
62. Tunnet ajatuksiasi, jotka eivät ole omiasi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
63. Halu lyödä tai muuten vahingoittaa jotakuta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
64. Se, että heräät aamulla etkä saa unta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
65. Sisäinen pakko toistaa jotain toimintaa (esim. koskettaminen, laskeminen tai peseminen)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
66. Levoton ja katkonainen uni	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
67. Pakonomainen halu rikkoa tai paiskoa esineitä	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
68. Ajatukset tai uskomukset, joita muut eivät ymmärrä	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
69. Häiritsevä tietoisuus omasta olemisesta toisten ihmisten seurassa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
70. Epämukavuuden tunne ollessani ihmisten keskellä, esim. kaupoissa tai elokuvissa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
71. Tunne, että koko elämä on jatkuvaa ponnistelua.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
72. Pelon ja pakokauhun puuskat	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
73. Epämukavuuden tunne ollessani	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

aterioimassa tai kahvilla julkisella paikalla					
74. Joutuminen usein väittelyihin	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
75. Hermostuneisuus jäädessäni yksin	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
76. Tunne, etteivät toiset anna tarpeeksi arvio saavutuksilleni	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
77. Yksinäisyyden tunne silloinkin, kun olet toisten seurassa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
78. Levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istumisenkin	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
79. Arvottomuuden tunteet	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
80. Tunne, että tutut asiat ovat outoja tai epätodellisia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
81. Halu huutaa tai heitellä esineitä	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
82. Pelko, että pyörtyisit yleisellä paikalla	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
83. Tunne, että ihmiset yrittävät hyötyä kustannuksellasi, jos annat tilaisuuden	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
84. Seksuaalisuutta koskevat häiritsevät ajatukset	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
85. Ajatus, että sinua pitäisi rangaista synneistä	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
86. Tunne, että sinua painostetaan tekemään tehtäväsi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
87. Tunne, että jotain on vakavasti vialla ruumiissasi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
88. Tunne, ettet koskaan ole ollut läheinen kenenkään kanssa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
89. Syyllisyyden tunteet	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
90. Tunne, että "päässäsi on jotain vikaa"	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Tapantuiko Sinulle yläasteella ollessasi jotain sellaista, mikä on Sinun omasta mielestäsi voinut vaikuttaa nykyiseen mielenterveyteesi?

a) positiivisesti: (esim. onnistumiset, hyvät kaverisuhteet, turvallinen koti, opettajan kannustus tms.)

b) negatiivisesti (esim. oppimisvaikeudet, ongelmat kavereiden/opettajan kanssa, läheisen kuolema, koulukiusaaminen tms.)

Suuret kiitokset Sinulle vastauksestasi!

Missä määrin Sinua on viimeiseen kuukauden aikana vaivannut?

1 Somaattiset oireet , SOM (12 väittämää)

1. Päänsärky (1)
2. Heikotuksen tai huimauksen tunne (4)
3. Sydän- tai rintakivut (12)
4. Kivut ristiselässä (27)
5. Pahoinvointi ja vatsavaivat (40)
6. Lihassäryt (42)
7. Hengenahdistus (48)
8. Kuumat tai kylmät aallot (49)
9. Puutuminen tai pistely jossain ruumiinosassa (52)
10. Palantunne kurkussa (53)
11. Heikkouden tunne jossain ruumiinosassa (56)
12. Painon tunne käsissä tai jaloissa (58)

2 Pakkoneuroottiset oireet, O-C (10 väittämää)

1. Ajatukset, sanat tai mielikuvat, joita et saa mielestäsi (3)
2. Vaikeus muistaa asioita (9)
3. Pelko, että olet huolimaton tai piittaamaton (10)
4. Tunne, että olet lukossa, etkä saa asioita hoidetuksi (28)
5. Se, että joudut tekemään asiat hyvin hitaasti välttääksesi virheitä (38)
6. Tarve tarkistaa kerran tai useammin se mitä teet (45)
7. Vaikeus tehdä päätöksiä (46)
8. Muisti- tai ajatuskatkot (51)
9. Keskittymisvaikeudet (55)
10. Sisäinen pakko toistaa jotain toimintaa (65)
(esim. koskettaminen, laskeminen tai peseminen)

3 Interpersoonallinen herkkyys, INS, (9 väittämää)

1. Toisia kohtaan tuntemasi arvostelunhalu (6)
2. Ujous tai vaivautuneisuus vastakkaisen sukupuolen seurassa (21)
3. Se, että loukkaannut helposti (34)

4. Tunne, että muut ihmiset eivät ymmärrä tai eivät tunne myötätuntoa sinua kohtaan (36)
5. Tunne, että ihmiset ovat epäystävällisiä tai eivät pidä sinusta (37)
6. Huonommuuden tunne (41)
7. Vaivautuneisuus toisten puhuessa sinusta tai katsellessa sinua (61)
8. Häiritsevä tietoisuus omasta olemisesta toisten ihmisten seurassa (69)
9. Epämukavuuden tunne ollessasi aterioimassa tai kahvilla julkisella paikalla (73)

4. Masennusoireet, DEP (13 väittämää)

1. Seksuaalisen mielenkiinnon tai nautinnon tunteen väheneminen (5)
2. Tarmokkuuden puuttuminen tai väheneminen (14)
3. Ajatukset elämäsi lopettamisesta (15)
4. Itkuherkkyys (20)
5. Tunne, että olet umpikujassa tai loukussa (22)
6. Itsesyytökset (26)
7. Yksinäisyys (29)
8. Alakuloisuus (30)
9. Liika asioiden murehtiminen (31)
10. Kiinnostuksen puute lähes kaikkeen (32)
11. Toivottomuus tulevaisuuden suhteen (54)
12. Tunne, että koko elämä on jatkuvaa ponnistelua (71)
13. Arvottomuuden tunteet (79)

5. Ahdistuneisuusoireet , ANX (10 väittämää)

1. Hermostuneisuus tai sisäinen rauhattomuus (2)
2. Vapina (17)
3. Pelästyminen äkillisesti ilman mitään syytä (23)
4. Pelokkuus (33)
5. Sydämentykytykset tai –jyskytykset (39)
6. Jännittyneisyys tai kiihtyneisyys (57)
7. Pelon tai pakokauhun puuskat (72)
8. Levottomuuden tunne, joka estää rauhassa istumisenkin (78)
9. Tunne, että tutut asiat ovat outoja tai epätodellisia (80)
10. Tunne, että sinua painostetaan tekemään tehtäväsi (86)

6. Vihamielisyys, HOS (6 väittämää)

1. Tunne, että ärsyynnyt tai suutut helposti (11)
2. Tunteenpurkaukset, joita et pysty hillitsemään (24)
3. Halu lyödä tai muuten vahingoittaa jotakuta (63)
4. Pakonomainen halu rikkoa tai paiskoa esineitä (67)
5. Joutuminen usein väittelyihin (74)
6. Halu huutaa tai heitellä esineitä (81)

7. Pelko-oireet, PHO (7 väittämää)

1. Pelontunne avoimilla paikoilla tai kadulla (13)
2. Se, että pelkääät lähteä yksin ulos kotoa (25)
3. Se, että pelkääät matkustaa bussissa, metrossa tai junassa (47)
4. Se, että joudut välttelemään tiettyjä asioita, paikkoja tai toimintoja, koska ne pelottavat sinua (50)
5. Epämukavuuden tunne ollessasi ihmisten keskellä, esim. kaupoissa tai elokuvissa tms. (70)
6. Hermostuneisuus jäädessäsi yksin (75)
7. Pelko, että pyörtyisit yleisellä paikalla (82)

8. Paranoidiset oireet, PAR (6 väittämää)

1. Tunne siitä, että muut ovat syypäitä useimpiin vaikeuksiisi (8)
2. Tunne, ettei useimpiin ihmisiin voi luottaa (18)
3. Tunne, että sinua tarkkaillaan tai sinusta puhutaan (43)
4. Ajatukset tai uskomukset, joita muut eivät ymmärrä (68)
5. Tunne, etteivät toiset anna tarpeeksi arvoa saavutuksillesi (76)
6. Tunne, että ihmiset yrittävät hyötyä kustannuksellasi, jos annat siihen tilaisuuden (83)

9. Psykoottiset oireet, PSY (10 väittämää)

1. Ajatus, että joku voi säädellä ajatuksiasi (7)
2. Se, että kuulet ääniä, joita muut eivät kuule (16)
3. Se, että toiset ihmiset ovat tietoisia yksityisistä ajatuksistasi (35)
4. Tunne ajatuksista, jotka eivät ole omiasi (62)
5. Yksinäisyyden tunne silloinkin, kun olet toisten seurassa (77)

6. Seksuaalisuutta koskevat häiritsevät ajatukset (84)
7. Ajatus, että sinua pitäisi rangaista synneistä (85)
8. Tunne, että jotain on vakavasti vialla ruumiissasi (87)
9. Tunne, ettet koskaan ole ollut läheinen kenenkään kanssa (88)
10. Tunne, että ”päässäsi on jotain vikaa” (90)

10. Yleinen osa (Additional) (7väittämaa)

1. Huono ruokahalu (19)
2. Unensaantivaikeudet (44)
3. Ajatukset kuolemasta tai kuolemisesta (59)
4. Ylensyöminen (60)
5. Se, että heräät aikaisin aamulla etkä saa unta (64)
6. Levoton ja katkonainen uni (66)
7. Syyllisyyden tunteet (89)

TIEDOTE TUTKITTAVALLE

Liite 4

”Myöhäisnuoruuden mielenterveys sekä siihen yhteydessä olevat ennakoivat ja ajankohtaiset tekijät”

Hyvä nuori!

Olet osallistunut vuosina 1995-1998 Kuopion peruskouluissa toteutettuun ”Kouluyhteisö nuoren kasvun ja kehityksen tukijana” –tutkimusprojektiin. Projektin aikana tehdyistä tutkimuksista on saatu paljon tärkeää tietoa kouluyhteisöjen toiminnan kehittämiseksi. Kiitokset kuuluvat Sinulle, että olit mukana! Tutkimusprojekti jatkuu ja tarkoituksena on nyt etsiä uutta tietoa nuorten psyykkisestä hyvinvoinnista ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimustieto auttaa nuorten kanssa työskenteleviä ymmärtämään paremmin nuorten maailmaa ja tiedon avulla voidaan kehittää edelleen esimerkiksi kouluyhteisöjen toimintaa.

Kyseessä on Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen yhteistyöhanke, jonka tavoitteena on edistää nuorten hyvinvointia ja ehkäistä syrjäytymistä.

Teen tässä hankkeessa tohtoritutkintooni liittyvää opinnäytetyötä. Toivon, että osallistuisit kyselytutkimukseen, sillä sinun vastauksesi on todella tärkeä. Vastauksesi tulevat ainoastaan tutkijan tietoon ja ne käsitellään luottamuksellisesti eikä henkilötietosi tule esille missään tutkimuksen vaiheessa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Tutkimuksen tekoon olen saanut puoltavan lausunnon Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin tutkimuseettiseltä toimikunnalta ja virallisen luvan osoitetietojen hankkimiseen Sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Opinnäytetutkimustani ohjaavat:

Jari Kylmä, FT, dosentti, lehtori

Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto

P. 017-163624, Jari.Kylma@uku.fi

Eila Laukkanen, LT, dosentti, osaston ylilääkäri

Kuopion yliopistollinen sairaala

P. 017-172994, Eila.Laukkanen@kuh.fi

Lähetä täytetty vastauslomake ja suostumuslomake palautuskuoressa xx.xx.2006 mennessä. Kuoressa on valmiina osoitetiedot ja postimaksu on maksettu etukäteen.

Vastaan mielelläni kysymyksiisi, jos haluat kysyä jotain tutkimuksesta.

Pirjo Kinnunen

TtM , assistentti, tohtoriopiskelija

Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Pirjo.Kinnunen@uku.fi, puh. 017-162630

SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Liite 5

Annan suostumukseni "Myöhäisnuoruuden mielenterveys sekä siihen yhteydessä olevat ennakoivat ja ajankohtaiset tekijät" -utkimukseen. Tutkimus on osa Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen yhteistyöhanketta sekä tohtoriopiskelija Pirjo Kinnusen opinnäytetyö. Minulle on kerrottu tutkimukseen liittyvät oleelliset asiat.

Tiedän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista eikä henkilöllisyyteni tule esille missään tutkimuksen vaiheessa.

Tämä suostumuslomake on tehty kantena kappaleena. Toinen kappale jää minulle ja toisen lähetän kyselylomakkeen mukana tutkijalle.

Paikka, aika ja allekirjoitus (suostumuksen antaja) sekä nimenselvennys

Syntymäaika: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Paikka, aika ja tutkijan allekirjoitus (Pirjo Kinnunen)

Tutkimukseen osallistuvan kappale



Lähetin äskettäin hyvinvointiin liittyvän kyselyn noin 300 nuorelle. Olen saanut paljon vastauksia, mutta **SINUN vastauksesi olisi myös todella tärkeä.**

Toivonkin, että vastaisit kyselyyn, jonka lähetän Sinulle ohessa uudelleen.

Muistathan, että kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä henkilöllisyytesi tule esille missään tutkimuksen vaiheessa.

Otathan yhteyden minuun, jos haluat kysyä jotain tutkimuksesta.

Terveisin

Handwritten signature of Pirjo Kinnunen

Pirjo Kinnunen

TtM , tohtoriopiskelija

Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Pirjo.Kinnunen@uku.fi, puh. 017-162630

NAISILLE LÄHETETTY



Lähetin äskettäin hyvinvointiin liittyvän kyselyn noin 300 nuorelle. Olen saanut paljon vastauksia, mutta **SINUNKIN** vastauksesi olisi todella tärkeä.

Toivonkin, että vastaisit kyselyyn, jonka lähetän **Sinulle ohessa uudelleen.**

Muistathan, että kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti eikä henkilöllisyytesi tule esille missään tutkimuksen vaiheessa.

Otathan yhteyden minuun, jos haluat kysyä jotain tutkimuksesta.

Kesäisin terveisin

A handwritten signature in black ink that reads "Pirjo Kinnunen". The signature is fluid and cursive.

Pirjo Kinnunen

TtM , tohtoriopiskelija

Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos

Pirjo.Kinnunen@uku.fi, puh. 017-162630



Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Liite 7

Tutkimuseettinen toimikunta/tj

2.11.2005

1(1)

125/2005 MYÖHÄISNUORUUDEN MIELENTERVEYS SEKÄ SIIHEN YHTEYDESSÄ OLEVAT ENNAKOIVAT JA AJANKOHTAISET TEKIJÄT

Toimitetut asiakirjat

1. Lisäselvitys (1.11.2005)
2. Korjattu lausuntohakemus
3. Tiedote ja suostumus (10.1.2006)

Tutkimuseettisen toimikunnan pyynnön mukaisesti pyydetty lisäselvitykset on vastaanotettu ja todettu asiallisiksi. Tutkimussuunnitelma täyttää tutkimuslain (488/1999) 17 §:n 3 momentin edellytykset.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
Tutkimuseettinen toimikunta

Sami Remes
sihteeri

Postiosoite

PL 1777
70211 KUOPIO
(017) 173 311

Käyntiosoite

Puijon sairaala
Puijonlaaksontie 2
70210 KUOPIO
(017) 173 311

Tutkimussihteeri

Tuija Jussila
Sähköposti: tuija.jussila
www.pssh.fi

Liite 8

Sosiaali- ja terveysministeriön päätös Pirjo Kinnusen lupahakemukseen

Annettu Helsingissä 22. päivänä helmikuuta 2006

Sosiaali- ja terveysministeriö myöntää viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain (621/1999) 28 §:n sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 13 §:n nojalla **Pirjo Kinnuselle** luvan saada tietoja salassa pidettävistä asiakirjoista ”Myöhäisnuoruuden mielenterveys sekä siihen yhteydessä olevat ennakoivat ja ajankohtaiset tekijät” –nimistä tieteellistä tutkimusta varten.

Tutkija saa luvan tutustua tutkimuksen edellyttämässä laajuudessa vuosina 1995 – 1998 toteutetun ”Kouluyhteisö nuoren kasvun ja kehityksen tukijana” –tutkimuksen aineistoon ja tutkimuksen piiriin kuuluneiden henkilöiden tietoihin nyt toteutettavaa jatkotutkimusta varten.

Lupa myönnetään seuraavin edellytyksin:

- Tutkimuksessa saatuja tietoja saa käyttää vain hakemuksen liitteessä olevassa tutkimussuunnitelmassa määriteltyä tarkoitusta varten;
- Tutkimuksen muut tiedot saadaan laillisesti;
- Tutkimuksessa muodostuvat yksittäisen henkilön identifioinnin mahdollistavat tutkimusaineistot säilytetään omina, erillisinä aineistoinaan ja siten suojattuina, että vain tässä luvassa mainitulla henkilöllä on oikeus käsitellä tutkimusaineistojen tietoja;
- Otettaessa yhteyttä tutkimuksen piiriin kuuluviin henkilöihin, heitä informoidaan asianmukaisesti tutkimuksesta ja siihen osallistumisen vapaaehtoisuudesta;
- Tämän luvan nojalla saatuja rekisteritietoja ei käytetä kliinisessä työssä tai muutoin henkilöitä koskevassa päätöksenteossa;
- Tutkimuksen tulokset julkaistaan siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäisiä henkilöitä;
- Tutkimuksen päätyttyä yksittäisen henkilön identifioinnin mahdollistava tutkimusaineisto hävitetään, kun henkilötiedot eivät ole enää tarpeen tutkimuksen suorittamiseksi tai sen tulosten asianmukaisuuden varmistamiseksi tai arkistoidaan arkistolain säännösten mukaisesti.

Tutkija on viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain 23 §:n sekä potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n 4 momentin perusteella velvollinen olemaan paljastamatta tämän luvan nojalla saamia salassa pidettäviä tietoja sekä olemaan käyttämättä tällaisia tietoja omaksi tai toisen hyödyksi tai toisen vahingoksi.

Tutkimukseen liittyvästä henkilötietojen käsittelystä tulee tehdä tietosuojavaltuutetulle tutkimusrekisteriä koskeva tieteellisen tutkimuksen rekisteriseloste henkilötietolain 36 ja 37 §:ssä tarkoitettuna ilmoituksena.

Lisätietoja antaa hallitussihteeri Johanna Huovinen, sosiaali- ja terveysministeriö, p. (09) 1607 4340.

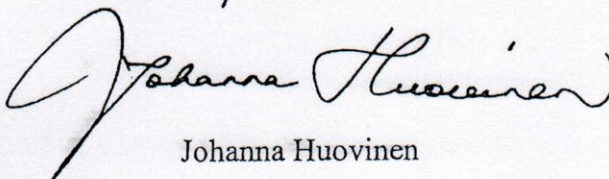
Tähän päätökseen tyytymätön saa hakea siihen muutosta valittamalla korkeimpaan hallinto-oikeuteen. Valitusosoitus liitteenä 1.

Osastopäällikön sijaisena, apulaisosastopäällikkö



Marja-Liisa Partanen

Hallitussihteeri



Johanna Huovinen

STMa sosiaali- ja terveysministeriön ja työsuojelun piirihallinnon maksullisista suoritteista (2/2004) 2 §:n 1 momentin 10 kohdan mukainen maksu 55 euroa. Maksuvelvollinen, joka katsoo, että maksun määräämisessä on tapahtunut virhe, voi vaatia siihen oikaisua sosiaali- ja terveysministeriöltä. Oikaisuvaatimus liitteenä 2.

Dnro STM/2590/2005

Pirjo Kinnunen, Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos, PL 1627, 70221 Kuopio

✧ RESEARCH PAPER ✧

Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood

Pirjo Kinnunen RN MSc PhD(c)

Researcher, Department of Nursing Science, University of Kuopio, Kuopio, Finland

Eila Laukkanen MD PhD

Professor, Department of Psychiatry, Kuopio University Hospital, Kuopio, Finland

Jari Kylmä RN PhD

Senior Lecturer, Department of Nursing Science, University of Kuopio, Kuopio, Finland

Accepted for publication June 2009

Kinnunen P, Laukkanen E, Kylmä J. *International Journal of Nursing Practice* 2010; 16: 43–50

Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood

This longitudinal study explored associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. The baseline data were collected in 1996 from 14-year-old pupils ($n = 235$; 116 girls, 119 boys) at schools using a structured questionnaire that included a 14-item scale of psychosomatic symptoms. The follow-up data were collected in 2006 from the same persons at the age of 24 using the Symptom Checklist-90. Follow-up questionnaires were returned by 149 (63.4%) young adults (88 women and 61 men). Young adults who had many psychosomatic symptoms in adolescence suffered more often than the others from somatization and anxiety symptoms in early adulthood. In addition, women had more symptoms of depression and paranoid ideation, and men had more interpersonal sensitivity and psychotic symptoms. Psychosomatic symptoms in adolescence might be important signals of mental health and this should be taken seriously in school health and in general primary care.

Key words: adolescence, early adulthood, mental health, psychosomatic symptoms.

INTRODUCTION

Adolescence is a sensitive developmental period when the personal identity is formed¹ and the foundation created for later mental health. At the same time, many psychoso-

matic symptoms are common.^{2–6} In national Finnish studies, about 30% of adolescents aged 14–15 years have reported having a headache once a week or more.^{7–8} Previous studies have shown the prevalence of various types of pain in adolescence to be high.^{9–12} Altogether, 30.6% of adolescents reported fatigue symptoms once a week or more in the USA⁹ and 38% in Finland.⁸ The prevalence of depressive symptoms in adolescence has ranged from 4% to 30% in separate studies.^{8,13–15} In

Correspondence: Pirjo Kinnunen, Department of Nursing Science, University of Kuopio, Finland, P.O.B. 1627, 70211 Kuopio, Finland.
Email: pirjo.kinnunen@uku.fi

general, psychosomatic symptoms increase with age^{10,16,17} and women experience both pain and other psychosomatic symptoms more frequently than men.^{4,12,16–19}

According to Larsson and Zaluha,²⁰ psychosomatic symptoms are also common reasons for students visiting the school nurse, including headaches (26%), stomach pain (29%), back or neck problems (11%), nervousness or worries (15%) and sadness or depression (7%). In addition, students seek help from a nurse, for example, when having problems with sleeping at night, when arguing often with their parents and encountering changes in their body.²¹ School health care has an important role. For example, school nurses regularly meet students in schools and they should intervene when adolescents report continual psychosomatic symptoms.^{15,22–24}

Psychosomatic symptoms cause distress and emotional suffering and they impact on daily activities in adolescence.^{23,25} Follow-up studies have shown that psychosomatic symptoms in adolescents also, in many ways, affect their later life.¹⁸ According to Jones *et al.*,²⁶ different psychosomatic symptoms at the age 16 years associated with an increased risk of chronic pain in adulthood. Persistent abdominal pain at ages of 6–10 years has been found to predict psychiatric disorder in adulthood,²⁷ but did not associate with abdominal pain. Steinhausen and Metzke⁵ found that functional somatic symptoms tend to persist from childhood to adulthood. In addition, difficulties in describing one's feelings at the ages of 10–16 years predicted pathological anxiety in early adulthood.²

Somatization has been identified as an important public health problem,²⁵ but adolescents with psychosomatic symptoms do not always seek help and most symptoms related to mental health remain unexplained.^{11,28} It is also known that most mental health symptoms begin from 12 to 24 years of age.²⁹ However, there is a lack of comprehensive information on how various psychosomatic symptoms influence mental health in the long term. In this 10-year longitudinal study we explored the associations between a range of psychosomatic symptoms in adolescence and various mental health symptoms in early adulthood.

METHOD

Participants

The first data of this longitudinal study were collected in 1996 as part of a larger project carried out from 1995 to 1998 at two state secondary schools in Eastern Finland.³⁰ The pupils represented normal unselected youths. In

Finland, nearly all pupils attend state secondary schools, whereas only a small proportion go to private schools. In 1996, at the age of 14 years, the pupils ($n = 235$, 116 girls, 49.4% and 119 boys, 50.6%) completed a structured questionnaire including a 14-item scale of psychosomatic symptoms at their schools during lessons under the teacher's supervision. The follow-up data were collected 10 years later in 2006 via a questionnaire posted to the baseline participants. The overall response rate was 63.4% (women 75.9% and men 51.3%), the questionnaire being returned by 149 young adults (88 women and 61 men).

Procedures

The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the Ethical Committee of Kuopio University Hospital and the University of Kuopio. In 1996, the adolescents and their parents provided written informed consent. In 2006, the participants in the baseline study were sent informed consent forms, questionnaires with a pre-addressed, return envelope and a cover letter by post.

MEASURES

Psychosomatic symptoms

Psychosomatic symptoms were assessed at the age of 14 years using a 14-item scale including: headache, abdominal pain, backache, pain in the neck/shoulders, depression, irritability, nervousness, difficulty falling asleep, dizziness, fatigue, lack of appetite, tension, melancholy and waking up at night. The scale has been used in various school studies in Finland.³⁰ The five-category Likert-scale response options for the frequency of symptoms were: 1, seldom or never; 2, once a month; 3, once a week; 4, more than once a week; and 5, almost daily. The scores were counted so that option 1 received one point, option 2 received two points, and so on. The range of total scores was from 14 to 70 points, with a low score indicating few psychosomatic symptoms and a high score indicating numerous symptoms. In this study, the psychosomatic symptoms were grouped into pain and other symptoms.

The Symptom Checklist-90

The mental health symptoms of the participants at the age of 24 years was assessed with the Symptom Checklist-90 (SCL-90) developed by Derogatis.³¹ This is a multidimensional self-report inventory consisting of 90 items and nine dimensions (Table 1). The items of the SCL-90 are

Table 1 The dimensions of SCL-90, items and scores

Dimension	Item	Score
Somatization, SOM	12	0–48
Obsessive-compulsive, O-C	10	0–40
Interpersonal sensitivity, INS	9	0–36
Depression, DEP	13	0–52
Anxiety, ANX	10	0–40
Hostility, HOS	6	0–24
Phobic anxiety, PHO	7	0–28
Paranoid ideation, PAR	6	0–24
Psychotic, PSY	10	0–40
Additional scale	7	0–28
Global Severity Index, GSI	90	0–360

rated on a 5-point scale: 1 = not at all (0 point), 2 = a little bit (1 point), 3 = moderately (2 points), 4 = quite a bit (3 points) and 5 = extremely (4 points).³¹ In this study, as in earlier studies on Finnish people, the cut-off mean score for clinically meaningful symptoms was 0.9 in every dimension.³² A one-month time frame was used in the questionnaire.³³ The internal consistency of the instrument has been shown to be good.³⁴ In this study, Cronbach's alpha coefficients ranged between 0.78 and 0.92.

Data analysis

Statistical analysis was conducted using SPSS statistical software, version 14.00. The psychosomatic symptoms of participants who responded to the follow-up questionnaire in 2006 and the drop-outs were compared separately for men and women with the Mann–Whitney *U*-test. This test was also used to examine the differences in psychosomatic symptoms and mental health symptoms according to gender, likewise analysing associations between variables. Non-parametric tests were applied because the distributions of variables were skewed and the associations of the data were not linear in all parts. When examining associations between the psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood, the data collected with the SCL-90 were categorized by using 0.9 as cut-off value, with mean scores ≤ 0.9 indicating no meaningful symptoms and > 0.9 indicating clinically meaningful symptoms. The level of significance was set at $P \leq 0.05$.

Table 2 Psychosomatic symptoms among girls and boys

Symptoms in adolescents occurring once a week or more (<i>n</i> = 149)		
Symptom	Girl (<i>n</i> = 88) <i>n</i> (%)	Boy (<i>n</i> = 61) <i>n</i> (%)
Pain		
Headache	25 (28)	14 (23)
Neck/shoulders	23 (26)	8 (13)
Abdominal	14 (16)	6 (10)
Back	11 (13)	7 (12)
Other symptoms		
Fatigue	59 (67)	41 (57)
Irritability	47 (53)	28 (46)
Nervousness	37 (42)	21 (35)
Difficulty falling asleep	29 (33)	16 (27)
Depression	25 (28)	12 (20)
Tension	18 (20)	13 (21)
Dizziness	17 (19)	12 (20)
Lack of appetite	21 (24)	7 (11)
Melancholy	13 (15)	10 (16)
Waking up at nights	16 (18)	5 (8)

RESULTS

Representativeness of the follow-up data

The follow-up data represented well the data collected in 1996 when comparing men separately, and women and men together. Among women the data represented the primary data for all except two dimensions of psychosomatic symptoms: headache and melancholy. Those women who participated in the follow-up study in 2006 reported less frequent headaches (mean 2.19 vs. 2.64, $P = 0.046^*$) and melancholy (mean 1.65 vs. 2.25, $P = 0.017^*$) in adolescence than the female non-respondents.

Psychosomatic symptoms at the age of 14 years

Girls had more psychosomatic symptoms than boys at the age of 14 years. Altogether, 30.2% of the adolescents (38.8% of girls vs. 21.8% of boys) reported three or more psychosomatic symptoms once a week or more. The frequencies of psychosomatic symptoms that occurred once a week or more are presented in Table 2.

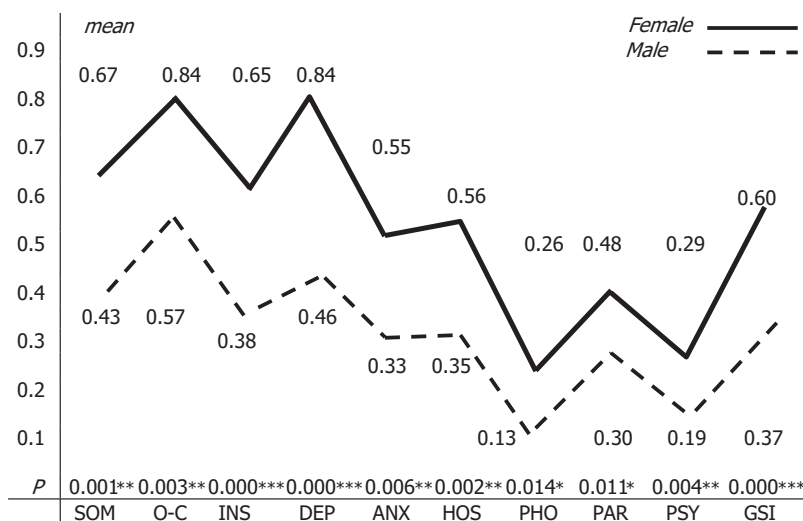


Figure 1. The Symptom Checklist-90 symptom profile of participants in early adulthood and differences between women and men (mean, *P*-value). A low mean indicates fewer and a high mean more mental health symptoms. *** $P < 0.001$; ** $P < 0.01$; * $P < 0.05$. ANX, anxiety; O-C, obsessive-compulsive; DEP, depression; GSI, Global Severity Index; HOS, hostility; INS, interpersonal sensitivity; PAR, paranoid ideation, PHO, phobic anxiety; PSY, psychotic, SOM, somatization.

Mental health symptoms at the age of 24 years

Women reported more symptoms than men in all dimensions of the SCL-90 (Fig. 1). The most common mental health symptoms reported by the participants were obsessive-compulsive (O-C), depression (DEP), somatization (SOM) and interpersonal sensitivity (INS) symptoms in both genders. Obsessive-compulsive symptoms exceeding the clinical cut-off of 0.9 were reported by 35.2% of women and 23% of men. Respectively, depressive symptoms were reported by 41% of women and 16.4% of men, somatization by 26.1% of women and 16.4% of men and interpersonal sensitivity symptoms by 28.4% of women and 11.5% of men. The SCL-90 symptom profile of study subjects and gender differences are illustrated in Figure 1.

Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood

The associations between different psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood were first investigated in whole study group and then according to gender. When examining the whole study group, nearly all psychosomatic symptoms associated with mental health symptoms in early adulthood (Table 3). Only a lack of appetite and waking up at night did not associate with any mental health dimensions in later life.

When examining gender associations it was found that among boys the psychosomatic symptoms in adolescence

associated with mental health dimensions in later life as follows: backache: ANX, mean 1.50 vs. 2.67, $P = 0.011^*$ and PAR, 1.49 vs. 2.17, $P = 0.022^*$; irritability: INS, 2.24 vs. 3.14, $P = 0.032^*$ and ANX, 2.28 vs. 3.67, $P = 0.030^*$; nervousness: O-C, 1.94 vs. 2.64, $P = 0.044^*$, INS, 1.96 vs. 3.14, $P = 0.029^*$ and ANX, 1.98 vs. 4.33, $P = 0.010^*$; depression: ANX, 1.67 vs. 3.33, $P = 0.008^{**}$ and PAR, 1.67 vs. 2.50, $P = 0.037^*$; tension: INS, 1.61 vs. 2.57, $P = 0.011^*$, ANX, 1.66 vs. 3.00, $P = 0.024^*$ and PAR, 1.62 vs. 2.67, $P = 0.014^*$. There were more associations among women than men, the most meaningful associations among women between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood are shown in Table 4.

In addition, the total score for all 14 psychosomatic symptoms in adolescence was associated with the following mental health dimensions in early adulthood: somatization (women: mean 26.6 vs. 33.9, $P = 0.009^{**}$; men: mean 24.7 vs. 30.0, $P = 0.26^*$), anxiety (women: mean 27.4 vs. 34.5, $P = 0.025^*$; men: mean 24.9 vs. 38.0, $P = 0.007^{**}$), interpersonal sensitivity (men: mean 24.8 vs. 31.4, $P = 0.036^*$), depression (women: mean 25.6 vs. 32.7, $P = 0.001^{**}$), hostility (women: mean 27.1 vs. 33.5, $P = 0.008^{**}$), paranoid ideation (women: mean 27.6 vs. 33.8, $P = 0.039^*$) and psychotic (men: 25.0 vs. 41.0, $P = 0.004^{**}$).

DISCUSSION

The aim of this study was to explore the associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. According to

Table 3 Summary of the associations between psychosomatic symptoms at the age of 14 and mental health symptoms at the age of 24 ($n = 149$)

Symptoms at the age 14	The dimensions of mental health symptoms at the age 24 (mean scores of psychosomatic symptoms in two groups [†] and P -value [‡])
Headache	SOM 1.90 vs. 2.70**, PSY 2.03 vs. 3.00*
Abd. pain	SOM 1.66 vs. 2.15*, HOS 1.70 vs. 2.11*
Backache	SOM 1.47 vs. 2.15***, O-C 1.58 vs. 1.80*, DEP 1.52 vs. 1.83* ANX 1.52 vs. 2.35*** HOS 1.57 vs. 1.85*, PHO 1.59 vs. 2.17*, PAR 1.57 vs. 1.95*, PSY 1.58 vs. 2.43**
Pain in neck/shoulders	SOM 1.72 vs. 2.55***, DEP 1.77 vs. 2.20* ANX 1.81 vs. 2.59**, HOS 1.81 vs. 2.30* PSY 1.85 vs. 3.00**
Depression	SOM 1.73 vs. 2.45**, DEP 1.67 vs. 2.39***, ANX 1.80 vs. 2.65**, HOS 1.81 vs. 2.26*
Irritability	INS 2.40 vs. 2.78*
Nervousness	SOM 2.09 vs. 2.58*, O-C 2.05 vs. 2.53**, DEP 2.03 vs. 2.57** ANX 2.12 vs. 2.76* HOS 2.12 vs. 2.52*, PAR 2.11 vs. 2.79*, PSY 2.15 vs. 3.00*
Difficult to fall asleep	SOM 1.95 vs. 2.48*, C-O: 1.94 vs. 2.36*; DEP 1.90 vs. 2.43*, ANX 1.98 vs. 2.67* HOS 1.96 vs. 2.56*, PAR 1.98 vs. 2.68*
Dizziness	SOM 1.55 vs. 2.00*, DEP 1.51 vs. 1.96*, ANX 1.56 vs. 2.35** HOS 1.55 vs. 2.11**, PAR 1.58 vs. 2.16*, PSY 1.60 vs. 2.71**
Fatigue	DEP 2.83 vs. 3.30*, ANX 2.90 vs. 3.59*
Tension	SOM 1.69 vs. 2.18**, O-C 1.68 vs. 2.07*, INS 1.70 vs. 2.16*, DEP 1.60 vs. 2.24** ANX 1.72 vs. 2.41*, PAR 1.72 vs. 2.37*
Melancholy	SOM 1.59 vs. 1.91**, DEP 1.44 vs. 1.96** ANX 1.54 vs. 2.06* PSY 1.56 vs. 2.29*

[†] Group 1 = young adults with no mental health symptoms (cut-off ≤ 0.9) vs. group 2 = young adults who have mental health symptoms (cut-off > 0.9). [‡] *** $P < 0.001$; ** $P < 0.01$; * $P < 0.05$. ANX, anxiety; DEP, depression; HOS, hostility; INS, interpersonal sensitivity; OC, obsessive-compulsive; PAR, paranoid ideation, PHO, phobic anxiety; PSY, psychotic, SOM, somatization.

the findings, psychosomatic symptoms in adolescents might be the first visible sign of incipient mental health symptoms. This study provides new information and a point of view for professional nurses and other staff to identify the risks of adolescents' mental health.

The most common pain symptom of adolescents was headache, with 28% of girls and 23% of boys reporting headaches once a week or more. Although our results support the findings of previous studies, it should be noted that the prevalence of different types of pain has varied between studies and different cultures.^{3,5,6,12,19}

Besides pain symptoms, fatigue, irritability, nervousness, difficulty falling asleep and depression were common. Previous studies have also indicated that fatigue^{4,8,11} and depression, particularly among girls,^{8,14} are typical symptoms in adolescence. In most cases, psychosomatic symptoms do not reflect an organic disorder,¹¹ and it is important to explain possible causes related to the development and emotional stress of adolescents.^{11,20}

Participants at age of 24 reported various mental health symptoms. The symptom profile measured by SCL-90 was similar in shape between women and men, but women had more symptoms than men in all dimensions of mental health. Women might be more sensitive and better able to identify emotions, but there is not enough information on differences between genders.³⁵

Back pain and pain in the neck/shoulders in women, and pack pain in men were the most important predictors of mental health symptoms in later life. Larsson and Sund¹² found in their one-year follow-up study that back and limb pain in adolescence were more closely associated with anxious/depressed symptoms than headache and abdominal pain. However, other researchers reported that abdominal pain in children did not persist into adulthood, but it was risk of psychiatric disorders.²⁷

When considering symptoms other than pain, depression, difficulty falling asleep, tension and melancholy among girls in adolescence were strongly associated

Table 4 The associations in women between psychosomatic symptoms at the age of 14 and mental health symptoms at the age of 24 (mean scores of psychosomatic symptoms, *P*-value)

Psychosomatic symptoms of girl at the age of 14	The dimensions of mental health symptoms of women in early adulthood											
	SOM, cut-off [†]			DEP, cut-off [†]			ANX, cut-off [†]			HOS, cut-off [†]		
	≤ 0.9	> 0.9	<i>P</i> [‡]	≤ 0.9	> 0.9	<i>P</i> [‡]	≤ 0.9	> 0.9	<i>P</i> [‡]	≤ 0.9	> 0.9	<i>P</i> [‡]
	<i>n</i> = 65	<i>n</i> = 23		<i>n</i> = 52	<i>n</i> = 36		<i>n</i> = 74	<i>n</i> = 14		<i>n</i> = 69	<i>n</i> = 19	
Mean	scores		Mean	scores		Mean	scores		Mean	scores		
Headache	1.94	2.94	0.006**	2.00	2.47	NS	2.08	2.79	NS	2.13	2.42	NS
Abdominal pain	1.80	2.30	NS	1.79	2.14	NS	1.91	2.07	NS	1.81	2.37	0.011*
Pain in the neck/ shoulders	1.74	2.74	0.001**	1.73	2.39	0.003**	1.88	2.64	0.023*	1.86	2.53	0.005**
Backache	1.48	2.17	0.001**	1.50	1.89	0.023*	1.54	2.29	0.002**	1.58	1.95	0.022*
Depression	1.77	2.61	0.005**	1.65	2.47	0.002**	1.89	2.50	NS	1.87	2.42	0.043*
Nervousness	2.12	2.65	0.033*	2.04	2.58	0.012*	2.23	2.43	NS	2.17	2.58	NS
Difficulty falling asleep	1.97	2.48	NS	1.77	2.58	0.005**	1.96	2.86	0.033*	1.97	2.58	NS
Dizziness	1.51	2.17	0.014*	1.46	2.00	0.026*	1.55	2.36	0.034*	1.55	2.16	0.012*
Fatigue	2.97	3.35	NS	2.81	3.44	0.011*	2.96	3.64	0.034*	2.97	3.42	NS
Tension	1.74	2.17	NS	1.52	2.33	0.000***	1.77	2.29	NS	1.78	2.11	NS
Melancholy	1.52	2.00	0.033*	1.37	2.06	0.001**	1.59	1.93	NS	1.57	1.95	NS
Waking up at night	1.74	1.78	NS	1.71	1.81	NS	1.72	1.93	NS	1.57	2.42	0.023*

[†] The clinically meaningful cut-off scores are 0.9, so that ≤ 0.9 indicates young adults with no mental health symptoms and > 0.9 indicates that young adults probably have some mental health problems. [‡] Between psychosomatic symptoms at the age of 14 and mental health symptoms at the age of 24. *** *P* < 0.001; ** *P* < 0.01; * *P* < 0.05. NS, not significant.

with symptoms of depression in early adulthood. Among boys, depressive symptoms in adolescence clearly associated with symptoms of anxiety in later life. In the future, more attention should be focused on psychosomatic symptoms in adolescence. There is evidence that adolescents identify their own mental health symptoms better than their parents,¹⁵ and it is therefore essential to ask about their feelings.

Our findings suggest that psychosomatic symptoms in adolescence are strong predictors of internalizing problems in early adulthood. Such symptoms in adolescents might be outward expressions of anxiety and way for the body to react to feelings. The results are consistent with previous studies^{2,18,26} and additionally provide a wide perspective to consider the factors predicting mental health symptoms in early adulthood.

According to our results, it is possible to identify adolescents who have an increased risk of mental health symp-

toms in early adulthood. In particular, it is essential to pay attention to adolescents who report several different psychosomatic symptoms once a week or more often. Adolescence is the stage in life when most mental health problems are detected for the first time,²⁹ and it is important to intervene when symptoms are detected and to provide help and support for these adolescents. Sometimes, it is enough to notice the symptoms and to listen to the adolescents, who might display their feelings by way of psychosomatic symptoms.

Nurses and health-care staff in schools have an important role and they also need professional skills in mental health promotion. They should ask adolescents at risk to visit them again or refer them to a psychiatric specialist, if necessary. It is not good to immediately label symptoms as psychological, because some adolescents and their families might be resistant or suspect the validity of these explanations.¹¹ In addition, many psychosomatic symptoms

relate to adolescent development and can also be transient. Collaboration between psychiatric clinics and school health-care personnel should form a part of mental health promotion. In the future, increased cooperation is needed, for example, in education, counselling and consultation.

Limitations

This study has some notable limitations. The study sample was quite small, but the participants were unselected and represented normal Finnish adolescents. The response rate of women was good (75.9%), whereas that of men was lower (51.3%). Our follow-up data represented well the baseline data for the majority of variables, but those women who participated in the follow-up study in 2006 reported fewer symptoms of headache and melancholy in adolescence than the female non-respondents. In this respect, the follow-up data were skewed and it is difficult to assess whether this concealed some associations. In addition, it is notable that we had no information on somatic disorders in the participants diagnosed by a doctor. However, a clear strength of this study is the 10-year longitudinal design. In addition, we explored a wide variety of psychosomatic symptoms in adolescence and used the SCL-90 instrument to broadly measure mental health symptoms in early adulthood.

ACKNOWLEDGEMENTS

We are grateful to the participants in the 2006 follow-up study. The Finnish Association of Nursing Research and the Foundation of Aleksanteri Mikkonen financially supported this study. We would like to thank Eija Kattainen, PhD (Lecturer, Department of Nursing Science, University of Kuopio), for important comments on the manuscript.

REFERENCES

- Erikson E. *The Life Cycle Completed*. New York: Norton, 1982.
- Brattberg B. Do pain problems in young school children persist into early adulthood? A 13-year follow-up. *European Journal of Pain* 2004; **8**: 187–199.
- Fejer R, Kyvik KO, Hartvigsen J. The prevalence of neck pain in the world population: A systematic critical review of the literature. *European Spine Journal* 2006; **15**: 834–848.
- Ter Wolbeek M, van Doornen L, Kavelaars A, Heijnen, C. Severe fatigue in adolescents: A common phenomenon? *Pediatrics* 2006; **117**: 1078–1086.
- Steinhausen H-C, Metzke CW. Continuity of functional somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2007; **48**: 508–513.
- Arnault DS, Kim O. Is there an Asian idiom of distress? Somatic symptoms in female Japanese and Korean students. *Archives of Psychiatric Nursing* 2008; **22**: 27–38.
- Virtanen R, Aromaa M, Koskenvuo M *et al.* Externalizing problem behaviours and headache: a follow-up study of adolescent Finnish twins. *Pediatrics* 2004; **114**: 981–987.
- Finnish School Health Promotion Study. *National Research and Development Centre for Welfare Health*, 2007. Available from URL: <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/>. Accessed 3 October 2008.
- Ghandour R, Overpeck M, Huang Z, Kogan M, Scheidt P. Headache, stomachache, backache, and morning fatigue among adolescent girls in the United States. Associations with behavioral, sociodemographic, and environmental factors. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2004; **158**: 797–803.
- Roth-Isigkeit A, Thyen U, Raspe HH, Stöven H, Schmucker P. Reports of pain among German children and adolescents: an epidemiological study. *Acta Paediatrica* 2004; **9**: 258–263.
- Russell V, Deborah C. Fatigue and somatic symptoms. *BMJ* 2005; **330**: 1012–1015.
- Larsson B, Sund AM. Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: Influences of pain characteristics. *European Journal of Pain* 2007; **11**: 57–65.
- Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American Journal of Psychiatry* 2002; **159**: 1235–1237.
- Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Risk of depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *Journal of Affective Disorders* 2003; **77**: 41–51.
- Sawyer MG, Miller-Lewis LR, Clark JJ. The mental health of 13–17 year-olds in Australia: Findings from the national survey of mental health and well-being. *Journal of Youth and Adolescence* 2007; **36**: 185–194.
- Perquin CW, Hazebroek-Kampschreur AA, Hunfeld JA *et al.* Pain in children and adolescents: A common experience. *Pain* 2000; **87**: 51–58.
- Rhee H, Holditch-Davis D, Miles MS. Patterns of physical symptoms and relationships with psychosocial factors in adolescents. *Psychosomatic Medicine* 2005; **67**: 1006–1012.
- Huurre T, Rahkonen O, Komulainen E, Aro H. Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2005; **40**: 580–587.
- Kröner-Herwig B, Heinrich M, Morris L. Headache in German children and adolescents: a population-based epidemiological study. *Cephalalgia* 2007; **27**: 519–527.

- 20 Larsson B, Zaluha M. Swedish school nurses' view of school health care utilization, causes and management of recurrent headaches among school children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2003; **17**: 232–238.
- 21 Farrand P, Parker M, Lee C. Intention of adolescents to seek professional help for emotional and behavioural difficulties. *Health and Social Care in the Community* 2007; **15**: 464–473.
- 22 Tilley S, Chambers M. A systematic review on the effectiveness of school nurse implemented mental health screening available or adolescents in schools. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2003; **10**: 625–626.
- 23 Logan DE, Curran JA. Adolescent chronic pain problems in the school setting: Exploring the experiences and beliefs of selected school personal through focus group methodology. *Journal of Adolescents Health* 2005; **37**: 281–288.
- 24 Puskar KR, Bernardo LM. Mental health and academic achievement: Role of school nurses. *Journal of the Society of Pediatric Nurses* 2007; **12**: 215–223.
- 25 Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stöven H, Schwarzenberger J, Schmucker P. Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 2005; **115**: 152–162.
- 26 Jones G, Silman A, Power C, Macfarlane G. Are common symptoms in childhood associated with chronic widespread body pain in adulthood? Results from the 1958 British Birth Cohort Study. *Arthritis and Rheumatism* 2007; **56**: 1669–1675.
- 27 Hotopf M, Carr S, Mayou R, Wadsworth M, Wessely S. Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ* 1998; **316**: 1196–1200.
- 28 Etheridge K, Yarrow L, Peet M. Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2004; **11**: 125–128.
- 29 Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: A global public-health challenge. *The Lancet* 2007; **14**: 1302–1313.
- 30 Laukkanen E, Koivu A, Aivio A, Lehtonen J, Honkalampi K. The stability and correlates of a negative coping self among adolescents. *Advances in Psychology Research* 2001; **5**: 141–152.
- 31 Derogatis LR, Lipman R, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin* 1973; **9**: 13–17.
- 32 Holi MM, Marttunen M, Aalberg V. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nordic Journal of Psychiatry* 2003; **57**: 233–238.
- 33 Kaustio O, Partanen J, Valkonen-Korhonen M, Viinamäki H, Lehtonen J. Affective and psychotic symptoms relate to different types of P300 alteration in depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2002; **71**: 43–50.
- 34 Holi MM, Sammallahti PR, Aalberg VA. A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998; **97**: 42–46.
- 35 UNICEF Report Card 7. *Child Poverty in Perspective: An Overview of Child Well-Being in Rich Countries. A Comprehensive Assessment of the Lives and Well-Being of Children and Adolescents in the Economically Advanced Nations*. Florence: Innocenti Research Centre, 2007.

Associations Between the Coping Self in Adolescence and Mental Health in Early Adulthood

Pirjo Kinnunen, MSc, PhD (c), RN, Eila Laukkanen, PhD, MD, Vesa Kiviniemi, PhLic, and Jari Kylmä, PhD, RN

PROBLEM: *We have insufficient knowledge of the factors that should be considered when attempting to promote the mental health of adolescents, and whether the coping self during adolescence is indicative of mental health in later life.*

METHODS: *Coping self data were collected in 1996 from 14-year-old pupils (N = 249) using part of the Offer Self-Image Questionnaire. Mental health data were collected in 2006 from the same persons at the age of 24 years, using the Symptom Checklist-90 instrument, with a response rate of 64.0% (n = 159).*

FINDINGS: *Feelings of adolescents related to poor emotional health including fear, shame, guilt, and low trust were associated with depression in women and interpersonal symptoms in men in early adulthood. In addition, feelings of a lack of mastery in adolescence were associated with psychotic symptoms in women and interpersonal symptoms in men in early adulthood.*

CONCLUSION: *Adolescents' perceptions of their emotional health and mastery are important factors to consider in attempts to promote mental health.*

Search terms: *Adolescent, coping self, early adulthood, mental health*

doi: 10.1111/j.1744-6171.2010.00230.x
© 2010 Wiley Periodicals, Inc.

Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, Volume 23, Number 2, pp. 111–117

Pirjo Kinnunen, MSc, PhD (c), RN, is Researcher, Department of Nursing Science, University of Tampere, Tampere, Finland; Eila Laukkanen, PhD, MD, is Professor, Department of Psychiatry, Kuopio University Hospital, Kuopio, Finland; Vesa Kiviniemi, PhLic, is Statistician, Information Technology Centre, University of Kuopio, Kuopio, Finland; Jari Kylmä, PhD, RN, is Adjunct Professor, Department of Nursing Science, University of Tampere, Tampere, Finland.

Introduction

Adolescence is the period in life when individuals achieve autonomy (Erikson, 1982; Lee & Hotopf, 2005; Offer, Ostrov, Howard, & Atkinson, 1990), form a personal identity style, and develop coping strategies. As Erikson noted in an early work, it has been confirmed that the personality of adolescents is flexible, and early interventions are more likely to affect their later mental health than interventions later in life (Garaigordobil, 2004; Kowalenko et al., 2002; McArdle et al., 2002; Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007). In addition, an essential aspect of mental health promotion when working with adolescents is to understand, and be aware of, the differences in development between girls and boys (Offer et al.; Seiffe-Krenke & Stemmler, 2002; Wadsby, Svedin, & Sydsjö, 2007). For example, according to Offer et al., adolescent girls are more sensitive in their internal world and moody, easier to hurt, and describe themselves as sad more often than boys.

Most mental health problems begin between the ages of 12 and 24 years, although they are often detected later in life (Aalto-Setälä, Marttunen, Tuulio-Henriksson, Poikolainen, & Lönnqvist, 2002; Patel et al., 2007), and the reported prevalence of mental health disorders among young people has varied considerably between studies, countries, and ethnic groups (e.g., Kim & Cain, 2008; Patel et al.; Tyssen, Røvik, Vaglum, Grønvold, & Ekeberg, 2004). Therefore, care should be taken when comparing results of different studies. However, 18% of girls and 10% of boys reported depressive symptoms at the age of 15 years in a national survey of Finnish schoolchildren (School Health Promotion Study, 2008). In addition, 24.5% of young Finnish adults aged 20–24 years reported depressive symptoms in a study by Aalto-Setälä et al. Similarly, responses to the General Health Questionnaire (GHO-12) by young adults aged 18–29 years in the

Associations Between the Coping Self in Adolescence and Mental Health in Early Adulthood

Finnish Health 2000 study indicated that up to 18.3% of the women and 5.7% of the men had severe depression, while 31.9% of the women and 29.9% of the men suffered from exhaustion (Koskinen, Kestilä, Martelin, & Aromaa, 2005).

In a 13-year follow-up study of adolescents and young adults, Brattberg (2004) asked, "Do you find difficulties to describe your feelings?" and found that difficulties in describing feelings in adolescence were predictive of pathological anxiety in early adulthood. Further, low self-esteem in adolescence has been shown to be associated with depression in young adulthood (Pelkonen, Marttunen, & Aro, 2003; Steinhausen, Haslimeier, & Metzke, 2007), and several studies have shown that the prognosis of young people with mental health problems is not good if problems are not recognized and the cycle of difficulties is not broken sufficiently early (Aalto-Setälä et al., 2002; Bramesfeld, Platt, & Schwartz, 2006; Steinhausen et al.).

Conceptual Background

According to the World Health Organization (2005), mental health is a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities. In this study, mental health is defined as the presence or absence of symptoms measured by a structured questionnaire, Symptom Checklist-90 (SCL-90) (Derogatis, Lipman, & Covi, 1973). A key aspect of mental health is the ability to manage personal problems, stress, and conflict, i.e., to cope with life events (Benight & Bandura, 2004), which is often described in terms of coping strategies (Jaser et al., 2007; Seiffe-Krenke & Stemmler, 2002) or coping behavior (Zimmer-Gembeck & Locke, 2007). In this study, in accordance with Offer et al. (1990), the coping abilities of adolescents are assessed in terms of their "coping self," i.e., their self-assessed feelings of coping and success in close relationships (mastery); their subjective experience of psychological health (emotional health); and their adaptation to themselves, others, and their environment (superior adjustment).

Most risks for the mental health and psychological well-being of adolescents are related to their own behavior (Irwin, 2002; Sawyer, Miller-Lewis, & Clark, 2007), identity styles (Vleioras & Bosma, 2005), coping strategies (Felton, 2004; Jaser et al., 2007), and hopefulness (Kylmä & Juvakka, 2007). For instance, Steinhausen et al. (2007) reported that avoidant coping (e.g., behaving as if everything is alright, or avoiding thinking about problems) correlates with depressive symptoms in adolescent girls. No corresponding correlation was found for adolescent boys, but Pulkkinen, Feldt, and Kokko (2006) showed that good self-control and socially active constructive behavior (e.g., trying to solve annoying situations reasonably, discussing problems, and striving for justice) are resources that assist the social functioning of boys in both their adolescence and later adulthood. Further, behavioral

changes in adolescence (e.g., isolation, aggression, avoiding contacts, self-harming, or substance misuse) may sometimes be the first signs of serious mental illness in both women and men (Etheridge, Yarrow, & Peet, 2004).

Previous studies have focused on important factors that help us to identify adolescents' mental health risks, and interfere with them. However, when attempting to promote the mental health of adolescents, it is essential to understand the kinds of factors that may be linked to undesirable behavior or lead to difficulties (e.g., aggression, self-harming, substance misuse, loneliness). The main hypotheses explored in this study were: (a) that analysis of adolescents' coping self will reveal important experiences and feelings that causally underlie their behavior, risks, and mental symptoms, and (b) that these experiences, feelings, and symptoms will be significantly associated with their mental health in later life.

The present study addresses four questions:

1. Are there associations between the coping self in adolescence and mental health symptoms in early adulthood?
2. What kind of mental health symptoms do young adults display at the age of 24 years?
3. What are the differences in this respect between women and men?
4. Do associations between the coping self in adolescence and mental health symptoms in early adulthood differ between women and men?

Methods

Participants

The baseline data of this longitudinal study were collected in 1996 as part of a larger project carried out from 1995 to 1998 at two secondary schools in eastern Finland by the researchers from the University of Kuopio and the Kuopio University Hospital, with the cooperation of the schools (Laukkanen, Koivu, Aivio, Lehtonen, & Honkalampi, 2001).

The study subjects represented the age cohort in secondary school grades in a medium-sized Finnish town. In 1996, at the age of 14 years, the pupils ($n = 249$: 118 girls and 131 boys; 47.4 and 52.6%, respectively) completed a structured questionnaire including the coping self section of the Offer Self-Image Questionnaire (OSIQ) at their school during lessons under a teacher's supervision. Follow-up data were collected 10 years later in 2006 by a questionnaire posted from the University of Kuopio to the baseline participants. The overall response rate was 64.0% (77.1% women, 51.9% men), with questionnaires being returned by 159 young adults: 91 women (57.2%) and 68 men (42.8%).

The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki, and was approved by the Ethical Committee of Kuopio University Hospital and the University of Kuopio.

The Finnish Ministry of Social Affairs and Health Ministry granted permission to obtain the addresses of participants from the population register of Finland. In 1996, written informed consent to participate in the study had been obtained in advance from the parents and adolescents.

Measures

The Coping Self

In this study, the ability of the adolescent subjects to cope was assessed with the coping self scale of the OSIQ instrument, in which the coping self is defined by three subscales: mastery, emotional health, and superior adjustment (Offer, Ostrov, Howard, & Dolan, 1992) based on responses to statements (both negative and positive) with six category response options ranging from 1 ("describes me very well") to 6 ("does not describe me at all"). Each subject's coping self was scored in terms of each of these subscales by summing their scores for the responses, after rescaling responses to negative items by subtracting selected values from 7.

In such coping self analysis, low scores are deemed to indicate high coping abilities, and high scores to indicate poor coping abilities. Here, the ranges of the coping self, mastery, emotional health, and superior adjustment scores were 38–228, 10–60, 14–84, and 14–84, respectively (Laukkanen et al., 2001; Offer, Ostrov, Howard, & Dolan, 1989; Pletsch, Johnson, Tosi, Thurston, & Reisch, 1991).

The mastery subscale (10 items) measures the adolescent's adaptation to his or her immediate environment. The statements related to this subscale describe the adolescent's self-confidence, hopefulness, and belief in her/his ability to make decisions through the extent to which they agree, e.g., that: "If I put my mind to it, I can learn almost anything" and "I feel that I am able to make decisions." The emotional health (14 items) subscale measures the adolescent's experiences of her/his feelings of fear, shame, inferiority, guilt, trust, and richness/poverty of emotional life. The statements related to this subscale describe aspects of emotional life, e.g., "I often blame myself even when I am not at fault" and "I feel empty emotionally most of the time." The superior adjustment subscale (14 items) measures the adolescent's ability to cope with herself or himself and other people. This subscale also defines the adolescent's ego strength through responses to statements such as: "I do not enjoy solving difficult problems" and "If I would be separated from all the people I know, I feel that I would not be able to make a go of it" (Offer et al., 1990, 1992). The reliability and validity of the instrument have been shown to be quite good in previous studies, with Cronbach's alpha estimates of the generalizability of the scales ranging from 0.58 to 0.87 (e.g., Laukkanen, Peiponen, Halonen, Aivio, & Viinamäki, 1999; Offer et al., 1989).

Mental Health and the SCL-90

Mental health in early adulthood was measured with the SCL-90 developed by Derogatis et al. (1973). This is a multi-dimensional self-report inventory consisting of 90 items covering nine dimensions, including: somatization (SOM), obsessive-compulsive (O-C), interpersonal sensitivity (INS), depression (DEP), anxiety (ANX), hostility (HOS), phobic anxiety (PHO), paranoid ideation (PAR), and psychotic (PSY) symptoms. According to the original instrument, all symptoms were measured on a 5-point Likert scale (1 = not at all, 2 = a little bit, 3 = moderately, 4 = quite a bit, and 5 = extremely). Before analyses, the scale was recorded so that option 1 got value 0, option 2 got value 1, option 3 got value 2, option 4 got value 3, and option 5 got value 4 (Derogatis et al.; Holi, Sammallahti, & Aalberg, 1998; Kaustio, Partanen, Valkonen-Korhonen, Viinamäki, & Lehtonen, 2002). In this study, the cutoff mean score (in all nine dimensions) for clinically meaningful symptoms was 0.9, based on previous studies of Finnish subjects (Holi, 2003; Holi, Marttunen, & Aalberg, 2003). The internal consistency of the instrument has been shown to be good (e.g., Derogatis et al., 1983; Holi et al.). In addition, the study subjects were asked, in a complementary question, if they had any doctor-diagnosed mental illness.

Data Analysis

In order to examine possible selection bias, preliminary analyses were conducted to compare coping self scores between the participants who responded to the follow-up questionnaire in 2006 and the dropouts using an independent sample *t*-test. Mental health symptoms were measured by the SCL-90 instrument, and compared between men and women, using the Mann-Whitney *U*-test because of the skewness of the response variables.

The participants were then divided into two categories, with mean SCL-90 scores of ≤ 0.9 or > 0.9 , and associations were explored between coping self and SCL-90 scores of the participants (women and men separately), using Mann-Whitney *U*-test as implemented in the SPSS (Chicago, IL) statistical software package 14.00, and *p* values less than .05 were considered to be statistically significant.

Results

Coping Self at the Age of 14 Years

There were no significant differences in the baseline coping self scores between the girls who participated in the follow-up study and the dropouts. However, boys who dropped out in the second phase had significantly lower emotional health subscale scores (and hence more positive

Associations Between the Coping Self in Adolescence and Mental Health in Early Adulthood

emotional health) than boys who participated in the follow-up (mean scores and range: 29.6, 14–51 and 32.8, 15–58, respectively, $t = -2.2$, $p = .030$).

The ranges of scores among follow-up study subjects were (boys vs. girls): coping self, 43–140 versus 46–147; mastery, 11–37 versus 10–44; emotional health, 14–58 versus 16–57; and superior adjustment, 18–60 versus 14–55 (see Table 1 for means and standard deviations).

Mental Health at the Age of 24 Years

In total, 34.1% of the study subjects (41.1% of the women and 25% of the men) exceeded the clinical cutoff of 0.9 for mental health symptoms in at least two SCL-90 dimensions; 41.1% of the women and 19.1% of the men reported symptoms of depression, while 34.4% of the women and 26.5% of the men reported obsessive-compulsive symptoms.

Women reported more symptoms than men in all SCL-90 dimensions except phobic anxiety. Mean scores, range, and p values were as follows (women vs. men): SOM, 0.66 (0–2.25) versus 0.43 (0–1.83), ($p = .000$); O–C, 0.84 (0–3.00) versus 0.63 (0–2.30), ($p = .015$); INS, 0.64 (0–2.89) versus 0.43 (0–3.22), ($p = .000$); DEP, 0.84 (0–3.15) versus 0.51 (0–2.92), ($p = .000$); ANX, 0.54 (0–2.60) versus 0.34 (0–1.50), ($p = .009$); HOS, 0.55 (0–3.00) versus 0.40 (0–2.17), ($p = .017$); PHO, 0.26 (0–2.57) versus 0.16 (0–1.29), ($p = .070$); PAR, 0.47 (0–2.83) versus 0.33 (0–2.17), ($p = .024$); PSY, 0.28 (0–1.60) versus 0.22 (0–2.30), ($p = .023$); and GSI, 0.59 (0–2.24) versus 0.40 (0–1.88), ($p = .001$) (Figure 1). Six (3.8%) study subjects reported having some doctor-diagnosed mental illness.

Associations Between the Coping Self in Adolescence and Mental Health in Early Adulthood

We examined the associations between the coping self (overall and mastery, emotional health, and superior adjustment subscales) in adolescence and mental health symptoms in early adulthood (in terms of nine SCL-90 dimensions), separately in men and women of two groups, consisting of subjects with SCL-90 scores above and below the clinical threshold. In women, significant associations were found between mastery scores and psychotic symptoms ($p = .014$), and between emotional health scores and depression symptoms ($p = .015$). In men, the coping self scores were significantly associated with obsessive-compulsive ($p = .049$) and interpersonal sensitivity ($p = .010$) symptoms, while both the mastery ($p = .038$) and emotional health ($p = .020$) scores were associated with interpersonal sensitivity symptoms. Superior adjustment scores were not significantly associated with mental health symptoms in later life for any of the groups (Table 1).

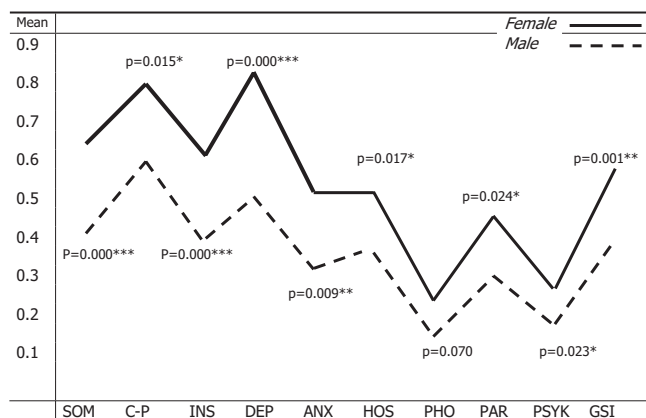
Table 1. Associations Between Coping Self Scores (Means, SD) at the Age of 14 Years, and Four Dimensions of Mental Health Symptoms in Young Adulthood, Applying 0.9 as a Cutoff Mean Score for Assessing Mental Health ($n = 159$)

Mental health symptoms in young adulthood	Scale: coping self in adolescence mean, SD, p		Subscale: mastery in adolescence mean, SD, p		Subscale: emotional health in adolescence mean, SD, p		Subscale: adjustment in adolescence mean, SD, p	
	≤ 0.9	> 0.9	≤ 0.9	> 0.9	≤ 0.9	> 0.9	≤ 0.9	> 0.9
	Few or not at all symptoms	Plenty symptoms	Few or not at all symptoms	Plenty symptoms	Few or not at all symptoms	Plenty symptoms	Few or not at all symptoms	Plenty symptoms
O–C								
Women ($n = 91$)	93.0 (17.7)	97.2 (21.0)	23.9 (5.8)	24.2 (6.7)	31.7 (7.7)	35.4 (9.1)	37.4 (7.7)	37.6 (7.9)
Men ($n = 68$)	94.1 (21.0)*	102.8 (17.2)*	24.1 (6.0)	26.3 (5.3)	31.8 (8.9)	35.6 (8.0)	38.3 (8.1)	40.9 (6.2)
INS								
Women ($n = 91$)	95.2 (19.1)	92.4 (18.6)	24.4 (6.3)	23.0 (5.5)	23.8 (8.5)	33.3 (8.2)	38.0 (7.8)	36.2 (7.6)
Men ($n = 68$)	94.2 (19.9)*	109.6 (11.9)*	24.1 (6.0)*	28.1 (3.7)*	31.8 (8.7)*	38.5 (7.4)*	38.3 (8.0)	43.0 (3.7)
DEP								
Women ($n = 91$)	92.1 (17.3)	97.8 (20.7)	23.7 (5.9)	24.5 (6.4)	31.0 (7.1)*	35.8 (9.2)*	37.4 (7.3)	37.6 (8.5)
Men ($n = 68$)	94.8 (20.1)	103.5 (16.2)	24.3 (6.0)	26.2 (5.5)	32.2 (8.6)	35.3 (9.3)	38.2 (8.2)	42.0 (3.7)
PSY								
Women ($n = 91$)	93.8 (19.0)	105.6 (14.2)	23.7 (6.1)*	29.0 (4.2)*	32.9 (8.4)	33.6 (8.4)	37.2 (7.8)	43.0 (4.3)
Men ($n = 68$)	95.6 (19.6)	115.3 (3.7)	24.4 (5.9)	30.3 (1.5)	32.3 (8.6)	43.3 (5.0)	38.8 (7.8)	41.7 (1.5)

* $p < .05$, nonparametric Mann–Whitney U -test.

O–C, obsessive-compulsive; INS, interpersonal sensitivity; DEP, depression; PSY, psychotic symptoms.

Figure 1. The Mental Health Symptoms of Young Adults at the Age of 24 Years by Nine Measured SCL-90 Dimensions in Women and Men (Mean, *p* Value)



Discussion

This study yielded the following main findings. Various mental health symptoms were common at the age of 24 years, and women had more symptoms than men. In addition, the emotional health and mastery subscales of the coping self in adolescence were associated with four dimensions of mental health symptoms (obsessive-compulsive, interpersonal sensitivity, depression, and psychotic) in early adulthood, but no significant association was found between the superior adjustment subscale of the coping self and mental health in later life. Further, associations between the coping self in adolescence and mental health symptoms in early adulthood differed according to gender.

At the age of 24 years, the study subjects reported numerous mental health symptoms, and 34.1% of the young adults (41.1% of the women and 25% of the men) had SCL-90 scores exceeding the clinical cutoff of 0.9 for mental health symptoms in at least two dimensions. However, only six (3.8%) young adults reported having some mental disorder diagnosed by a doctor. This result is in accordance with the follow-up study of Tyssen et al. (2004), who examined the prevalence of self-reported mental health symptoms that required treatment and help seeking among medical students, and found that young people who need help for their mental health problems do not always seek it. These results indicate that the threshold for seeking care should be lowered (Tyssen et al.), and that healthcare professionals may need to improve their ability to detect and respond to nascent mental health problems.

Our results are consistent with findings of earlier studies that have reported a high prevalence of mental symptoms

in early adulthood (Aalto-Setälä et al., 2002; Koskinen et al., 2005; Patel et al., 2007), and higher frequencies of such symptoms among women than among men (e.g., Hayward et al., 2007; Pelkonen et al., 2003; School Health Promotion Study, 2008; Seiffe-Krenke & Stemmler 2002). However, it is difficult to precisely assess the general prevalence of mental health problems because some studies have examined only one dimension or one mental illness, e.g., depressive symptoms (Aalto-Setälä et al.), social anxiety (Hayward et al.), or psychosis (Etheridge et al., 2004). A strength of our study was that we considered nine different symptom dimensions simultaneously, and found that many young adults have symptoms simultaneously in at least two dimensions.

In addition, it is essential to distinguish between symptoms and problems. Young people may cope well with some mental health symptoms, and they do not always adversely affect their everyday life. Symptoms only become problems if they cause young people suffering, or adversely affect psychosocial activities. However, young people may not recognize (Tyssen et al., 2004) their mental health symptoms, or deny that they have any. Nurses and other professionals should be aware of these possibilities.

The emotional health dimension of the coping self was associated with depressive symptoms in women and interpersonal sensitivity symptoms in men. The results indicate that it is important to take into consideration the adolescents' perceptions regarding their emotional health (e.g., fears, shame, feelings of guilt and inferiority, trust, emptiness, or richness of emotional life).

Accordingly, Erikson (1982) has stressed the importance of feelings in his theory of human development from babyhood to old age. Our results indicate that feelings of shame, guilt, inferiority, and lack of self-confidence may disrupt the psychosocial development of children and adolescents; hence, adolescents' feelings and experiences may be key factors to consider in attempts to promote mental health. Thus, healthcare professionals should always provide adolescents opportunities to discuss their needs with appropriate adults.

Brattberg (2004) found difficulties in describing feelings in adolescence to be predictive of mental health problems in early adulthood. Professionals should also develop interaction skills and ways to approach adolescents, to create confidential relationships with them, and to encourage them to talk about their feelings and experiences.

The mastery dimension of the adolescents' coping self (which includes decision-making skills, belief in one's own abilities, hopefulness, and self-confidence) was significantly associated with interpersonal sensitivity symptoms in men and psychotic symptoms in women. Early mental health intervention programs for young people have demonstrated that different skills (e.g., realistic thinking, decision making, problem solving, and negotiation) can be learned (Felton,

Associations Between the Coping Self in Adolescence and Mental Health in Early Adulthood

2004; Kowalenko et al., 2002; McArdle et al., 2002) and positively influence mental health. Hence, in their routine practice, nurses should be given sufficient time to listen to adolescents, to encourage them to believe in their own abilities, and to teach them to resolve problems in everyday life (possibly via exercises in small groups). Early mental health interventions for adolescents should also be developed and tested, ideally in cooperation with mental health professionals and secondary school staff. More attention should also be paid to differences between the feelings and experiences of women and men.

There is a clear need for discussion regarding possible ways to promote the mental health and well-being of adolescents, because attention has often focused too narrowly on symptoms of poor mental health or illness (e.g., Aalto-Setälä et al., 2002; Etheridge et al., 2004; Kim & Cain, 2008), risks (e.g., Pelkonen et al., 2003), and undesirable behavior (e.g., Pulkkinen et al., 2006; School Health Promotion Study, 2008; Steinhausen et al., 2007). However, when such symptoms have become manifested, the optimal time for interventions and active promotion of mental health may have already passed. Our study provides indications of factors that could be addressed in mental health promotion programs, and new information that may facilitate the activities of professional nurses and all those who work with adolescents.

Limitations

Some limitations of this study should be noted when assessing the results. The study sample was quite small, but the study subjects were unselected. Multiple statistical tests were performed on the data, increasing the possibility that some of the findings may have been a result of random chance because no corrections for multiple testing were applied, such as false discovery rate or Bonferroni corrections. However, this is a typical feature of explorative studies.

The response rate of women on follow-up was good (77.1%), and the respondents were representative of the initial group. Among men, the response rate was substantially lower (52%), and a greater proportion of the men with poor coping self scores in adolescence responded to the follow-up in early adulthood than those with positive baseline, adolescence coping self scores. Men who responded to the follow-up questionnaire may also have had more current problems, and this study may therefore have offered them a possibility to communicate about their unidentified troubles. The 10-year longitudinal design is one of the great strengths of this study, but the bias in the follow-up response rate among boys must be taken into consideration when drawing conclusions from the results.

In this study, it was necessary to apply nonparametric tests. However, parametric tests may have enabled more statistically significant associations to be identified.

Acknowledgments. This study was supported by a grant from the Finnish Association of Adolescent Psychiatry. We wish to thank all the study participants.

Author contact: Pirjo.Kinnunen@uku.fi, with a copy to the Editor: poster@uta.edu

References

- Aalto-Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio-Henriksson, A., Poikolainen, K., & Lönnqvist, J. (2002). Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American Journal of Psychiatry*, *159*(7), 1235–1237.
- Benight, C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of post-traumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(10), 1129–1148.
- Bramesfeld, A., Platt, L., & Schwartz, F. (2006). Possibilities for intervention in adolescents' and young adults' depression from a public health perspective. *Health Policy*, *79*(2–3), 121–131.
- Brattberg, G. (2004). Do pain problems in young schoolchildren persist into early adulthood? A 13-year follow-up. *European Journal of Pain*, *8*(3), 187–199.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R administration, scoring & procedures manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale—preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, *9*, 13–17.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed*. New York: Norton.
- Etheridge, K., Yarrow, L., & Peet, M. (2004). Pathways to care in first episode psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *11*(2), 125–128.
- Felton, M. (2004). The development of discourse strategies in adolescent argumentation. *Cognitive Development*, *19*(1), 35–52.
- Garaigordobil, M. (2004). Effects of a psychological intervention on factors of emotional development during adolescence. *European Journal of Psychological Assessment*, *20*, 66–80.
- Hayward, C., Wilson, K. A., Lagle, K., Kraemer, H. C., Killen, J. C., & Taylor, C. B. (2007). The developmental psychopathology of social anxiety in adolescents. *Depression and Anxiety*, *0*, 1–7.
- Holi, M. (2003). *Assessment of Psychiatric Symptoms Using the SCL-90*. Published doctoral dissertation. University of Helsinki, Helsinki, Finland.
- Holi, M. M., Sammallahti, P. R., & Aalberg, V. A. (1998). A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *97*, 42–46.
- Holi, M. M., Marttunen, M., & Aalberg, V. (2003). Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nordic Journal of Psychiatry*, *57*, 233–238.
- Irwin, C. E. (2002). America's adolescents: Where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health*, *31*(6 Suppl), 91–121.
- Jaser, S., Champion, J., Reeslund, K., Keller, G., Merchant, M., Benson, M., & Compas, B. (2007). Cross-situational coping with peer and family stressors in adolescent offspring of depressed parents. *Journal of Adolescence*, *30*(6), 917–935.
- Kaustio, O., Partanen, J., Valkonen-Korhonen, M., Viinamäki, H., & Lehtonen, J. (2002). Affective and psychotic symptoms relate to different types of P300 alteration in depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *71*, 43–50.
- Kim, E., & Cain, K. C. (2008). Korean American adolescent depression and parenting. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *21*(2), 105–115.
- Koskinen, S., Kestilä, L., Martelin, T., & Aromaa, A. (2005). *The health of young adults. Baseline results of the Health 2000 study on the health of 18 to 29-year-olds and the factors associated with it*. Helsinki, Finland: Publications of National Public Health Institute, Series B 7.

- Kowalenko, N., Wignall, A., Rapee, R., Simmons, J., Whitefield, K., & Stonehouse, R. (2002). The ACE-program. Working with schools to promote emotional health and prevent depression. *Youth Studies Australia*, 21, 23–30.
- Kylmä, J., & Juvakka, T. (2007). Hope in nursing and as a focus of nursing research. *Tutkiva Hoitotyö*, 5(4), 4–8.
- Laukkanen, E., Peiponen, S., Halonen, P., Aivio, A., & Viinamäki, H. (1999). Discriminant validity of the Offer Self-Image Questionnaire in Finnish 13-years-old adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53, 197–201.
- Laukkanen, E., Koivu, A., Aivio, A., Lehtonen, J., & Honkalampi, K. (2001). The stability and correlates of a negative coping self among adolescents. *Advances in Psychology Research*, 5, 141–152.
- Lee, W., & Hotopf, M. (2005). Personality variation and age: Trait instability or measurement unreliability? *Personality and Individual Differences*, 38, 883–890.
- McArdle, P., Moseley, D., Quibell, T., Johnson, R., Allen, A., Hammal, D., & leCouteur, A. (2002). School-based indicated prevention: A randomised trial of group therapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(6), 705–712.
- Offer, D., Ostrov, E., Howard, K., & Dolan, S. (1989). *A manual for the offer self-image questionnaire for adolescents (OSIQ)*. New York: Universities Press.
- Offer, D., Ostrov, E., Howard, K., & Atkinson, R. (1990). Normality and adolescence. *Psychiatric Clinics of North America*, 13, 377–388.
- Offer, D., Ostrov, E., Howard, K., & Dolan, S. (1992). *Offer self-image questionnaire revised*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S., & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet*, 370, 1302–1313.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., & Aro, H. (2003). Risk of depression: A 6-year follow-up of Finnish adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 77(1), 41–51.
- Pletsch, P. K., Johnson, M. K., Tosi, C. B., Thurston, C. A., & Reisch, S. K. (1991). Self-image among early adolescents: Revisited. *Journal of Community Health Nursing*, 8, 215–231.
- Pulkkinen, L., Feldt, T., & Kokko, K. (2006). Adaptive behavior in childhood as an antecedent of psychological functioning in early middle age: Linkage via career orientation. *Social Indicators Research*, 77(1), 171–195.
- Sawyer, M., Miller-Lewis, L., & Clark, J. (2007). The mental health of 13–17 years old in Australia: Findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(2), 185–194.
- School Health Promotion Study. (2008). *National Research and Development Centre for Welfare Health*. Retrieved February 9, 2009, from <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/taulukot2008/mieliala08.htm>
- Seiffe-Krenke, I., & Stemmler, M. (2002). Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: A test of three development models. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 405–417.
- Steinhausen, H. C., Haslmeier, C., & Metzke, C. (2007). Psychosocial factors in adolescent and young adult self-reported depressive symptoms: Causal or correlational associations? *Journal of Youth and Adolescence*, 36(1), 89–100.
- Tyssen, R., Røvik, J. O., Vaglum, P., Grønvold, N. T., & Ekeberg, O. (2004). Help-seeking for mental health problems among young physicians: Is it the most ill that seeks help? A longitudinal and nationwide study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 989–993.
- Vleioras, G., & Bosma, H. A. (2005). Are identity styles important for psychological well-being? *Journal of Adolescence*, 28(3), 397–409.
- Wadsby, M., Svedin, C., & Sydsjö, G. (2007). Children of mothers at psychosocial risk growing up: A follow up at the age of 16. *Journal of Adolescence*, 30(1), 147–164.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health. Concepts, emerging evidence, practice. A report of the World Health Organization, Development of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*. Retrieved February 9, 2009, from http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdfhtm
- Zimmer-Gembeck, M., & Locke, E. (2007). The socialization of adolescent coping behaviours: Relationship with families and teachers. *Journal of Adolescence*, 30(1), 1–16.

Copyright of Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing is the property of Wiley-Blackwell and its content may not be copied or emailed to multiple sites or posted to a listserv without the copyright holder's express written permission. However, users may print, download, or email articles for individual use.

Pirjo Kinnunen

*Department of Nursing Science, Kuopio
University, Finland*

Eila Laukkanen

*Department of Psychiatry, Kuopio University
Hospital, Finland*

Pirjo Pölkki

*Department of Social Work and Social
Pedagogy, Kuopio University, Finland*

Jari Kylmä

*Department of Nursing Science, Tampere
University, Finland*

Are Worries, Satisfaction with Oneself and Outlook in Secondary School Students Associated with Mental Health in Early Adulthood?

Key words: adolescence; mental health; early adulthood; long-term study

Introduction

Adolescence is the period in life when young people seek an identity of their own, as well as their course in life, and at this time their personality is flexible and open to new ideas, attitudes and opinions (Erikson, 1982; Meeus *et al*, 2005). This stage is important from the perspective of promoting mental health, because it is easier to influence the lives of adolescents than of older people (Meeus *et al*,

2005; Patel *et al*, 2007).

Previous studies have suggested that adolescents have many worries in their lives. For example, they worry about the difficulties of family life (Farrand *et al*, 2007; Renk *et al*, 2007; Hayward *et al*, 2008; Kim & Cain, 2008), school bullying (Kim *et al*, 2005; Solberg *et al*, 2007; Gini *et al*, 2008), parental drinking and unemployment (Schilling *et al*, 2007), lack of money (Rask *et al*, 2002) and lack of friends (Pelkonen *et al*, 2003). In addition, adolescents are not always satisfied with themselves. In 2008, according to a national survey of Finnish pupils, 13% of boys and 21% of girls were dissatisfied with themselves, and 20% of boys

A B S T R A C T

The aim of this study was to find factors that can be identified in adolescence and are associated with mental health symptoms in early adulthood. Data pertaining to worries, satisfaction with oneself and outlook were collected from 14-year-old adolescents in 1996 (N = 235), using a structured questionnaire. Mental health data were collected in 2006 from the same people at the age of 24 years, using the SCL-90 instrument, with a response rate of 63.4% (N = 149).

Adolescents' worries about family finances and conflicts at home were associated with mental health problems in later life in both genders. Worries about achievement at school and parental unemployment in females, and lack of friends and busy parents in males, were associated with mental health problems at the age of 24. Adolescents' perceptions of their worries, satisfaction with oneself and outlook are important factors to consider in attempts to promote mental health.

and 43% of girls aged 15 worried about their appearance (School Health Promotion Study, 2008). It is difficult for many adolescents to come to terms with changes in their body (Farrand *et al*, 2007). Positive attitudes to their future and hope are important for adolescent engagement in life (Neblett & Cortina, 2006; Carter *et al*, 2007; Kylmä & Juvakka, 2007; Adelabu, 2008).

Young people suffer symptoms of mental health, including depressive symptoms (Aalto-Setälä *et al*, 2002; Pelkonen *et al*, 2003; Sawyer *et al*, 2007), social anxiety (Hayward *et al*, 2008) and psychosomatic symptoms (Larsson & Zaluha, 2003; Steinhausen & Metzke, 2007). Depressive symptoms in adolescence are known to be predictors for depressive disorders and maladjustment in early adulthood (Aalto-Setälä *et al*, 2002), and functional-somatic symptoms in adolescence tend to continue into early adulthood (Steinhausen & Metzke, 2007). Low self-esteem, dissatisfaction with school achievements, a poor atmosphere at home, having no close friends and depressive symptoms at the age of 16 have been found to predict depression at the age of 22 (Pelkonen *et al*, 2003).

When assessing adolescents' mental health and their needs for services, attention has often focused on problem behaviour (Barth *et al*, 2004; Taylor & Lopez, 2005; Estévez *et al*, 2008), suicidal behaviour (Walsh & Eggert, 2007; Laukkanen *et al*, 2009) or symptoms such as anxiety, depression or headache (Aalto-Setälä *et al*, 2002; Larsson & Zaluha, 2003; Hayward *et al*, 2008). However, when attempting to promote the mental health of adolescents it is essential to understand the kinds of factor that may be linked to undesirable behaviour or lead to difficulties such as aggression, self-harming, substance misuse, loneliness or mental health symptoms. Little attention has been focused on adolescents' perceptions of their worries, satisfaction with oneself and outlook, although there is evidence that adolescents identify their own mental health problems better than their parents do (Sawyer *et al*, 2007). Adults are not always aware of adolescents' worries, because not all worries are visible (Moor *et al*, 2007). Parents also assess family dynamics more favourably than adolescents do (Rask *et al*, 2003).

We know too that school health services are an important part of mental health promotion, and nurses play a key role in identifying the worries of adolescents and helping them deal with them (Larsson & Zaluha, 2003; Tilley & Chambers, 2003; Farrand *et al*, 2007; Puskar & Bernardo, 2007; Sawyer *et al*, 2007). Adolescents seek help from a school nurse when, for example, they are having problems sleeping at night, arguing all the time with their parents or encountering changes to their body (Farrand *et al*, 2007), or when they are worried, sad, nervous or depressed (Larsson & Zaluha, 2003). However, school health staff often focus their attention

on visible signals, and it may be that adolescents' meaningful worries are overlooked. The aim of this study was to identify whether worries, outlook and satisfaction with oneself in adolescence are associated with mental health in early adulthood.

Methods

Participants

For this long-term study, data on worries, satisfaction with oneself and future outlook were collected in 1996 as part of a larger project carried out in 1995–1998 at two Finnish secondary schools in Eastern Finland (Laukkanen *et al*, 2001). The study subjects represented the age cohort of secondary school pupils in a medium-sized Finnish town. At the age of 14, the pupils ($N = 235$; 116 girls, 49.4%; 119 boys, 50.6%) completed a structured questionnaire at school, under a teacher's supervision, during their lessons. The follow-up data were collected ten years later in 2006 by a questionnaire posted from the University of Kuopio to the baseline participants. The overall response rate was 63.4% (females 75.9% and males 51.3%), and questionnaires were returned by 149 young adults, 88 females and 61 males.

The study was conducted in accordance with the Declaration of Helsinki and was approved by the Ethical Committee of Kuopio University Hospital and the University of Kuopio. The Finnish Ministry of Social Affairs and Health Ministry granted permission to extract the addresses of participants from the population register of Finland. In 1996, written informed consent to participate in the study had been obtained in advance from the parents and the adolescents themselves.

Instruments

Worries at the age of 14

The worries of adolescents were quantified on the basis of a list of nine items: school achievements, bullying at school, lack of friends, busy parents, conflicts at home, illness of a family member, the family's finances, parental unemployment and difficulties with teachers at school. A four-category Likert scale included the options 1 – never, 2 – sometimes, 3 – often and 4 – very often.

Satisfaction with oneself at the age of 14

The level of satisfaction that adolescents felt about themselves was evaluated by one question: How satisfied are you with yourself? The response categories were 1 – very satisfied, 2 – fairly satisfied and 3 – not at all satisfied.

Outlook at the age of 14

Adolescents' feelings about the future were evaluated by one question: What do you think about the future? The response categories were 1 – I trust that life will be all right, 2 – I have not thought about the future and 3 – I am afraid of the future.

Mental health at the age of 24

Mental health in early adulthood was measured using the Symptom Checklist-90 (SCL-90) developed by Derogatis *et al* (1973). This is a multidimensional self-report inventory consisting of 90 items covering nine dimensions: somatisation (SOM), obsessive-compulsive (O-C), interpersonal sensitivity (INS), depression (DEP), anxiety (ANX), hostility (HOS), phobic anxiety (PHO), paranoid ideation (PAR) and psychotic (PSY) symptoms. According to the original instrument all symptoms were measured on a 5-point Likert scale (1 = not at all, 2 = a little bit, 3 = moderately, 4 = quite a bit and 5 = extremely). Before analysis the scale was recorded so that option 1 got value 0, option 2 got value 1, option 3 got value 2, option 4 got value 3 and option 5 got value 4 (Derogatis *et al*, 1973; Holi *et al*, 1998; Kaustio *et al*, 2002). In this study, the cut-off mean score (in all nine dimensions) for clinically meaningful symptoms was 0.9, based on previous studies of Finnish subjects (Holi, 2003; Holi *et al*, 2003). The internal consistency of the instrument has been shown to be good (Derogatis *et al*, 1973; Holi *et al*, 1998).

Data analysis

The non-parametric Mann-Whitney U-test was used to assess how the follow-up data related to the data collected in 1996. When looking for associations between variables in adolescence and mental health in early adulthood, the participants were divided into two groups on the basis of their mean SCL-90 scores: one group whose mean scores were ≤ 0.9 and another group with mean scores > 0.9 , indicating clinically significant symptoms. Differences between groups and genders were compared, and data were analysed using cross-tabulations and Spearman's correlation tests. In this study a *p* value ≤ 0.05 was considered to be statistically significant. Statistical analysis was performed using SPSS statistical software, version 14.00.

Results

Worries, satisfaction with oneself and outlook in adolescence

The follow-up data exhibited clear relationships with the data collected in 1996 for both genders. There were no

significant differences in any variables between subjects who participated in the follow-up study and those who did not.

Adolescents worried most about school achievements, illness of a family member, the family's finances, parental unemployment, conflicts at home and lack of friends (*Table 1* and *Figure 1*, below). They were generally satisfied with themselves; 23.9% of the girls and 50.8% of the boys stated that they were very satisfied, and 72.7% of the girls and 49.2% of the boys that they were fairly satisfied. Three girls (3.4%) were not satisfied with themselves. The adolescents also trusted in the future; 69.3% of the girls and 77.1% of the boys trusted that life would be all right in the future, while 29.6% of the girls and 21.3% of the boys had not thought about the future. Two adolescents reported that they were afraid of the future.

Mental health symptoms in early adulthood

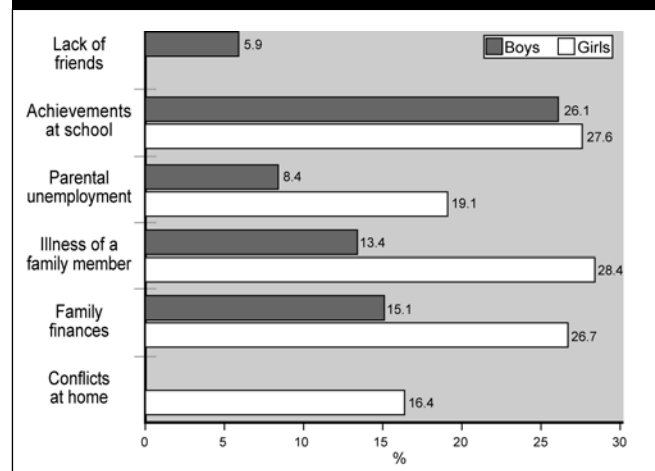
Mental health symptoms were common in early adulthood;

TABLE 1 The Worries of Adolescents Reported in the Baseline Data (N = 235)

Concerns in adolescence	Often or extremely often	
	N	%
Achievements at school	63	26.8
Bullying	10	4.3
Lack of friends	21	9.0
Busy parents	10	4.3
Conflicts at home	26	11.1
Illness of a family member	49	20.9
Family finances	49	20.9
Parental unemployment	32	13.6
Difficulties with teachers at school*	12	5.2

*N = 232

FIGURE 1 The Five Most Commonly Reported Worries (Often or Extremely Often) in Girls and Boys



42% of females and 22.9% of males exceeded the clinical cut-off of 0.9 for symptoms in at least two dimensions of the SCL-90. Females reported more symptoms than males in all dimensions of the SCL-90. The most common symptom was depression (40.9%) in females and obsessive-compulsive symptoms (23.0%) in males (*Table 2*, below). Young adults reported numerous symptoms of mental health, but it is important to note that symptoms and disease are different issues.

Associations between worries in adolescence and mental health in early adulthood

A number of adolescent concerns were associated with mental health symptoms in early adulthood: conflicts at home and family finances in both genders, parental unemployment and achievement at school in females, and busy parents and lack of friends in males (*Figure 2*, below). Bullying, illness of a family member and difficulties with teachers at school were not associated with mental health symptoms in later life.

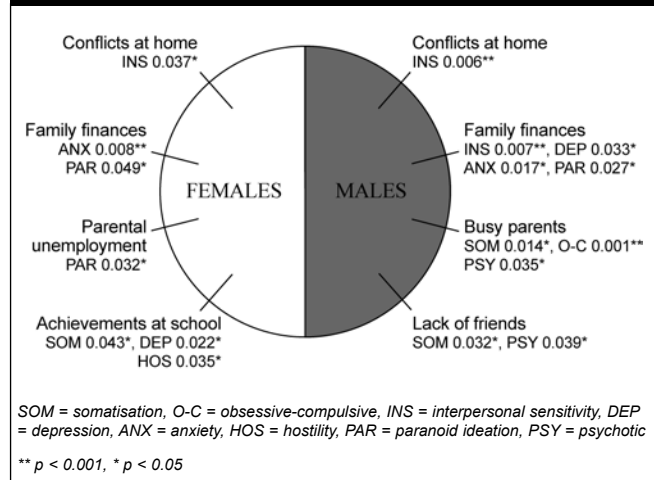
Associations between satisfaction with oneself and outlook in adolescence and mental health in early adulthood

No associations were found between satisfaction with oneself and future orientation in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. However, two of the three females who were dissatisfied with themselves in adolescence, in early adulthood had mental health symptoms that exceeded the clinical cut-off. Both young adults who reported being afraid of the future in adolescence suffered from depressive symptoms in early adulthood.

Discussion

The aim of this study was to identify the associations between

FIGURE 2 Summary of Associations between Worries in Adolescence and Mental Health Symptoms in Early Adulthood According to Gender



worries, satisfaction with oneself and outlook in adolescence, and mental health in early adulthood. Adolescents' worries about family finances, conflicts at home, school achievements, parental unemployment, lack of friends and busy parents were found to be associated with mental health symptoms. Bullying, illness of a family member and difficulties with teachers at school were not associated with mental health symptoms in early adulthood. Adolescents were generally satisfied with themselves, and nearly all adolescents regarded their future optimistically. However, the two young adults who reported being afraid of the future in adolescence had mental health symptoms in early adulthood, and two of the three young adults who reported being dissatisfied with themselves in adolescence had mental health symptoms in later life.

Worries in adolescence about conflicts at home were associated with interpersonal sensitivity symptoms (INS) in both genders in early adulthood. This suggests that the atmosphere at home is important, and is consistent with the findings of previous studies (Pelkonen *et al*, 2003; Schilling *et al*, 2007). Our results support the idea that continual tension in family relationships may be a meaningful threat to mental health in later life. We found that lack of money at home can cause adolescents to worry. The study by Rask and colleagues (2002) found that one in four adolescents reported worrying about money fairly often, although economic responsibility in the family should belong to the parents. More attention and support should be focused on families who have economic or other problems. There are many opportunities to help families and adolescents, for example by arranging activities for adolescents.

Boys suffered more than girls from lack of good friends, and this can be a serious threat to mental health. In girls,

TABLE 2 The Mental Health Symptoms of Young Adults Exceeding the Clinical Cut-Off of 0.9 (N = 149)

Symptoms	Females N = 88		Males N = 61	
	N	%	N	%
Somatisation	23	26.1	10	16.4
Obsessive-compulsive	31	35.2	14	23.0
Interpersonal sensitivity	25	28.4	7	11.5
Depression	36	40.9	10	16.4
Anxiety	14	15.9	3	4.9
Hostility	19	21.6	8	13.1
Phobic anxiety	5	5.7	1	0.8
Paranoid ideation	13	14.8	6	9.8
Psychotic	5	5.7	2	3.3

worries about achievement at school were associated with mental health symptoms in later life. According to Taylor and Lopez (2005), the expectations of mothers are associated with achievement at school in adolescence, but excessive external stress and pressure may adversely affect the mental health of adolescents. An unpleasant school environment (Estévez *et al*, 2008) and school bullying (Solberg *et al*, 2007; Gini *et al*, 2008) are serious issues, although we found no associations between these factors and mental health symptoms.

In our study, adolescents were commonly satisfied with themselves. However, according to the Finnish national survey in 2008, 13% of boys and 21% of girls reported that they were not very satisfied with themselves at the age of 15 years (School Health Promotion Study, 2008). Society has changed over the ten years of our study, and adolescents currently encounter much greater external stress.

Adolescents' perceptions of their worries, satisfaction with oneself and outlook are important factors to consider in attempts to promote mental health. It should always be possible for adolescents to open up and discuss their worries when they need to. In school health care, nurses in particular should be given sufficient time to listen to adolescents, and teachers should assume a greater role as consultant health care staff. Adolescents with worries may be unaware of their strengths, and it is important to help them identify factors that can protect their mental health (Walsh & Eggert, 2007).

Conclusions

This study offers a perspective on mental health promotion and provides new information for professionals who work with adolescents. Our results showed that adolescents have many worries, and worries associated with mental health in early adulthood are clearly related to family life, relationships and achievement at school. Adolescents are dependent on their parents; a family and the family's way of life influence adolescent's development and therefore mental health.

Worries about family finances, conflicts at home, parental unemployment, busy parents, school achievements and lack of friends may be really meaningful factors in an adolescent's life. These early signs offer the possibility of catching an adolescent's life and helping them before worries become a difficulty or lead to risky health behaviour, substance misuse or mental health problems. Parents need support and advice on how to cope with the various stresses in their life and how to manage in their parenthood.

School personnel are in a key position to detect and intervene in adolescents' worries. Adolescents seek help

with everyday worries from a school nurse, and nurses should increase their co-operation with mental health staff, social workers, teachers and families. It is also important for professionals to share their own knowledge and experiences and contribute more to social discourse. However, school or health care staff alone cannot solve the problems that threaten the mental health of young people; society and socio-political decisions also have an important role. Further research is needed so that targeted interventions to promote the mental health of adolescents can be developed.

Limitations and strengths

Some limitations to this study must be noted. The study sample was quite small, but the adolescents were not selected for the study and everybody had the opportunity to participate. The respondents were representative of the initial group, and no significant differences in the follow-up could be found between the respondents and the non-respondents with respect to their original answers. The follow-up response rate of females was good (75.9%) whereas the response rate of males was slightly lower (51.3%). The follow-up response rate among boys must be taken into consideration in drawing conclusions from the results.

The initial data were collected in 1996, and we must note that certain issues in society and cultural background could have influenced the results. Finland experienced a severe economic depression at the beginning of the 1990s, and was then in very good financial standing for many years. Now, at the beginning of the 2010s, the economy is again in recession in Finland, as in many other countries. Our results suggest that financial standing in society during the adolescence of our study subjects may have had an influence on mental health in early adulthood. The 10-year longitudinal design is the most important strength of this study.

Acknowledgements

This study was supported by a grant from the Foundation of Aleksanteri Mikkonen and Finnish Concordia Fund. We wish to thank all the participants in the study.

Address for correspondence

Pirjo Kinnunen, Department of Nursing Science, Kuopio University, Finland, P.O.B. 1627, 70211 Kuopio, Finland, Tel +358 403552630, fax +35817162632. Email: Pirjo.Kinnunen@uku.fi

References

- Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K & Lönnqvist M (2002) Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *American Journal of Psychiatry* **159** 1235–7.
- Adelabu M (2008) Future time perspective, hope, and ethnic identity among African American adolescents. *Urban Education* **43** 347–60.
- Barth J, Dunlap S, Dane H, Lochman J & Wells K (2004) Classroom environment influences on aggression, peer relation, and academic focus. *Journal of School Psychology* **42** 115–33.
- Carter M, McGee R, Taylor B & Williams S (2007) Health outcomes in adolescence: associations with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence* **30** 51–62.
- Derogatis L, Lipman R & Covi L (1973) SCL-90: an out-patient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin* **9** 13–17.
- Erikson E (1982) *The Life Cycle Completed*. New York: Norton.
- Estévez L, Pérez S, Ochoa G & Ruiz D (2008) Adolescent aggression: effects of gender and family and school environments. *Journal of Adolescence* **1** 433–50.
- Farrand P, Parker M & Lee C (2007) Intention of adolescents to seek professional help for emotional and behavioural difficulties. *Health and Social Care in the Community* **15** 464–73.
- Gini G, Albiero P, Benelli B & Altoè G (2008) Determinants of adolescents' active defending and passive bystanding behavior in bullying. *Journal of Adolescence* **31** 93–105.
- Hayward C, Wilson K, Lagle K, Kraemer H, Killen J & Taylor C (2008) The developmental psychopathology of social anxiety in adolescents. *Depression and Anxiety* **25** (3) 200–6.
- Holi M (2003) *Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90*. Published doctoral dissertation. University of Helsinki, Helsinki.
- Holi M, Marttunen M & Aalberg V (2003) Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nordic Journal of Psychiatry* **57** 233–8.
- Holi M, Sammallahti P & Aalberg V (1998) A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatrica Scandinavica* **97** 42–6.
- Kaustio O, Partanen J, Valkonen-Korhonen M, Viinamäki H & Lehtonen J (2002) Affective and psychotic symptoms relate to different types of P300 alteration in depressive disorder. *Journal of Affective Disorders* **71** 43–50.
- Kim E & Cain K (2008) Korean American adolescent depression and parenting. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing* **21** 105–15.
- Kim Y, Koh Y & Leventhal B (2005) School bullying and suicidal risk in Korea middle school students. *Pediatrics* **115** 357–63.
- Kylmä J & Juvakka T (2007) Hope in nursing and as a focus of nursing research. *Tutkiva Hoitotyö* **5** 4–8.
- Larsson B & Zaluha M (2003) Swedish school nurses' view of school health care utilization, causes and management of recurrent headaches among school children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **17** 232–8.
- Laukkanen E, Koivu A, Aivio A, Lehtonen J & Honkalampi K (2001) The stability and correlates of a negative coping self among adolescents. *Advances in Psychology Research* **5** 141–52.
- Laukkanen E, Rissanen M-L, Honkalampi K, Kylmä J, Tolmunen T & Hintikka J (2009) The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* **44** 23–8.
- Meeus W, Iedema J, Maassen G & Engels R (2005) Separation-individuation revisited: on the interplay of parent-adolescent relations, identity and emotional adjustment in adolescence. *Journal of Adolescence* **28** 89–106.
- Moor S, Maguire A, McQueen H *et al* (2007) Improving the recognition of depression in adolescence: can we teach the teachers? *Journal of Adolescence* **30** 81–95.
- Neblett N & Cortina K (2006) Adolescents' thoughts about parents' jobs and their importance for adolescents' future orientation. *Journal of Adolescence* **29** 795–811.
- Patel V, Flisher A & Hetrick S (2007) Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* **14** 1302–13.
- Pelkonen M, Marttunen M & Aro H (2003) Risk of depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *Journal of Affective Disorders* **77** 41–51.
- Puskar KR & Bernardo LM (2007) Mental health and academic achievement: role of school nurses. *Journal of the Society of Pediatric Nurses* **12** 215–23.
- Rask K, Åstedt-Kurki P & Laippala P (2002) Adolescent subjective well-being and realized values. *Journal of Advanced Nursing* **38** 254–63.
- Rask K, Åstedt-Kurki P, Paavilainen E & Laippala P (2003) Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* **17** 129–38.
- Renk K, Oliveros A, Roddenberry A, Klein J, Sieger K,

Roberts R & Phares V (2007) The relationship between maternal and paternal psychological symptoms and ratings of adolescent functioning. *Journal of Adolescence* **30** 467–85.

Sawyer M, Miller-Lewis L & Clark J (2007) The mental health of 13-17 years old in Australia: findings from the National Survey of Mental health and well-being. *Journal of Youth and Adolescence* **36** 185–94.

Schilling E, Aseltine R & Gore S (2007) Adverse childhood experiences and mental health in young adults: a longitudinal survey. *BMC Public Health* **7** 1–10.

School Health Promotion Study (2008, accessed 4th April 2009) *National Research and Development Centre for Welfare Health*. info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/taulukot2008/index.htm.

Solberg M, Olweus D & Endresen I (2007) Bullies and victims at school: are they the same pupils? *British Journal*

of Educational Psychology **77** 441–64.

Steinhausen HC & Metzke C (2007) Continuity of functional-somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **48** 508–13.

Taylor R & Lopez E (2005) Family management practice, school achievement, and problem behavior in African American adolescents: mediating processes. *Journal of Applied Developmental Psychology* **26** 39–49.

Tilley S & Chambers M (2003) A systematic review on the effectiveness of school nurse implemented mental health screening available to adolescents in schools. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* **10** 625–6.

Walsh E & Eggert L (2007) Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing* **16** 349–59.

Nuoruusiän vanhempisuhteiden, päihteidenkäytön ja koulukokemusten yhteys varhaisaikuisuuden mielenterveyteen

Seurantatutkimuksessa selvitettiin 14-vuotiaiden nuorten vanhempisuhteiden, päihteidenkäytön ja koulukokemusten yhteyttä mielenterveyteen 24-vuotiaana. Ensimmäinen aineisto kerättiin vuonna 1996 strukturoidulla kyselylomakkeella Itä-Suomen läänissä yläkouluikäisiltä nuorilta (n = 233). Mielenterveyttä kuvaava seuranta-aineisto kerättiin samoilta henkilöiltä kyselylomakkeella (SCL-90-oiremittari) vuonna 2006 (n = 150). Vastausprosentti oli 64,4. Mielenterveysoireet olivat yleisiä varhaisaikuisuudessa, naisilla kaikkia oireita oli miehiä enemmän. Poikien riittävä suhde äitiin ja isään sekä tupakointi 14-vuotiaana olivat yhteydessä mielenterveysoireisiin 24-vuotiaana. Tyttöjen äitisuhteessa luottamuksellisuus, välinpitämättömyys, riittävyys, lämpö sekä kunnioitus, ja isäsuhteessa riittävyys korreloivat mielenterveysoireisiin varhaisaikuisuudessa. Tutkimus vahvistaa vanhempisuhteiden tärkeyden nuorten elämässä ja näillä ihmissuhteilla on myös yhteys nuoren myöhempään mielenterveyteen.

PIRJO KINNUNEN, EILA LAUKKANEN, JARI KYLMÄ

JOHDANTO

Suurin osa mielenterveysoireista alkaa jo varhaisnuoruudessa, mutta niihin puututaan usein vasta myöhemmin (Aalto-Setälä ym. 2002, Patel ym. 2007), kun ongelmat ovat jo vaikeita ja vaativat hoitoa. Mielenterveysoireiden tarkkaa esiintyvyyttä on vaikea arvioida, määrä riippuu sitä, kuka mielenterveyttä arvioi, missä kontekstissa ja millaisin kriteerein ilmiötä on tutkittu (ks. esim. Tyssen ym. 2004, Patel ym. 2007, Sawyer ym. 2007, Kim ja Cain 2008). Lisäksi usein tutkitaan vain yhtä oiretta kerrallaan esim. masennusta (Aalto-Setälä ym. 2002, Pelkonen ym. 2003, Sawyer ym. 2007), ahdistuneisuutta (Hayward ym. 2007) tai psykosomaattisia oireita (Steinhausen ja Metzke 2007) ja näin jotain voi jäädä huomaamatta kokonaismielenterveyttä ajatellen. Aalto-Setälän ym. (2002) tutkimuksessa 20–24-vuotiaista nuorista aikuisista masennusoireita raportoiti 24,5 prosenttia. Terveys 2000 -tutkimuksessa masennusoireita tuli esille vähemmän: 18–29

-vuotiailla naisilla 18,3 prosenttia ja miehillä 5,7 prosenttia, mutta tämän lisäksi uupumuksesta kärsi naisista 31,9 prosenttia ja miehistä 29,9 prosenttia (Koskinen ym. 2005).

Monia mielenterveyttä uhkaavia tekijöitä voidaan tunnistaa jo nuoruudessa. Maynardin ja Hardingin (2010) mukaan kaikissa kulttuureissa perheiden toimintatavoilla on tärkeä yhteys nuorten hyvinvointiin. Zimmer-Gembeck ja Locke (2007) osoittivat nuorien, joilla oli hyvät perhe-suhteet, käyttävän ongelmatilanteissa usein aktiivisia ja toiminnallisia selviytymiskeinoja. Steinhausen ym. (2007) seurantatutkimuksessa 13-vuotiaiden itsetunto, huono äitisuhde ja nuoren sisäiset ristiriidat olivat yhteydessä masennusoireisiin 20-vuotiaana (ks. myös Bond ym. 2007). Pelkosen ym. (2003) mukaan matala itsetunto, tyytymättömyys koulusuorituksiin ja huono ilmaipiiri kotona 16-vuotiaana näyttää ennakoivan masennusta 22-vuotiaana.

Vaikka perheen merkitys nuoren hyvinvoinnille on osoitettu, perhe-elämän ihmissuhteet eivät todellisuudessa toimi näiden ihanteiden mukaan. Kouluterveyskyselyssä kysyttiin nuorilta itseltään, pystyvätkö he keskustelemaan vaikeista asioista omien vanhempiensa kanssa. Tytöistä 44 prosenttia ja pojista 55 prosenttia koki voivansa keskustella vanhempien kanssa vaikeista asioita usein tai melko usein. Puolella nuorista kokemus oli päinvastainen (Kouluterveyskysely 2009). Nuoret ovat kuvanneet positiivisten suhteiden muodostuvan perheissä mahdollisuuksista puhua omista asioista, vanhempien saatavilla olosta ja kulkemisesta mukana heidän elämässä (Joronen ja Åsted-Kurki 2005). Luottamuksellisen suhteen kehittyminen ja hyvät vuorovaikutussuhteet läheisiin ihmisiin ovat perusta terveille kehitykselle (Erikson 1982) sekä positiivisen mielenterveyden muotoutumiselle. Vanhempien omat mielenterveysongelmat ja sosiaalisen toimintakyvyn puute uhkaavat joskus lasten mielenterveyttä (Leinonen ym. 2003) ja esimerkiksi taloudelliset vastoinkäymiset perheessä luovat paineita vanhemmuuteen ja parisuhteeseen (Leinonen ym. 2002). Nuoria huolestuttavat perheen taloudelliset asiat ja näillä huolilla näyttää olevan yhteyksiä pitkällä aikavälillä myös heidän omaan mielenterveyteensä (Kinunen ym. 2010).

Uudessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa todetaan, että nuorten runsas päihteidenkäyttö uhkaa mielenterveyttä ja hyvinvointia (Mieli 2009). Cranford ym. (2009) tutkimuksessa nuorten tupakointi oli yhteydessä masennus- ja paniikkioireisiin sekä ahdistuneisuuteen, ja säännöllinen alkoholinkäyttö oli yhteydessä ahdistusoireisiin, mutta ei masennukseen. Saban ja Flislerin (2010) tutkimuksessa nuorten alkoholinkäyttö oli yhteydessä ahdistuneisuuteen ja tupakointi ahdistuneisuuteen sekä masennukseen. Nuorena aloitettu alkoholinkäyttö johtaa usein runsaaseen alkoholinkäyttöön ja muihin ongelmiin aikuisuudessa (Pitkänen ym. 2005, ks. myös Goodman 2010, Li ym. 2010). Niemelä (2008) totesi ”Pojasta mieheksi” seurantatutkimuksessaan, että lapsuuden masentuneisuus ennakoii päivittäistä tupakointia 18-vuotiaana, etenkin matalasti koulutettujen isien pojilla. Mikä on todellinen syy ja mikä seuraus, on vaikea osittaa. Päihteidenkäytöllä on todettu olevan yhteys perhehistoriaan ja esim. juomisen aloituksen synnä voivat olla sosiaalinen toveruus, vallitseva juomiskulttuuri, heikko suhde vanhempiin, riittämätön kontrolli, jännityksen vähentäminen tai tovereiden asetta-

mat paineet (Kuntsche ym. 2004, ks. myös Li ym. 2010).

Kouluterveyskyselyn (2009) mukaan suomalaisista 14-vuotiaista tupakoi tällä hetkellä reilut 20 prosenttia ja alkoholia käyttää kerran kuussa tai useammin noin 30 prosenttia. Alkoholin käyttö väheni joitakin vuosia, mutta laskusuunta on nyt pysähtynyt. Nuorten humalajuominen on lisääntynyt ja tupakkatuotteista nuuskan käyttö on yleistynyt, 12 prosenttia 14-vuotiaista on kokeillut nuuskaa (Rainio ym. 2009).

Kouluyhteisön merkitystä on tutkittu viime vuosina paljon ja meillä on näyttöä, että epäsuotuisa kouluilmapiiri vaikuttaa nuorten mielenterveyteen (Barth ym. 2004, Savolainen 2005, Bond ym. 2007). Nelsonin ja DeBackerin (2008) mukaan ne nuoret, jotka saavat koulussa arvostusta ja kunnioitusta, sitoutuvat ja motivoituvat koulutyöhön muita paremmin. McMahon ym. (2010) tutkivat koulukiusaamista ja totesivat, että pojilla, joita oli kiusattu koulussa, oli muita poikia heikompi mielenterveys. Kiusatuilla pojilla oli lisäksi itsetuhoisuus neljä kertaa muita nuoria tavallisempaa. Kiusaaminen ja erilaiset väkivallan muodot ovat arkitodellisuutta peruskoulussa (Savolainen 2005) ja tämänkaltaiset tekijät voivat olla myös uhka koulussa viihtymiselle ja positiivisille koulukokemuksille. Suomalaisista 8-luokkalaisista pojista 49 prosenttia ja tytöistä 63 prosenttia pitää koulunkäynnistä, loput eivät (Kouluterveyskysely 2009).

Yhteiskunnallisessa keskustelussa esille nousseet nuorten mielenterveyteen liittyvät tekijät: ongelmat perheissä, päihteidenkäyttö, surulliset väkivaltaisuudet kouluissa ja säästöjen kohdistaminen peruskoulujen toimintaan (Rainio ym. 2009), haastavat myös tutkijat pohtimaan tutkimuskohteita. Meillä on tutkimustietoa nuorten mielenterveysongelmista (Rutledge ym. 2008, Copeland ym. 2009), perhesuhteista (Leinonen ym. 2002, Joronen ja Åsted-Kurki 2005, Kouluterveyskysely 2009, Maynard ja Harding 2010), päihteidenkäytöstä (esim. Wilcox ja Anthony 2004, Kouluterveyskysely 2009, Rainio ym. 2009) ja koulukokemuksista (esim. Bond ym. 2007, Ahlblad 2009, Kouluterveyskysely 2009, Rimpelä 2009). Kuitenkin tulevaisuudessa meidän tulisi tunnistaa nykyistä paremmin niitä tekijöitä, joilla on pitkällä aikavälillä merkitystä nuorten mielenterveyteen. Lisäksi tietoa siitä, kuinka nuorten mielenterveyttä voidaan tukea ja mihin nuorten mielenterveyden edistämisessä voimavaroja tulisi kohdistaa, on vielä vähän. Tässä

tutkimuksessa selvitetään 14-vuotiaiden nuorten vanhempi-suhteiden, päihteidenkäytön ja koulukokemusten yhteyttä mielenterveyteen 24-vuotiaana ja tavoitteena on löytää tekijöitä, jotka tulisi nuorten kanssa työskennellessä huomioida nykyistä paremmin.

AINEISTON HANKINTA

Tämä seurantalutkimus on jatkoa vuosina 1995–1998 Itä-Suomen läänissä toteutetulle “Kouluyhteisö nuoren kasvun ja kehityksen tukijana – koulun yhteisöllisyyden kehittämiskokeilu” -projektille, jossa olivat mukana Kuopion yliopistollisen sairaalan psykiatrian klinikka, Kuopion yliopiston kansanterveystieteen, yleislääketieteen ja sosiaalitieteiden laitokset sekä Kuopion kaupungin koulutuspalvelukeskus (Koivu ja Laukkanen 1998, Laukkanen ym. 2001). Tutkimuksessa käytetään projektin aineistoa, joka on kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella vuonna 1996 kahdessa itäsuomalaisessa peruskoulussa. Tutkimukseen osallistui 233 nuorta (tyttöjä 116 ja poikia 117). Seuranta-aineisto kerättiin samoilta henkilöiltä vuonna 2006, jolloin he olivat 24-vuotiaita ja asuivat eri puolilla Suomea, muutama myös ulkomailla. Seurantalutkimukseen vastasi 150 varhaisaikeista (naisia 88 ja miehiä 62) eli vastausprosentti oli 64.4. Seuranta-aineisto vastasi hyvin alkuperäistä aineistoa muuten, mutta ne naiset, jotka olivat tupakoineet ja käyttäneet alkoholia 14-vuotiaana jättivät vastaamatta useammin seurantalutkimukseen kuin ne naiset, jotka eivät olleet tupakoineet ja käyttäneet alkoholia 14-vuotiaana.

MITTARIT

VANHEMPISUHTEET, PÄIHTEDIENKÄYTTÖ JA KOULUKOKEMUKSET
Vuonna 1996 kerättyssä aineistossa nuorilta kysyttiin vanhempi-suhteita, päihteidenkäyttöä ja koulukokemuksia. Vanhempi-suhteita selvitettiin nuorten sekä äiti- että isäsuhdetta kuvaavilla väittämillä, jotka sisälsivät viisi erillistä vanhempi-suhdetta määrittävää tekijää seuraavasti: onko suhteesi äitiin/isään 1) lämmin, 2) toisianne kunnioittava, 3) luottavainen, 4) riitainen tai 5) välinpitämätön. Väittämävaihtoehdot olivat: a. ei kuvaa lainkaan, b. kuvaa jonkin verran, c. kuvaa melko hyvin tai d. kuvaa erittäin hyvin. Sitä, asuiko nuori molempien vanhempien kanssa tai millainen perherakenne oli, ei tässä tutkimuksessa tutkittu.

Tupakointia selvitettiin seuraavalla kysymyk-

sellä: Mikä tupakointiin liittyvistä väittämistä kuvaa sinua parhaiten? 1. en tupakoi, 2. tupakoin joskus, 3. tupakoin kerran tai useamman viikossa ja 4. tupakoin päivittäin. Alkoholin käyttöä selvitettiin kysymällä: Mikä alkoholin käyttöön liittyvistä väittämistä kuvaa sinua parhaiten? 1. en käytä alkoholia, 2. käytän alkoholia joskus, 3. käytän alkoholia kerran tai pari kuukaudessa ja 4. käytän alkoholia kerran tai useamman viikossa.

Koulukokemuksia selvitettiin kahdella eri kysymyksellä. Koetko koulunkäynnin useimmiten? Vastausvaihtoehdot olivat: 1. erittäin kevyeksi, 2. kevyeksi, 3. raskaaksi tai 4. erittäin raskaaksi. Miten viihdyt koulussa? Vastausvaihtoehdot olivat: 1. erittäin hyvin, 2. melko hyvin, 3. melko huonosti tai 4. hyvin huonosti.

MIELENTERVEYS

Vuonna 2006 kerättiin seuranta-aineisto, jossa mielenterveyttä mitattiin Symptom Check-List 90 -oiremittarilla (SCL-90). Mittarin on kehittänyt Leonard R. Derogatis kumppaneineen (1973) ja mittarin toimivuutta ja luotettavuutta on testattu suomalaisväestössä erilaisilla ryhmillä (Holi ym. 1998, Holi 2003) sekä käytetty esim. Terveys 2000 -tutkimuksessa (Aromaa ja Koskinen 2002). Mittari muodostuu 90 väittämästä, jotka jakaantuvat yhdeksään eri dimensioon: SOM = psykosomaattiset oireet (12 väittämää), O-C = pakko-neuroottiset oireet (10 väittämää), INS = interpersonallinen herkkyys (9 väittämää), DEP = masennusoireet (13 väittämää), ANX = ahdistuneisuusoireet (10 väittämää), HOS = vihamielisyys (6 väittämää), PHO = pelko-oireet (7 väittämää), PAR = paranoidiset oireet (6 väittämää) ja PSY = psykoottiset oireet (10 väittämää). Tutkimuksessa kysyttiin: missä määrin sinua on viimeisen kuukauden aikana vaivannut seuraavat oireet? (esim. pelokkuus, huonommuuden tunne, itsesyytökset). Vastajaat valitsivat parhaiten itseään kuvaavan vaihtoehdon 5 -luokkaisesta Likert-asteikosta. Vastausvaihtoehdot olivat: 1. ei lainkaan (0 pistettä), 2. melko vähän (1 piste), 3. jonkin verran (2 pistettä), 4. melko paljon (3 pistettä) tai 5. erittäin paljon (4 pistettä). Matalin mahdollinen pistemäärä oli siis 0 ja korkein 4. Vastausvaihtoehdot pisteytettiin ja kliininen raja-arvo (0.9) määriteltiin perustuen aikaisempiin tutkimuksiin, joissa on tutkittu terveitä ja erilaisia psyykkisiä sairauksia sairastavia henkilöitä (esim. Derogatis ym. 1973, Holi ym. 1998, Holi 2003, Olsen ym. 2004).

AINEISTON ANALYSOINTI

Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS software ohjelmaa, versiota 14.00. Aineistojen edustavuutta ja mielenterveysoireiden sekä muiden muuttujien välisten yhteyksien tilastollisessa testauksessa käytettiin Mann-Witneyn testiä, koska aineistot eivät jakaantuneet normaalisti. Varhaisaikuisien mielenterveyttä analysoidessa osallistujat jaettiin jokaisella dimensiolla kahteen ryhmään. Ryhmään 1 ne, joiden kyseiseltä dimensiolta saatujen pistemäärien keskiarvo oli ≤ 0.9 eli näillä osallistujilla oli tällä dimensiolla oireita alle kliinisen rajan. Ryhmän 2 muodostivat ne, joiden pistemäärien keskiarvo kyseisellä dimensiolla ylitti kliinisen raja-arvon 0.9. Tilastollisesti merkitsevä p-arvona pidettiin arvoa $p \leq 0.05$.

TULOKSET

VANHEMPISUHTEET, PÄIHTEIDENKÄYTTÖ JA KOULUKOKEMUKSET 14-VUOTIAANA

Vanhempisuhteet

Valtaosa nuorista koki suhteen vanhempiin hyväksi, mutta väittämistä riippuen noin 5–15 prosenttia nuorista raportoi suhteen toiseen tai molempiin vanhempiin olevan puutteellinen. Puutteelliseksi määriteltiin suhde eri alueilla siten, että esim. luottamuksellisuus kohdassa nuori oli valinnut kohdan: ei kuvannut suhdetta lainkaan tai kuvaa vain jonkin verran. Pojat kokivat suhteen niin äitiin kuin isäänkin lämpimämmäksi, enemmän toisiaan kunnioittavaksi ja vähemmän riitaiseksi kuin tytöt. Seurantatutkimukseen osallistuneiden ja seurannasta tippuneiden tuloksissa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja, eli aineistot vastasivat hyvin toisiaan niin tyttöjen kuin poikienkin osalta.

Päihteidenkäyttö

Vuonna 1996 14-vuotiaista tytöistä tupakoi 43,1 prosenttia ja pojista 19,3 prosenttia (päivittäin 16,4 prosenttia tytöistä ja 7,5 prosenttia pojista). Alkoholia käytti ainakin joskus tytöistä 44 prosenttia ja pojista 38,7 prosenttia (viikoittain 6 prosenttia tytöistä ja 2,5 prosenttia pojista). Poikien osalta seurantatutkimukseen osallistuneiden ja seurannasta tippuneiden tulokset vastasivat hyvin toisiaan. Tytöistä seurantatutkimukseen vastasivat aktiivisemmin ne, jotka eivät olleet tupakoineet eivätkä käyttäneet alkoholia 14-vuotiaana.

Koulukokemukset

Nuorista tytöistä 92,2 prosenttia ja pojista 83,1 prosenttia viihtyi koulussa erittäin tai melko hyvin Koulunkäynnin koki erittäin tai melko kevyeksi 69,3 prosenttia tytöistä ja 75,6 prosenttia pojista, ja erittäin raskaaksi tai raskaaksi 30,7 prosenttia tytöistä ja 24,4 prosenttia pojista. Seurantatutkimusaineisto vastasi hyvin alkuperäistä aineistoa.

NUORUUDEN VANHEMPISUHTEIDEN YHTEYS MIELENTERVEYTEEN 24-VUOTIAANA

Tyttöjen äitisuhteessa lämpö, kunnioitus, luottamuksellisuus, riitaisuus sekä välinpitämättömyys olivat yhteydessä pelko-oireisiin ja luottamuksellisuus sekä välinpitämättömyys olivat yhteydessä lisäksi paranoidisiin oireisiin varhaisaikuisuudessa. Tyttöillä riitainen isäsuhde oli yhteydessä vihamielisyyteen 24-vuotiaana. Pojilla riitainen äitisuhde oli yhteydessä psykosomaattisiin oireisiin sekä vihamielisyyteen ja riitainen isäsuhde psykosomaattisiin oireisiin varhaisaikuisuudessa (Taulukko 1).

NUORUUDEN PÄIHTEIDENKÄYTÖN YHTEYS MIELENTERVEYTEEN 24-VUOTIAANA

Tyttöjen päihteidenkäytöllä 14-vuotiaana ei ollut tässä tutkimuksessa yhteyttä myöhempään mielenterveyteen 24-vuotiaana. Pojilla tupakointi 14-vuotiaana oli yhteydessä pakkoneuroottisiin ja ahdistuneisuusoireisiin sekä vihamielisyyteen varhaisaikuisuudessa (Taulukko 2). Alkoholin käytöllä ei ollut yhteyttä myöhempiin mielenterveysoireisiin kummallakaan sukupuolella.

NUORUUDEN KOULUKOKEMUSTEN YHTEYS MIELENTERVEYTEEN 24-VUOTIAANA

Koulussa viihtymisellä ja koulukäynnin kokemuksella raskaaksi tai kevyeksi ei ollut yhteyttä myöhempään mielenterveyteen tässä tutkimuksessa.

MIELENTERVEYTEEN LIITTYVÄ OIREILU 24-VUOTIAANA

Varhaisaikuisilla oli paljon erilaisia mielenterveysoireita, naisilla oireita oli kaikilla dimensioilla enemmän kuin miehillä. Yleisimpiä olivat naisilla masennus ja miehillä pakkoneuroottiset oireet. Katso tarkemmin taulukot 3 ja 4.

Taulukko 1.

Nuoruuden vanhempi-suhteiden yhteys mielenterveyteen 24-vuotiaana

Vanhempi-suhteet nuoruudessa	Mielenterveysoireet varhaisaikuisuudessa ryhmissä ¹⁾ 1 ja 2 (ka, p-arvo)		
Tytöt (n = 88)	HOS ²⁾	PHO ²⁾	PAR ²⁾
<i>Äitisuhte</i>			
<i>Lämmin</i>	.	.016* (3.6 vs 2.4)	
<i>Kunnioittava</i>		.020* (3.3 vs 2.2)	
<i>Luottamuksellinen</i>		.004** (3.5 vs 2.4)	.027* (3.5 vs 2.9)
<i>Riitainen</i>		.013* (1.7 vs 2.6)	
<i>Välinpitämätön</i>		.044* (1.1 vs 2.0)	.041* (1.1 vs 1.5)
<i>Isäsuhte</i>			
<i>Riitainen</i>	.045* (1.6 vs 2.0)		
Pojat (n = 62)	HOS ²⁾	SOM ²⁾	
<i>Äitisuhte</i>			
<i>Riitainen</i>	.035* (1.3 vs 1.9)	.004** (1.3 vs 1.9)	.
<i>Isäsuhte</i>			
<i>Riitainen</i>		.026* (1.3 vs 1.8)	

¹⁾ Verrataan ryhmien 1 ja 2 keskiarvoja, joista myös laskettu tilastollinen merkitsevyys. Ryhmään 1 kuuluivat ne varhaisaikuiset, joilla mielenterveysoireita kyseisellä dimensiolla oli alle kliinisen raja-arvon (≤ 0.9) ja ryhmään 2 ne, joilla oireita oli kliinisen rajan yli (> 0.9).

²⁾ HOS = vihamielisyys, SOM = psykosomaattiset oireet, PHO = pelko-oireet, PAR = paranoidiset oireet

Taulukko 2.

Nuoruusiän päihteydenkäytön yhteys mielenterveyteen 24-vuotiaana (n = 150; naiset 88, miehet 62; ka, p-arvo¹⁾)

Sp	Tupakoinnin yhteys mielenterveysoireisiin	Alkoholinkäytön yhteys mielenterveysoireisiin
Naiset	ns.	ns.
Miehet	Pakkoneuroottiset oireet 1.86 vs. 1.17 (p = 0.008***) Ahdistuneisuus 3.00 vs. 1.24 (p = 0.0013***) Vihamieleisyys 2.25 vs. 1.19 (p = 0.008***)	ns.

¹⁾ Verrataan tupakointia ja alkoholinkäyttöä kahdessa eri ryhmässä. Ryhmään 1 kuuluvat ne varhais-aikuiset, joilla mielenterveysoireita kyseisellä dimensiolla oli alle kliinisen raja-arvon (≤ 0.9) ja ryhmään 2 ne, joilla oireita oli kliinisen rajan yli (> 0.9).

Taulukko 3.

Mielenterveysoireiden kliinisen rajan (0.9) ylittäneet naiset ja miehet eri dimensioilla (n = 150)

Dimensiot, oireet	Naiset (n = 88)		Miehet (n = 62)	
	n	%	n	%
Somaattiset	23	26.1	10	16.1
Pakkoneuroottiset	31	35.2	14	22.6
Interpersonaalinen herkkyys	25	28.4	7	1.3
Masennus	36	40.9	10	16.1
Ahdistuneisuus	14	15.9	3	4.8
Vihamielisyys	19	21.6	8	12.9
Pelko	5	5.7	1	1.6
Paranoidiset	13	14.8	6	9.7
Psykoottiset	5	5.7	2	3.2

POHDINTA

TUTKIMUKSEN KESKEISET TULOKSET:

1. Tyttöjen lämmin, kunnioittava, luottamuksellinen, riitainen ja välinpitämätön äitisuhte 14-vuotiaana oli yhteydessä pelko-oireiden määrään varhaisaikuisuudessa. Lisäksi luottamuksellisuus ja välinpitämättömyys olivat yhteydessä paranoidisiin oireisiin. Tyttöjen riitainen isäsuhte oli yhteydessä vihamielisyyteen 24-vuotiaana. Pojilla riitainen äitisuhte oli yhteydessä vihamielisyyteen sekä psykosomaattisiin oireisiin, ja riitainen isäsuhte psykosomaattisiin oireisiin varhaisaikuisuudessa.
2. Poikien tupakointi 14-vuotiaana oli yhteydessä pakkoneuroottisiin- ja ahdistuneisuus-

Taulukko 4.

Seurantatutkimukseen osallistuneiden naisten ja miesten erot mielenterveysoireissa (n = 150)

Dimensiot, oireet	Naiset (n = 88)		Miehet (n = 62)		p-arvo ¹⁾
	ka	range	ka	range	
Somaattiset	.67	0–2.25	.43	0–1.83	.001**
Pakkoneuroottiset	.84	0–3.00	.57	0–2.30	.003**
Interpersonaalinen herkkyys	.65	0–2.89	.38	0–3.22	.000***
Masennus	.84	0–3.15	.46	0–2.92	.000***
Ahdistuneisuus	.55	0–2.60	.33	0–1.50	.006**
Vihamielisyys	.56	0–3.00	.35	0–2.17	.002**
Pelko	.26	0–2.57	.13	0–1.29	.014*
Paranoidiset	.48	0–2.38	.30	0–2.17	.011*
Psykoottiset	.29	0–1.60	.19	0–2.30	.004**

¹⁾ Verrataan kaikkien seurantatutkimukseen osallistujien naisten ja miesten ryhmäkohtaisten pistemäärien keskiarvoja eri dimensioilla

oireisiin sekä vihamielisyteen varhaisaikuisuudessa, tytöillä vastaavaa yhteyttä ei löydetty. Alkoholinäytöllä ei ollut yhteyttä kummallakaan sukupuolella mielenterveysoireisiin.

3. Koulukokemuksilla 14-vuotiaana ei ollut yhteyttä varhaisaikuisuuden mielenterveysoireisiin kummallakaan sukupuolella.
4. Varhaisaikuisilla oli paljon erilaisia mielenterveysoireita, naiset raportoivat oireita kaikilla mielenterveyden dimensioilla enemmän kuin miehet.

Tutkimus osoitti, että nuorten vanhempisuhteet ovat merkityksellinen tekijä nuoren mielenterveyden muotoutumisessa. Asia ei sinällään ole uusi, psykososiaalisen kehitysteorian luoja Erik H. Erikson (1982) on painottanut, että perusluottamuksen muodostuminen toiseen ihmiseen on suotuisan psykologisen kehittymisen edellytys. Haasteena onkin se, miten nuorten tarpeisiin yhteiskunnassamme on mahdollista vastata, millaisia resursseja, keinoja ja valmiuksia meillä on perheissä, kouluissa tai harrastustoiminnassa luoda nuoren kehitystä tukevia ympäristöjä ja ihmissuhteita. Työelämä vaatii yhä enemmän niiltä vanhemmilta, jotka ovat työelämässä ja osa vanhemmista kamppailee työttömyyden ja taloudellisten huolien kanssa. (ks. esim. Leinonen ym. 2002, Kinnunen ym. 2010).

Tässä tutkimuksessa luottamuksen puute äitiin tai välinpitämättömyys äiti-tytär suhteessa olivat yhteydessä paranoidisiin ja pelko-oireisiin varhaisaikuisuudessa. Riitainen suhde isään oli tytöillä yhteydessä vihamielisyteen ja pojilla psykosomaattisiin oireisiin varhaisaikuisuudessa. Miten sitten parantaa luottamuksen tunnetta, vä-

hentää riitaisuutta ja välipitämättömyyttä perheiden arkielämässä? Nuorten omasta mielestä mahdollisuus keskustella omista asioista vanhempien kanssa ja vanhempien saatavilla olo ovat tärkeitä asioita (Joronen ja Åsted-Kurki 2005). Herää kuitenkin kysymys, onko vanhemmilla ja yleensäkin aikuisilla riittävästi aikaa olla läsnä nuorten elämässä?

Tiedämme, että hyvät vanhempisuhteet ja turvallinen perhe ovat nuoren terveen kasvun lähtökohdia (Erikson 1982, Leinonen ym. 2003, Joronen ja Åsted-Kurki 2005, Zimmer-Gembeck ja Locke 2007, Maynard ja Harding 2010). Kuitenkin todellisuudessa on aina nuoria, joiden vanhemmilla ei ole voimavaroja esim. omien ongelmien takia tarjota mielenterveyttä tukevaa kasvuympäristöä (Leinonen ym. 2002, Steinhausen ym. 2007). Näissä tilanteissa nousevat tärkeään rooliin muun muassa koulu-yhteisöt ja muut läheiset aikuiset. Kenen vastuulla nuorten huomiointi on näissä tilanteissa ja kenellä on riittävästi halua ja taitoa kohdata nuoret? Nykyisyyteen liittyvä yksilökeskeisyys on väljentänyt perheiden suhteita sukulaisiin, naapureihin ja tuttaviiin. Yhteisöllisyyden väheneminen on johtanut siihen, etteivät perheen ulkopuoliset aikuiset kovinkaan helposti puutu toisten lasten ja nuorten kasvatukseen. Kuitenkin lasten ja nuorten kaipaama turvallisuus ja aikuisten huomion kaipuu eivät ole kadonneet tai vähentyneet (Joronen ja Åsted-Kurki 2005, Kouluterveyskysely 2009). Keskeistä onkin huomata, että yhteiskuntamme muuttuu nopeasti, mutta ihmisen perustarpeet: luottamus toiseen ihmiseen, itsensä merkitykselliseksi tunteminen, kunnioitus, jne. näyttävät olevan pysyviä ominaisuuksia ajasta tai kulttuurista riippumatta. Tulevaisuuden haasteeksi yhteiskunnassamme nousee-

kin kysymys, miten ja millaisin toimin voimme taata kaikille lapsille ja nuorille riittävät edellytykset terveeseen psyykkiseen kasvuun.

Tutkiessamme nuorten päihteidenkäytön yhteyttä mielenterveysoireisiin varhaisaikuisuudessa, poikien tupakointi 14-vuotiana oli yhteydessä pakkoneuroottisiin- ja ahdistuneisuusoireisiin sekä vihamielisyyteen. Tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Cranford ym. 2009, Saban ja Flisher 2010, ks. myös Niemelä 2008). Tyttöjen osalta yhteyttä ei löytynyt, ja tämä voi selittyä sillä, että tytöistä seurantatutkimukseen osallistuivat useammin he, jotka eivät olleet tupakoineet 14-vuotiaana.

Nuorten alkoholinkäyttö ei ollut tässä tutkimuksessa yhteydessä myöhempään mielenterveyteen, mutta aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet näiden ilmiöiden välisen yhteyden selkeästi (esim. Cranford ym. 2009, Saban ja Flisher 2010). Pieni otos voi selittää tulosta ja tässäkin osiossa naisista seurantatutkimukseen osallistuvat heikommin ne, jotka olivat käyttäneet alkoholia nuorena. Päihteiden käytön vähentämiseksi kannattaa tehdä työtä ja ohjata nuoria terveellisiin elämäntapoihin. Päihteiden käytön suhteen on kuitenkin vaikea todistaa ovatko päihteet syy vai seuraus mielenterveyteen. Aiheuttaako tupakointi ja alkoholinkäyttö ahdistuneisuutta vai aloittavatko ahdistuneet nuoret päihteiden käytön muita helpommin. Voidaan kuitenkin olettaa, että ahdistunut nuori etsii keinoja hallitakseen oireitaan ja yksi mahdollisuus on aloittaa päihteiden käyttö. Tutkijat ovat esimerkiksi osoittaneet, että päihteiden käyttö nuoruudessa on yhteydessä mielenterveysoireisiin myöhemmin elämässä (Pitkänen ym. 2005, Goodman 2010, Li ym. 2010). Toisaalta on myös osoitettu, että masennusoireet nuoruudessa ennakoivat tupakointia (Niemelä 2008) ja myös alkoholin ja huumeiden käyttöä (Sihvola ym. 2008) myöhemmin. Mielenterveyden edistämisen näkökulmasta voimavarat pitäisi kohdentaa ensisijaisesti niihin asioihin, jotka vahvistavat mielenterveyttä. Nuorten tukeminen identiteetin muodostamisessa, itsetunnon ja elämäntahallinnan vahvistaminen sekä auttaminen löytämään oma paikka yhteiskunnassamme ovat ensisijaisen tärkeitä tekijöitä. Mieleltään terve ja vahva nuori pystyy sitten tekemään myös valintoja muun muassa päihteiden käytön suhteen.

Tässä tutkimuksessa koulukokemuksilla ei ollut yhteyttä myöhempää mielenterveyteen, mutta huomattakoon, että tytöistä 92 prosenttia ja pojista 82 prosenttia koki viihtyvänsä hyvin kou-

lussa. Jos koulussa viihtymistä verrataan koko Suomea kattavaan aikaisempaan aineistoon, tähän tutkimukseen osallistujat olivat poikkeuksellisen tyytyväisiä. Vuonna 1998 tehdyssä kouluterveyskyselyssä tytöistä ilmoitti koulussa viihtyvänsä hyvin 56 prosenttia ja pojista 44 prosenttia. Vastaavat luvut vuonna 2009 olivat tytöillä 63 prosenttia ja pojilla 49 prosenttia. (Kouluterveyskyselyt 1998, 2009). Tyypillistä on, että tytöt viihtyvät koulussa poikia paremmin. Vaikka tässä tutkimuksessa kouluviihtyvyyden ja mielenterveyden välillä ei yhteyttä löydettykään, aikaisemmat tutkimukset ovat osoittaneet kouluympäristöllä olevan yhteyden nuorten hyvinvointiin ja mielenterveyteen (Barth ym. 2004, Bond ym. 2007, Rutledge ym. 2008, Rimpelä 2009). Tulevaisuuden tutkimukset tulisikin kohdistaa syihin, miksi nuoret eivät viihdy koulussa, miksi sukupuolierot ovat selkeät ja miten kouluympäristöä voisi kehittää enemmän yhteisöksi, jossa myös viihdytään.

Koulunkäynnin koki raskaaksi tai melko raskaaksi tytöistä 30.7 prosenttia ja pojista 24.4 prosenttia. Määrä on suuri, vaikka tällä ei ollutkaan yhteyttä tässä tutkimuksessa myöhempään mielenterveysoireiluun. Nuoret ovat tuoneet myös viime vuosina esille sen, että koulutyön määrä on suuri. Kouluterveyskyselyssä (2009) 8-luokkalaisista tytöistä 37 prosenttia ja pojista 39 prosenttia koki koulutehtävien määrän jatkuvasti tai melko usein liian suureksi. Kinnusen ym. (2010) tutkimus viittaa siihen, että nuorten huoli koulusaavutuksistaan voi olla riskitekijä myöhemmälle mielenterveydelle. Nuorten koulupaineiden tunnistaminen ja oman työnhallinnan ohjaaminen on jäänyt vähälle huomiolle, mutta sitä ei pitäisi unohtaa.

Nuorten mielenterveyden edistämiseksi tarvitaan yhteistyötä ja vuoropuhelua kodin, koulun, kouluterveydenhuollon ja muiden nuorten elämässä mukana olevien yhteisöjen kanssa. Kouluterveydenhuollon tulisi tarjota nuorten ”pieniin ongelmiin” tukea ja apua, etteivät ongelmat kasva suuriksi. Lisäksi tarvitaan lisää osaamista ja taitoa kohdata nuoret ja heidän perheensä, silloin kun siihen on tarvetta. Yhteiskunnalliset päätökset vaikuttavat myös perheiden, koulun ja yksilöiden elämään. Millaiset asiat nähdään tärkeänä päätöksenteossa, voivat olla suuriakin tulevaisuutta ennustavia tekijöitä. Fyysisten tarpeiden lisäksi yhteiskunnassa tulisi huolehtia nuorten psyykkisistä perustarpeista. Arvioitaessa mielenterveysoireita on tärkeää huomioida, että kyse

ei ole sairaudesta. Oire voi kuitenkin häiritä päivittäistä elämää ja johtaa sitten sairastumiseen ellei siihen puututa ajoissa.

TUTKIMUKSEN RAJOITUKSET JA TUTKIMUSTIEDON KÄYTÖN HAASTEITA

Tutkimusaineisto oli pieni eikä sen perusteella voida tehdä yleistyksiä tai johtopäätöksiä, mutta tulokset antavat aiheetta pohtia ilmiöitä, joilla voi olla suurikin merkitys nuoren mielenterveyden edistämisessä. Tässä tutkimuksessa nousivat esille muun muassa luottamuksen, välittämisen, kunnioituksen, lämmön ja riitaisuuden merkitys vanhempi-nuori suhteessa. Nuorten mielenter-

veyttä edistävien interventtioiden suunnittelussa tulisi löytää keinoja tukea jokaisen nuoren tervettä ja tasapainoista kasvua kohti aikuisuutta. Eri-tyisen huomion kohteena ovat ne nuoret, joiden koti ei kykene tarjoamaan mielenterveyttä tukevaa kasvuympäristöä. Tutkimustulokset nostavat esille aiheita, joita olisi tärkeä tutkia jatkossa perusteellisemmin.

Kiitokset:

Lämpimät kiitokset Kuopion yliopistolliselle sairaalalle ja Suomen Kulttuurirahaston Pohjois-Savon rahastolle taloudellisesta tuesta, jota tähän tutkimukseen saatiin.

Kinnunen P, Laukkanen E, Kylmä J. Associations between parent-adolescent relationships, drinking, smoking and school experiences in adolescence and mental health symptoms in early adulthood
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2010;47:234–243

This longitudinal study explored associations between parent-adolescent relationships, drinking, smoking and school experiences in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. Data pertaining to parent-adolescent relationships, drinking, smoking and school experiences were collected from 14-year-old adolescents at schools in 1996 (n = 233), using a structured questionnaire. Mental health data were collected at in 2006 from the same persons at the age of 24 years using the SCL-90 instrument, with a response rate of 64.4% (n = 150). Different mental health symptoms were common in early adulthood and females had all symptoms more than males. Smoking, quarrel mother-son and father-

son relationships at age of 14 were associated with mental health symptoms in early adulthood in males. Confidence, insensitivity, quarrel, warmth and respect in daughter-mother relationship and quarrel in daughter-father relationship in adolescence were associated with mental health symptoms in early adulthood in females. Results showed that family and relationships in family are particularly important factors in adolescents' life and influence their development and therefore also mental health in later life. There is need to increase co-operation between families, schools health staff, teachers and other professionals when we want to promote mental health.

KIRJALLISUUS

Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J. Depressive symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *Am J Psychiatry* 2002;159:1235–1237.

Ahlblad J. Lasten ja nuorten puolestapuhuja. *Suom Laakaril* 2009;13:1262–1264.

Aromaa A, Koskinen S. (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002*, Helsinki 2002.

Barth J, Dunlap S, Dane H, Lochman J, Wells K. Classroom environment influences on aggression, peer relation, and academic focus. *J Sch Psychol* 2004;42:115–133.

Bond L, Butler H, Thomas L, Carlin J, Glover S, Bowes G, Patton G. Social and school connectedness in early secondary school as predictors of late teenage substance Use, ental health, and academic outcomes. *J Adolesc Health* 2007;40:357.e9–357.e18.

Copeland W, Shanahan L, Costello J, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2009;66:764–772.

Cranford A, Eisenberg D, Serras A. Substance use behaviors, mental health problems, and use of mental health services in a probability sample of college students. *Addictive Behaviors* 2009;34:134–145.

- Derogatis L, Lipman R, Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report. *Psychopharmacol Bull* 1973;9:13–17.
- Erikson E. *The Life Cycle Completed*. Norton. New York, 1982.
- Goodman A. Substance use and common child mental health problems: examining longitudinal associations in a British sample. *Addiction* 2010; 105:1484–1496.
- Hayward C, Wilson K, Lagle K, Kraemer H, Killen J, Taylor C. The developmental psychopathology of social anxiety in adolescents. *Depress Anxiety* 2007;0:1–7.
- Holi M. Assessment of psychiatric symptoms using the SCL-90. *Väitöskirja*. National Public Health Institute, University of Helsinki. Helsinki 2003
- Holi M, Sammallahti P, Aalberg V. A Finnish validation study of the SCL-90. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97:42–46.
- Joronen K, Åsted-Kurki P. Adolescents' experiences of familial involvement in their peer relations and school attendance. *Prim Health Care Res Dev* 2005;6:190–18.
- Kim E, Cain, K.C. Korean American adolescent depression and parenting. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2008;21:105–115.
- Kinnunen P, Laukkanen E, Pölkki P, Kylmä J. Are worries, satisfaction with oneself and outlook in secondary school students associated with mental health in early adulthood? *Int J Ment Health Promot* 2010;12:4–10.
- Koivu A, Laukkanen E. Kouluhyteistö nuoren kasvun ja kehityksen tukijana – koulun yhteisöllisyyden kehittämiskokeilu 1995–1998. *Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin julkaisuja no 49, Kuopio* 1998.
- Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A. The health of young adults. Baseline results of the Health 2000 study on the health of 18 to 29-year-olds and the factors associated with it. *Publications of National Public Health Institute, Series B 7*. Helsinki 2005.
- Kouluterveyskysely 1998, 2009. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. <http://info.stakes.fi/kouluterveys/fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/valtak.htm> [luettu 12.10.2010]
- Kuntsche E, Rehm J, Gmel G. Characteristics of binge drinkers in Europe. *Soc Sci Med* 2004;59:113–127.
- Laukkanen E, Koivu A, Aivio A, Lehtonen J, Honkalampi K. The stability and correlates of a negative coping self among adolescents. *Adv Psychol Res* 2001;V:141–152.
- Leinonen J, Solantaus T, Punamäki R-L. The specific mediating paths between economic hardship and the quality of parenting. *Int J Behav Dev* 2002;26:423–435.
- Leinonen J, Solantaus T, Punamäki R-L. Parental mental health and children's adjustment: the quality of marital interaction and parenting as mediating factors. *J Child Psychol Psychiatry* 2003;44:227–241.
- Li X, Mao R, Zhao Q. Parental, behavioral, and psychological factors associated with cigarette smoking among secondary school students in Nanjing, China. *J Child Fam Stud* 2010;19:308–317.
- Maynard M, Harding S. Ethnic differences in psychological well-being in adolescence in the context of time spent in family activities. *Soc Psychiatr Epidemiol* 2010;45:115–123.
- McMahon E, Reulbach U, Keeley H, Perry I, Arensman E. Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Soc Sci Med* 2010;71:1300–1307.
- Mieli 2009. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki.
- Nelson R, DeBacker T. Achievement motivation in adolescents: The role of peer climate and best friends. *J Exp Educ* 2008;76:170–189.
- Niemelä S. Predictors and correlates of substance use among young men. The longitudinal "From a boy to a man" birth cohort study. *Väitöskirja*. Turun yliopiston julkaisuja D 803. Department of Child Psychiatry, University of Turku 2008.
- Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. The SCL-90 and SCL-90R versions validated by item response models in a Danish community sample. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:225–229.
- Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: A global public-health challenge. *Lancet* 2007;14:1302–1313.
- Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Risk of depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *J Affect Disord* 2003;77:41–51.
- Pitkänen T, Lyyra AL, Pulkkinen L. Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow up study from age 8–42 for females and males. *Addiction* 2005;100:652–661.
- Rainio S, Pere L, Lindfors P, Lavikainen H, Saarni L, Rimpelä A. Nuorten terveystapatutkimus 2009. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihdeiden käyttö 1977–2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:47. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2009.
- Rimpelä M. Kouluhyvinvointi – pyhäpuheesta rakenteiden vahvistamiseen. *Työterveyslääk* 2009;27:15–19.
- Rutledge C.M, Rimer D, Scott M. Vulnerable Goth teens: the role of schools in This psychosocial high-risk culture. *J Sch Health* 2008;78:459–464.
- Saban A, Flisher A. The association between psychopathology and substance use in young people: A review of the literature. *J Psychoactive Drugs* 2010;42:37–47.
- Savolainen J. "Think nationally, act locally: The municipal-level effects of the national crime prevention program in Finland." *Eur J Crim Policy Res* 2005;11:175–191.
- Sawyer M.G, Miller-Lewis LR, Clark J.J. The mental health of 13–17 year-olds in Australia: Findings from the national survey of mental health and well-being. *J Youth Adolesc* 2007;36:185–194.

Sihvola E, Rose RJ, Dick DM, Pulkkinen L, Marttunen M, Karpio J, Early-onset depressive disorder predict the use of addictive substance in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins. *Addiction* 2008;103:2045–2053.

Steinhausen HC, Haslimeier C, Metzke C. Psychosocial factors in adolescent and young adult self-reported depressive symptoms: causal or correlational associations? *J Youth Adolesc* 2007;36: 89–100.

Steinhausen H-C, Metzke CW. Continuity of functional somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *J Child Psychol Psychiatry* 2007;48:508–513.

Tysen R, Røvik J, Vaglum P, Grønvold N, Ekeberg O. Help-seeking for mental health problems among young physicians: Is it the most ill that seeks help? A longitudinal and nationwide study. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39:989–993.

Zimmer-Gembeck M, Locke E. The socialization of adolescent coping behaviours: relationship with families and teachers. *J Adolesc* 2007;30:1–16.

Wilcox H, Anthony J. The development of suicide ideation and attempts: an epidemiologic study of first graders followed into young adulthood. *Drug Alcohol Depend* 2004;76: S53-S67.

PIRJO KINNUNEN

TtM, tohtoriopiskelija

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos

Pt. tuntiopettaja

Savonia-ammattikorkeakoulu

Terveysala

EILA LAUKKANEN

LT, professori, ylilääkäri

Kuopion yliopistollinen sairaala

Nuorisopsykiatrian yksikkö

Itä-Suomen yliopisto

JARI KYLMÄ

FT, dosentti, lehtori

Tampereen yliopisto

Hoitotieteen laitos