

MIELLEN HYVINVOINNIN TUKEMINEN KOULUSSA

Ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevän Friends-ohjelman yhteys 7. -
luokkalaisten kokemaan mielialaan ja itsetuntoon

Netta Tiippana

Pro gradu -tutkielma

Kasvatustiede

Kasvatustieteen laitos

Käyttäytymistieteellinen tiedekunta

Kesäkuu 2009

Ohjaaja professori Kai Hakkarainen

TIIVISTELMÄ	III
ABSTRACT.....	V
LYHENTEET.....	VI
TAULUKOT	VII
KUVIOT	VIII
1 JOHDANTO	1
2 MASENNUS	3
2.1 NUORET JA MASENNUS.....	3
2.2 MASENNUKSEN KOGNITIIVINEN MALLI.....	6
3 ITSETUNTO.....	13
3.1 HEIKON ITSETUNNON JA MASENNUKSEN YHTEYDESTÄ.....	15
3.2 NUORET JA ITSETUNTO	16
4 OPPILAAN MIELENTERVEYDEN TUKEMINEN KOULUSSA	19
4.1 ITSETUNTOON VOIDAAN VAIKUTTA.....	19
4.2 OPPILAAN ITSETUNTO, MINÄPYSTYVYYS JA MYÖNTEISYYS	21
4.3 KOGNITIIVINEN TERAPIA	23
4.4 MIELENTERVEYTTÄ EDISTÄVÄT KOULUINTERVENTIOT.....	25
4.4.1 FRIENDS-OHJELMA.....	26
4.4.2 FRIENDS-OHJELMA SUOMESSA	31
5 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	34
6 TUTKIMUSMENETELMÄ.....	36
6.1 TUTKIMUSASETELMA JA AINEISTON KERÄYS	36
6.2 OTOKSEN KUVAILU.....	38
6.3 MITTARIT.....	39
6.3.1 MIELIALAKYSELY RBDI.....	40
6.3.2 ITSETUNTOMITTARI RSES	41
6.3.3 LOPULLISET MUUTTUJAT	43
6.4 AINEISTON ANALYYSIMENETELMÄT	48

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	53
7.1 OPPILAIKEN KOKEMA MASENTUNEISUUS	53
7.2. OPPILAIKEN KOKEMA AHDISTUNEISUUS	58
7.3 OPPILAIKEN RAPORTOIMA ITSETUNTO	61
7.4 MUUTOS ALKU- JA LOPPUTILANTEEN VÄLILLÄ.....	65
7.4.1 KUVAILEVAT TILASTOLLISET MENETELMÄT	66
7.4.2 REGRESSIOANALYYSI	69
7.4.3 MONITASOMALLINNUS	75
8 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU	79
8.1 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET RAJOITTEET	79
8.2 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA	84
8.2.1 OPPILAIKEN MASENTUNEISUUDEN JA AHDISTUNEISUUDEN TARKASTELUA.....	84
8.2.2 OPPILAIKEN ITSETUNNON TARKASTELUA.....	86
8.2.3 INTERVENTION VAIKUTUKSEN TARKASTELUA	87
8.3 TUTKIMUSTULOSTEN MERKITYS	90
8.3.1 JATKOTUTKIMUSAIHEITA.....	91
LÄHTEET	93
LIITTEET.....	103
Liite 1. Itsearviointilomake (sis. RBDI-mielialamittarin ja RSES-itsetuntomittarin)	
Liite 2. Parittainen t-testi	

Tiedekunta - Fakultet – Faculty		Laitos - Institution – Department	
Käyttätymistieteellinen tiedekunta		Kasvatustieteen laitos	
Tekijä - Författare – Author			
Netta Tiippana			
Työn nimi - Arbetets titel - Title			
Mielen hyvinvoinnin tukeminen koulussa – Ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevän Friends-ohjelman yhteys 7. -luokkalaisten kokemaan mielialaan ja itsetuntoon			
Oppiaine - Läroämne - Subject			
Kasvatustiede			
Työn laji - Arbetets art – Level		Aika - Datum - Month and year	Sivumäärä - Sidoantal - Number of pages
Pro gradu -tutkielma		06/2009	103+7
Tiivistelmä - Referat – Abstract			
<p><i>Tavoitteet.</i> Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella millainen yhteys ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevällä interventio-ohjelmalla on oppilaiden kokemaan ahdistuneisuuteen, masentuneisuuteen ja itsetuntoon. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös missä määrin 7.-luokkalaisten kokevat ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta ja millainen heidän itsetuntonsa on. Lisäksi analysoitiin eroja masentuneisuuden kokemisessa sukupuolten, koulujen ja luokkien välillä. Teoreettiseksi taustaksi muodostui masennuksen kognitiivinen malli, jonka mukaan negatiiviset ajattelumallit ovat yhteydessä masentuneeseen mielialaan. Aiemman tutkimuksen perusteella heikon itsetunnon ja masentuneisuuden on todettu olevan yhteydessä toisiinsa. Tätä yhteyttä tarkasteltiin myös tässä tutkimuksessa. Aiemmat kansainväliset tutkimukset ovat osoittaneet, että Friends - ohjelmaan osallistuneiden oppilaiden ahdistuneisuuden tuntemukset ovat tasaantuneet ja vähentyneet ohjelman jälkeen</p> <p><i>Menetelmät.</i> Yläkoululaisille suunnattu Friends-ohjelma pilotoitiin Suomessa kuudessa koulussa lukuvuonna 2008-2009. Osallistujajoukko koostui pilotissa mukana olleista luokista, joita oli yhteensä 28 sekä kymmenestä kontrolliluokasta. Yhteensä tutkimukseen osallistui 610 oppilasta ($n_{\text{int.}}=425$ ja $n_{\text{kontr.}}=185$). Tutkimus oli luonteeltaan interventiotutkimus, joka koostui alkumittauksesta, lukukauden mittaisesta interventiosta sekä loppumittauksesta. Oppilaiden itsearviointi muodostui Beckin masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta kartoittavasta kyselystä sekä Rosenbergin itsetuntomittarista. Aineisto analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. Oppilaiden masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja itsetuntoa alkutilanteessa kuvailtiin faktorianalyysin ja varianssianalyysin avulla. Interventio- ja kontrolliryhmän välisiä eroja alku- ja loppumittauksen välillä analysoitiin regressioanalyysin sekä monitasomallinnuksen avulla.</p> <p><i>Tulokset ja johtopäätökset.</i> Tutkimustuloksista ilmeni, että jonkin asteista masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta koki noin 20% tutkimukseen osallistuneista oppilaista. Masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden kokemisessa ilmeni alkutilanteessa eroja sukupuolten välillä. Tytöt kokivat keskivaikeaa masentuneisuutta lähes kaksinkertaisesti poikiin verrattuna. Myös koulu- ja luokkakohtaisia eroja havaittiin. Tarkasteltaessa kontrolli- ja interventiorhymissä tapahtunutta muutosta alku- ja lopputilanteen välillä, havaittiin, että kontrolliryhmässä ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden kokemus lisääntyi hieman. Interventiorhyhmässä vastaavaa muutosta ei ollut tapahtunut. Interventiorhyhmässä masentuneisuus vähentyi niiden oppilaiden keskuudessa, jotka olivat alkumittauksessa raportoineet jonkin asteisesta masentuneisuudesta. Kontrolliryhmässä näiden oppilaiden masentuneisuus puolestaan lisääntyi edelleen hiukan. Tutkimustulokset tukevat interventio-ohjelmien käyttöä opetuksessa. Lisätutkimusta ohjelmien vaikuttavuudesta tarvitaan.</p>			
Avainsanat – Nyckelord - Keywords			
masennus, ahdistus, itsetunto, ennaltaehkäisy, interventio, nuoruus, sosioemotionaalinen oppiminen			
Säilytyspaikka - Förvaringsställe - Where deposited			
Helsingin yliopiston käyttätymistieteellisen tiedekunnan kirjasto			

Tiedekunta - Fakultet - Faculty Faculty of Behavioural Sciences		Laitos - Institution – Department Department of Education	
Tekijä - Författare - Author Netta Tiippana			
Työn nimi - Arbetets titel - Title Promoting school mental health - Relation between anxiety and depression prevention program Friends and anxiety, depression and self-esteem experienced by 7. –grade pupils			
Oppiaine - Läroämne - Subject Education			
Työn laji – Arbetets art – Level Master´s Thesis		Aika - Datum - Month and year 06/2009	Sivumäärä - Sidoantal - Number of pages 103+7
Tiivistelmä - Referat – Abstract <p><i>Objectives.</i> This intervention study examines the effect of school-based prevention program to the depression, anxiety and self-esteem experienced by pupils. The study also explores to what extent the 7th grade pupils experience anxiety and depression, and evaluates their self-esteem. In addition, differences between genders, schools and classes were investigated in relation to these three variables. The cognitive model of depression was used as a theoretical premise. According to the model, negative thoughts and depressed mood are related. Previous research shows that low self esteem and depression interrelates with each other. This relation is also examined in this study. Previous research on the Friends intervention programs shows that pupils participating in the program showed lower levels of anxiety and depression.</p> <p><i>Methods.</i> Friends program for secondary school pupils was piloted in six Finnish schools during school year 2008-2009. The participants came from 28 classes that completed the program and 10 control classes. A total of 610 pupil participated in the study ($n_{int.}=425$ and $n_{contr.}=185$). The study consisted of pre-test, a semester-long intervention period and post-test. The self-evaluative questionnaires used were the Beck Depression Inventory and Rosenberg Self-Esteem Scale. The data was analyzed with SPSS statistical software. First, depression, anxiety and self-esteem of the pupils were explored by factor analysis and analysis of variance. Second, the changes in the pre- and post-tests of the pupils in the intervention and control groups were compared using paired sample t-test, regression analysis and linear mixed model.</p> <p><i>Results and conclusions.</i> The results indicated that depression and anxiety were experienced to some extent by around 20 % of the participants. There were differences between genders in experiencing depression and anxiety. Girls experienced moderate depression almost twice as much as boys. In addition, school- and class-related differences were found. When comparing the changes in the intervention and control group pre- and post-tests, it was found that in the control group, experiences of depression increased. In the intervention group, however, no such change was found. On the other hand, depression was decreased in the intervention group among the pupils that had in the pre-test reported of any level of depression. In the control group, the depression experienced by these pupils increased slightly. These findings support the use of school-based prevention programs in preventing depression in adolescents, but more research is needed to further examine the effects of prevention programs.</p>			
Avainsanat – Nyckelord - Keywords depression, anxiety, self-esteem, prevention, intervention, adolescence, social and emotional learning			
Säilytyspaikka - Förvaringsställe - Where deposited University of Helsinki, Library of Behavioural Sciences			

LYHENTEET

α	Cronbachin alfa, reliabiliteetikerroin
B	Regressiokerroin
β	Regressiokerroin
df	Vapausaste (engl. degrees of freedom)
F	F-testin kerroin
FA	Faktori
<i>Md</i>	Mediaani
N	Kaikkien havaintoyksikköjen lukumäärä (latin. numerus)
n	Alaryhmään kuuluvien havaintoyksikköjen lukumäärä
<i>p</i>	Merkitsevyystaso, todennäköisyys (engl. probability)
r	Korrelaatiokerroin
R^2	Yhteiskorrelaatiokertoimen neliö, regressiomallin selitysaste
$R^2_{adj.}$	Korjattu selitysaste
<i>sd</i>	Keskihajonta (engl. standard deviation)
Sig.	Merkitsevyystaso (engl. significance)
<i>t</i>	t-arvo

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Tutkimukseen osallistuneiden oppilaiden lukumäärä kouluittain	38
TAULUKKO 2. Tutkimukseen osallistuneiden oppilaiden lukumäärä	39
TAULUKKO 3. Oppilaiden jakautuminen sukupuolittain	39
TAULUKKO 4. Itsetunnon lopullinen faktoriratkaisu	46
TAULUKKO 5. Lopulliset muuttajat ja summamuuttajat	47
TAULUKKO 6. Tutkimusongelmat ja niiden vastaamiseen käytetyt analyysimenetelmät	51
TAULUKKO 7. Masentuneisuuden aste sukupuolittain	56
TAULUKKO 8. Oppilaiden masentuneisuuden vaikeusaste kontrolli- ja interventioryhmittäin	58
TAULUKKO 9. Ahdistuneisuus sukupuolittain.	59
TAULUKKO 10. Oppilaiden ahdistuneisuus kontrolli- ja interventioryhmittäin	61
TAULUKKO 11. Itsetunnon keskiarvot muuttujittain	63
TAULUKKO 12: Faktoriratkaisu, jonka mukaan painotetut faktoripisteet on laskettu	66
TAULUKKO 13. Muutos oppilaiden masennuksen vaikeusasteessa	67
TAULUKKO 14. Muutos oppilaiden ahdistuneisuudessa	69
TAULUKKO 15. Regressioanalyysi, masentuneisuus loppumittauksessa riippuvana muuttujana	73
TAULUKKO 16. Regressioanalyysi, ahdistuneisuus loppumittauksessa riippuvana muuttujana	74
TAULUKKO 17. Regressioanalyysi, minäpystyvyys loppumittauksessa riippuvana muuttujana	75
TAULUKKO 18. Regressioanalyysi, itsearvostus loppumittauksessa riippuvana muuttujana	76
TAULUKKO 19. Monitasomallinnus, masentuneisuus loppumittauksessa riippuvana muuttujana	76
TAULUKKO 20. Monitasomallinnus, masentuneisuus loppumittauksessa riippuvana muuttujana	77
TAULUKKO 21. Monitasomallinnus, ahdistuneisuus loppumittauksessa riippuvana muuttujana	77
TAULUKKO 22. Monitasomallinnus, minäpystyvyys loppumittauksessa riippuvana muuttujana	78
TAULUKKO 23. Monitasomallinnus, itsearvostus loppumittauksessa riippuvana muuttujana	78

KUVIOT

KUVIO 1. Depression kognitiivinen malli	7
KUVIO 2. Itsetuntomuuttujan kahden faktorin faktoriratkaisu	45
KUVIO 3. Oppilaiden jakautuminen masentuneisuusasteen mukaan	54
KUVIO 4. Prosenttiosuudet oppilaiden kokemasta masentuneisuudesta sukupuolittain	56
KUVIO 5. Masennuksen summapistemäärän keskiarvot kouluittain	57
KUVIO 6. Oppilaiden jakautuminen ahdistuneisuuden mukaan	59
KUVIO 7. Prosenttiosuudet oppilaiden kokemasta jännittyneisyydestä tai ahdistuneisuudesta sukupuolittain	60
KUVIO 8. Oppilaiden minäpystyvyys	62
KUVIO 9. Oppilaiden itsearvostus	63
KUVIO 10. Alku- ja loppumittauksen yhteys masentuneisuudessa	71
KUVIO 11. Alku- ja loppumittauksen yhteys ahdistuneisuudessa	72

1 JOHDANTO

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella pystytäänkö koko luokalle suunnatulla mielenterveyttä tukevalla interventiolla vaikuttamaan peruskoulun seitsemäsluokkalaisten itsetuntoon sekä heidän kokemaan ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden tunteeseen.

Tutkimuksessa analysoidaan missä määrin oppilaat kokevat ahdistusta ja masennusta sekä millainen heidän itsetuntonsa on. Tutkimus on luonteeltaan interventiotutkimus, joka koostuu alkumittauksesta, syyslukukaudella 2008 toteutetusta interventiosta sekä loppumittauksesta. Interventiomenetelmänä käytetään ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevää Friends-ohjelmaa. Tutkimuksessa tarkastellaan esiintyykö nuoren mielialassa ja itsetunnossa muutosta alku- ja loppumittauksen välillä. Osanottajat (N=610) olivat seitsemäsluokkalaisten ja edustivat 7 koulua ja 39 luokkaa. Osanottajat muodostuvat kahdesta ryhmästä, eli sekä interventioon osallistuvista (n=425), että kontrolliryhmänä toimivista oppilaista (n=185).

Lasten ja nuorten mielenterveys on nostettu näkyvästi mediakeskusteluun. Yhteiskunnassamme esiintyy julkista huolta koululaistemme kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista. Keskustelua käydään nuorten mielenterveydestä, mielenterveyshäiriöistä, kouluterveydenhuollon riittämättömyydestä ja siitä kuinka paljon varoja ja erilaisia hankerahoja tulisi kohdentaa kunnille nuorten mielenterveyspalveluihin. On kysytty, mikä on kasvattajien ja koulun rooli nuorten mielen hyvinvoinnin tukemisessa. Kenen tehtävä se lopulta on ja miten mielenterveyttä voisi tukea parhaiten. Tuleeko mielenterveyspalveluja lisätä vai pitäisikö koulun oppilashuoltoa kehittää ja tehostaa. Mitä perusopetuksessa voitaisiin tehdä toisin, jotteivät oppilaamme masentuisi nuoruusiässä, jolloin alttius masentua on suurimmillaan.

Nuoruuden ikävaihe sisältää fyysisiä, psyykkisiä ja institutionaalisia muutoksia, valintoja sekä asteittain kasvavaa vastuuta. Samanaikaisesti esiintyy epäätietoisuutta tulevasta ja omasta roolista aikuisuudessa. Nuorten henkistä painetta kasvattaa se, että yhä nuoremmilta odotetaan kykyä vastata aina vaativampiin ja vaativampiin odotuksiin. Uusliberalistisen yhteiskunnan kovat suoritus- ja tehokkuusvaatimukset yhdessä muiden

kovien arvojen kanssa voivat johtaa uupumiseen, stressiin, epävarmuuteen, ahdistukseen ja lopulta masennukseen jo nuorella iällä.

Vaikka suurin osa nuoristamme voi erittäin hyvin (Nuorisobarometri 2007, 100), on huonosti voivien lasten lukumäärä noussut huolestuttavasti. Lasten ja nuorten lisääntynyt pahoinvointi ilmenee esimerkiksi vuoden 2007 Kouluterveyskyselyssä. Yksi kyselyn päätuloksista oli psykofyysisen oireilun lisääntyminen yläkouluissa ja lukioissa. Oireilu näkyy muun muassa niskahartiakipuna, päänsärkynä, vatsakipuna ja väsymyksenä (XII Kouluterveyspäivät 2007).

Hoidotta jääneet nuoruusiän masennustilat uusiutuvat usein varhaisessa aikuisuudessa (Haarasilta 2003). Nuoruusikäisten ja nuorten aikuisten masennustilojen voidaan jo sanoa muodostavan merkittävän kansantaloudellisen ja -terveydellisen ongelman. Raitasalon ja Maaniemen (2008) tutkimuksen mukaan 16-29 -vuotiaiden nuorten aikuisten masennuksesta johtuvat sairauspoissaolot ovat kasvaneet Suomessa vajaassa kymmenessä vuodessa kaksinkertaisiksi. Lisäksi Raitasalo ja Maaniemi toteavat masennuksen vievän alle 30-vuotiaita nuoria aikuisia ennätystahtia myös työkyvyttömyyseläkkeelle.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on pohtia, mitkä tekijät ovat yhteydessä nuoruusiän ahdistukseen ja masennukseen ja pohtia, millaisin keinoin peruskoulussa voitaisiin ennaltaehkäistä näitä mielenterveysongelmia. Tutkimuksessa käsitellään aluksi nuoruutta masennukselle riskialttiina ajanjaksona ja etsitään selitystä siihen, miksi ihminen on juuri nuoruusiässä altis sairastumaan mielenterveyshäiriöihin. Tämän jälkeen esitellään Beckin (1967) kognitiivinen teoria masennuksen synnystä ja jatkumisesta. Koska masennusalttiuden on havaittu olevan yhteydessä heikkoon itsetuntoon, käsitellään kolmannessa luvussa tarkemmin itsetuntoa. Itsetunto määritellään lähinnä Rosenbergin (1965) pohjalta ja tämän viitekehyksen näkökulmasta tarkastellaan nuoruusiän merkitystä itsetunnon rakentumisessa. Samassa luvussa pohditaan myös itsetunnon ja koulun välistä yhteyttä ja keskustellaan koulun mahdollisuuksista tukea oppilaiden itsetuntoa. Neljännessä luvussa käsitellään muita oppilaan mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä. Oppilaan kokemus omasta pystyvyydestä (self-efficacy) ja myönteiset ajattelumallit ovat muun muassa niitä sisältöjä, joita ennaltaehkäisevissä interventioissa käsitellään. Neljännessä luvussa esitellään lisäksi seikkaperäisesti tämän tutkimuksen interventiomenetelmän, Friends-ohjelman, sisältöjä, toteutusta ja ohjelmasta tehtyä kansainvälistä tutkimusta.

Tutkimuksen empiriaosa alkaa tutkimusongelmien esittelyllä luvussa 5. Tämän jälkeen, luvussa 6, esitellään tutkimusasetelma, aineiston keräys, mittarit, lopulliset muuttujat ja otos. Luvussa 7 esitellään tutkimustulokset ja luvussa 8 tarkastellaan niitä lähemmin, suhteutetaan aiempaan tutkimukseen ja esitetään jatkotutkimusaiheita.

2 MASENNUS

Tässä luvussa pohditaan aluksi, miten yleistä nuorten masentuneisuus on ja miksi juuri nuoruus on psyykkisten häiriöiden ilmenemisen kannalta riskialtista aikaa. Sen jälkeen esitellään Aaron Beckin (1967) teoria masennuksen synnystä, kokemisesta ja jatkumisesta. Tähän Beckin masennuksen kognitiiviseen malliin nojaavat myös monet masennuksen hoitomuodot, kuten esimerkiksi kognitiivinen terapia, jota käsitellään työn neljännessä luvussa. Luvun lopussa kuvataan nuorten masennuksen tunnusmerkkejä. Tässä tutkimuksessa masennuksesta ja depressiosta puhutaan synonyymeinä.

2.1 NUORET JA MASENNUS

Mentaaliset häiriöt esiintyvät tyypillisesti nuoruusiässä ja tällä hetkellä näyttää siltä, että ne ovat lisääntymässä juuri nuorten keskuudessa (ks. esim. Fonagy, Gergely, Jurist & Target 2004, 317-319). Haarasilta (2003) tuo väitöskirjassaan esiin, että masennus yleistyy huomattavasti puberteetin käynnistymisen jälkeen 13-14 vuoden iässä ja masennuksen alkaminen on todennäköisintä 15-18-vuotiailla. Myös monet muut tutkimukset (ks. Speier, Sherak, Hirsch & Cantwell 1995, 470-480) tukevat näkemystä, että puberteetilla on voimakas vaikutus masennuksen yleistymiseen.

Nuorten yleisin mielialahäiriö, masennus, jaetaan lievään, keskivaikeaan ja vakavaan masennukseen. Jonkin asteisista masennusoireista kärsii jopa noin 15-20 % nuoruusikäisistä ja vakavasta masennuksesta arvioidaan kärsivän noin 2-10 % nuorista. Nuoruusiässä tyttöjen riski sairastua masennukseen on kaksinkertainen poikiin verrattuna. (Haarasilta 2003, 22; Karlsson & Marttunen 2007, 8-9; Speier ym. 1995, 480). Kouluterveyskyselyn (STAKES 2007) mukaan keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta potee omasta mielestään peruskoulun yläluokkalaisista keskimäärin 13% ja lukiolaisistakin 10%. Sosiaalisen ahdistuneisuuden oireista kuten sosiaalisten tilanteiden pelosta ja

vetäytymiskäyttäytymisestä kärsii mielestään noin 18 % 12-16 -vuotiaista nuorista (Ranta, Kaltiala-Heino, Koivisto, Tuomisto, Pelkonen, Marttunen 2007).

Erityisen huolestuttavaa on, että nuorten masennusoireet jäävät usein tunnistamatta. Vain alle puolet vakavastikin masentuneista nuorista saa psykiatrasta hoitoa (Haarasilta 2003, 37-38). Nuoruusiässä rakennetaan aikuisuuden perusta ja hoitoa vaille jäänyt masennus voi vaikuttaa pitkälle tulevaisuuteen. Masennuksella on voimakas uusiutumistaipumus ja nuoruudessa alkava depressio vaikuttaa aikuisiän mielenterveyteen. Suuri osa aikuisten masennuksesta on alkanut todennäköisesti nuoruudessa. Monet tutkimukset osoittavat, että lapsuusiän ahdistuneisuus on voimakkaasti yhteydessä nuoruusiän masennukseen (esim. Kovacs 1996, 705; Barrett & Turner 2004, 429-430; ks myös Menden Anglin 2003, 89, Haarasilta 2003, 29). Lapsuus- ja nuoruusiän ahdistuneisuus on puolestaan yhteydessä kaksin- jopa kolminkertaiseen riskiin sairastua masennukseen kymmenen vuoden kuluttua.

Alan kirjallisuudessa oletetaan niin biologisten, sosiaalisten ja kognitiivisten¹ muutosten olevan yhteydessä altistumiseen nuoruusiän masennusriskille (esim. Erikson 1965, 9-13; Bandura 1997, 319-324; Beck, Rush, Shaw, Emery 1979, 12-13). Wigfield, Byrnes ja Eccles (2006, 87-105) kuvaavat nuoruusikää dramaattiseksi ajanjaksoksi, jolloin nuoret kokevat sekä paljon muutoksia että myös konflikteja yhtäältä vanhempien ja toisaalta opettajien välillä. Fyysiset muutokset, joita nuoret käyvät läpi vaikuttavat monella tavoin myös heidän ajatteluunsa ja käytökseen. Hormonien aktivoituminen näkyy muun muassa kasvupyrähdyksinä ja sukupuolierojen korostumisena. Peter Fonagy ja kumppanit (2004, 318) muistuttavat, että psyykkisiä häiriöitä tutkittaessa on katsottava kuitenkin myös hormonaalisten muutosten taakse, sillä vaikka puberteetti aikaistuu, nuoruusiän häiriöt eivät ilmene aikaisempaa varhaisemmassa vaiheessa. Wigfield ja kumppanit (2006, 88) ehdottavat, että hormonien vaikutukset siivilöityvät nuoren psyyken läpi sen sijaan, että niillä olisi suora vaikutus käyttäytymiseen (vrt. sosiaalisista ja fyysisistä paineista johtuvat emotionaaliset mullistukset): Tyttöjen puberteetti esiintyy noin puolitoista vuotta ennen poikia, eli samanikäiset tytöt ja pojat ovat eri vaiheissa fyysisessä kehityksessään. Aikainen kypsyminen on etu pojille esimerkiksi urheiluharrastuksissa ja sosiaalisissa suhteissa mutta toisaalta viidesluokkalaiset ”varhaiskypsät” pojat raportoivat enemmän masennuksen oireita kuin ikätoverinsa. Seitsemännellä luokalla tätä ilmiötä ei enää ole havaittavissa.

¹ Keskeisimpiä kognitiivisia toimintoja ovat tiedon vastaanottoon ja hankkimiseen (havaitseminen ja tarkkaavaisuus), tiedon käsittelyyn (ajattelu ja muisti) sekä tiedon käyttöön ja soveltamiseen (kieli ja ajattelu) liittyvät mielen ilmiöt (Lamberts & Goldstone 2005)

Tyttöjen kohdalla tilanne on yhdenmukaisempi, ja heidän kohdallaan varhainen kypsyminen näyttäytyy erityisen ongelmallisena. Varhain kypsyvät tytöt kokevat puberteetin mukanaan tuomat muutokset ensimmäisinä ja tuntevat olevansa erilaisia kuin ikätoverinsa. Näin ollen he kokevat enemmän sopeutumisvaikeuksia ja masentuneisuutta.

Nuoruuden kehitysvaiheessa keskiössä ovat fysiologisten muutosten lisäksi kognitiiviset muutokset nuoren ajattelussa (esim. Piaget 1988, 106-109; Steinberg 2005, 69-71; Wigfield ym 2006, 87-105). Ajattelun kehitys mahdollistaa abstrakteja ajattelutaitoja, kuten jalostunutta ja yksityiskohtaista ajattelua, monien näkökulmien huomioimista ja pohdintaa sekä monimutkaisten ongelmien ja itsensä reflektointia. Kognitiivisten toimintojen kehittyminen nuoruusiässä vaikuttaa selkeästi muun muassa oppimiseen, tiedonkäsittelyyn, päätöksen tekoon, ongelmanratkaisuun sekä toiminnanohjaukseen kuten itsesääätelykykyyn ja pitkántähtäimen suunnitteluun. Kognitiivisten toimintojen kehittyminen vaikuttaa myös muihin nuoruusiän psyykkisiin tekijöihin kuten minäkäsitykseen, ajatuksiin tulevaisuudesta ja muiden ymmärtämiseen.

Fysiologinen ja kognitiivinen kypsymisprosessi ovat yhdessä sosiaalisiin ja ympäristöön liittyvien tekijöiden, kuten vanhemmista irtautumisen ja itsenäistymisen paineet, kanssa yhteydessä psyykkiseen oireiluun nuoruudessa. Kyky abstraktiin ajatteluun mahdollistaa nuorelle omien tuntemusten ulkopuolisen tarkkailun samalla hän oppii säätelemään omia tunteitaan. Sopeutuminen kognitiiviseen monimuotoisuuteen on kuitenkin vaativaa ja voi ylikuormittaa nuorta. Jatkuva tietoisuus omista ja muiden ajatuksista (vuorovaikutuksellinen eli interpersoonallinen ymmärrys), tunteista ja motiiveista sekä näiden lisääntynyt pohdiskelu voivat johtaa stressiin. Tämän kehityksen tuloksena saattaa syntyä erityinen mielialojen (engl. mental states) tarkastelun herkkyyys, joka voi vaikeuttaa selviytymistä omista ajatuksista, tuntemuksista ja kehollisista oireista. Se millaisia merkityksiä näillä tapahtumilla on tulevaisuudessa, riippuu muun muassa nuoren luontaisesta psyykkisestä vahvuudesta ja ympäristön kyvystä tukea nuorta. (Wigfield ym 2006, 89-91).

Kognitiot ja niiden kehittyminen ovat siis muiden muutosten ohella merkittävässä roolissa nuoruuden ikävaiheessa. Seuraavassa luvussa lähestytään teoreettisesti kognitioiden merkitystä masennuksen synnyssä.

2.2 MASENNUKSEN KOGNITIIVINEN MALLI

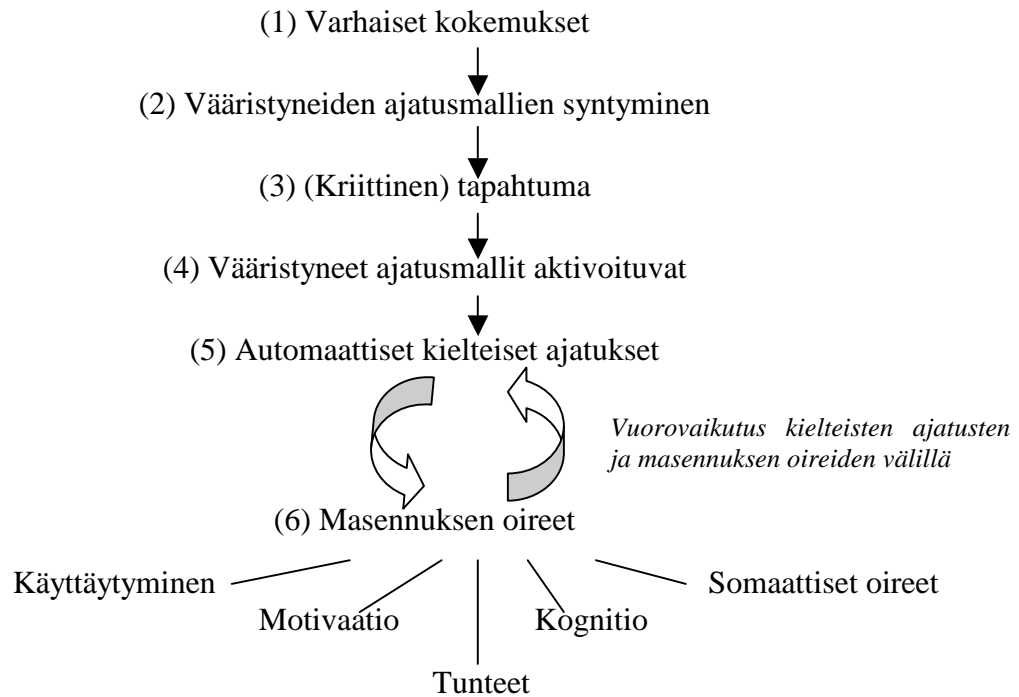
Masennustilojen kognitiivinen teoria perustuu Aaron Beckin ja hänen kumppaneidensa kliinisiin havaintoihin ja pitkäjänteiseen tutkimustyöhön. Beck julkaisi ensimmäiset hahmotelmansa depression kognitiivisesta mallista (engl. The Cognitive Model of Depression) vuonna 1967. Beck piti masennuspotilaan vääristyneitä tai häiriintyneitä ajatusprosesseja merkityksellisinä tekijöinä depression ymmärtämisessä. Hänen mukaansa negatiivinen ajattelu, jota oli jo pitkään pidetty depression oireena, olikin merkittävä tekijä masennuksen synnyssä. Beck näki depression häiriönä, jolle oli tunnusomaista ajatteluun liittyvä negatiivisuus. Aikoinaan tätä uudenlaista depression käsitteellistämistä pidettiin radikaalina (Beck 1967/1974; Karila 2001, 57-62).

Mallin lähtökohtana ovat kognitiiviset tekijät. Beckin mukaan ajattelumallit, joiden perusteella yksilö tulkitsee itseään, ympäristöään ja tulevaisuuttaan selittävät masennuksen synnyn taustaa. Mallissa nähdään masentuneen henkilön omaksuneen kielteisiä ajattelumalleja, jotka viriävät itsestään hankalissa tai uusissa tilanteissa. Kielteiset ajatukset puolestaan ovat yhteydessä sellaiseen käyttäytymiseen, tuntemuksiin ja oireiluun, joka on masentuneelle tyypillistä. Kuviossa 1 (s. 7) havainnollistetaan Beckin masennuksen kognitiivisen mallin rakennetta; mallia kuvataan seuraavaksi yksityiskohtaisesti.

Yksilön itseensä, ympäristöönsä tai tulevaisuuteensa liittämät kielteiset käsitykset voivat usein johtua jo **varhaislapsuuden kokemuksista (1)**. Nämä negatiiviset ajattelumallit voivat olla piileviä eli latenteja mutta viriävät uudelleen tilanteissa, jotka ovat samankaltaisia niiden tilanteiden kanssa, joissa kielteinen asenne on alun perin juurtunut ja iskostunut mieleen (Beck, Rush, Shaw & Emery 1979, 16).

Myös muiden tutkijoiden mukaan hyvin varhaiset kokemukset vaikuttavat, siihen miten tärkeinä pidämme itseämme. Esimerkiksi Bowlbyn (1973) ja Ainsworthin (1991) kiintymyssuhdeteoriassa otaksutaan, että lapsen ja hoitajan välistä kiintymyssuhdetta seuraa tietyn tyyppinen reagointi aikuisiässä. Teorian mukaan varhaisimmat käsitykset omasta arvosta syntyvät lapsuuden hoivakokemuksissa. Vauvana saatu hyvä ja oikea-aikainen hoito synnyttävät vauvalle käsityksen omasta hyvyydestä ja tärkeydestä. Myös Sinkkosen ja Kallandin (2002, 9) mukaan ”Olenko hoivan arvoinen?” on syvästi itsetunnon ytimeen porautuva kysymys. Muistijärjestelmien sopusointu on tärkeää, sillä varhaislapsuuden hoivasuhteen vuorovaikutustilanteet tallentuvat pitkäkestoiseen muistiin

ja säätelevät osaltaan kaikkea asioiden tulkintaa ja merkityksenantoa. Myös Mahlerin (Mahler, Pine & Bergman 1975) teoria psykologisen minän synnystä korostaa lapsen ja hoitajan välisen symbioottista suhteen merkitystä.



KUVIO 1: Masennuksen kognitiivinen malli². Kielteiset ajattelumallit, jotka saattavat syntyä jo varhaisessa vaiheessa, virittyvät yksilön kohdatessa haasteellisia tilanteita. Kielteiset ajatukset itseän, ympäristöön ja tulevaisuuteen liittyen ruokkivat noidankehää, jossa masennuksen oireet ja kielteiset ajatukset vuorottelevat.

Työskennellessään masentuneiden potilaiden kanssa Beck huomasi tietynlaisten **vinoutuneiden ja virheellisten ajattelumallien (2)** toistuvan heidän keskuudessaan. Tällaisia ajatusmalleja olivat muun muassa sattumanvaraiset päätelmät, valikoiva käsitteellistäminen ja liiallinen yleistäminen. Vääristyneet ajattelumallit liittyivät itseän, ympäristöön ja tulevaisuuteen. Esimerkkeinä tällaisista virheellisistä ajattelumalleista voisi olla tilanne, jossa potilas huomioi keskustelusta vain moitteet ja jättää huomioimatta

² Fennellin (1992, 170) havainnollistus Beckin (1967) masennuksen kognitiivisen mallin periaatteista

saamansa kohteliaisuudet tai ajatus, jonka mukaan potilas on epäonnistunut aivan kaikessa mitä on elämässään tehnyt.

Vääristyneet ajatukset itsestä liittyvät siihen, että yksilö näkee itsensä kielteisessä valossa, huonona ja puutteellisena, riittämättömänä ja osattomana. Hänen näkökulmastaan ja olettamistaan puutteistaan johtuen hän pitää itseään epämieluisana, arvottomana ja kelvottomana. Tästä johtuen hän myös aliarvioi ja kritisoi itseään. Hän uskoo, että häneltä puuttuvat ne ominaisuudet, joita tarvitaan tyytyväisyyteen ja onnellisuuteen.

Vääristyneisiin ajatuksiin liittyy taipumus tulkita myös kokemuksiaan kielteisesti. Yksilön mielestä häneen kohdistuu kohtuuttomia vaatimuksia ja maailma asettaa hänen tavoitteidensa eteen suuria esteitä, jolloin elämä on vaikeaa ja mahdotonta sekä täynnä puutteita. Vääristyneet ajatukset johtavat ennakkoluuloiseen ja yksipuoliseen maailmankuvaan. Mikäli ihmistä, jolla on virheelliset ajatusmallit, suostutellaan ja autetaan näkemään itsensä ja tulkintansa vähemmän negatiivisena, hän pystyy huomaamaan virhetulkintansa.

Kolmas virhetulkinnan kohde itsensä ja ympäristön lisäksi on tulevaisuus. Vääristyneet ajatukset johtavat kielteiseen kuvaan tulevaisuudesta sekä oletukseen että tämänhetkiset vaikeudet, koettelemukset ja kärsimykset, liittyen niin fyysiseen, sosiaaliseen kuin taloudelliseenkin tilanteeseen, tulevat jatkumaan myös tulevaisuudessa. Henkilö, jolla on kielteinen kuva tulevaisuudestaan, ei ota vastaan vaativia tehtäviä sillä hän uskoo epäonnistuvansa niissä.

Beck ja kumppanit (1979, 12-13) käyttävät sisäisen mallin eli skeeman käsitettä selittäessään depressiivisen ajattelun rakentumista (2) eli miksi masentuneet potilaat omaksuvat kärsimystä aiheuttavia ja lannistavia asenteita ja takertuvat niihin, vaikka objektiivisesti tarkasteltuna heidän elämänsä sisältyy positiivisempiakin tekijöitä. Skeemat³ ovat Beckin mukaan pysyviä, kognitiivisia ajattelumalleja, joita yksilö

³Skeeman käsite on kognitiivisen psykologian keskeinen käsite, josta Bartlett puhui jo 1930-luvulla. Skeemojen syntymistä on tutkittu 1960-luvulta lähtien. Skeema on yksilön kokemusten välityksellä rakentunut sisäinen malli esimerkiksi jonkin esineen, asian tai tapahtuman tyypillisistä ja olennaisista piirteistä. Sisäisillä malleilla eli skeemoilla on keskeinen asema tiedon ohjaamisessa, jäsentämisessä ja tulkinnassa. Skeema voi olla esimerkiksi mielikuva itsestä, jonka mukaan yksilö tulkitsee ja arvioi käyttäytymistään. Tynjälän mukaan ilman skeemojen muodostumista, havaintomme maailmasta olisi vain jäsentymätöntä informaatiomassaa. Kyky ennakoita ja järjeittää tapahtumia ja kokemuksia on tarpeellista toiminnassamme. (Ks. esim. Bartlett 1932; Neisser 1976; Piaget 1988; Rauste von Wright & von Wright 1994; Tynjälä 1999)

muodostaa eri tilanteissa ja joiden avulla hän käsitteellistää tilanteita itselleen. Tietyn **tilanteen (3)** kohdatessaan tilanteeseen liittyvä skeema aktivoituu ja tiedot muovataan käsityksiksi tämän perusteella. Lopulta yksilö luokittelee, määrittää ja arvioi kokemuksensa aktivoituneiden skeemojensa perusteella. Aktivoituva skeema myös määrittää millä tavalla yksilö reagoi (6) kohtaamiinsa tilanteisiin.

Beckin mallin mukaan ongelmat ilmaantuvat siis kriittisten tapahtumien (3) myötä kun **vääristyneet ajatusmallit aktivoituvat (4)**. Nuoren elämässä kriittisiä tapahtumia voivat olla esimerkiksi seurustelusuhteen päättymisen tai epäonnistuminen jossakin tärkeässä saavutuksessa kuten kesätyöpaikan saamisessa tai kokeen läpäisyssä.

Aktivoiduttuaan vääristyneet ajattelumallit tuottavat **automaattisesti kielteisiä ajatuksia (5)**. Ne ilmaantuvat mieleen sen enempää pohtimatta tai järjeilemättä. Kielteisiin ajatuksiin liittyy myös kielteisiä tunteita. Nämä tunteet voivat nousta joko nykyisestä kokemuksesta, menneiden tapahtumien muistikuvista tai liittyä pessimistisiin tulevaisuuden olettamuksiin. Schniering ja Rapee (2004, 468-469) ovat tutkineet lasten ja nuorten automaattisten ajatusten ja kielteisten tuntemusten suhdetta. Heidän tutkimustuloksensa oli, että menetykseen ja henkilökohtaiseen epäonnistumiseen liittyvät ajatukset olivat masennusoireiden vahvimpia ennustajia. Ajatukset, jotka liittyivät sosiaaliseen uhkaan tai kielteisen arvioinnin kohteeksi joutumiseen puolestaan ennustivat vahvasti ahdistuneisuuden oireita.

Lievemmin masentunut henkilö kykenee tarkastelemaan negatiivisia ajatuksiaan (5) objektiivisemmin. Kun masennus pahenee, negatiiviset ajatukset hallitsevat ajattelua yhä enemmän vaikeivätkin kielteiset oletukset olisikaan loogisesti millään tavoin yhteydessä sen hetkiseen tilanteeseen. Yliherkät virheelliset skeemat puolestaan hallitsevat täysin vakavasti masentuneen henkilön ajattelua. Kielteiset ajatukset ovat tuolloin sinnikkäitä päähänpintymiä, joiden ohi on vaikea keskittyä ulkoisiin tilannetekijöihin ja nähdä vaihtoehtoisia toimintatapoja (Beck ym. 1979, 12-13).

Beck ja kumppanit (1979, 14) kutsuvat ajattelun systemaattisia virheitä ajatteluhäiriöksi (thinking disorder). Masentuneiden ihmisten kuvataan liikkuvan kypsästä ajattelusta (mature thinking) kohti kehittymätöntä ajattelua (primitive thinking), jonka seurauksena nähdään olevan voimakkaat kielteiset tunteet. Ajatusten ja tunteiden välisestä yhteydestä ovat kirjoittaneet myös Kendall (esim. 1979; 1991; 2006) ja Fox (2008). Kypsä ajattelu on

olemukseltaan moniulotteista ja joustavaa, ja suhteellisen hyväksyvää, ”Olen melko pelokas, varsin ystävällinen ja aika älykäs”. Kehittymätön ajattelu on puolestaan hyvin laajoja yleistyksiä tekevää ja minäkuva nähdään muuttumattomana sekä tuomitaan helposti, ”Olen pelokas”. Masentuneille on tyypillistä kehittymätön ajattelu, johon liittyy äärimmäisten, negatiivisten, luokittelevien, ehdottomien ja tuomitsevien merkitysten antaminen asioille, ”Olen aina ollut pelkuri ja tulen aina olemaankin, en voi tehdä asialle mitään.” Myös näihin ajattelumalleihin liittyvät tunnereaktiot ovat hyvin äärimmäisiä ja kielteisiä. Kypsä ajattelutapa puolestaan yhdistää tilanteisiin monia näkökulmia ja mieluummin suhteellisia ja määrällisiä kuin absoluuttisia ja laadullisia termejä, ”Pelkoni vaihtelevat tilanteesta toiseen, ja voin harjoitella vaikeiden tilanteiden kohtaamista”. Beckin kehittymättömän ajattelun kuvaus ja Piaget`n (1932/1983) tapa hahmottaa lapsille tyypillistä ajattelutapaa ovat hyvin lähellä toisiaan.

Masennuksen kognitiivinen malli hahmottaa **masennuksen oireet (6)** seurauksiksi kielteisten ajattelumallien aktivoitumisesta (4). Jos yksilö esimerkiksi virheellisesti tulkitsee, että hänet on torjuttu, hän reagoi samoilla tunteilla kuin jos hänet olisi tosiasiallisesti torjuttu. Hän tuntee mahdollisesti surua ja vihaa sekä kokee itsensä yksinäiseksi ja hylkiöksi. Huomionarvoista on se, että tunteet ovat aina todellisia; tässäkin tapauksessa vaikka ne olisivatkin seurausta väärästä tulkinnasta.

Edellä kuvattu vinoutunut tiedonkäsittely (kielteiset ajatukset) johtaa muihin masennusoireisiin (6), jotka ilmenevät käyttäytymisessä, tunteissa, motivaatiossa, kognitiossa sekä fyysisinä oireina. Masentuneelle tunnusomaisia piirteitä käyttäytymisessä ovat muun muassa vetäytyminen ja madaltunut aktivaatiotaso. Tyypillisiä tunteita taas ovat ahdistus ja syyllisyys. Lisäksi masennuksesta kärsivän henkilön motivaation alentuminen näyttäytyy yleisenä mielenkiinnon vähentymisenä sekä olemuksen velttoutena ja toimeettomuutena. Kognitiivisilla oireilla tarkoitetaan esimerkiksi keskittymisvaikeuksia, kielteisten ajatusten vatvomista ja murehtimista sekä vaikeuksia tehdä ja toteuttaa päätöksiä. Fyysisiä oireita on muun muassa ruokahaluttomuus ja nukkumisvaikeudet, jotka voivat näkyä nukahtamisvaikeuksina tai liian aikaisena heräilynä (Beck ym. 1979, 18-20; Fennell 1989, 171-172).

Nuorten oireet ovat pääosin aikuisten masennuksen kaltaisia: mielialan laskua, aloitekyvyttömyyttä, mielenkiinnon menettämistä, uni- ja ruokahaluttomuutta, syyllisyyden ja arvottomuuden tunteita. Tyypillisiä nuoren oireita voivat lisäksi olla

krooninen ärtyneisyys tai aggressiivisuus ja vetäytyminen kaverisuhteista sekä poissaolot koulusta. Koskinen (2008) huomauttaa, että mielialan vaihtelut kuuluvat murrosikään, mutta masentuneen nuoren mieliala on jatkuvasti matala tai ärtynyt. Karlsson ja Marttunen (2007, 11) sekä Torikka ja kumppanit (2001) muistuttavat, että mitä varttuneemmasta nuoresta on kyse, sitä useammin depressioniin liittyy päihteiden väärinkäyttöä (Ks. myös Harrikari 2008; Kallio & Jokinen 2001, 1373). Karlssonin ja Marttunen mukaan poikien oireilu ilmenee tyypillisemmin käytösongelmina vetäytymisen ollessa tytöille tyypillisempää. Masennus voi poikien yhteydessä esiintyä aikaisemmasta käyttäytymisestä poikkeavana epäsosiaalisena käyttäytymisenä, pikkurikollisuutena, tuhoamisena ja hävittämisenä (ks. myös Kivivuori 2002).

Negatiivinen ajattelumalli ja masennuksen oireet muodostavat kehän (5 ja 6), jossa ne vastavuoroisesti vahvistavat toinen toisiaan. Masennuksen kehittyessä kielteiset ajatukset esiintyvät yhä useammin ja voimakkaampina samaan aikaan kun järkevämät ja objektiivisemmat ajatukset lopulta väistyvät kokonaan syrjään. Tätä prosessia edesauttaa masentuneen ja melankolisen mielialan voimistuminen ja yleistyminen; joka ylläpitää ja ruokkii masennukseen liittyvää noidankehää. Mitä masentuneemmaksi henkilö muuttuu, sitä masentavampia ajatuksia hän yhtäältä ajattelee ja sitä enemmän hän ajatuksiinsa uskoo. Mitä masentavampia ja kielteisimpiä ajatuksia hän toisaalta ajattelee ja mitä vahvemmin niihin uskoo, sitä masentuneemmaksi hän itsensä tuntee (Fennell 1989/1992, 172). Kognitiivisessa terapiassa onkin tarkoitus murtaa tämä noidankehä opettamalla potilasta tunnistamaan ja kyseenalaistamaan automaattiset kielteiset ajatuksensa sekä olettamukset, joihin ajatukset perustuvat.

Fennell (1989/1992, 172-173) sekä Beck ja kumppanit (1979, 18-20) huomauttavat, että vääristyneet ajatusmallit eivät yksin vaikuta kliinisen masennuksen syntyyn, eikä kielteinen ajattelu välttämättä tai itsessään johda masennukseen. Masennus voidaan sen sijaan nähdä biologisten, kehityksellisten, sosiaalisten ja psykologisten muuttujien ja alttiuksien summana. Kognitiot ovat kuitenkin yhteydessä mielialaan ja depressiivinen ajattelu merkittävä osa masennusta, sillä kielteisen ajattelun voidaan nähdä edistävän muita oireita. Tästä syystä nimenomaan kognitiot ja taustalla olevat ajattelumallit ovat erityisen hyvä intervention kohde. Fennell (1989/1992, 172-173) muistuttaa, että masentuneiden ajatteluprosessi ei ole laadultaan kovin erilainen muiden ihmisten ajatteluprosesseihin

verrattuna. Edellä kuvaillut ajattelumallit ovat tuttuja kaikille mutta masentuneilla kielteiset ajatukset ovat erityisen voimakkaita ja liioiteltuja.

3 ITSETUNTO

Tässä luvussa hahmotetaan itsetunnon merkitystä lyhyesti, kuvaillaan korkean ja heikon itsetunnon tunnusmerkkejä ja keskustellaan heikon itsetunnon ja masennuksen yhteydestä. Lisäksi pohditaan, miksi itsetunto nousee keskeiseksi käsitteeksi juuri nuoruuden kehitysvaiheessa. Alaluvuissa pohditaan voidaanko itsetunnon kehitystä tukea ja mitä käytännön mahdollisuuksia ja keinoja itsetunnon tukemiseen on käytettävissä etenkin koulumaailmassa.

Itsetunto on keskeinen ja eräs eniten tutkituista psykologisista ilmiöistä⁴. Ihmisten eroavaisuuksia itsetunnossa on tutkittu kauan ja runsain mitoin. Empiirisiä tutkimuksia on tuhansittain ja määrä kasvaa jatkuvasti. Tutkimusten merkittävin löydös lienee, että itsetunnolla on ihmisen käyttäytymisessä läpitunkeva vaikutus (Baumeister 1999, 219; Campbell 1999, 223). Tässä tutkimuksessa itsetuntoa ei tulla käsittelemään kattavasti tai oteta huomioon kaikkia sen syntyyn tai vaikutuksiin liittyviä ilmiöitä. Tutkimus nojautuu erityisesti Rosenbergin itsetunnon määritelmään, sillä tutkimuksen empiirisessä osassa hyödynnetään hänen itsetunto-mittariaan⁵.

Rosenberg (1965, 15) puhuu kokonaisvaltaisesta itsetunnosta, jolla hän tarkoittaa yksilön kokonaisvaltaista tunnetta omasta arvostaan. Hän määrittelee itsetunnon myönteiseksi tai kielteiseksi asenteeksi itseään kohtaan. Itsetunto on siis minäkuvan laadullinen arvio, eli onko yksilön käsitys itsestään hyvä vai huono. Mitä enemmän hyviä piirteitä ihminen itseensä liittää, sitä parempi itsetunto hänellä on (Ks. myös Keltinkangas-Järvinen 1994, 17-22). Rosenbergin kokonaisvaltaisen itsetunnon käsite sisältää siis korkean ja heikon itsetunnon ulottuvuudet.

Rosenberg (1965, 31) määrittelee korkean itsetunnon siten, että yksilö arvostaa itseään, näkee itsensä arvokkaana mutta ei kuitenkaan välttämättä muita parempana tai huonompana. Itsetunto on hänen mukaansa hyvä siitä huolimatta arvioiko yksilö itsensä todella hyväksi vai riittävän hyväksi. ”Riittävän hyvä” (engl. good enough), jota myös

⁴ Itsetunnosta julkaistu kymmeniä tuhansia tutkimuksia (Marsh 1996, 810; Campbell 1999, 223). Itsetunnon osa-alueita jaoteltu eri tavoin muun muassa Borba (1989) kehittämä itsetunnon viiden osa-alueen mallin, joka perustuu Maslowin, Eriksonin, Coopersmithin & Reasonerin työhön.

⁵ Korkean ja heikon (käytetään myös hyvä/vahva ja huono/matala) itsetunnon piirteitä ovat kuvanneet myös monet muut tutkijat (esim. Baumeister 1997, Campbell 1999, Coopersmith 1967, Reasoner 1994). Suomessa itsetunnon ulottuvuuksiin on perehtynyt Keltinkangas-Järvinen (1994, 26-29; 2000, 17-23).

termit itsensä hyväksyminen (engl. self-acceptance) tai itsetyytyväisyys (engl. self-satisfaction) kuvaavat, viittaa siihen, että yksilö tuntee itsensä, on tietoinen niin hyvistä kuin huonoista puolistaan ja hyväksyy itsensä ilman mielipahaa. Hyvän itsetunnon omaavan ihmisen minäkuva on siis realistinen, hän tuntee puutteensa, myöntää heikkoutensa ja pyrkii pääsemään niistä eroon (Keltinkangas-Järvinen 2000, 103-104). Korkeasta itsetunnosta voidaan puhua myös hyvänä tai terveenä itsetuntona.

Matalan, heikon tai huonon itsetunnon tunnusmerkit ovat pääsääntöisesti käänteisiä korkean itsetunnon tunnusmerkeille. Heikko itsetunto liittyy Rosenbergin (1965, 31) mukaan tyytymättömyyteen itseään kohtaan, itsensä hyljeksimiseen ja itsehalveksuntaan. Heikon itsetunnon omaavalta henkilöltä puuttuu arvostus itseään kohtaan. Minäkuva on tällöin vastenmielinen ja yksilö toivoo olevansa erilainen kuin on.

Campbell (1999, 223-239) ja Baumeister (1997, 688-690) ovat peilanneet itsetuntoa minäkuvan selkeyteen. Korkea itsetunto ja minäkuvan selkeys ovat heidän mukaansa yhteydessä toisiinsa. Ihmisillä, joilla on korkea itsetunto, on usein myös selkeä, yhtenäinen ja vakaa kuva itsestään. Vastaavasti ihmiset, joilla on heikko itsetunto, eivät tunnu tuntevan itseään niin hyvin. Heidän minäkuvansa on usein hämmentynyt, ristiriitainen, epävakaa ja epävarma. Matala itsetunto ei heidän mukaansa siis tarkoita välttämättä sitä, että yksilö on vakuuttunut olevansa arvoton ja kurja. Kysymys on pikemminkin siitä, että heiltä puuttuu selkeäkuva itsestään arvokkaana ja suurenmoisena.

Kirjallisuudessa on käyty paljon keskustelua siitä, voisiko Rosenbergin määrittelemästä kokonaisvaltaisesta itsetunnosta löytyä erilaisia osa-alueita tai ulottuvuuksia. Muun muassa Tafarodi ja Swann (1995, 322-326) sekä Tafarodi ja Milne (2002, 444-445) hahmottavat omassa tutkimuksessaan itsearvostusta (engl. self-liking) ja minäpystyvyyttä (engl. self-competence) kuvaavat itsetunnon osa-alueet.

Tafarodin ja Swannin (1995, 324-325) näkemyksen mukaan itsearvostus on sosiaalisesti riippuvainen itsetunnon osa-alue. Yksilö sisäistää muiden reaktiot ja määrittää niiden kautta itseään. Itsearvostus on yksilön tunteellisesti väritynyt arvioi itsestään ja kertoo siitä, hyväksyykö hän itsensä. Korkea itsearvostus kertoo myönteisestä suhtautumisesta itseensä ja siitä, että yksilö yleensä viihtyy sosiaalisissa tilanteissa. Matala itsearvostus puolestaan kuvaa itsensä väheksymisestä ja epä mukavuudesta sosiaalisissa tilanteissa.

Minäpystyvyys on lähellä pätevyyden käsitettä (efficacy) ja kuvaa hallinnan tunnetta. Yksilö hahmottaa itseään kyvykkäänä ja pystyvänä toimijana. Korkea minäpystyvyys kuvaa arvostavaa ja myönteistä suhtautumista itseensä, motivoi määrätietoiseen toimintaan, ennustaa menestystä ja on yhteydessä jopa stressinhallintaan. Pystyvyyden tunteella on yhteys tavoitteellisuuteen ja yksilön tunteeseen, että pystyy vaikuttamaan lopputulokseen (ks. myös Bandura 1977). Heikolla pystyvyyden tunteella nähdään olevan yhteys ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen (Tafarodi ja Swann 1995, 325.)

Tafarodi ja Milne (2002, 445) tulkitsevat, että Rosenbergin (1965) näkemys ”yhdestä yhtenäisestä” itsetunnosta (tunne, että olen riittävän hyvä) vastasi itsearvostuksen osa-alueita. Kokonaisvaltaisen itsetunnon mittaaminen merkitsi hänelle samaa kuin itsearvostuksen osa-alueen mittaaminen. Tafarodi ja Milne tulkitsevat edelleen, että Rosenbergin mielestä yksilön pystyvyyden tunne (engl. self-competence) voi edesauttaa kokonaisvaltaisen itsetunnon, eli ”oman hyvyyden” (itsearvostus) muodostumista. Coopersmith (1967) puolestaan on sitä mieltä, että korkea self-liking edistää kompetenssin tunteen vahvistumista.

Tämän tutkimuksen empiirisessä osassa käsitellään mitattua itsetuntoa itsearvostuksen ja minäpystyvyyden osa-alueiden mukaisesti.

3.1 HEIKON ITSETUNNON JA MASENNUKSEN YHTEYDESTÄ

Masennusalttiudella on todettu (Cronkite & Moos 2001, 572; Bandura 1997, 343-348) olevan yhteyttä muun muassa itsetuntoon, persoonallisuuteen, hallintakeinoihin sekä pystyvyyden ja elämänhallinnan tunteeseen. Masennuksella ja heikolla itsetunnolla on yhteisiä tunnusmerkkejä ja niihin liittyy samankaltaisia ajattelu- ja käyttäytymismalleja. Rosenberg on tutkimuksissaan havainnut voimakkaan ja johdonmukaisen yhteyden esimerkiksi Guttmanin (1950) itsetunnotmittarin (engl. self-esteem scale) ja Learyn (1957) masennusmittarin (engl. depressive affect scale) välillä (Rosenberg 1965, 18-19). Hän huomasi kliinisissä tutkimuksissaan (1965, 18-22), että masennus ja heikko itsetunto esiintyivät tyypillisesti yhdessä. Edelleenkin ei tiedetä onko masennus seurausta heikosta itsetunnosta vai päinvastoin (ks. esim. Rosenberg 1965, 151 ja Semrud-Clikeman 2007, 179). Rosenberg on tutkimuksissaan tehnyt havainnon, että henkilö jolla on heikko

itsetunto, vaikuttaa ulkopuolisesta masentuneemmalta kuin henkilö, jolla on korkea itsetunto.

Heikko itsetunto saattaa edesauttaa myös ahdistushäiriön syntymistä; minäkuvan epävakaas saattaa olla tässä suhteessa merkittävä tekijä (Speier ym. 1995, 480). Nuoruusiän masennus ja ahdistuneisuus ovat yhteydessä toisiinsa (Pine, Cohen, Gurley, Brook, Ma 1998). Ahdistuneisuus onkin tyypillinen oire monissa psyykkisissä sairauksissa kuten masennuksessa. Hoitamattomana ahdistuneisuus voi jopa muuttua masennustilaksi (Laine 2001, 99). Myös aikuisiin kohdistuneet tutkimukset (esim. Rosenberg 1965, 23-25) osoittavat heikon itsetunnon ja ahdistuksen olevan läheisessä yhteydessä. Mitä heikompi osanottajan itsetunto oli, sitä todennäköisemmin hän raportoi kokevansa erilaisia ahdistuksen fysiologisia oireita kuten käsien värinää, hermostuneisuutta, unettomuutta, sydämen tykytystä, hikoilua, päänsärkyä ja ruokahaluttomuutta.

3.2 NUORET JA ITSETUNTO

Itsetunnon kehittyminen alkaa jo varhaislapsuudessa ennen nuoruusikää. Varhaisten kokemusten merkitystä itsetunnon ja oman arvon tunteen perustana sivuttiin toisessa luvussa masennuksen kognitiivisen mallin yhteydessä. Olen kiinnostunut itsetunnon kehittämisestä juuri nuoruusvaiheessa, sillä tutkimuskohteenani ovat peruskoulun seitsemäsluokkalaiset.

Itsetunnon kehitys murrosiässä on saanut psykologisessa kirjallisuudessa osakseen enemmän huomiota kuin muut kehitysvaiheet, vaikka lapsen minäkuvassa tapahtuu muutoksia läpi koko varhaisvaiheen kehityksen. Rosenbergin (1965) mukaan ihminen on syvästi kiinnostunut siitä, millainen hän on ja mitä hän ajattelee itsestään erityisesti nuoruuden ikävaiheessa.

Keltikangas-Järvinen (1994, 115-117) arvelee nuorten itsetuntoon liittyvän laajan kiinnostuksen johtuvan siitä, että muutokset nuoruudessa ovat aiempaa selvärajaisempia. Nuori itse kokee nämä muutokset voimakkaasti ja kykenee kuvaamaan ne, jolloin niitä on helpompi tutkia. Tärkeä seikka on myös se, että murrosiän muutokset voivat vaikuttaa nuoren kehityssuuntaan voimakkaasti.

Sekä Rosenberg (1965, 3-6) että Keltikangas-Järvinen (1994, 115-116) tuovat esiin, että murrosiässä ulkonäkö muuttuu, josta saattaa seurata tunne myös persoonallisuuden muuttumisesta. Rosenbergin mielestä nuoruus on erityisen mielenkiintoista minäkäsityksen ja itsetunnon tutkimisen aikaa, koska tällöin nuori muuttuu myös ulkoisesti ja hän on hyvin tietoinen minäkuvastaan.

Myöhäisessä nuoruuden ikävaiheessa, 15-18-vuotiaana, nuoret ovat erityisen kiinnostuneita ja usein myös huolestuneita minäkuvastaan. Kysymykset, kuten: ”Millainen minä olen? Kuinka hyvä olen? Mikä minusta tulee/ pitäisi tulla?” risteilevät nuorten mielissä. Minäkuva ei ole vielä pysyvä, vaan siinä saattaa esiintyä suuriakin heilahteluja. Murrosikäinen muuttaa minäkuvaansa sen mukaan, mitä muut hänestä ajattelevat. Brockner (1984, 237) havaitsi tutkimuksessaan, että nuori, jolla on heikko itsetunto, on alttiimpi sosiaaliselle paineelle ja kavereiden kyseenalaiselle suostuttelulle. Samaan aikaan nuori, jolla on hyvä itsetunto, pystyy toimimaan ratkaisuisissaan itsenäisemmin ja olemaan suhteellisesti riippumattomampi muiden mielipiteistä. Hänen ei tarvitse koko ajan pohtia mitä muut hänestä ajattelevat vaan kykenee elämään niin kuin haluaa, eikä sen mukaan mitä ympäristö arvostaa (Keltikangas-Järvinen 1994, 20-22).

Rosenbergin (1965, 3-6) mukaan on useita syitä siihen miksi juuri nuoruuden kehitysvaiheessa ihmisellä on korostunut tietoisuus omasta minäkuvastaan. Ensinnäkin nuoruuden ikävaihe on suurien päätösten aikaa. Tulevaisuutta ja muun muassa ammatin valintaa on pohdittava vakavasti. Millaisia vahvuuksia ja heikkouksia minulla on? Mihin omat taipumukseni suuntaavat? Nuoren on jatkuvasti pohdittava millainen hän on, jotta pystyisi valintoihin, joita ei tarvitse katua myöhemmin.

Toinen syy nuoren korostuneeseen tietoisuuteen minäkuvastaan liittyy Rosenbergin (1965, 3-6) mielestä nuoruuteen fyysisten ja psyykkisten muutosten prosessina. Suuria ja nopeita muutoksia on paljon. Nuoren fyysinen olemus muuttuu ja lopulta myös psyykkiset muutokset saavat tilaa. Syntyy uusia kiinnostuksia, asenteita ja arvoja. Uudenlainen, laajentunut tietoisuus maailmasta ravistelee nuorta ajattelemaan mikä hänen paikkansa on siellä. Lapsi kuvaa itseään vielä konkreettisten tapahtumien kautta; mitä hän on tehnyt tai mitä hänelle on tapahtunut. Murrosikäinen kuvaa itseään jo psyykkisten piirteiden avulla. Hän puhuu mielialoistaan, ajatuksistaan, ihanteistaan, päämäärästään ja tulevaisuudentavoitteistaan.

Kolmantena syynä korostuneeseen tietoisuuteen minäkuvasta Rosenberg (1965, 3-6) nostaa esiin nuoruuteen liittyvät sosiaaliset muutokset. Nuoren asema on epäselvä, eikä nuorelle tunnu löytyvän selkeitä odotuksia ympäröivässä yhteiskunnassa. Yhtäältä nuori on vielä lapsen asemassa, mutta toisaalta häntä kohdellaan jo aikuisena. Nuori on epätietoinen sosiaalisista vastuistaan ja velvollisuuksistaan kuten myös etuoikeuksistaan.⁶ Myös normatiivisilla tai institutionaalisilla elämän muutoksilla kuten siirtymällä alakoulusta yläkouluun on yhteyttä nuoren minäkuvaan ja tuntemuksiin omasta arvosta. Tämä sosiaalisessa ja akateemisessa ympäristössä tapahtuva muutos on yhteydessä nuoren kohtaamiin muutoksiin suhteessa omiin rooleihinsa ja vastuihin (Roeser, Peck & Nasir 2006, 414-415). Nuori, jolla on hyvä itsetunto, suhtautuu tulevaisuuteen, itseensä ja ympäristöönsä toiveikkaasti ja luottavaisesti. Vastaavasti nuori, jolla on heikko itsetunto, epäilee omia voimiaan ja kykyjään selvitä haasteista. Hyvin usein koulussa näkyvä uhma tai vetäytyminen liittyy epäonnistumisen pelkoon (Cacciatore, Korteniemi-Poikela & Huovinen 2008, 11-17; Keltikangas-Järvinen 2003, 13-24).

Nuoruuden ikävaiheessa itsetunnon merkitys nousee monelta osin erityisen tärkeäksi. Lapsuus- ja nuoruusiän mielenterveysongelmissa ja syrjäytymisuhissa on usein kyse koetusta heikosta minäpystyvyydestä, turvattomuudesta sekä koetun pätevyyden ja itsearvostuksen puutteesta (Pölkki, 2001, 128). Myös koululla on suuri vaikutus näiden taitojen rakentumiseen. Seuraavaksi pohditaan, millaisessa roolissa koulu on nuorten itsetunnon ja hallinnan tunteen vahvistamisessa. Voitaisiinko koulussa opettaa taitoa selviytyä ongelmallisista tilanteista rakentavilla tavoilla?

⁶ Kehitysteoreetikko, klassikko Erik H. Erikson (1965, 23) on myös korostanut identiteetin kehittymiseen liittyvien yhteiskunnan vaatimusten ja haasteiden merkitystä. Ne pakottavat nuoren tiettyihin valintoihin ja päätöksiin, jotka koskevat hänen tulevaa elämäänsä. Dosentti Jari-Erik Nurmi (1995, 263-269) jatkaa Eriksonin ajatusta. Nurmen mukaan nuori ohjaa omaa elämäänsä tekemällä erilaisia valintoja ja toimimalla niiden mukaisesti. Sen lisäksi, että kulttuuri ja yhteiskunta luovat haasteita ja rajoituksia nuoren valinnoille, yksilön omat ominaisuudet rajoittavat oman elämän ohjausta. Ominaisuudet kuten kyvykkyyks, aiempi menestys tietyllä alueella ja temperamenttipiirteet ohjaavat nuoren oman elämän suuntaamista.

4 OPPILAAN MIELENTERVEYDEN TUKEMINEN KOULUSSA

Tässä luvussa pohditaan itsetunnon ja koulun välistä yhteyttä sekä pohditaan sitä, miten itsetuntoa voidaan tukea perusopetuksessa. Luvussa esitellään myös tarkemmin joitakin tekijöitä, jotka ovat itsetunnon lisäksi yhteydessä oppilaan mielenterveyteen ja kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Alaluvuissa esitellään kognitiivinen terapia ja siihen perustuva interventio-ohjelma Friends, käytännön menetelmänä koulussa tehtävään ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevään työhön.

4.1 ITSETUNTOON VOIDAAN VAIKUTTAA

Itsetunto rakentuu sekä kokemuksista että saadusta palautteesta. Itsetunto ei ole synnynnäinen, vaan se kehittyy vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Myös kasvattajalla, niin kotona kuin koulussa, on keskeinen merkitys lapsen ja nuoren itsetunnon rakentamisessa. Koska itsetunto rakentuu sen pohjalle, miten oppilas arvioi itseään ja suorituksiaan ja suhteuttaa toisiinsa omat hyvät ja huonot puolensa, on lapsen osaamisestaan saamalla palautteella suuri merkitys. Keltikangas-Järvinen nostaa teoksissaan (2003, 40-43) esiin koulun roolin itsetunnon rakentumisessa. Hänen mukaansa lapsi saa selvimmän palautteen osaamisestaan koulusta, sillä koko koulun toiminta rakentuu arvioinnin ympärille. Kasvattajien olisikin välttämätöntä tietää, miten he voivat vaikuttaa rakentavasti lasten ja nuorten itsetuntoon.

Itsetunto vaikuttaa laaja-alaisesti ihmisen käyttäytymiseen, myös oppimiseen ja koulumenestykseen. Itsetunnon ja koulumenestyksen välillä onkin todettu olevan voimakas yhteys (Hautamäki 2000; Pepi, Faria, Alesi 2006; Pullmann & Allik, J. 2008). Koulumenestys ja koulussa saadut kokemukset rakentavat itsetuntoa mutta itsetunto myös suurelta osin määrää koulumenestyksen. Luottamus itseän ja käsitys siitä, miten arvokas ja hyvä on ja mitä kykenee oppimaan selittävät koulumenestyksestä vielä suuremman osan kuin älykkyys. Itsetunto ei selitä pelkästään tämän hetkistä koulumenestystä, vaan ennustaa koulumenestyksen moniksi vuosiksi eteenpäin. (Keltikangas- Järvinen 2003, 40-43; Roeser, Galloway, Casey-Cannon, Watson, Keller 2008, 115).

Koululla on myös suuret mahdollisuudet tukea lapsen itsetuntoa, lisätä uskoa hänen omiin kykyihinsä ja korjata mahdollisesti varhaislapsuudessa syntyneitä vaurioita. Mielialan

laskun lisäksi masennus heikentää keskittymiskykyä, tarkkaavaisuuden suuntaamista ja ylläpitämistä sekä muistia ja oppimiskykyä. Masentuneen arjessa selviytyminen ja koulun käynti on vaikeaa (Raitasalo 2007, 11).

Valitettavasti monen lapsen koulunkäyntiä sävyttää pysyvä tunne epäonnistumisesta. Onnistumisen elämykset ovat vähäisiä ja kaikessa olisi parantamisen varaa. Näille lapsille koulu on sarja pettymyksiä. Jos lapsi tai nuori on arka ja hiljainen sopeutuja, hän jää todennäköisesti vaille kaikkea huomiota. Enemmän huomiota saa oppilas, jolla on heikon itsetunnon lisäksi käyttäytymishäiriöitä. Koulu lisää ennen kaikkea niiden lasten itsetuntoa, joilla muutenkin menee hyvin. Heillä on jo kouluun tullessaan hyvä pohja itseluottamukselle ja hyvät sosiaaliset valmiudet. Onnistuessaan siinä mihin ryhtyvät, kertyy heille onnistumisen elämyksiä joiden kautta itsetunto vahvistuu (Keltikangas-Järvinen 1994, 179-185).

Myös Niemivirta (2008) esittää, että koulussa on jo alaluokilla koulussa vaarana, että hyvät suoritukset ja halu olla parempi kuin muut johtavat ahdistuneisuuteen ja epäonnistumisen pelkoon. Toistuvana tämä saattaa vaiheittain laskea itseluottamusta ja vähentää kiinnostusta koulutyöskentelyyn. Oppimistilanteista tulee henkisesti raskasta ja tasapainottelua onnistumisten tavoittelun ja epäonnistumisten välttämisen välillä. Niemivirran mielestä pitkällä aikavälillä moinen suorituskeskeisyys saattaa lisätä jopa masentuneisuuden riskiä, uupumusta ja stressiä.

Opetushallituksen hyväksymien perusopetuksen opetussuunnitelman perusteiden (OPS 2004, 38) mukaan itsetunnon kehittyminen ja minäkuvan vahvistaminen on huomioitava koulussa ja opetuksessa. Opetussuunnitelmaan on kirjattu Ihmisenä kasvaminen -aihekokonaisuus, jonka tarkoituksena on läpäistä koko opetus. Ihmisenä kasvamisen aihekokonaisuuden päämääränä on tukea oppilaan kokonaisvaltaista kasvua ja elämänhallinnan kehittymistä. Sen tavoitteena on luoda kasvuympäristö, joka tukee toisaalta yksilöllisyyden ja terveen itsetunnon ja toisaalta tasa-arvoon ja suvaitsevaisuuteen pohjautuvan yhteisöllisyyden kehitystä.

Opetussuunnitelmassa aihekokonaisuuksilla tarkoitetaan sellaisia kasvatus- ja opetustyön keskeisiä painoalueita, joiden tavoitteet ja sisällöt sisältyvät useisiin oppiaineisiin. Aihekokonaisuudet ovat siis kasvatusta ja opetusta eheyttäviä teemoja. Niiden kautta vastataan myös ajan koulutushaasteisiin. Opetussuunnitelmaa laadittaessa

aihekokonaisuudet tulee sisällyttää yhteisiin ja valinnaisiin oppiaineisiin sekä yhteisiin tapahtumiin, ja niiden tulee näkyä koulun toimintakulttuurissa (OPS 2004, 38). Aihekokonaisuuksille ei siis ole varattu varsinaista materiaali- tai aikaresurssia kouluilla ja tästä syystä on vaarana, että aihekokonaisuuksien tavoitteet jäävät muun opetuksen varjoon. Opettajat saavat toteuttaa aihekokonaisuuksien sisältöjä vapaasti, eikä niiden oppimista seurata tai arvioida kuten muuta koulun antamaa opetusta.

Kaiken muun koulutyön ohella, koululta ja opettajilta vaaditaan paljon osaamista, jaksamista ja aikaa, jotta myös tämän aihealueen tavoitteisiin tulisi vastattua. Koulun ulkopuoliset toimijat, muun muassa erilaiset terveyttä ja hyvinvointia edistävät järjestöt, ovat tuottaneet materiaalia tukeakseen opettajia tämän kaltaisten sisältöjen käsittelyssä.

Tässä luvussa on todettu, että itsetuntoon voidaan vaikuttaa koulussa. Seuraavassa luvussa tuodaan esiin käytännön menetelmiä liittyen siihen, miten itsetuntoa ja oppilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia voidaan edistää koulussa.

4.2 OPPILAAN ITSETUNTO, MINÄPYSTYVYYS JA MYÖNTEISYYS

Tunne omasta kyvykkyydestä, motivaatio, myönteiset ajattelumallit, sosiaaliset taidot ja tunnetaidot ovat monien kouluissa toteutettavien interventioiden olennaisia sisältöjä (Clanton Harpine 2008). Masennusta ja ahdistusta ennaltaehkäisevissä interventiomenetelmissä huomio kiinnitetään nimenomaan kognitiivisten taitojen oppimiseen ja tukemiseen (ks. esim Hudson, Hughes, Kendall 2004, 125-130).

Tutkimukset osoittavat, että *minäpystyvyys* (engl. self-efficacy)⁷ on merkittävä oppimisen, motivaation ja saavutusten ennustaja (Schunk & Zimmerman 2006, 357). Minäpystyvyydellä tarkoitetaan tunnetta omasta kyvykkyydestä. Se liittyy tunteeseen siitä, kykeneekö oppilas vaikuttamaan asioihin tai selviytymään jostakin tehtävästä. Se ei siis mittaa osaamista, vaan yksilön uskomusta siitä mihin hänen kykynsä riittävät. Oppilaiden minäpystyvyyden vahvistaminen nähdään oleellisena, sillä se vaikuttaa tehokkuuteen (esim. alisuoriutuminen, jos oppilas ei usko osaavansa tehtävää) ja yhdistää yksilön

⁷ Minäpystyvyys (engl. self-efficacy), sinnikkyys/ sitkeys/ lannistumattomuus (engl. resilience) ja minäpätevyys *(engl. self-competence) ovat toisiaan lähellä olevia käsitteitä ja kuvaavat yksilön uskoa omaan kykyyn selviytyä vaikeista tilanteista, sinnikkyyttä, sitkeyttä ja lannistumattomuutta haastavien tilanteiden edessä ja voimavaralähtöisyyttä. (Bandura 1997)

mielessä kokemuksen siitä, mitä hän osaa. Minäpystyvyys liittyy siis myös suoritusitsetuntoon. Korkea minäpystyvyys vaikuttaa lasten ja nuorten ajatteluun muun muassa parantamalla heidän sinnikkyytään (Bandura 1977 ja Keltikangas-Järvinen 2006, 98-99). Varhaiset onnistumisen ja hallinnan kokemukset kehittävät lapsen kognitiivista kompetenssia (Bandura 1997, 168).

Luszczynskan, Gutiérrez-Donan & Schwarzerin (2005) tutkimuksessa minäpystyvyyden tunteella oli positiivinen yhteys optimismiin, itsesäätelykykyyn ja itsetuntoon sekä negatiivinen yhteys masentuneisuuteen ja huolestuneisuuteen. Minäpystyvyyden tunnetta voidaan vahvistaa Banduran (1994) mukaan eri tavoin 1) onnistumisen kokemusten kautta 2) mallioppimisen kautta 3) auttamalla yksilö vakuuttumaan omista kyvyistään ja 4) muuttamalla henkilön kielteistä tulkintaa itsestään myönteisempään suuntaan. Myös mieliala vaikuttaa pystyvyyden tunteeseen. Positiivinen mieliala lisää pystyvyyden tunnetta, kun taas epätoivoinen mieliala vähentää sitä. Minäpystyvyys on lisäksi yhteydessä sosiaaliseen ja moraaliseen kehittymiseen ja sen sanotaan olevan merkittävässä roolissa myös riskikäyttäytymisen ja riippuvuuksien ennaltaehkäisyssä. Minäpystyvyyden vahvistumisessa ryhmän merkitys on suuri (Clanton Harpine 2008, 9-10). Oppilaat, joilla on käytöshäiriöitä, ovat usein oppilashuollon asiakkaita. Häiriökäyttäytymisen taakse piilotetaan usein pelkoa epäonnistumisesta, johon heikko minäpystyvyyden tunne puolestaan liittyy. Kavereiden silmissä on hyväksyttävämpää joutua vaikeuksiin huonosta käyttäytymisestä kuin osaamattomuudesta.

Positiivinen ja optimistinen suhtautuminen elämään auttaa ihmistä kohtaamaan vaikeita ja stressaavia tilanteita. Brissetten, Carverin ja Scheierin (2002) tutkimuksessa ilmeni, että optimistiset nuoret ilmaisivat pessimistisiä nuoria vähemmän stressiä ja uupumusta ensimmäisenä lukiovuotenaan. Määttä (2007) osoitti, että optimismi lisää nuorten todennäköisyyttä pärjätä koulussa ja elämässä yleensä. Se vähentää esimerkiksi masennuksen todennäköisyyttä. Vastaavasti kielteinen ajattelu ja itseä vahingoittavat ajattelumallit johtavat epäonnistumisiin ja sitä kautta epävakaiseen itsetuntoon ja mahdollisesti masennukseen. Määttä havaitsi myös, että koulun toimintaan osallistuminen suuntasi nuorta kohti positiivisempien ajattelu- ja toimintamallien käyttöä. Ajattelustrategioiden muuttamisella, esimerkiksi sen kautta, että opetetaan koulussa oppilaita antamaan positiivisempia ja itseä tukevia selityksiä onnistumiselle ja epäonnistumiselle, voidaan vaikuttaa myönteisesti nuoren tulevaisuuteen. Myös Seligman

ja Csikszentmihalyi (2000) ovat kirjoittaneet *positiivisesta psykologiasta* ja sen keinoista vaikuttaa ihmisen elämänlaadun parantamiseen vahvistamalla ja voimaannuttamalla yksilöä. Myös Tugade ja Fredrickson (2007) kannustavat käyttämään myönteisiä ajatuksia silloin, kun halutaan lisätä joustavuutta ja kestävyyttä (engl. resilience) vastoinkäymisiä ja stressaavia tilanteita kohdatessa.

4.3 KOGNITIIVINEN TERAPIA

Tämän alaluvun tarkoituksena on esitellä kognitiivisen terapian taustateoriaa ja menetelmiä sekä joitakin sovelluksia opetuskäytäntöihin liittyen. Kognitiivinen terapia, kognitiivinen psykoterapia ja kognitiivinen käyttäytymisterapia niputetaan tässä tutkielmaksi yhteen ja niistä puhutaan yhteisesti kognitiivisena terapiana. Tämä siksi, että kaikkien suuntausten pääperiaatteet ovat samankaltaisia eikä alan kirjallisuudessa ole syntynyt niiden tarkemman luokittelun ja nimeämisen käytäntöä. Kendall & Hollon (1979, 445-445) esittävät teoksessaan, että kognitiivinen käyttäytymisterapia tulisi nimetä lyhyesti kognitiiviseksi terapiaksi, sillä sen tarkoituksena ei ole välittömästi ja ainoastaan vaikuttaa käyttäytymiseen. Monet ennaltaehkäisevät kouluinterventiot, mukaan lukien tässä tutkielmassa interventiomenetelmänä käytetty Friends-ohjelma, pohjautuvat kognitiiviseen terapiaan. Terapia sana viittaa hoitomuotoon, mutta menetelmää käytetään myös ennaltaehkäisevänä toimintamuotona.

Psykologian alueella on siirrytty kohti kognitiivisesti orientoituneita terapiamuotoja 1970-luvulta alkaen (Kendall 1977). Lasten ja nuorten kognitiivisen terapian edelläkävijä Kendall (1979, 31) ennakoii tuolloin tarpeen sisällyttää metakognitiivisten taitojen⁸ opettamisen koulujen opetussuunnitelmiin.

Kognitiivinen terapia on kansainvälisesti laajalle levinnyt terapian muoto, joka on erityisesti 90-luvun aikana vakiintunut myös yhdeksi keskeisimmistä psykoterapian muodoista myös Suomessa. Kognitiivinen terapia on tutkitusti osoittautunut erityisen tehokkaaksi hoitomuodoksi etenkin ahdistuneisuus-, pelko- ja masennusongelmien yhteydessä. Sen on osoitettu tuottavan hyviä tuloksia muun muassa syömis- ja

⁸ Metakognitio (tietämisen tietäminen, engl. knowing about knowing) on yksilön tietoisuutta omista kognitiivisista toiminnoistaan. Se liittyy psyykkisten prosessien suunnitteluun, ohjaamiseen ja arviointiin. Kognitiivisessa terapiassa tällä tarkoitetaan itsensä kanssa viestimistä, oman sisäisen dialoginsa havaitsemista ennen jonkin asian suorittamista, suorituksen aikana ja jälkeen (esim. Kendall 1991, 24-25).

unihäiriöiden, oppimisvaikeuksien, heikon itseluottamukseen ja stressiongelmiin yhteydessä. Vaikeimpien masennusten hoito edellyttää kuitenkin yleensä eri hoitomuotojen yhdistämistä ja pitkäjänteisempää työskentelyä (Kähkönen 2001).

Kognitiivisessa terapiassa käsitellään hyvinvointia rajoittavia, epätarkoituksenmukaisia ajattelutapoja ja niiden yhteyksiä ongelmallisiin kokemuksiin, tunteisiin ja toimintatapoihin. Näiden ajattelutottumusten tunnistamisen ja muuttamisen ohella kognitiivisessa terapiassa kehitetään ongelmanratkaisutaitoja ja selviytymiskeinoja. Kognitiivisella psykoterapialla on vahva teoreettinen ja tieteellinen pohja (Kähkönen 2001).

Kognitiivisen käyttäytymisteorian mukaan käyttäytymiseen vaikuttaa itse tilanteet ja niihin liittyvät odotukset sekä tilanteiden jälkeiset selitysmallit, kognitiivinen tiedonkäsittely ja tunnetilat. Käyttäytymisen nähdään muuttuvan näihin tekijöihin vaikuttamalla. Teoria on luonteeltaan ongelmasuuntautunut, käsittelee ennen kaikkea tiedonkäsittelyprosesseja, sisältää sosiaalisia ulottuvuuksia ja korostaa toiminnallisia interventioita (Kähkönen 2001).

Kendall (1991, xiii) määrittelee kognitiivisen terapian joukoksi strategioita, joilla on yhteys olemassa oleviin ajattelumallien vääristymiin. Silloin kun autetaan ahdistuneisuudesta tai masentuneisuudesta kärsivää potilasta (Kendall 1979, 117-149), kognitiiviseen terapiaan liittyy seuraavat vaiheet. Aluksi on tärkeää, että autetaan potilasta tunnistamaan omien väitteidensä merkitys tunteiden virittämisessä. Tämän jälkeen autetaan häntä näkemään tiettyjen uskomusten järjenvastaisuus ja autetaan ymmärtämään, että epärealistiset väitteet ja uskomukset ovat yhteydessä heidän kielteisiin tuntemuksiinsa. Lopuksi autetaan potilasta muuttamaan epätodellisia uskomuksiaan. Myös Beckin (1979) mukaan vääristyneet ajatusmallit ovat keskeisiä masennusta ylläpitäviä tekijöitä ja siksi myös masennuksen hoidossa keskeisiä muutoksen kohteita.

Lapsille suunnatuissa kognitiivisissa menetelmissä otetaan huomioon myös kehitykselliset tekijät eivätkä kognitiiviset interventiot ole vastaavasti enää aikuisten terapiasta suoraan johdettuja. Lasten ja nuorten terapiaprosesseissa on otettu mukaan myös perhe ja opettajat (Kendall 1991, xiii).

4.4 MIELENTERVEYTTÄ EDISTÄVÄT KOULUINTERVENTIOT

Tässä luvussa kerrotaan yleisesti millaisia seikkoja ennaltaehkäisevissä ja mielen hyvinvointia tukevissa kouluinterventioissa tulee huomioida, sekä raportoidaan kotimaisista ja kansainvälisistä interventioista saaduista kokemuksista ja tutkimustuloksista.

Kouluinterventiot on koettu tarpeellisiksi, koska suuri osa mielenhäiriöistä kärsivistä lapsista ja nuorista jää hoidon ulkopuolelle (Menden Anglin 2003, 89; Haarasilta 2003, 37-40). Kouluinterventiot ovat laajasti käytössä kansainvälisesti ja myös suomalaisissa kouluissa hyödynnetään joitakin oppilaiden kokonaisvaltaista hyvinvointia tukevia interventio-ohjelmia. Koulut ja opettajat ovat saaneet vapaasti valita mitä ohjelmaa opetuksessaan käyttävät tai käyttävätkö mitään.

On todettu, että koko luokalle toteutettavien ennaltaehkäisevien ja mielen hyvinvointia tukevien interventioiden hyvänä puolena on niiden leimaamattomuus (esim. Clanton Harpine 2008, 3-7; Barrett & Turner 2004, 431). Koko luokalle suunnatuissa interventioissa ei tarvitse erotella riskiryhmään kuuluvia oppilaita omaan ryhmäänsä. Valikoitujen oppilaiden lähettäminen omiin terapiaryhmiin on ongelmallista myös monista käytännön syistä. Oppilaat joutuvat tuolloin olemaan poissa muusta opetuksesta, lisäksi terapiaryhmiä ei useinkaan ole saatavilla. Tutussa, kannustavassa ryhmässä, kuten omassa luokassa, oppilaiden on turvallista opetella ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitoja. Koko luokalle toteutettavasta interventiosta hyötyvät myös riskiryhmään kuulumattomat oppilaat.

Itsetuntemuksen kehittäminen, ongelmanratkaisu-, tunne ja sosiaalisten taitojen sekä omaan kyvykkyyteen luottaminen ovat asioita, joiden harjoittelusta hyötyvät kaikki, eivät ainoastaan riskiryhmään kuuluvat oppilaat (Barrett & Turner 2004, 431). Koko luokalle suunnattu interventio, jonka tarkoituksena on ennaltaehkäistä ahdistusta ja masennusta, tarjoaa kaikille oppilaille mahdollisuuden kehittää selviytymiskeinojaan, päätöksentekotaitojaan, tunteiden säätelyä ja muita taitoja, jotka tukevat mielenterveyttä (Clanton Harpine 2008, 3-7; Payton ym.2008, 3-4).

Monet ohjelmista, kuten myös tämän tutkielman interventio-ohjelma Friends, perustuvat vertaisoppimiseen sekä yhdessä tekemiseen ja keskusteluun (vrt. yhteistoiminnallinen

oppiminen⁹). Jo pelkästään ryhmässä työskentely hyödyttää nuorta. Ryhmä voi tarjota yhteenkuuluvuuden tunnetta ja hyväksyntää. On tärkeää, ettei nuori tunne itseään ulkopuoliseksi tai eristetyksi muista. Turvallinen ryhmä tarjoaa tähän mahdollisuuden, ja ryhmän jäsenillä on tilaisuus toimia sekä neuvojan että neuvoja vastaanottavassa roolissa. Vertais- ja mallioppiminen on tärkeää etenkin nuoruudessa, nuorten nähdessä muiden ponnistelevan samanlaisten kysymysten äärellä kuin he itsekin tekevät. Ryhmään kuuluminen, ryhmässä toimiminen ja selviytymistaitojen hallinta voivat olla avaintekijöitä autettaessa nuoria välttämään riskikäyttäytymistä. (O'Donnell 2006; 785-786, Semrud-Clikeman 2007, 179)

4.4.1 FRIENDS-OHJELMA

Tässä tutkimuksessa tutkitaan Friends-interventio-ohjelman yhteyttä oppilaiden kokemaan masentuneisuuteen ja itsetuntoon. Friends-ohjelma ennaltaehkäisee lapsuuden ja nuoruuden ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta rakentamalla tunnekestävyyttä (engl. emotional resilience) ja opettamalla lapsia ja nuoria selviytymään kohtaamistaan uusista tilanteista ja tulemaan toimeen ahdistuksen tunteen kanssa nyt ja myöhemmin elämässä. Tässä osiossa esitellään Friends-ohjelman taustaa, sisältöä, käytännön toteutusta sekä siitä tehtyä kansainvälistä tutkimusta.

Friends-ohjelma on yksi laajimmin sovelletuista ja tutkituista mielenterveyden häiriöitä ennaltaehkäisevistä ohjelmista maailmassa. Ohjelma on WHO:n tunnustama ahdistuneisuuden ja masennuksen ennalta ehkäisevä ohjelma. Friends-ohjelma perustuu lasten kognitiivisen terapian toimintamalleihin ja erityisesti Kendallin 1980-luvun lopulla kehittämään ahdistuneiden lasten yksilöhoitomuotona käytettävään Coping Cat-ohjelmaan (ks. esim. Kendall 1991). Barrett jatkoi Kendallin työtä ja kehitti 1990-luvulla ennaltaehkäisevän ohjelman koko luokalle. Vuonna 1998 julkaistiin ensimmäinen Friends-ohjelman versio, josta on sittemmin tehty uudistettuja painoksia saatujen palautteiden ja uusimpien tutkimustulosten pohjalta. Alakouluikäisille lapsille suunnatusta ohjelmasta

⁹ Yhteistoiminnallisessa oppimisessä oppimista tarkastellaan sosiaalisena prosessina ja korostetaan sosiaalisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön merkitystä. Yhteistoiminnallinen oppiminen voidaan nähdä sekä sosiaalisena oppimisen muotona että yksilöllisen oppimisen välineenä. Tynjälän (2000, 148-168) mukaan yhteistoiminnallisen oppimisen myönteisiä vaikutuksia ovat muun muassa keskustelujen tuottamat monipuoliset ajatteluprosessit, ryhmän tuen tuottamat myönteiset emotionaaliset kokemukset, sekä ryhmätoiminnan avulla opitut vuorovaikutus-, yhteistyö- ja sosiaalisia taidot.

alkunsa saanut Friends (Friends for life) on saanut rinnalleen omat versionsa niin yläkouluikäisille nuorille (Friends for Youth) kuin esi- ja alkuopetusikäisille oppilaillekin (Fun Friends).

Ohjelma rakentuu kymmenestä viikoittaisesta oppitunnista, sekä kahdesta myöhemmin järjestettävästä kertaoppitunnista. Ohjelman sisältö koostuu kognitiivisiin (ajattelumallit), fyysisiin (tunteet ja kehon oireet, rentoutuminen) ja käyttäytymiseen (toimintamallit ja selviytymiskeinot) liittyvistä osa-alueista. Näillä tekijöillä on tutkittu olevan yhteys ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden syntymiseen, kokemiseen ja jatkumiseen (vrt. Beck, depression kognitiivinen malli). Oppitunneilla keskustellaan, tehdään ryhmätöitä ja erilaisia toiminnallisia tehtäviä. Esimerkiksi tunteiden tunnistamista harjoitellaan draaman ja piirtämisen keinoin. Tarkoitus on, että oppilaat voivat liittää läpikäytyjä asioita omaan arkeensa ja kokemuksiinsa. Oppilaat saavat oman työkirjan, jota voidaan hyödyntää tunneilla ja joita käytetään kotitehtävien tekemisessä. Opettajilla on ohjaajan opas, jossa esitellään ohjelman sisällöt ja monitahoisia toteutusideoita. Niistä opettaja voi poimia omalle luokalleen hyödyllisimmiksi arvioimansa tehtävät. Ohjelman toteuttajana toimivat tehtävään perehdytetyt ohjaajat, jotka ennen ohjelman aloittamista osallistuvat koulutuspäivään, jonka aikana esitellään ohjelman teoreettiset periaatteet ja paneudutaan käytännön toteutukseen yksityiskohtaisesti. Ohjaajina toimivat luokanopettajat ja heillä on työpareina mahdollisuuksien mukaan oppilashuoltohenkilöstöä. Yläkoulun puolella ohjaajina toimivat esimerkiksi opettajat, luokanvalvojat, oppilaanohjaajat, terveystiedonopettajat ja kuraattorit työparinaan mahdollisesti oppilashuoltohenkilöstöä tai nuorisotyöntekijöitä.

Friends-ohjelmasta on tehty useissa maissa runsaasti seuranta- ja vaikuttavuustutkimuksia (esim. Barrett ym. 2006, Lowry-Webster ym. 2003). Näiden mukaan keskimäärin 80% ohjelmaan osallistuneista lapsista ja nuorista on osoittanut ahdistuneisuuden tuntemuksien tasaantumista ja vähenemistä ohjelman jälkeen. Friends-ohjelman vaikuttavuutta on tutkittu niin oireilevien lasten ja nuorten ryhmissä kuin koko luokan keskuudessakin. Myös vaikutusten pysyvyyttä on tutkittu lukuisissa, eripituisissa seurantatutkimuksissa, joiden perusteella ohjelmalla voidaan sanoa olevan pitkäaikaisia vaikutuksia.

Esimerkiksi Lowry-Webster, Barrett ja Lock (2003) havaitsivat tutkimuksessaan¹⁰, että oirehtivien lasten interventioryhmästä 85% oli oireettomia vuoden kuluttua tehdyssä seurantamittauksessa. Kontrolliryhmän vastaava prosentti oli 31,2. Tilastollisesti merkittäviä eroja ($p < .01$) havaittiin interventio- ja kontrolliryhmien välillä myös kun tarkasteltiin kaikkien lasten riskistatusta loppu- ja seurantamittauksissa. Niin loppumittauksessa kuin vuoden päästä tehdyssä seurantamittauksessakin riskiryhmään kuului 12,2% kontrolliryhmän lapsista ja vain 3,8% interventioryhmän lapsista.

Barrett ja hänen kumppaninsa (2006) ovat puolestaan toteuttaneet tutkimuksen¹¹, jossa Friends-ohjelman vaikuttavuutta seurattiin loppumittauksen lisäksi vuoden, kahden ja kolmen vuoden seurannoin. Ohjelma toteutettiin lasten (9-10 -vuotiaat) ja nuorten (14-16 -vuotiaat) ikäryhmissä. Interventio-ohjelma toteutettiin kymmenen viikon jaksossa siten, että oppilaat osallistuivat viikoittain n. 70 minuuttia kestäviin oppitunteihin. Tässä tutkimuksessa vaikutukset näkyivät vasta kahden vuoden seurannassa, mikä on linjassa myös muiden tutkimusten kanssa. Voimakkaimmin vaikutukset näkyivät kolmen vuoden seurantakerralla, jolloin ero kontrolli- ja interventioryhmän välillä oli tilastollisesti merkittävä ($p < .001$). Interventioon osallistuneiden lasten ryhmässä korkean riskin lapsia oli vain 12%, kun vastaava luku oli kontrolliryhmän yhteydessä 31%.

Barrett ja Turner (2001) sen sijaan saivat tilastollisia eroja ($p < .05$) kontrolli- ja interventioryhmän välillä näkymään jo loppumittauksessa ohjelman päätyttyä. Interventioryhmässä havaittiin vähemmän ahdistuneisuusoireita kuin kontrolliryhmässä. Erityistä tässä tutkimuksessa oli se, että interventio toteutettiin sekä opettaja- että psykologijohtoisesti, eikä näiden ryhmien välillä havaittu eroa, vaan ohjelman vaikutukset ovat samanlaiset ohjaajan koulutuksesta riippumatta.

Friends-ohjelman yhteyttä psykologisiin oireisiin sekä tunne- ja selviytymistaitoihin on tutkittu myös maahanmuuttajaryhmiin kohdistuvissa tutkimuksissa (esim. Barrett, Moore

¹⁰ *Lasten ahdistuneisuusoireilua ennaltaehkäisevän intervention vaikuttavuus vuoden seurantatutkimuksessa.* N=594 (Interventioryhmä 162, Kontrolliryhmä 432) 10-13-vuotiaita lapsia, jotka oli satunnaisesti jaettu intervention ja kontrolliryhmiin. Tulokset analysoitiin sekä koko ryhmältä, että erikseen niiden lasten kohdalta, joilla diagnosoitiin ennen tutkimuksen aloittamista ahdistuneisuutta. Mittareina käytetty erilaisia itsearviointeja: SCAS (The Spence Children's Anxiety Scale), CDI (Childrens Depression Inventory), RCMAS (Revised Childrens Manifest Anxiety Scale) ja diagnostisia haastatteluita: ADIS-C (Anxiety Disorders Interview Schedule Children), CBS (The Child Behaviour Checklist-revised for Parents).

¹¹ *Seurantatutkimus australialaisen Friends-ohjelman vaikuttavuudesta ja pitkäaikaisista seurauksista: Lasten ja nuorten ahdistuneisuus- ja masentuneisuusoireiden ennaltaehkäisy.* N=669 (Interventioryhmä 379, Kontrolliryhmä 290). Mittareina käytetty mm SCAS, RCMAS (Revised Children's Manifest Anxiety Scale)

& Sonderegger 2000; Barrett, Sonderegger & Xenos 2003; Mostert & Loxton 2008 ym.). Barrett, Sonderegger & Xenos (2003) tutkivat useista eri kulttuuritaustoista tulevia, Australiassa asuvia, 6-19-vuotiaita lapsia ja nuoria. Interventioon osallistuneet oppilaat raportoivat merkittävästi vahvemmassa itsetunnosta, psykosomaattisten oireiden vähenemisestä sekä myönteisemmästä suhtautumisesta tulevaisuuteen kuin verrokkiryhmässä niin loppumittauksessa kuin kuuden kuukauden seurannassakin¹².

Tutkijat (Barrett, Sonderegger, Xenos 2003, 255-258) huomasivat myös, että kontrolliryhmän oppilaiden oireilu muuttui voimakkaammaksi seurantajaksolla. Tämän tutkimuksen löydökset siis osoittavat, että ahdistuneisuus ja huolestuneisuus (engl. emotional distress) muuttuvat ajan myötä matalaksi itsetunnoksi ja lisäävät toivottomuuden tunnetta. Huomion arvoista tutkimuksessa oli, että vaikka entisestä Jugoslaviasta tulevat lapset ovat traumatisoituneita, raportoivat entisen Jugoslavian nuoret kuitenkin Friends-ohjelman jälkeen merkittävästi eniten ahdistuneisuusoireiden vähenemistä verrattuna muihin kulttuuriryhmiin. Nuorten mukaan sopeutuminen uuteen ympäristöön oli helpottunut, kliiniset ahdistuneisuusoireet vähentyneet ja viha sekä post-traumaattinen stressi vähentynyt. Ohjelman jälkeen nämä nuoret raportoivat ryhmän korkeimpia arvoja myös itsetunnossa.

Seuraavissa tutkimuksissa tutkimusjoukkona on ollut jo oireilevia oppilaita. Shortt, Barrett & Fox (2001) tutkivat Friends-ohjelman vaikutuksia oireilevien lasten ryhmässä. Interventoryhmässä oli 54 lasta, jotka kärsivät ahdistuneisuusoireista (eroahdistus, yleistynyt ahdistuneisuus, sosiaalisten tilanteiden pelko). Seurantatutkimuksessa havaittiin, että vuoden kuluttua intervention jälkeen 68% lapsista olivat ilman kliinistä diagnoosia; vastaava diagnoosivapaiden osuus oli kontrolliryhmässä 6%¹³. Interventiolla oli myös pitkäaikaisia vaikutuksia. Aiemmassa vastaavanlaisessa, mutta kaksivuotisessa

¹²*Friends-ohjelma menetelmänä nuorten Australialaisten maahanmuuttajien ahdistuneisuus ja sopeutumattomuus ongelmien kohtaamiseen: Kansallinen tutkimus.* N=324 (Interventoryhmä 166, Kontrolliryhmä 158). Tutkimuksessa käytettiin seuraavia mittareita: SEI (Self-Esteem Inventory), RCMAS (Revised Childrens Manifest Anxiety Scale), RCMAS (Revised Children's Manifest Anxiety Scale), TSCL (Asses Trauma Symptoms: Anxiety, anger, Depression, Post-traumatic Stress, Dissociation and Sexual Concerns), KHS (Hopelessness Scale), BHS (The Beck Hopelessness scale). Tuloksia: SEI lower P< .05, RCMAS lower P< .01, KHS lower P< .05

¹³ *Tutkimus Friends-ohjelman vaikuttavuudesta: Kognitiivis-behavioraalinen ryhmäinterventio ahdistuneille lapsille ja heidän vanhemmilleen.* N=71 (Interventoryhmä 54, kontrolliryhmä 17). Mittarit: DISCAP (Diagnostic Interview Schedule for Children, Adolescent and Parents), RCMAS, CBCL (Child Behaviour Checklist (for parents))

seurantatutkimuksessa¹⁴ Dadds ja hänen työtoverinsa (1999) saivat seuraavanlaisia tuloksia: interventioryhmän lapsista 20%:lla mutta kontrolliryhmässä 39%:lla ($p < .05$) esiintyi ahdistuneisuusoireita kahden vuoden kuluttua interventiosta.

Barrett, Lock & Farrell (2005) jakoivat tutkimuksessaan¹⁵ 692 osallistujaa ryhmiin heidän alkumittauksessa arvioidun ahdistuneisuustasonsa ja ikänsä mukaan. Sekä korkean että keskimääräisen riskin ryhmissä ahdistuneisuusoireet vähenivät enemmän kuin kontrolliryhmässä ($p < .05$). Lisäksi tutkijat huomasivat, että ennaltaehkäisevä interventio tulisi toteuttaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa, sillä 9-10-vuotiaiden lasten ryhmässä oli tapahtunut merkittävämpiä muutoksia ahdistuneisuuden vähenemisessä kuin 14-16-vuotiaiden ryhmässä.

Australialaisten tutkimusten lisäksi Friends-ohjelmaa on tutkittu myös muissa maissa. Yhdysvaltalaiset tutkijat Bernstein, Layne, Egan ja Tennison (2005) huomasivat tutkimuksessaan, että vanhempien mukaan ottaminen ohjelman toteutukseen on hyödyllistä lapsille. Heidän tutkimuksensa merkittävä tulos oli, että sekä lasten interventioryhmä että lasten ja heidän vanhempiansa muodostama interventioryhmä raportoivat loppumittauksessa alhaisempia arvoja ahdistuneisuudessa kuin kontrolliryhmä. Condradt ja Essau (2003) puolestaan tutkivat Friends-ohjelman soveltuvuutta sekä tehokkuutta saksalaisessa peruskoulussa. Tutkimuksessa oli mukana 200 9-12-vuotiaasta oppilasta sekä 200 kontrolliryhmäläistä. Interventioryhmäläisten vanhemmille järjestettiin myös neljä vanhempaintapaamista. Tutkimuksessa toteutettiin alku- ja loppumittauksen lisäksi vielä puolen vuoden ja vuoden seurantomittaukset. Tulokset osoittivat, että Friends-ohjelma oli hyvin vastaanotettu ja pidetty niin oppilaiden, vanhempien kuin ohjaajienkin mielestä. Tutkimuksen kvantitatiivinen analyysi osoitti ohjelmalla olevan vaikuttavuutta. Interventioryhmäläisten ahdistuneisuusoireet (mittarina SCAS) olivat vähentyneet ja ohjelmaan osallistuneet lapset olivat sosiaalisesti taitavampia ja käyttivät myönteisempiä selviytymiskeinoja kuin kontrolliryhmäläiset.

Hollantilaisessa tutkimuksessa (Muris & Mayer 2000) ei käytetty kontrolliryhmää, mutta 36 ahdistuneesta lapsesta (jotka seulottiin 425 lapsen joukosta) 75% oli diagnoosivapaita

¹⁴ *Lasten ahdistuneisuuden ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen: intervention vaikuttavuus kahden vuoden seurannan jälkeen. lasten ahdistuneisuushäiriöön.* N=128. Mittarit. RCMA, CBCL ja Stress, Anxiety and Depression Scale.

¹⁵ *Kehitykselliset eroavaisuudet lasten ja nuorten ahdistuneisuudessa: Ennaltaehkäisevä interventio lasten ahdistuneisuuteen.* N=692 (9-10-vuotiaat N=293, 14-16-vuotiaat N=399)

intervention jälkeen. Myöskään saksalaisessa tutkimuksessa (Essau, Conradt & Ederer 2004) ei oltu käytetty kontrolliryhmää. Tässä tutkimuksessa tulokset osoittavat, että Friends-ohjelmaan osallistuneet 208 9-12-vuotiasta lasta ja heidän vanhempansa olivat erittäin tyytyväisiä ohjelmaan ja kokivat sen olleen hyödyksi. Sekä vanhemmat että lapset arvioivat rentoutumisharjoitusten ja auttavien ajatusten ajattelemisen olleen hyödyllisimpiä opittuja taitoja. Brittitutkimus (Stallard, Simpson, Anderson, Carter, Osborn & Bush 2005), jossa ei myöskään ollut kontrolliryhmää, antaa seuraavanlaisia tuloksia: 92,5 % ohjelmaan osallistuneista lapsista raportoivat merkittävästi alhaisempia ahdistuneisuusarvoja ($t=2.95$, $df=384$, $p=0.003$) ja merkittävästi korkeampia itsetuntoarvoja ($t=3.13$, $df=386$, $p=0.002$) ohjelman jälkeen kuin ennen ohjelmaa. Lisäksi lapset vastasivat laadullisiin kysymyksiin ohjelman mielisyydestä ja tarkoituksenmukaisuudesta. 81% lapsista piti ohjelmaa hauskana, 77% suosittelisi sitä ystävälleen, 73% koko oppivansa uusia asioita ja 41% oli auttanut jotakuta toista uusien taitojensa avulla.

4.4.2 FRIENDS-OHJELMA SUOMESSA

Luvussa 3.4 tuotiin esiin, että perusopetuksen opetussuunnitelman perusteisiin on kirjattu ihmisenä kasvamisen aihekokonaisuus. Aihekokonaisuuden tavoitteet ovat yhteneväisiä Friends-ohjelman kanssa muun muassa seuraavilta osin: Oppilas oppii ymmärtämään omaa fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kasvuaan sekä omaa ainutkertaisuuttaan sekä oppii toimimaan ryhmän ja yhteisön jäsenenä. Aihekokonaisuuden keskeiset sisällöt sopivat hyvin yhteen Friends-ohjelman kanssa: fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kasvuun vaikuttavat tekijät, tunteiden tunnistaminen ja käsittely, vireyteen ja luovuuteen vaikuttavat tekijät; opiskelutaidot ja pitkäjänteinen, tavoitteellinen itsensä kehittäminen sekä toisten huomioon ottaminen, oikeudet, velvollisuudet ja vastuut ryhmässä, erilaiset yhteistoimintatavat. (OPS 2004, 38.)

Yläkoulun puolella ohjelma tukee lisäksi esimerkiksi terveystiedon sisältöjä ja tavoitteita seuraavilta osin: ristiriitojen selvittäminen ja mieltä painavista asioista puhuminen; tunteet ja niiden ilmaiseminen, sosiaalinen tuki ja turvaverkostot, vuorovaikutustaidot; itsetuntemus ja itsensä arvostaminen, mielenterveys ja sen vaihtelu, mielen ja kehon tasapaino; henkilökohtaiset voimavarat, kehitykseen ja elämäntilanteeseen liittyvät muutokset ja niistä selviytyminen; oppii ymmärtämään itseään, huolehtimaan itsestä ja tunnistamaan

ennaltaehkäisyn tarpeen; oppii arvioimaan elämäntavan merkityksen terveyden näkökulmasta. (OPS 2004, 200-201) Lisäksi oppilaanohjauksen ja Friends-ohjelman yhteisiä tavoitteita ja sisältöjä ovat muun muassa: opitaan itsetuntemusta, yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja, opitaan kehittämään päätöksentekotaitoja sekä toteuttamaan ja arvioimaan tulevaisuuden suunnitelmia myös muuttuvissa olosuhteissa (OPS 2004, 255).

Friends-ohjelman alakoululaisille suunnattu versio pilotoitiin Helsingissä vuonna 2006 yhteistyössä Kansanterveyslaitoksen (nykyinen Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos), Helsingin opetusviraston, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä Aseman Lapset ry:n kanssa. Kansanterveyslaitos myös toteutti lukuvuonna 2005-2006 Friends-pilotista tutkimuksen, jonka tulokset osoittivat, että ohjelma sopii suomalaiseen kouluympäristöön ja että niin opettajat, oppilaat kuin vanhemmatkin olivat tyytyväisiä ohjelman sisältöön ja toteutukseen (Pennanen & Joronen 2007). Alakoululaisten Friends-ohjelmassa on lukuvuonna 2008-2009 mukana noin viisituhatta oppilasta ja reilu sata koulua ympäri Suomea.

Nuorille suunnattu Friends-ohjelma pilotoitiin Suomessa lasten ohjelman jälkeen, kevätlukukaudella 2008, seitsemänsillä luokilla neljässä koulussa pääkaupunkiseudulla ja Varsinais-Suomessa. Tarkoitus oli tuolloin kerätä kokemuksia ja kokeilla ohjelman toimivuutta suomalaisessa yläkoulussa. Mukana olleet opettajat ja muu koulun henkilöstö olivat tyytyväisiä ohjelmaan ja kokivat ohjelman toimivaksi. Ohjelmaa kouluissa toteuttavia opettajia ja muuta oppilashuollon henkilöstöä tavattiin pilotin aikana vertaistapaamisissa ja heiltä kerättiin myös kirjallista palautetta. Opettajat kokivat saavansa Friends-materiaalista paljon välineitä itselleen ja kokivat, että oppilaan tuntemus lisääntyi ja että luokan yhteishenki parantui. Yhtä koulua lukuun ottamatta (syynä opettajien vaihtuminen kesken lukukauden) opettajat halusivat mukaan ohjelman toiselle pilottikierrökselle syksyllä 2008. Näistä kouluista kaikki 7. luokat lähtivät toteuttamaan Friends-ohjelmaa syksyllä 2008. Lisäksi naapurikunnista lähti mukaan kaksi uutta koulua ja Pohjois-Pohjanmaalta ohjelmaan osallistui vielä yksi koulu. Syksyllä 2008 Friends-ohjelman aloitti siis yhteensä 28 luokkaa kuudesta koulusta. Nämä 28 luokkaa toimivat tämän tutkimuksen interventioryhmänä.

Ohjelman toteuttajina toimivat koulun oman toivomuksen mukaan pääsääntöisesti joko luokanvalvojat, oppilaanohjaajat tai terveystiedon opettajat. Lisäksi Friends-ohjaajina luokissa toimivat myös erityisopettajat, kuraattorit, psykologit ja seurakunnan tai kunnan

nuorisotyöntekijät ja nuoriso-ohjaajat sekä kouluavustajat. Ohjaajat toimivat pääsääntöisesti työpareittain siten, että kussakin luokassa ohjelmaa veti erilaisin kokoonpanoin 1-3 ohjaajaa. Työparityöskentely koettiin palautteen mukaan mielekkäänä. Useamman aikuisen yhtäaikainen työskentely luokassa mahdollisti paremmin oppilaiden toiminnallisen ryhmätyöskentelyn sekä keskustelujen ohjaamisen.

Friends-ohjelma koostuu kahdestatoista oppitunnista. Oppituntien sijoittaminen lukujärjestykseen toteutettiin koulun ja opettajien toivomusten perusteella hieman toisistaan poikkeavin tavoin. Joissakin kouluissa oppitunnit toteutettiin luokanvalvojien viikoittaisilla tunneilla, toisissa kouluissa tunteihin käytettiin joko terveystiedon tai oppilaanohjauksen tunteja tai näitä tunteja yhdisteltiin. Yläkoulujen oppiainekohtaiset tuntiresurssit ja lukujärjestykset aiheuttivat rajoituksia ja edellyttivät käytännön järjestelyjä kouluissa. Rehtorin myönteinen suhtautuminen ohjelman ottamiseksi osaksi opetussuunnitelmaa oli edellytys ja erityisen tärkeää myös ohjaajien työlleen saaman tuen kannalta.

5 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Koululuokissa toteutettavasta, ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevästä Friends-ohjelmasta on tehty runsaasti kansainvälistä tutkimusta. Tämän tutkimuksen vakuuttavuus on osaltaan rohkaissut ohjelman käyttöönottoon myös suomalaisissa kouluissa. Eri maiden koulukulttuurit ja oppilaat poikkeavat kuitenkin toisistaan, joten on tarpeellista tutkia Friends-ohjelman toimivuutta ja vaikutuksia myös suomalaisessa koululuokassa.

Tämän tutkielman tavoitteena on analysoida onko ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevällä sekä mielen hyvinvointia tukevalla Friends-ohjelmalla yhteyttä oppilaiden kokemaan masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen sekä heidän itsetuntoonsa.

Tähän kysymykseen etsitään vastausta tutkimalla 1) missä määrin 7. -luokkalaiset kokevat masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta sekä 2) onko näillä kahdella ilmiöllä yhteyttä toisiinsa. Lisäksi tutkitaan onko löydettävissä sukupuoli- tai koulukohtaisia eroja masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden ilmenemisessä. Kirjallisuudessa ja aiemmassa tutkimuksessa on masentuneisuuden ja itsetunnon todettu olevan yhteydessä toisiinsa. Myös tässä tutkielmassa eritellään 3) millainen itsetunto 7.-luokkalaisilla on ja ilmeneekö itsetunnossa sukupuoli- tai koulukohtaisia eroja. Lisäksi tutkielmassa tarkastellaan 4) onko masentuneisuuden ja itsetunnon välillä löydettävissä yhteyttä myös tässä aineistossa.

Friends-ohjelman yhteyttä nuorten kokemaan masentuneisuuteen ja itsetuntoon eritellään tarkastelemalla 5) millainen muutos koetussa masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden asteessa sekä itsetunnossa ilmenee ennen ja jälkeen intervention. Jotta mahdollisen muutoksen voitaisiin olettaa olevan yhteydessä Friends-ohjelmaan, analysoidaan samalla miten interventio- ja kontrolliryhmän muutokset eroavat toisistaan.

Seuraavassa taulukossa esitetään vielä yhteenveto tutkimusongelmista:

Tutkimuskysymys on:

Millainen yhteys ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevällä sekä mielen hyvinvointia tukevalla Friends-ohjelmalla on oppilaan kokemaan masentuneisuuteen ja itsetuntoon?

Tähän kysymykseen etsitään vastausta tutkimalla:

1) a) Missä määrin 7. -luokkalaiset kokevat masentuneisuutta?

-Esiintyykö sukupuolten välillä eroa?

-Esiintyykö koulu- /luokkakohtaisia eroja?

b) Missä määrin 7. -luokkalaiset kokevat ahdistuneisuutta?

-Esiintyykö sukupuolten välillä eroa?

-Esiintyykö koulu- tai luokkakohtaisia eroja?

2) Onko ahdistuneisuudella ja masentuneisuudella yhteyttä toisiinsa?

3) Millainen itsetunto 7.luokkalaisilla on?

-Esiintyykö sukupuolten välillä eroa?

-Esiintyykö koulu- tai luokkakohtaisia eroja?

4) Onko masentuneisuudella ja ahdistuneisuudella sekä itsetunnolla yhteyttä toisiinsa?

5) Millainen muutos nuoren kokemassa masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden asteessa sekä itsetunnossa ilmenee ennen ja jälkeen intervention ja miten interventio- ja kontrolliryhmien tulokset poikkeavat toisistaan?

6 TUTKIMUSMENETELMÄ

6.1 TUTKIMUSASETELMA JA AINEISTON KERÄYS

Tutkimus on seurantatutkimus, joka muodostuu alkumittauksesta, interventioista sekä loppumittauksesta. Mittaukset tehtiin sekä interventio- että kontrolliryhmille. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin itsearviointilomaketta ja analyysimenetelmänä tilastollisia monimuuttujamenetelmiä. Aineiston koodaamiseen ja analyysiin käytettiin SPSS-ohjelmaa.

Tarkoituksena oli tutkia nuorten kokeman masentuneisuuden, ahdistuneisuuden ja itsetunnon muutosta alku- ja loppumittauksen välillä sekä analysoida ilmeneeko interventio- ja kontrolliryhmien välillä eroa. Interventiomenetelmänä oli yläkoululaisille suunnattu nuorten Friends-ohjelma ja osanottajina 7. -luokkalaisia kuudesta koulusta eri puolilta Suomea.

Interventioryhmä muodostui Friends-pilotissa syyslukukaudella 2008 mukana olleista 7. -luokista, joita on yhteensä 28 kappaletta. Kontrolliryhmänä olivat samoista kouluista ne 7. -luokkalaiset, jotka eivät osallistu ohjelmaan. Poikkeuksen muodostavat pääkaupunkiseudun kaksi koulua, joista toisesta kaikki 7. -luokat muodostavat interventioryhmän ja toisesta koulusta kaikki luokat kuuluvat kontrolliryhmään. Kontrolliluokkia on yhteensä kymmenen. Tutkimuksessa oli mukana seitsemän koulua: Pohjois-Pohjanmaalta (1), Pääkaupunkiseudulta (2) ja Varsinais-Suomesta (4). Kyseessä ei ole siis satunnaisotanta, vaan koulut valikoituivat tutkimukseen Friends-ohjelman pilotointiin osallistumisensa perusteella. Koulujen valikoituminen tutkimukseen on kuvailtu tarkemmin alaluvussa 4.2.2.

Friends-ohjelma toteutettiin syyslukukaudella 2008. Ohjaajat koulutettiin lukukauden alkaessa 16.8., 21.8. ja 15.9 yhden päivän mittaisessa Friends-ohjaajakoulutuksessa. Ohjelman toteutus aloitettiin luokissa pääsääntöisesti syyskuun aikana. Ohjelma koostui 10 viikoittaisesta oppitunnista ja kahdesta myöhemmin toteutettavasta kertaustunnista. Friends-tunnit oli sijoitettu lukujärjestykseen pääsääntöisesti terveystiedon, oppilaanohjauksen ja luokanvalvojan¹⁶ tunneille. Kaksi luokkaa toteutti ohjelman

¹⁶ Nämä luokanvalvojan tunnit olivat myös normaalin oppitunnin mittaisia, 45 min. Monessa koulussa luokanvalvojan "tunnit" ovat vain 15 min pituisia.

tiivimpänä pakettina eli viitenä kaksoistuntina yhden jakson aikana. Kertaustunnit sijoittuivat kuukauden ja kahden kuukauden päähän ohjelman päättymisestä. Osa luokista ehti pitää ensimmäisen kertaustunnin jo ennen joululomaa ja toisen tammikuussa 2009. Suurin osa luokista piti kertaustunnit kevätlukukauden 2009 alussa. Osa luokista ei ehtinyt pitää toista tai kumpaakaan kertaustuntia ennen loppumittauksen suorittamista. Tämä johtui lukuvuoden aikana tapahtuneista ennakoimattomista poissaoloista, sairauslomista tai muista aikataulullisista järjestelyistä, jotka viivästyttävät suunniteltua etenemistä.

Tutkimusluvut tutkimuksen toteuttamista varten haettiin keväällä ja kesällä 2008 paikalliselta opetusvirastolta, koulutuslautakunnalta, sivistystoimenjohtajalta tai rehtorilta. Tutkimuksen aiheen arkaluonteisuuden vuoksi Helsingin kaupungin opetusvirasto asetti tutkimusluvan myöntämisen edellytykseksi sen, että helsinkiläisoppilaiden vanhemmilta pyydettiin kirjallinen suostumus lastensa osallistumisesta tutkimukseen. Lisäksi tarvittiin tietosuojavaltuutetun toimiston lausunto henkilökisterin perustamisesta. Yhtenevän käytännön saavuttamiseksi kaikilta tutkimukseen osallistuvilta oppilailta kerättiin vanhempien suostumuslomake. Vanhempien lupien palauttaminen osoittautui useassa tapauksessa ongelmalliseksi (unohtelut, katoamiset, väärinymmärrykset); suuri osa oppilaiden putoamisesta pois tutkimusaineistosta aiheutui siitä, että he eivät olleet palauttaneet vanhempien lupalomakkeita.

Alkumittaus suoritettiin kullekin luokalle ennen Friends-ohjelman aloitusta. Vierailin yhtä koulua lukuun ottamatta (Pohjois-Pohjanmaa) kussakin koulussa kertomassa oppilaille tutkimuksen toteutuksesta ja keräämässä aineiston. Tutkimuslomakkeiden täyttäminen toteutettiin joko luokkakohtaisesti tai useamman luokan kokoontuessa samaan tilaan sen mukaan, mikä oli koulun kannalta toimivin järjestely. Kerroin oppilaille olevani kiinnostunut siitä, millaisena 7. -luokkalaiset kokevat oman elämänsä. Näin pyrittiin välttämään tutkimuksen ja Friends-ohjelman yhteen kytkeytyminen oppilaiden mielissä. Oppilaita rohkaistiin vastaamaan rehellisesti, vaikka kysymykset olivatkin hyvin henkilökohtaisia. Lisäksi oppilaille selitettiin, että vastaukset ovat täysin luottamuksellisia niin, ettei vastaajien nimiä tai kouluja voitaisi yhdistää vastauksiin.

Loppumittaukset suoritettiin tammi-helmikuun aikana, jolloin suurimmassa osassa luokista interventio-ohjelma oli käyty läpi. Suurimmassa osassa kouluja ohjaajat keräsivät tutkimuslomakkeet postittamani ohjeistuksen mukaan, ja lähettivät oppilaiden kuoriin

sulkemat tutkimuslomakkeet minulle postitse. Keräsin loppumittausaineiston itse kolmessa seitsemästä koulusta.

6.2 OTOKSEN KUVAILU

Tutkimukseen osallistui oppilaita yhteensä seitsemästä koulusta. Mukana oli kaksi koulua pääkaupunkiseudulta, joista toisen koulun kaikki 7. -luokat osallistuivat interventioon ja toisen koulun 7. -luokat olivat kontrolliluokkia. Varsinais-Suomesta oli mukana neljä koulua. Nämä koulut jakautuivat sekä kaupunkilaiskouluihin, että pienempien paikkakuntien kouluihin. Lisäksi Pohjois-Pohjanmaalta oli mukana yksi kaupunkilaiskoulu. Niissä kouluissa, joissa kaikki 7. luokat eivät osallistuneet interventio-ohjelmaan, toimivat rinnakkaisluokat tutkimuksessa kontrolliryhmänä. Oppilaiden jakautuminen interventio- ja kontrolliryhmiin kouluittain on kuvattu taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Tutkimukseen osallistuneiden oppilaiden lukumäärä kouluittain

Paikkakunta	Koulun nro	Osanottajien lukumäärä (N)		
		Kontrolliryhmä	Interventio ryhmä	Yhteensä
Pääkaupunkiseutu	1	33	-	33
Pääkaupunkiseutu	2	-	45	45
Varsinais-Suomi	3	68	41	109
Varsinais-Suomi	4	-	62	62
Varsinais-Suomi	6	-	197	197
Varsinais-Suomi	7	40	40	80
Pohjois-Pohjanmaa	5	44	40	84
Yhteensä	7	185	425	610

Tutkimukseen osallistuneissa luokissa oli oppilaita kaiken kaikkiaan 799 ($n_{\text{int.}}=577$ ja $n_{\text{kontr.}}=202$). Kun tästä määrästä vähennetään ne oppilaat, jotka olivat poissa ensimmäisenä aineistonkeruu päivänä, ne jotka eivät saaneet/ halunneet osallistua tutkimukseen ja ne, jotka eivät muistaneet palauttaa vanhempien lupia, saadaan otoksen lopulliseksi kooksi **610**, ($n_{\text{int.}}=425$ ja $n_{\text{kontr.}}=185$). Kuvailevat analyysit on tehty tästä joukosta.

Oppilaille tehtiin kaksi mittausta, alku- (elo-syyskuussa 2008) ja loppumittaus (tammi-helmikuussa 2009). Kaikista 610:sta oppilaasta **530** oppilasta osallistui sekä alku- ja loppumittaukseen, ($n_{\text{int.}}=368$ ja $n_{\text{kontr.}}=162$). Vertailevat analyysit on tehty tästä joukosta. (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Tutkimukseen osallistuneiden oppilaiden lukumäärä

	Kontrolli ryhmä		Interventio ryhmä		Yhteensä	
	n	%	n	%	N	%
alkumittaukseen osallistuneet	185	30,3	425	69,7	610	100
alku- ja loppumittaukseen osallistuneet	162	30,6	368	69,4	530	100

Tutkimukseen osallistuneista 52 % (n=316) oli tyttöjä ja 48% (n=294) oli poikia. Kun tarkastellaan sekä alku-, että loppumittaukseen osallistuneita on tyttöjen osuus 53 % ja poikien 47 %. Tyttöjen ja poikien lukumäärä otoksessa on jakautunut kutakuinkin puoliksi (Taulukko 3).

TAULUKKO 3. Oppilaiden jakautuminen sukupuolittain

	Tytöt		Pojat		Yhteensä	
	n	%	n	%	N	%
alkumittaukseen osallistuneet	316	52	294	48	610	100
alku- ja loppumittaukseen osallistuneet	279	53	251	47	530	100

Tutkimus toteutettiin seitsemänsissä luokissa syyslukukaudella 2008. Tutkimukseen osallistuneet oppilaat olivat tuolloin pääsääntöisesti 13-vuotiaita (78 %). 12-vuotiaita oli 16,5 % osallistujista ja 14-vuotiaita 5% osallistujista. Loput 0,5 % (3 oppilasta) olivat 15-16 -vuotiaita.

6.3 MITTARIT

Tutkimuksessa käytetty itsearviointi muodostuu kahdesta mittarista: RBDI -mielialakyselystä ja RSES -itsetuntomittarista. Lisäksi kyselylomakkeessa kysyttiin oppilaan nimi, ikä, koulu ja luokka. Oppilaan nimeä tarvittiin alku- ja loppumittausten oppilaskohtaiseen yhdistämiseen. Seuraavissa alaluvuissa kuvataan käytetyt mittarit yksityiskohtaisesti. Lisäksi tässä luvussa esitellään mittareista muodostetut faktoriratkaisut ja summamuuttujat.

6.3.1 MIELIALAKYSELY RBDI

Toinen tässä tutkimuksessa käytetyistä mittareista, RBDI -mielialakysely, pohjautuu Aaron Beckin työryhmineen (Beck, Steer, Garbin 1988) 1960-luvulla kehittämään BDI -mittariin (*Beck Depression Inventory*). Alkuperäisen mittarin 21 osiota perustuivat kliinisiin havaintoihin masentuneiden potilaiden oireista. Mittarin tarkoituksena on kuvata masentuneisuuden voimakkuutta tai syvyyttä diagnosoiduilla potilailla. Myöhemmin 1970-luvulla mittarista muokattiin lyhyempi, 13 osiota sisältävä versio. Raitasalo (2007, 22-23) on suomentanut ja edelleen muokannut mittaria Suomen oloihin sopivaksi. Hän lisäsi mittariin myös neljännenostoista, ahdistuneisuutta mittaavan kysymyksen (*Raitasalo's modification of the short form of the Beck Depression Inventory*).

Raitasalon (2007, 24) mukaan RBDI-mittarilla kartoitetaan koettua, itse tunnistettua ja ilmaistua masennusoireilua, itsetuntoa ja lyhyesti myös ahdistuneisuutta. Mittari ei mittaa kliinistä masennusta vaan masennusoireiden vaikeusastetta. Mittarin avulla voidaan laskea sekä masennusoireilun voimakkuutta että itsetuntoa edustavat summapistemäärät. Tässä tutkimuksessa itsetuntoa kuitenkin kartoitettiin toisella mittarilla, joten RBDI- mittaria on käytetty vain masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden arvioimiseen. RBDI-mittarissa on 14 kysymystä, joista 13 ensimmäistä käsittelee mielialaoireita (1. mieliala, 2. tulevaisuuteen suhtautuminen, 3. epäonnistuminen, 4. tyytymättömyys, 5. syyllisyys, 6. itseinho, 7. itsetuhoisuus, 8. sosiaalinen vetäytyminen, 9. päättämättömyys, 10. ulkonäkö, 11. nukkuminen, 12. väsymys, 13. ruokahalu) ja viimeinen ahdistuneisuutta.

Mielialakyselyä on käytetty paljon koululaisten ja opiskelijoiden mielenterveyden tutkimuksessa ja työvälineenä nuorten masennusoireiden seulonnassa. Kysely on muun muassa osa valtakunnallista kouluterveyskyselyä (STAKES) ja lisäksi se on osoittautunut käyttökelpoiseksi työvälineeksi keskustelunavaukseen nuorten kanssa esimerkiksi koululääkärin tarkastuksessa keskusteltaessa nuorten mielialoista (esim. Raitasalo 2007, 25-26). Kuten valtakunnallisessa kouluterveyskyselyssä, myös tässä tutkimuksessa on jätetty itsetuhoisuuteen liittyvä kysymys (Onko sinulla ollut itsesi vahingoittamiseen liittyviä ajatuksia?) pois, joten kysymyksiä jää yhteensä 13 (myös esimerkiksi Barret ym. 2006 olivat jättäneet vastaavan kysymyksen pois CDI –mittaristaan).

Raitasalon (2007) mukaan mielialakyselyn masentuneisuutta ja rakentavaa itsetuntoa kartoittavat kysymykset ovat osoittautuneet koululaisaineistoissa luotettaviksi, toimiviksi

ja mielekkäiksi. Mittarin luotettavuus on osoittautunut hyväksi kouluterveyskyselyjen perusteella (Cronbachin $\alpha = 0.85$). (Ks. myös Kaltiala-Heino, Rimpelä, Rantanen & Laippala 1999, 451-457).

Tässä tutkimuksessa käytettävässä mittarissa oli 12 mielialaa mittaavaa kysymystä ja yksi ahdistuneisuutta mittava kysymys. Nuori täytti lomakkeen rengastamalla itseensä parhaiten sopivan vaihtoehdon kustakin 13 kysymyksestä. Kussakin kysymyksessä oli viisi vastausvaihtoehtoa, ensimmäinen vaihtoehto kuvasi positiivista tunnetilaa tai ajatusta. Toinen vaihtoehto oli neutraalimpi, mutta ei vielä kuvannut masennustilaan liittyviä mielialan piirteitä. Siitä seuraavat väittämät käsittelivät masennusoireita, joiden voimakkuus ja syvyys kasvoivat siten, että vaihtoehto 3 kuvasi lievempää oiretta kuin vaihtoehdot 4 tai 5 (itsearviointilomake esitetty liitteessä). Oheinen esimerkki havainnollistaa kyseisen mittarin rakennetta.

1. Minkälainen on mielialasi?

1. mielialani on melko valoisa ja hyvä
2. en ole alakuloinen tai surullinen
3. tunnen itseni alakuloiseksi ja surulliseksi
4. olen alakuloinen jatkuvasti, enkä pääse siitä
5. olen niin masentunut ja alavireinen, etten enää kestä

Pistemäärät ovat viitteellisiä eikä niiden perusteella voida tehdä diagnoosia; niitä voidaan kuitenkin käyttää apuna esimerkiksi alustavassa arvioinnissa. Tutkijat Kaltiala-Heino työtovereineen (1999, 451-457), Karlsson, Pelkonen & Marttunen (2007) ja Raitasalo (2007, 61) muistuttavat, että diagnoosin tekeminen on aina asiantuntevan lääkärin vastuulla.

6.3.2 ITSETUNTOMITTARI RSES

Toiseksi tässä tutkimuksessa mitattavaksi ilmiöksi valittiin itsetunto, koska sen on aiemmissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä masentuneisuuteen. Itsetunto onkin yksi mitatuimmista ominaisuuksista juuri sosiaali- ja persoonallisuuspsykologisissa tutkimuksissa (Marsh 1996, 810; Gray-Little, Williams, Hancock 1997, 443). Itsetunnon ja

sen eri ulottuvuuksien (esim. koti-, työ- ja sosiaalinen itsetunto) mittaamiseen on kehitetty lukuisia mittareita.

Tutkimuksen toisena mittarina oli Rosenbergin itsetuntomittari (RSES, Rosenberg Self-Esteem Scale), joka on laajasti käytetty itsetunnon mittaamisen työkalu. Mittarin suosiota selittää muun muassa sen pitkä historia, selkeä kieliasu, yksinkertaisuus ja nopea vastattavuus. Rosenberg (1965, 16-20) kehitti mittarin vuonna 1965 kuvatakseen itsetunto - käsitettä mahdollisimman yleismaailmallisesti ja kokonaisvaltaisesti (engl. ”overall sense of worthiness as a person”).

Itsetuntoa mitattaessa itsearviointi on yksi käytetyimmistä lähestymistavoista. RSES -mittari sisälsi kymmenen väittämää (esim. ”Uskon, että minulla on monia hyviä ominaisuuksia), joihin vastattiin valitsemalla yksi neljästä, vastaajan omaan kokemukseen parhaiten sopivasta vaihtoehdosta. Tämän Likert-tyyppisen 4-portaisen asteikon arvot vaihtelivat vaihtoehdosta 1) täysin eri mieltä vaihtoehtoon 4) täysin samaa mieltä (liite 1).

Mittarin otaksutaan (esim. Tafarodi & Milne 2002, 446; Schmitt & Allik 2005, 623; Gray-Little, Williams & Hancock 1997, 443-444) olevan yksiulotteinen mitaten kokonaisvaltaista itsetuntoa. Mittarin rakenneanalyseissa (eksploratiiviset ja konfirmatoriset faktorianalyysit) on kuitenkin löydetty itsetunnon eri ulottuvuuksia (esim. Marsh 1996).

Tutkijat ovat käyneet vilkasta keskustelua siitä, millaisiin ulottuvuuksiin RSES -mittarin osiot jakautuvat. Mittarista on useiden tutkimusten mukaan löydettävissä yleensä kaksi ulottuvuutta¹⁷. Mittarin mittaama itsetunto-ilmio on jaettu negatiiviseen ja positiiviseen itsetuntoon perustuen osioiden myönteisiin ja kielteisiin väittämiin (ks. esim. Baranik, Meade, Lakey, Lance, Hu, Hua, Michalos 2008, Marsh 1996), mutta esimerkiksi Tafarodi ja Milne (2002) ovat vahvasti sitä mieltä, että vakuuttavaa näyttöä löytyy minäpystyvyyden ja itsearvostuksen ulottuvuuksien olemassaololle (ks. myös Tafarodi & Swann, 1995). Heidän mukaansa näiden ulottuvuuksien välillä on löydettävissä olennainen sisällöllinen ero. Minäpystyvyyden nähdään sisältävän pätevyyden ja kyvykkyyden tunteen, luottavaisuuden sekä kokemuksen omasta vaikuttavuudesta ja tilanteiden hallinnasta.

¹⁷ Tyypillisimmät jaottelut ovat positiivinen ja negatiivinen itsetunto sekä minäpystyvyys ja itsearvostus. Myös itseluottamuksen ja itsensä vähättelyn faktorit (Gray-Little ym. 1997) arvostuksen ja hyväksynnän faktorit (Tafarodi ja Milne) on mainittu. Erilaisten jaotteluiden erilaisuuden voidaan ajatella kuvaavan myös itsetunto-ilmion ja sen määrittämisen monimuotoisuutta, termien päällekkäisyyttä ja hiukan hankalaa mitattavuutta.

Itsearvostus puolestaan kuvaa tunnetta omasta hyvydestä, sosiaalisesta merkittävydestä ja panoksesta yhteisön rakentamiseen. Tässä tutkimuksessa muodostettuja minäpystyvyyksiä ja itsearvostus summamuuttujia kuvaillaan tarkemmin seuraavassa osiossa.

6.3.3 LOPULLISET MUUTTUJAT

Aineistosta muodostettiin yhteensä neljä muuttujaa, masentuneisuus ja ahdistuneisuus sekä itsetuntoa kuvaavat minäpystyvyys ja itsearvostus. Tässä osiossa kuvataan näiden neljän muuttujan rakentumista ja sisältöjä.

RBDI-mittarin 12 kysymystä (itsetuhoisuutta mittaava kysymys jätetty pois) muodostavat **masentuneisuutta** kuvaavan summamuuttujan. Tämän summamuuttujan reliabiliteetti on osoittautui hyväksi (Cronbachin $\alpha = .87$).

Kysymyksiin vastattiin 5-portaisella asteikolla. Vaihtoehto 1 osoittaa rakentavaa itsetuntoa ja positiivista mielialaa ja vaihtoehto 2 on neutraalimpi, mutta ei vielä kuvaa masennustilaan liittyviä mielialan piirteitä. Siitä seuraavat väittämät käsittelevät masennusoireita, joiden voimakkuus ja syvyys lisääntyvät siten, että vaihtoehto 3 kuvaa lievempää oiretta kuin vaihtoehto 4 tai 5.

Masentuneisuus jaoteltiin neljään luokkaan, jotka kuvaavat masentuneisuuden syvyyttä tai vaikeusastetta. Luokat muodostettiin oppilaskohtaisten summapistemäärien perusteella. Summapistemäärät laskettiin siten, että kunkin kysymyksen vastausvaihtoehdot 1 ja 2 saavat arvon 0 ja 3 arvon 1, 4 arvon 2 ja 5 arvon 3. Summapistemäärät vaihtelevat välillä 0-36. Mitä suurempi summapistemäärä, sitä vakavammasta masentuneisuudesta on kyse. Luokat ovat (suluissa summapistemäärät): 1) ei masentuneisuutta tai erittäin lievä (0-4), 2) lievä (5-7), 3) keskivaikea (8-15) ja 4) vaikea (16-36). (Beck ja Beck 1972; Raitasalo 2007.)

Masennus on tavallisesti monihäiriöinen ja siihen liittyy useita ahdistusoireita. **Ahdistuneisuutta** kartoitettiin kysymyksellä ”Oletko ahdistunut ja jännittynyt?” (RBDI-mittarin kysymys 13). Kysymys toimii masennukseen liittyvän, itse tunnistetun ahdistuneisuuden osoittimena. Ahdistuneisuus on jaettu neljään, ahdistuneisuuden vaikeusastetta kuvaavaan luokkaan 1) ei ilmaistua ahdistuneisuutta 2) lievä jännittyneisyys 3) keskivaikea jännittyneisyys tai ahdistuneisuus ja 4) vaikea jännittyneisyys tai

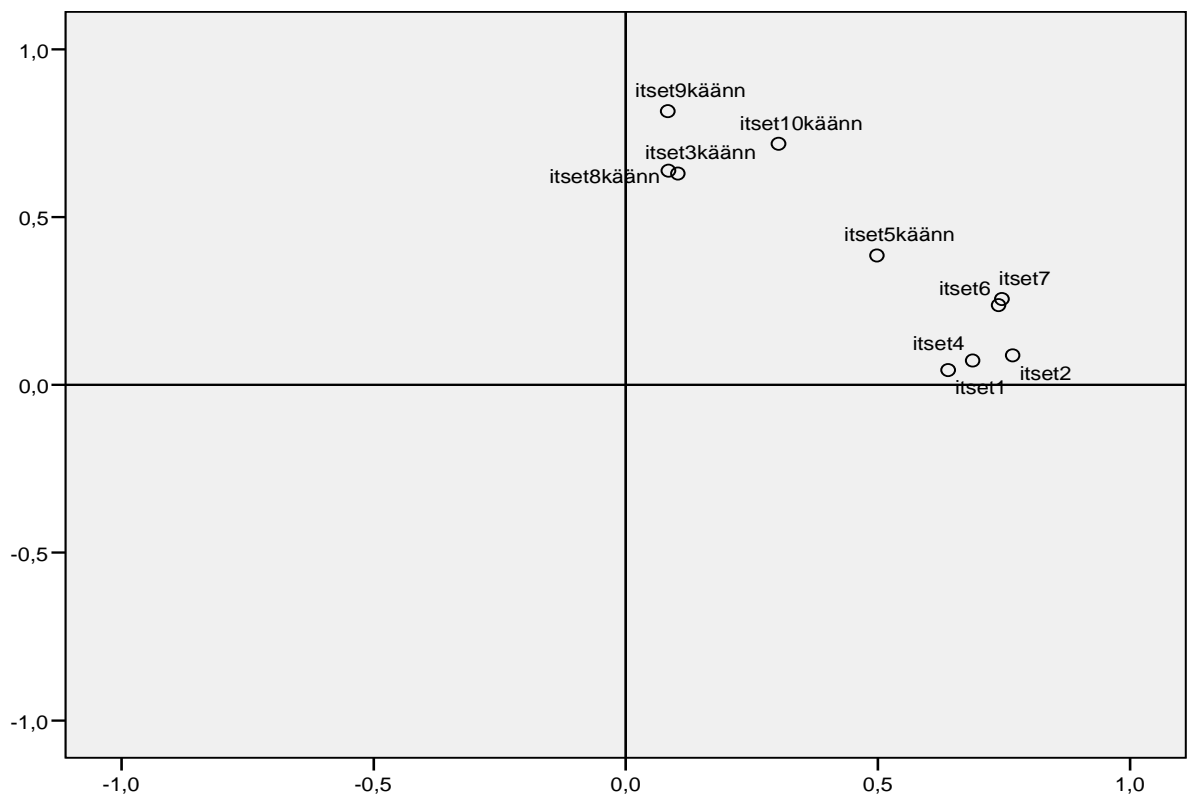
ahdistuneisuus. Oppilaat jaoteltiin luokkiin siten, että ensimmäiseen tai toiseen vastausvaihtoehtoon vastanneet oppilaat kuuluvat luokkaan 1, kolmannen vaihtoehdon valinneet luokkaan 2, neljännen luokkaan 3 ja viimeisen eli viidennen vaihtoehdon valinneet oppilaat luokkaan 4. Ahdistusta mittaava kysymys ei kuulunut alkuperäiseen Beckin masennusmittaristoon, vaan Raitasalo (2007, 62) on lisännyt kysymyksen jälkikäteen. Raitasalon mukaan toistaiseksi ei ole käytettävissä luokitusta, jonka perusteella koetun ahdistuneisuuden aste voitaisiin luokitella luotettavalla tavalla.

Oppilaiden **itsetuntoa** kuvaavien muuttujien rakentumista eriteltiin faktorianalyysin avulla. Faktorianalyysi on korrelaatiokeskeinen menetelmä, jossa havaittujen muuttujien korrelaatiot pyritään kuvaamaan ja selittämään faktoriratkaisun avulla. Tilasto-ohjelman avulla etsitään parhaiten korreloivat ja samanlaista vaihtelua keskenään osoittavat muuttujat ja muodostetaan niistä faktoreita sen mukaan, mitkä ovat eniten latautuneita kullekin faktorille. Päätösten tekoa ohjaa tutkijan oma teoreettinen perehtyneisyys ja ajattelu (Nummenmaa 2004, 332-334). Faktoreita voidaan muodostaa eksploraatiivisesti, jolloin pyritään löytämään kyseistä aineistoa parhaiten kuvaavat faktorit (aineistolähtöisyys) tai konfirmatorisesti, jolloin lähtökohtana toimii taustateoria (teorialähtöisyys). Tässä tutkimuksessa faktorianalyysin avulla analysoitiin, löytyykö RSES-itsetuntomittarista itsetunnon eri osa-alueita kuvaavia osioita. Faktorianalyysin perusteella muodostettiin kaksi itsetuntoa kuvaavaa summamuuttujaa, jotka nousivat tämän tutkimuksen aineiston pohjalta mutta vastasivat aiempaa teoriaa.

Faktorianalyysia ajatellen aineiston kokoa (N=610) voidaan pitää erittäin hyvänä (Tabachnick & Fidell 2007, 613). Pallantin (2001, 153) mukaan havaintojen ja muuttujien suhteen tulisi olla vähintään 5:1. Tämän tutkimuksen aineisto toteuttaa kyseisen ehdon.

Faktorianalyysi suoritettiin kokeilemalla erilaisia menetelmiä. Kaikissa (Maximum Likelihood, Principal Axis Factoring ja Principal Component Analysis) menetelmissä samat muuttujat latautuivat samoihin kahteen faktoriin. Myös Cattell'n scree testin mukaan kahden faktorin valinta oli perusteltua. Paras selitysosuus ja vahvimmat kommunaliteettiarvot (taulukko 1) löytyivät pääkomponenttianalyysillä (Principal Component Analysis). Pääkomponenttianalyysi on menetelmä, jonka avulla voidaan ryhmitellä joukko muuttujia muutamaan ryhmään ja näin vähentää tutkittavan joukon hajanaisuutta (Metsämuuronen 2005, 601). Graafisessa tarkastelussa (kuvio 2) voidaan huomata, että latautuneet kaksi faktoria muodostavat selkeästi kaksi erillistä kokonaisuutta.

Väittäjä 5 latautui aluksi molempiin faktoreihin, mutta korottamalla latauksen arvoa 0,3:sta 0,4: ään, latautui väittäjä 5 ensimmäiseen faktoriin arvolla 0,50, joka on reilusti yli merkitsevyyden rajana pidetystä arvosta 0,3. Kahden faktorin kokonaiselitysosuus oli suorakulmisen (varimax) rotatoinnin jälkeen 52 % ko. aineistoon sisältyvästä vaihtelusta. Kaiser- Mayer-Olkin –testiarvo oli yli suositellun 0,6:n (,85) ja Bartlett´n sfäärisyystesti ($p < .001$). Faktorianalyysi toistettiin vielä loppumittausaineistolle, jolloin tulos toistui ja valitun faktoriratkaisun luotettavuus näin ollen vahvistui. Valittu faktoriratkaisu oli myös käsitteellisesti ja tulkinnallisesti selkein ratkaisu tällä aineistolla.



KUVIO 2. Itsetunomuuttujan kahden faktorin faktoriratkaisu. Kuvio havainnollistaa, kuinka muodostetut faktorit ovat erillään toisistaan.

Saatua faktoriratkaisua käytettiin perusteena kahden summamuuttujan muodostamiseen. Ensimmäinen faktori on minäpystyvyys, joka koostuu muuttujista 1,2,4,5,6,7 ja toinen faktori on itsearvostus, joka koostuu muuttujista 3,8,9,10 (taulukko 4).

Minäpystyvyys-summamuuttuja kuvaa kompetenssin tunnetta ja ilmentää itsetunnon suoritusorientoitunutta puolta. Tähän summamuuttujaan sisältyvät osiot kuvaavat kyvykkyyttä suoriutua asioista, ylpeyttä omista ominaisuuksista tai suorituksista ja lisäksi tyytyväisyyttä ja myönteistä suhtautumista omaan itseensä. Hieman yllättäen myös osio 1, joka kuvaa yksilön tunnetta omasta arvostaan, latautui tähän faktoriin. Tämä herättää ajatuksen, että tutkimukseen osallistuneet nuoret liittäisivät itsensä arvostamisen vahvasti suorituksiinsa. Minäpystyvyy s summamuuttujan reliabiliteettia mittaava Cronbachin $\alpha=,79$.

Toinen summamuuttuja nimettiin **itsearvostukseksi** siitä huolimatta, että tunne omasta arvosta latautui ensimmäiseen faktoriin. Itsearvostus summamuuttuja on affektiivisempi ja kuvaa yksilön asennetta itseään kohtaan. Summamuuttuja kuvaa onnistumisen tai epäonnistumisen tunnetta, tunnetta omasta hyvyydestä sekä sitä näkeekö yksilö itsensä myönteisessä vai kielteisessä valossa. Itsearvostus voidaan nähdä myös sosiaalisesti peilautuvana ilmiönä. Usein nuoret määrittävät omaa arvoaan sen perusteella millaista palautetta saavat muilta. Tehty faktoriratkaisu tukee tätä sosiaalista näkökulmaa, sillä myös itsensä hyödyttömäksi tai hyödylliseksi tunteminen, joka liittyy vahvasti siihen millaisena nuori kokee oman roolinsa eri viiteryhmissä, sisältyy tähän summamuuttujaan. Itsearvostus summamuuttujan Cronbachin $\alpha=,80$.

Kaikki itsearvostus-faktoriin latautuneet väittämät oli ilmaistu kielteisessä muodossa. Näin ollen summamuuttujan voitaisiin tulkita kuvaavan myös negatiivista itsetuntoa, kuten monissa tutkimuksissa on tehty. Faktoriratkaisua ei tässä kuitenkaan haluttu tehdä väittämien muotoilun, vaan niiden sisällöllisen eron perusteella. Aineistosta muodostetut summamuuttajat tukevat kuitenkin vahvasti myös aiemmissa tutkimuksissa muodostettuja minäpystyvyy s ja itsearvostus faktoreita (esim. Tafarodi & Swann, 1995)¹⁸.

¹⁸ Tafarodin ja Swannin (1995) faktorit rakentuvat yhteensä vain kuudesta osiosta (self-competence: 1,2 ja 4 sekä self-liking. 8,9 ja 10).

TAULUKKO 4: Itsetunnon lopullinen faktoriratkaisu *

Muuttuja	FA1 Minäpystyvyys	FA2 Itsearvostus
1. Tuntee, että on arvoa ihmisenä	0,64	
2. Uskoo, että omaa monia hyviä ominaisuuksia	0,77	
4. Pystyy tekemään asioita yhtä hyvin kuin muutkin	0,69	
5. Ei ole paljoakaan, josta voisi olla ylpeä (käänt.)	0,50	
6. Omaa myönteisen käsityksen itsestään	0,74	
7. On kaiken kaikkiaan tyytyväinen itseensä	0,75	
3. Kokee epäonnistuneensa monessa asiassa (käänt.)		0,63
8. Toivoisi voivansa kunnioittaa itseään enemmän (käänt.)		0,64
9. Tuntee itsensä hyödyttömäksi ajoittain (käänt.)		0,82
10. Ajattelee, ettei minussa ole mitään hyvää (käänt.)		0,72

* Principal Component Analysis menetelmä, varimax rot, $\lambda \geq 0,40$

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin yhteensä neljää muuttujaa: masentuneisuutta, ahdistuneisuutta, minäpystyvyyttä ja itsearvostusta. Taulukkoon 5 on koottu kaikkien muuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja reliabiliteettia kuvaavat Cronbachin alfan arvot.

TAULUKKO 5. Lopulliset muuttujat ja summamuuttujat

Muuttujat	Min	Max	Ka	Md	Sd	α
Masentuneisuus (RBDI1-RBDI12)	0	34	2,5	1	4,03	0,87
Ahdistuneisuus (RBDI13)	1	5	1,9	2,0	,79	-
Minäpystyvyys (RSES1,2,4,5,6,7)	1	4	3,3	3,3	0,54	0,79
Itsearvostus (RSES3,8,9,10)	1	4	2,3	2,3	0,72	0,79

Huom. Ahdistuneisuus-muuttuja muodostuu yhdestä väittämästä, joten muuttujalla ei siksi ole alfa-arvoa

6.4 AINEISTON ANALYYSIMENETELMÄT

Ensimmäisissä tutkimuskysymyksissä kysytään missä määrin oppilaat kokevat masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja itsetuntoa alkutilanteessa sekä kartoitetaan mahdollisia sukupuolen, koulujen tai luokkien välisiä eroja. Näihin kysymyksiin vastaamiseen käytettiin **kuvailevia tilastollisia menetelmiä** sekä **varianssianalyysiä**. Itsetunnosta muodostettiin kaksi summamuuttujaa **faktorianalyysin** avulla, joka kuvailtiin edellisessä luvussa. Viimeinen kysymys puolestaan liittyy muutokseen masentuneisuudessa, ahdistuneisuudessa ja itsetunnossa alku- ja loppumittauksen välillä sekä intervention vaikutukseen muutoksissa. Aluksi muutoksesta pyrittiin saamaan kokonais käsitys frekvenssijakaumien ja keskiarvojen avulla. Tämän jälkeen interventio- ja kontrolliryhmän muutosta tarkasteltiin **parittaisella t-testillä**. Lopuksi viimeiseen kysymykseen etsittiin vastausta **regressioanalyysin** ja **monitasomallinnuksen** avulla. Tässä alaluvussa esittelen yksityiskohtaisesti analyysimenetelmien käyttötarkoitusta ja perustelen miksi kyseisiin menetelmiin päädyttiin. Alaluvun loppuun, taulukkoon 6 on koottu tutkimuskysymysten yhteyteen käytetyt analyysimenetelmät.

Eroja tyttöjen ja poikien, interventio- ja kontrolliryhmien, sekä koulujen ja luokkien välillä masentuneisuudessa, ahdistuneisuudessa ja itsetunnossa selvitettiin **yksisuuntaisella varianssianalyysillä** (engl. one-way ANOVA). Riippuvina muuttujina analyyseissä on ollut masentuneisuus, ahdistuneisuus ja itsetunto sekä riippumattomina puolestaan sukupuoli, koulu- ja luokka sekä interventioon osallistuminen tai osallistumattomuus. Koska tarkastelussa oli aina vain yksi riippuva muuttuja kerrallaan, ei kaksisuuntainen varianssianalyysi tullut kyseeseen.

Kahden ryhmän välisiä eroja tarkasteltaessa käytetään tavallisesti t-testiä tai Mann-Whitneyn testiä, kun taas varianssianalyysiä käytetään yleensä useiden ryhmien välisten erojen tarkasteluun (Nummenmaa 2006, 173). Tässä tutkimuksessa on kuitenkin päädytty varianssianalyysiin myös kahden ryhmän välisten erojen analysoinnissa, sillä varianssianalyysi pyrkii korjaamaan suuren otoskoon aiheuttaman virheen. Näin suuressa otoskoossa kuin tässä tutkimuksessa on (N=610), voi tilastollinen yhteys syntyä myös sellaisten muuttujien välille, jossa sitä ei ole. Käyttämällä varianssianalyysiä myös kahden muuttujan välisissä vertailuissa, on tässä tutkimuksessa pyritty välttämään alfa-tyypin II

virhettä¹⁹. Varianssianalyysillä on siis pyritty saamaan esiin ryhmien välisen eron todellinen merkittävyys.

Varianssianalyysi edellyttää otoksen olevan normaalisti jakautunut. Parametriset testit ovat useimmiten aina voimakkaampia kuin epäparametriset testit ja pystyvät täten havaitsemaan voimakkuudeltaan pienempiä ilmiöitä. Varianssianalyysi on kuitenkin hyvin vakaa (engl. robust) menetelmä, joka kuitenkin sallii poikkeamat otoskoossa, jakaumien vinoudessa tai muuttujien välisessä vaihtelussa ilman, että se olennaisesti vääristäisi tuloksia (Nummenmaa 2004, 182 ja 248). Varianssianalyysiä käytettiin tässä tutkimuksessa, vaikka tutkittavat muuttujat eivät olekaan normaalisti jakautuneita. Tutkimuksessa tarkasteltavat muuttujat, masentuneisuus, ahdistuneisuus ja itsetunto, ovat populaatiossa vinoja, eli hyvinkään suurella ja huolellisesti satunnaistetulla otannalla ei näistä ilmiöistä pystyittäisi saamaan normaalisti jakautuneita muuttujia. Masentuneisuus on marginaali-ilmiö, joka esiintyy vain pienellä osalla populaatiosta. Itsetunto puolestaan saa tyypillisesti keskiarvoa korkeampia arvoja, koska itsearvioinneissa ihmiset ovat taipuvaisia raportoimaan sosiaalisesti hyväksytyllä tavalla, mieluummin korkeasta kuin matalasta itsetunnosta (Blascovich & Tomaka 1991, 123).

Kaikki ryhmien eroja mittaavat testit tehtiin sekä non- että parametrisillä menetelmillä (t-testi, Mann-Whitneyn testi ja varianssianalyysi). Sekä non- että parametriset testit antoivat systemaattisesti samanlaiset tulokset ja *p*-arvot kaikissa ryhmien välisiä eroja tarkastelevissa mittauksissa. Tulososiossa on raportoitu yhdenmukaisuuden vuoksi vain varianssianalyysin tulokset ja tunnusluvut.

Varianssianalyysi ei kerro minkä ryhmien välillä eroja mahdollisesti on. **Post hoc** -testin avulla selvitettiin, mitkä ryhmät erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Käytetyimpiä post hoc -testejä ovat Tukeyn menetelmä (engl. Tukey's honest significant difference test) ja Bonferroni -kerroin (Metsämuuronen 2005, 774). Tässä tutkimuksessa päädyttiin Tukeyn testiin, sillä se vertailee kaikkia keskiarvoja toisiinsa, eikä anna liian helposti signaalia erojen merkitsevyydestä, kun vertailuja on useita.

Parittaista t-testiä (engl. paired t-test) käytettiin, kun verrattiin osallistujan alkumittauksen tulosta ja loppumittauksen tulosta. Yleensä peräkkäisten mittauskertojen

¹⁹ Alfa-tyypin II virhe hylkää nollahypoteesin, joka ei ole totta; eli tutkija löytää eron, jota ei oikeasti ole olemassa (Komulainen 1975, 319)

tulokset korreloivat keskenään, ja tästä syystä parittaista t-testiä joskus kutsutaan myös korrelaatio t-testiksi (engl. correlated t-test). Parittainen t-testi huomioi kaksi mittauskertaa pariaksi, jolloin oppilaan ensimmäisen mittauskerran tulos tulee verratuksi saman oppilaan toisen mittauskerran tuloksen kanssa (Brace, Kemp, Snelgar 2006, 79). Kun jokaista oppilasta voidaan käyttää omana kontrollinaan, kasvaa testien voima merkittävästi.

Intervention vaikutuksen analysoimiseen käytetään yleensä yleistä lineaarista mallia ja toistomittausta (engl. General Linear Models with repeated measures). Tässä tutkimuksessa päädyttiin kuitenkin **regressioanalyysiin**, sillä toistomittaus- analyysissä olisi hyvä olla useampi mittauskerta, esimerkiksi ryhmien seuranta vuoden kuluttua, jotta menetelmää voitaisiin hyödyntää parhaiten. Muutoksen analysoiminen regressioanalyysillä sopi tähän aineistoon puolestaan paremmin.

Regressioanalyysin avulla voidaan tutkia yhden tai useamman selittävän muuttujan vaikutusta selitettävään muuttujaan (Myers & Well 2003, 519). Tässä tutkimuksessa regressioanalyysin avulla tutkittiin, oliko interventiolla yhteyttä oppilaiden loppumittauksen pistemääriin ja kuinka voimakas tämä yhteys oli. Analyysissä vakioitiin loppumittaus alkumittauksella kaikkien muuttujien kohdalla, jotta mahdollinen muutos saataisiin näkyviin.

Regressioanalyysillä voidaan testata myös sitä, ovatko tietyt muuttujat parempia muutoksen selittäjiä kuin toiset. Tällöin tutkitaan yhtä aikaa monen selittävän muuttujan vaikutusta selitettävään muuttujaan. Tuloksista voidaan näin ollen nähdä, mikä on yksittäisen selittävän muuttujan osuus silloin, kun muiden vaikuttavien tekijöiden vaikutus selitettävään muuttujaan on huomioitu (Metsämuuronen 2005, 661). Tässä tutkimuksessa testattiin miten interventio ja sukupuoli selittävät loppumittausta kunkin neljän muuttujan (masentuneisuus, ahdistuneisuus, minäpystyvyys ja itsearvostus) kohdalla. Lisäksi analyysissä vakioitiin loppumittaus alkumittauksella, jotta mahdollinen muutos saataisiin näkyviin.

Oletuksena regressioanalyysissä on, että havaintojen etäisyydet (eli virhetermit, engl. residuals) regressiosuorasta ovat normaalisti jakautuneita ja niiden hajonta on tasainen eli homoskedastinen (Myers & Well 2003, 539). Homoskedastisuuden kriteeri ei täyty tämän tutkimuksen aineiston kohdalla, sillä tutkittavat ilmiöt itsessään ovat vinoja. Masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta kuvaavat muuttuja painottuvat mittarin pieniin

arvoihin (ei masentuneisuutta/ ahdistuneisuutta) ja itsetuntemuuttujat, erityisesti minäpystyvyys, painottuvat puolestaan mittarin suuriin arvoihin. Myös residuaalien etäisyys regressiosuorasta vaihtelee tässä aineistossa. Lisäksi regressioanalyysissä on oletuksena, että selittävät muuttujat korreloivat kohtuullisesti selitettävään muuttujaan mutteivät liian voimakkaasti toistensa kanssa (Metsämuuronen 2005, 663).

Linear mixed model (LMM) tunnetaan myös nimellä Hierarchical linear models (HLM). Tässä työssä menetelmästä käytetään nimeä monitasomallinnus. Menetelmän käyttö on yleistynyt sosiaali- ja käyttäytymistieteissä ja nykyisin enemmässä määrin myös opetuksen tutkimuksessa (Raudenbush & Bryk 2002, 6). Kyseessä on analyysimenetelmä, joka huomioi aineiston monitasoisuuden. Menetelmä soveltuu käytettäväksi tutkimuksissa, joissa aineisto on järjestynyt moneen tasoon ja muuttujia halutaan tarkastella kaikissa näissä eri tasoissa. Menetelmä mahdollistaa myös toistuvien mittausten analysoimisen ja sallii toisistaan poikkeavat asteikot, joten koko kerätty aineisto voidaan hyödyntää mahdollisimman täsmällisen lopputuloksen saamiseksi (Raudendush & Bryk 2002, 9; Tabachnick & Fidell 2007, 781). Esimerkiksi tässä tapauksessa oppilaita ja heidän raportoimaa muutosta eri muuttujien (masentuneisuus, ahdistuneisuus ja itsetunto) suhteen voitaisiin tarkastella tällä menetelmällä erikseen yksilötasolla, luokkatasolla ja lopuksi vielä koulutasolla.

Tässä tutkimuksessa päädyttiin tutkimaan alku- ja lopputilanteen välistä eroa regressioanalyysin lisäksi vielä monitasomallinnuksella, sillä menetelmällä voitiin huomioida luokan vaikutus muutokseen masentuneisuudessa, ahdistuneisuudessa ja itsetunnossa. Monitasomallinnuksella laskettiin ryhmien keskiarvojen muutokset alku- ja lopputilanteessa ja tarkasteltiin, millaista muutosta oppilaiden masentuneisuudessa ja ahdistuneisuudessa sekä itsetunnossa on tapahtunut alku- ja lopputilanteen välillä. Analyysi toteutettiin siis keskimmaisella, eli luokkatasolla luokkien välisen vaihtelun minimoimiseksi ja näin ollen mahdollisimman luotettavan tuloksen saamiseksi ((Tabachnick & Fidell 2007, 781).

TAULUKKO 6. Tutkimusongelmat ja niiden vastaamiseen käytetyt analyysimenetelmät

Tutkimusongelmat	Analyysimenetelmät
<p>1) a) Missä määrin 7. –luokkalaiset kokevat masentuneisuutta? b) Missä määrin 7. –luokkalaiset kokevat ahdistuneisuutta 3) Millainen itsetunto 7. –luokkalaisilla on?</p>	<p>Kuvailevat tilastolliset menetelmät -Frekvenssit, keskiarvot ja hajonnat Faktorianalyysi -Summamuuttujien muodostaminen</p>
<p>- Esiintykö masentuneisuudessa, ahdistuneisuudessa ja itsetunnossa sukupuoli, koulu- tai luokkakohtaisia eroja? - Eroavatko interventio- ja verrokkiryhmät alkutilanteessa toisistaan?</p>	<p>Yksisuuntainen varianssianalyysi (T-testi, Mann-Whitney-U –testi) -post hoc -testi</p>
<p>2) Onko ahdistuneisuudella ja masentuneisuudella yhteyttä toisiinsa? 4) Onko masentuneisuudella ja ahdistuneisuudella sekä itsetunnolla yhteyttä toisiinsa?</p>	<p>Korrelaatioanalyysi</p>
<p>5) Millainen muutos nuoren kokemassa masentuneisuuden asteessa ja itsetunnossa ilmenee ennen ja jälkeen intervention? Miten interventio- ja kontrolliryhmien tulokset poikkeavat toisistaan?</p>	<p>Faktoripisteiden muodostaminen Parittainen t-testi Regressioanalyysi Monitasomallinnus (engl. Linear Mixed Model)</p>

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tämä luku on jaettu osiin siten, että kolmessa ensimmäisessä alaluvussa vastataan alkutilannetta kartoittaviin, neljään ensimmäiseen tutkimuskysymykseen. Neljännessä alaluvussa puolestaan vastataan viimeiseen tutkimuskysymykseen, jossa analysoidaan muutoksia alku- ja loppumittauksen välillä sekä verrataan eroja muutoksessa interventio- ja kontrolliryhmän välillä.

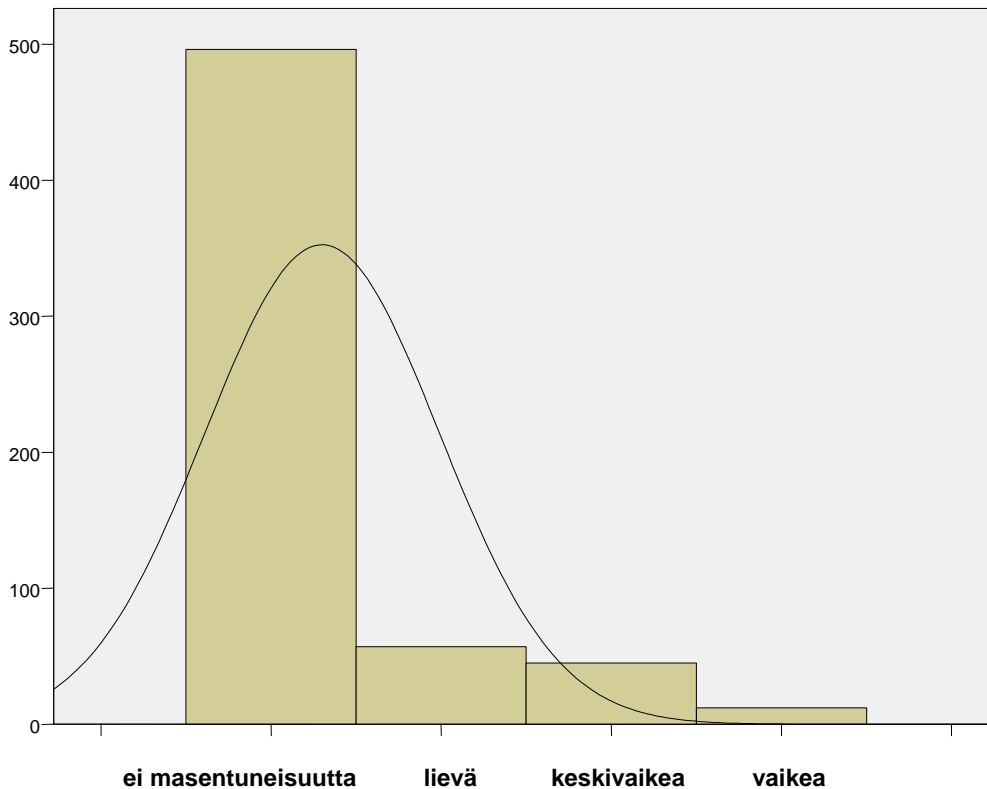
7.1 OPPILAIDEN KOKEMA MASENTUNEISUUS

Missä määrin 7.-luokkalaiset kokevat masentuneisuutta?

Tutkimukseen osallistuneet 7.-luokkalaiset eivät pääsääntöisesti (81 %, n=469) koe masentuneisuutta tai kokevat vain erittäin lievää masentuneisuutta. Lievää masentuneisuutta koki hieman alle 10 % (n=57) vastaajista, keskivaikeaa 7 % (n=45) ja vaikeaa masentuneisuutta 2% (n=12) (taulukko 7).

Masentuneisuutta kuvaava jakauma (kuvio 3) oli negatiivisesti erittäin vino (skewness 2,32) jakauman huipun (kurtosis 4,52) sijaitessa ei-masentuneisuutta edustavan ensimmäisen ryhmän kohdalla. Pieniä arvoja, eli ei masentuneisuutta tai vain lievää masentuneisuutta on raportoitu selvästi eniten. Mitä vakavammasta masentuneisuudesta on kyse, sitä vähemmän sitä aineistossa esiintyy.

Oppilaiden lukumäärä



KUVIO 3. Oppilaiden jakautuminen masentuneisuusasteen mukaan

Masentuneisuutta kartoitettiin kysymyksillä, jotka liittyivät 1. mielialaan, 2. tulevaisuuteen suhtautumiseen, 3. epäonnistumiseen, 4. tyytymättömyyteen, 5. syyllisyyteen, 6. itseinhon, 7. sosiaalisen vetäytymiseen, 8. päättämättömyyteen, 9. ulkonäköön, 10. nukkumiseen, 11. väsymykseen ja 12. ruokahaluun.

Pääsääntöisesti oppilaat olivat vastanneet kaikkiin kysymyksiin vaihtoehdoilla 1 ja 2, jotka eivät siis edusta masentuneisuutta. Erityisen myönteisinä osa-alueina aineistosta nousivat esiin nuorten tyytyväisyys omaan elämään (kysymys 4) ja toiveikas tulevaisuuteen suhtautuminen (kysymys 2).

Selkeästi muihin osa-alueisiin verrattuna huolestuttavampia vastauksia saatiin ulkonäköön, väsymykseen ja nukkumiseen liittyvien osioiden yhteydessä. Näiden muuttujien osalta ei-masentuneisuutta edustavien vastausvaihtoehtojen 1 ja 2 osuus jäi noin 70 %:iin, kun muiden kysymysten kohdalla vaihtoehdot 1 ja 2 yhdessä kattavat 83-94 % vastauksista.

Oppilaista 67 % vastasi olevansa melko tyytyväinen olemukseensa ja ulkonäköönsä tai ei ainakaan koe ulkonäössään olevan haittaavia piirteitä (kysymys 9). 18 % on huolissaan siitä, että näyttää epämiellyttävältä ja peräti 16% luulee näyttävänsä rumalta tai on varma, että näyttää rumalta ja vastenmieliseltä.

Oppilaiden väsymystä kartoittavaan kysymykseen (11) poikkeuksellisen harva (vain 9,2 %) oli vastannut vaihtoehdolla 1: väsyminen on minulle täysin vierasta. Yleensä suurin osa vastauksista jakaantuu vaihtoehdoille 1 ja 2 mutta nyt vastauksia oli selkeästi eniten vaihtoehdoissa 2 (65 %) ja 3 (23 %).

Nukkumisen laatua kartoittavaan kysymykseen (10) 20 % oppilaista oli vastannut, että kokee olevansa herätessään paljon väsyneempi kuin ennen (vaihtoehto 3). Lisäksi yli 6 % kärsii unettomuudesta, nukahtamisvaikeuksista tai kesken unien heräämisestä (vaihtoehdot 4 ja 5).

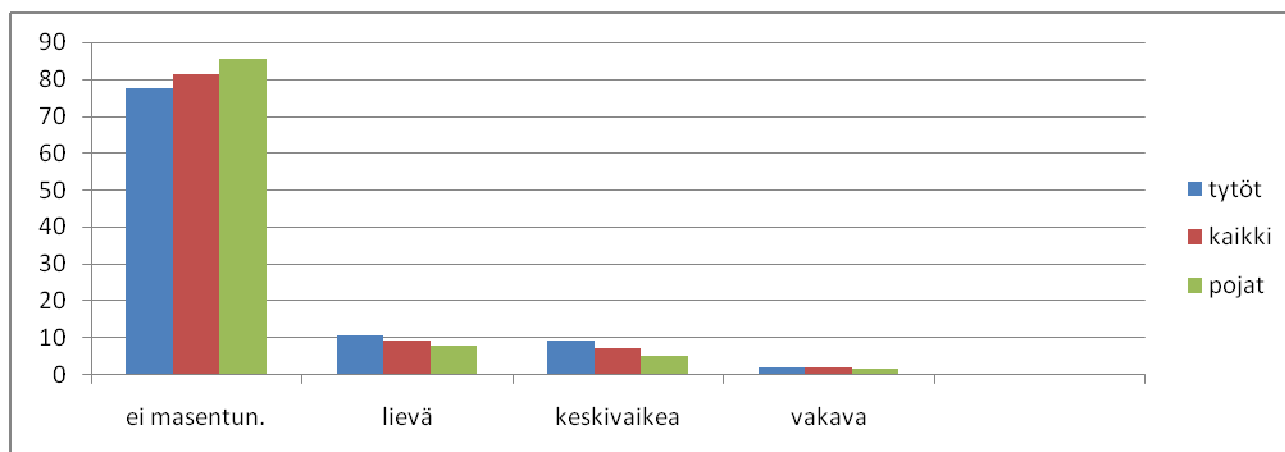
Oppilaiden mielestä päätösten tekeminen ei ollut helppoa (kysymys 8). Poikkeuksellisen harva, vain 19 %, oli vastannut erilaisten päätösten tekemisen olleen itselleen helppoa (vaihtoehto 1).

Lisäksi epäonnistumista (kysymys 3), arvottomuuden tunteita (kysymys 5) ja pettymistä itsensä suhteen (kysymys 6) mittaviin kysymyksiin vastasi yli 10 % oppilaista lievää masentuneisuutta kuvaavalla vaihtoehdolla 3. Pääsääntöisesti oppilaat olivat vastanneet näihinkin muuttujiin 1 ja 2 vastausvaihtoehdoilla.

Vaikka nämä osa-alueet on nostettu esiin huolestuttavina, on hyvä huomata, että suurimmalla osalla oppilaista asiat ovat hyvin.

Esiintyykö masentuneisuuden kokemisessa eroa sukupuolten välillä?

Tyttöjen ja poikien välillä on tilastollisesti merkitsevä ero masentuneisuuden kokemisessa ($Ka_{tytöt}=2,97$, $Ka_{pojat}=2,08$, $F(1,608)=7,635$, $p<.01$). Graafisessa tarkastelussa (kuvio 4) huomataan, että tytöt raportoivat enemmän sekä lievää, keskivaikeaa että vakavaa masennusta. Esimerkiksi 9,5 % tytöistä raportoi keskivaikeasta masennuksesta, joka on lähes kaksinkertainen määrä poikien 5,1 % verrattuna (taulukko 7).



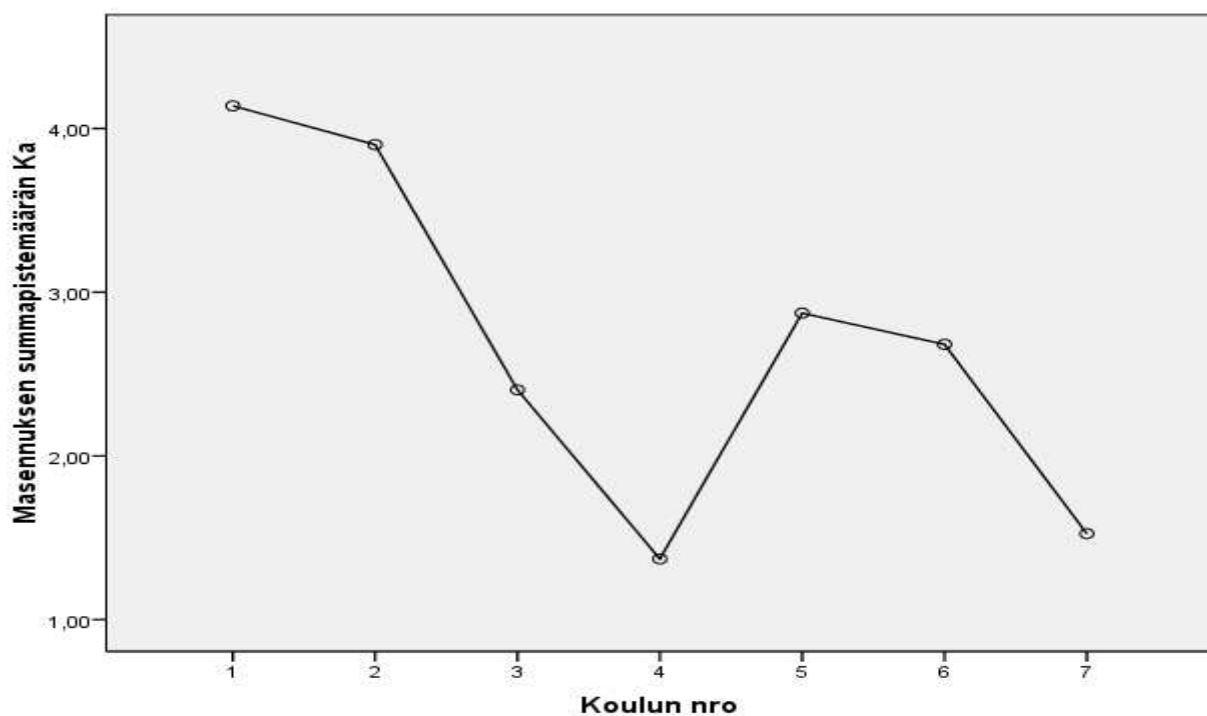
KUVIO 4. Prosentiosuudet oppilaiden kokemasta masentuneisuudesta sukupuolittain

TAULUKKO 7. Masentuneisuuden aste sukupuolittain

Masentuneisuuden vaikeusaste (summapistemäärä 0-36)	Tytöt		Pojat		Kaikki	
	n	%	n	%	N	%
ei masentuneisuutta tai vain erittäin lievä (0-4)	245	77,5	251	85,4	496	81,3
lievä (5-7)	34	10,8	23	7,8	57	9,3
keskivaikea (8-15)	30	9,5	15	5,1	45	7,4
vaikea (16-36)	7	2,2	5	1,7	12	2,0
yhteensä	316	100	294	100	610	100

Esiintyykö masentuneisuuden kokemisessa koulu- tai luokkakohtaisia eroja?

Oppilaiden masentuneisuuden asteessa oli eroja myös koulukohtaisesti. Masentuneisuuden summapistemäärän (vaihteluväli 0-36) keskiarvo vaihteli kouluittain 1,5 ja 4,14 välillä (kuvio 5). Erot koulujen välillä olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($Ka_1=4,14$, $Ka_2=3,90$, $Ka_3=2,40$, $Ka_4=1,37$, $Ka_5=2,87$, $Ka_6=2,68$, $Ka_7=1,5$, $F(6,603)=3,682$, $p \leq .001$). Post hoc testi osoitti koulujen 1 ja 2 eroavan tilastollisesti kouluista 4 ja 7 ($p = .05$). Korkeimman keskiarvon saaneessa koulussa keskiarvo ylitti arvon neljä, joka on lievän masentuneisuuden alaraja.



KUVIO 5. Masennuksen summapistemäärän keskiarvot kouluittain

Masentuneisuudessa ilmeni myös luokkakohtaisia eroja, jotka ovat tilastollisesti merkitseviä ($F(38,571)=1,615, p<.05$). Luokkien keskiarvot vaihtelivat välillä 0,59 ja 5,61 (asteikolla 0-36). Luokkakohtaiset masentuneisuuden arvot olivat pääsääntöisesti linjassa kouluittain. Aineistossa oli kuitenkin luokkia, joiden keskiarvot poikkesivat selkeästi koulun muiden luokkien keskiarvoista. Eli rinnakkaisluokkien välillä voi olla suuriakin eroja masentuneisuuden kokemisessa.

Esiintyykö masentuneisuuden kokemisessa eroa interventio- ja kontrolliryhmän välillä alkutilanteessa?

Interventio ja kontrolliryhmän masentuneisuudessa ei alkutilanteessa ollut tilastollisesti merkittävää eroa (taulukko 8). Ei masentuneita tai erittäin lievästi masentuneita oli molemmissa ryhmissä noin 81 %. Suurin ero ryhmien välillä oli vaikeasti masentuneiden oppilaiden osuudessa. Interventioryhmässä vaikeasti masentuneita oli 1,2 %, kun kontrolliryhmässä vaikeasti masentuneita oli puolestaan 3,8 %.

TAULUKKO 8. Oppilaiden masentuneisuuden vaikeusaste kontrolli- ja interventioryhmittäin

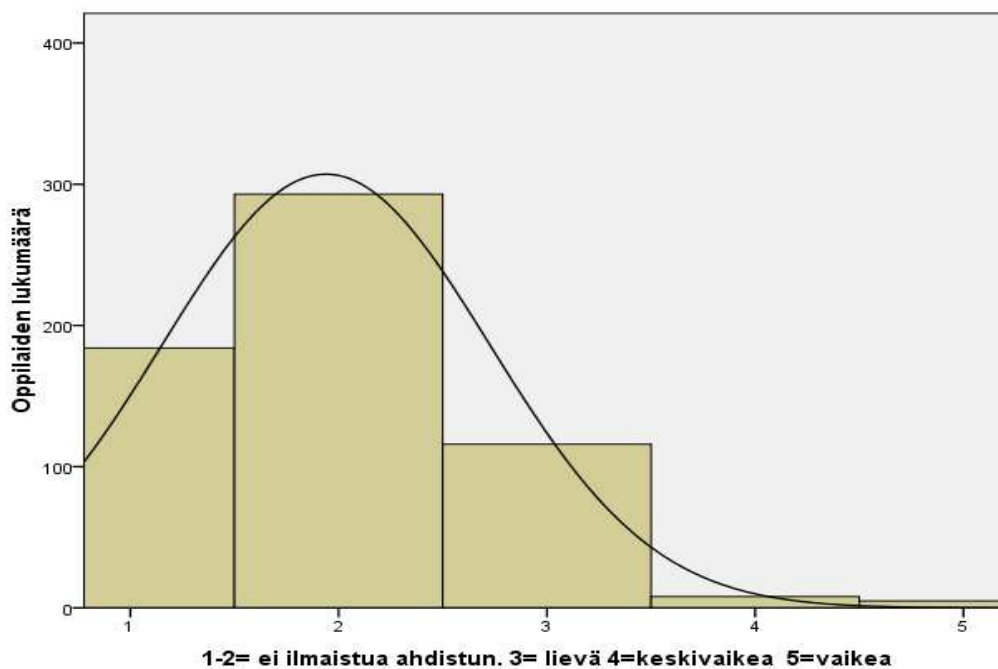
Masentuneisuuden vaikeusaste (summapistemäärä 0-36)	Kontrolliryhmä		Interventio ryhmä		Kaikki oppilaat	
	n	%	n	%	N	%
ei masentuneisuutta tai vain erittäin lievä (0-4)	151	81,6	345	81,2	496	81,3
lievä (5-7)	13	7,0	44	10,4	57	9,3
keskivaikea (8-15)	14	7,6	31	7,3	45	7,4
vaikea (16-36)	7	3,8	5	1,2	12	2,0
yhteensä	185	100	425	100	610	100

7.2. OPPILAIKEN KOKEMA AHDISTUNEISUUS

Missä määrin 7. -luokkalaiset kokevat ahdistuneisuutta?

7.-luokkalaiset eivät pääsääntöisesti (78,7 %) koe ahdistuneisuutta tai jännittyneisyyttä. Oppilaista 19 % raportoi lievää jännittyneisyydestä ja noin 2 % keskivaikeasta tai vaikeasta jännittyneisyydestä ja ahdistuneisuudesta (taulukko 9). Neljä oppilasta ei ollut vastannut ahdistusta kartoittaneeseen kysymykseen.

Kuten masentuneisuusjakauma (kuvio 6), myös ahdistuneisuutta kuvaava jakauma (kuvio 5) oli vino (skewness 0,68) jakauman huipun (kurtosis 0,79) sijaitessa ei ahdistuneisuutta kuvaavien ryhmien kohdalla. Keskivaikeaa ja vaikeaa jännittyneisyyttä tai ahdistuneisuutta on raportoitu vähiten.



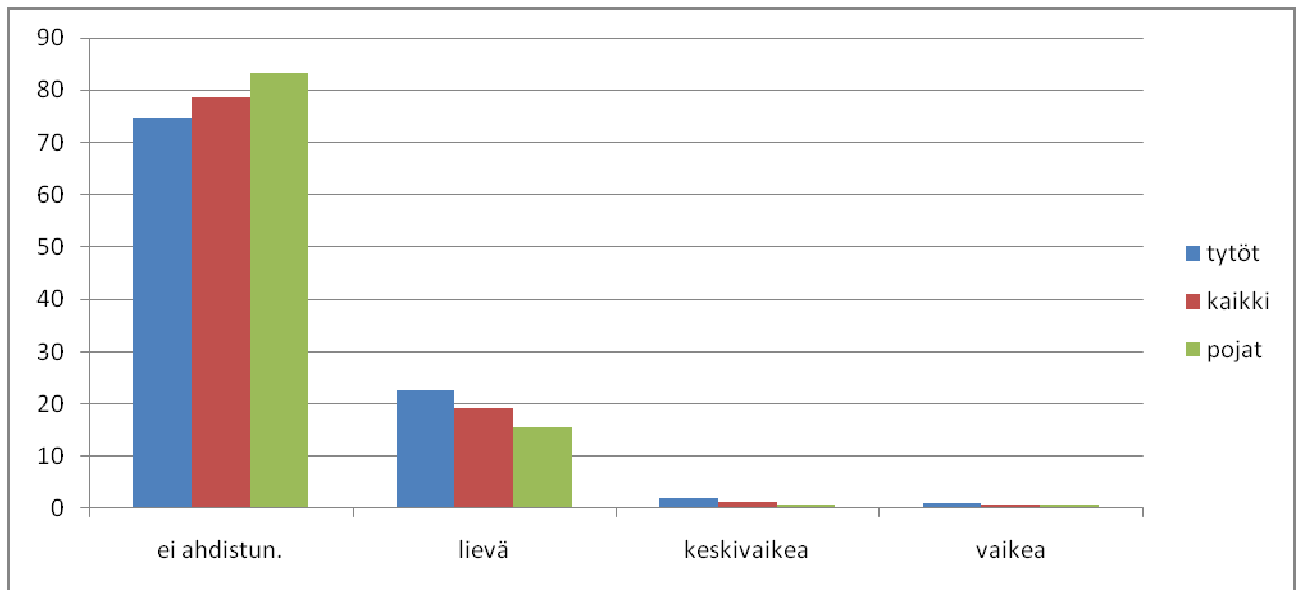
KUVIO 5. Oppilaiden jakautuminen ahdistuneisuuden mukaan

Esiintyykö ahdistuneisuuden kokemisessa eroa sukupuolten välillä?

Tyttöjen ja poikien välillä oli ahdistuneisuuden kokemisessa tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($Ka_{tytöt}=2,04$, $Ka_{pojat}=1,82$, $F(1,604)=12,002$, $p=.001$). Pojista 83,2 % ja tytöistä 74,6 % ei ilmaissut ahdistuneisuutta (taulukko 9 ja kuvio 7).

TAULUKKO 9. Ahdistuneisuus sukupuolittain.

Ahdistuneisuus (pistemäärä 1-5)	Tytöt		Pojat		Kaikki oppilaat	
	n	%	n	%	N	%
ei ilmaistua ahdistuneisuutta (1-2)	235	74,6	242	83,2	477	78,7
lievä jännittyneisyys (3)	71	22,5	45	15,5	116	19,1
keskivaikkea jännittyneisyys tai ahdistuneisuus (4)	6	1,9	2	0,7	8	1,3
vaikea jännittyneisyys tai ahdistuneisuus (5)	3	1,0	2	0,7	5	0,8
yhteensä	315	100	291	100	606	100



KUVIO 7. Prosenttiosuudet oppilaiden kokemasta jännittyneisyydestä tai ahdistuneisuudesta sukupuolittain

Esiintyykö ahdistuneisuuden kokemisessa koulu- tai luokkakohtaisia eroja?

Oppilaiden ahdistuneisuuden kokeminen ei vaihdellut kouluittain, mutta luokkakohtainen vaihtelu oli tilastollisesti merkitsevää ($F(38,567)=1,772, p<.01$). Ahdistuneisuuden keskiarvot luokittain vaihtelivat 1,43 ja 2,67 välillä (ahdistuneisuuden summapistemäärän vaihteluväli 1-5).

Esiintyykö ahdistuneisuuden kokemisessa interventio- ja kontrolliryhmän välillä eroja alkutilanteessa?

Interventio- ja kontrolliryhmien välillä havaittiin tilastollinen ero ahdistuneisuudessa ($Ka_{int.}=1,90, Ka_{kontr.}=2,04, F(1,604)=4,227, 604, p<.05$). Kontrolliryhmään kuuluvat oppilaat olivat lähtökohtaisesti hieman ahdistuneempia ja jännittyneempiä kuin interventioryhmän oppilaat. Interventioryhmän oppilaista 20 % ilmaisi lievää, keskivaikeaa tai vaikeaa jännittyneisyyttä tai ahdistuneisuutta. Kontrolliryhmässä vastaava oppilaiden osuus oli 24,4 % (taulukko 10).

TAULUKKO 10. Oppilaiden ahdistuneisuus kontrolli- ja interventoryhmittäin

Ahdistuneisuus (pistemäärä 1-5)	Kontrolli ryhmä		Interventio ryhmä		Kaikki oppilaat	
	n	%	n	%	N	%
ei ilmaistua ahdistuneisuutta (1-2)	140	75,7	337	80	477	78,7
lievä jännittyneisyys (3)	39	21,1	77	18,3	116	19,1
keskivaikea jännittyneisyys tai ahdistuneisuus (4)	4	2,2	4	1,0	8	1,3
vaikea jännittyneisyys tai ahdistuneisuus (5)	2	1,1	3	0,7	5	0,8
yhteensä	185	100	421	100	606	100

Onko ahdistuneisuudella ja masentuneisuudella yhteyttä toisiinsa?

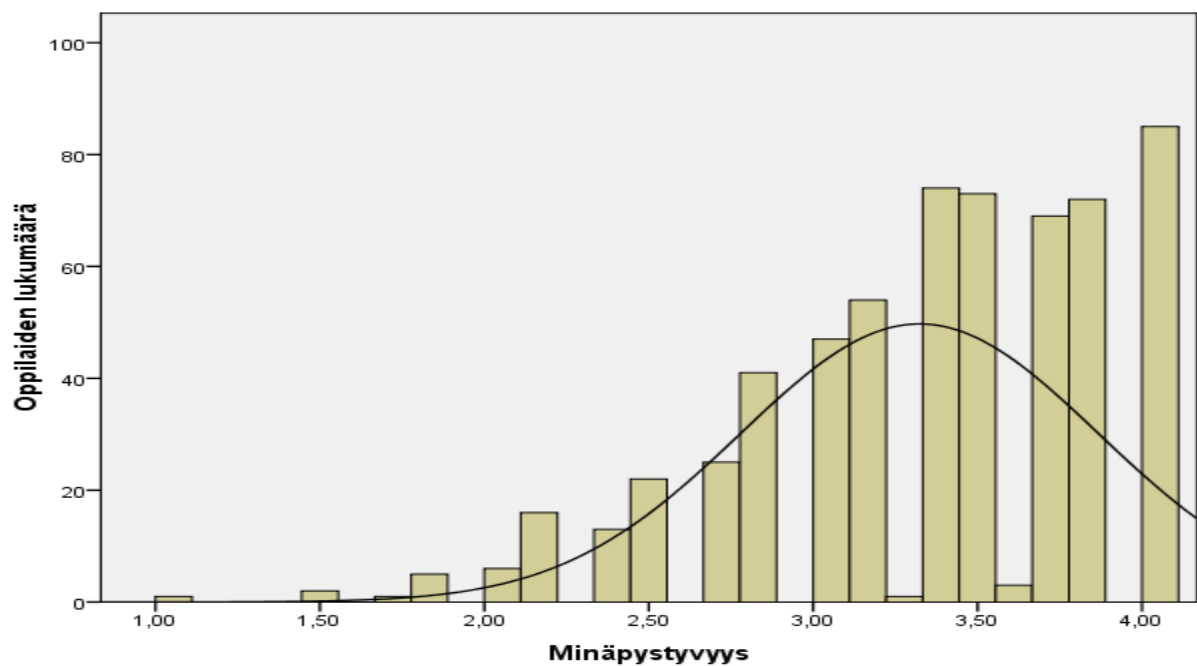
Masentuneisuus ja ahdistuneisuus ovat yhteydessä toisiinsa ($r=.52$, $p<.01$). Yhteys on tilastollisesti merkitsevä ja käyttäytymistieteissä 0,5:n suuruista korrelaatiokerrointa voidaan pitää osoituksena suhteellisen voimakkaasta muuttujien välisestä yhteydestä (Nummenmaa 2004, 278).

Ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden selitysosuus on 27 %, ($R^2 = 0.27$) eli edellisen vaihtelu selittää jälkimmäisen vaihtelusta lähes kolmasosan.

7.3 OPPILAIEN RAPORTOIMA ITSETUNTO

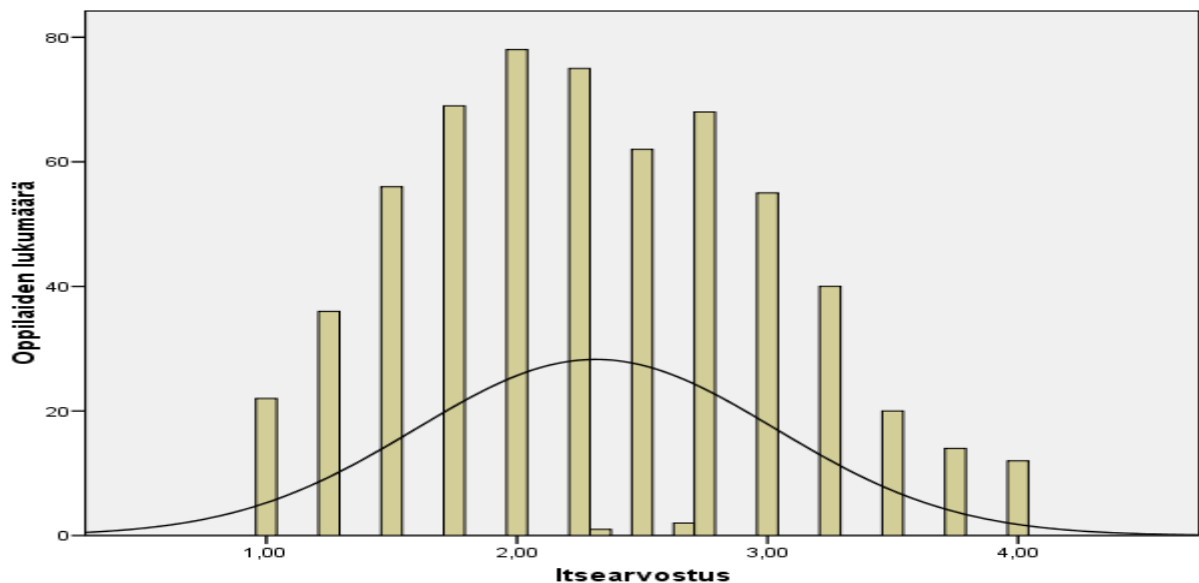
Millainen itsetunto 7.-luokkalaisilla on?

Oppilaiden itsetuntoa tarkasteltiin summamuuttujittain, ensin minäpystyvyyttä ja sitten itsearvostusta. Itsetuntoasteikkoon ei ole kehitetty raja-arvoja osoittamaan hyvää itsetuntoa (Raitasalo 2007, 82), joten itsetuntomuuttujia tarkasteltiin graafisesti sekä keskiarvojen avulla. Oppilaat raportoivat minäpystyvyyden keskimäärin hyväksi. Kaikkien vastaajien keskiarvo oli suhteellisen korkea ($Ka=3,23$, $Sd=0,54$, asteikko 1-4). Minäpystyvyyttä kuvaava jakauma (kuvio 8) oli negatiivisesti erittäin vino (skewness= -0,850, kurtosis=0,459) vastausten painottuessa korkeaa itsetuntoa kuvaaviin vastausvaihtoehtoihin (3-4).



KUVIO 8. Oppilaiden minäpystyvyys

Oppilaiden itsearvostus sai selvästi minäpystyvyyttä matalamman keskiarvon ($Ka=2,31$, $Sd=0,72$, asteikko 1-4). Itsearvostusta kuvaava jakauma oli lähes normaalisti jakautunut (skewness= 0,226, kurtosis= -,059) (kuvio 9). Verratessa minäpystyvyyden ja itsearvostuksen jakaumia huomataan, että nuorten itsearvostus on heikompi kuin minäpystyvyys. Itsearvostus on saanut korkeita ääriarvoja (3-4) vähemmän kuin minäpystyvyys.



KUVIO 9. Oppilaiden itsearvostus

Koska aiemmissa tutkimuksissa kielteisessä muodossa esitettyjen väittämien on tulkittu kuvaavan negatiivista itsetuntoa, tarkasteltiin myös tässä väittämien negatiivimuodon mahdollista vaikutusta alhaisiin itsearvostuksen keskiarvoihin. Taulukosta 11 käy ilmi, että kaikki itsetunto-mittarin negaatioissa ilmaistut väittämät poikkesivat muista muuttujista saamalla matalampia keskiarvoja. Kaikki itsearvostussummamuuttujan viidestä väittämästä oli esitetty negatiivimuodossa.

TAULUKKO 11. Itsetunnon keskiarvot muuttujittain

Muuttuja	Ka	Sd
<i>1=täysin eri mieltä, 4=täysin samaa mieltä</i> <i>(kielteisessä muodossa olevat väittämät lihavoitu)</i>		
1. Tunnen, että minulla on arvoa ihmisenä, vähintään yhtä paljon kuin muillakin.	3,63	,63
2. Uskon, että minulla on monia hyviä ominaisuuksia.	3,39	,70
3. Kaiken kaikkiaan minun on tunnustettava, että olen epäonnistunut monessa asiassa.	2,11	,71
4. Pystyn tekemään asioita yhtä hyvin kuin muutkin ihmiset.	3,37	,79
5. Minulla ei ole paljoakaan, josta voisin olla ylpeä.	3,13	,89
6. Minulla on myönteinen käsitys itsestäni.	3,24	,96
7. Olen kaiken kaikkiaan tyytyväinen itseeni.	3,20	,90
8. Toivoisin voivani kunnioittaa itseäni enemmän.	2,24	,90
9. Tietysti tunnen itseni hyödyttömäksi ajoittain.	2,31	1,01
10. Aina silloin tällöin ajattelen, että minussa ei ole mitään hyvää.	2,59	1,07

Itsetunnon molemmat osa-alueet, eli minäpystyvyys ja itsearvostus korreloivat keskenään positiivisesti ($r=.45$, $p<.001$). Jos oppilaan minäpystyvyyden tunne on korkea, silloin hän todennäköisemmin suhtautuu itseensä myönteisemmin ja päinvastoin.

Esiintyykö itsetunnossa eroa sukupuolten välillä?

Poikien itsearviointiin perustuva minäpystyvyys oli tilastollisesti merkitsevällä tavalla tyttöjen vastaavaa arviointia korkeampi ($Ka_{tytöt}=3,27$, $Ka_{pojat}=3,38$, $F(1,608)=6,906$, $p<.01$). Myös poikien vastaava itsearvostuspistemäärä oli selvästi korkeampia kuin tyttöjen ($Ka_{tytöt}=2,17$, $Ka_{pojat}=2,47$, $F(1, 608)=29, 034$, $p<.001$).

Esiintyykö itsetunnossa koulu- tai luokkakohtaisia eroja?

Aineistosta löytyi koulukohtaisia tilastollisesti merkitseviä eroja ($F(6,603)=5,244$, $p<.001$) oppilaiden pätevyysuskomuksia mitattaessa. Keskiarvot vaihtelivat välillä 3,03 ja 3,60. Vaihtelu koulujen välillä oli suuri, lisäksi arvot olivat ilmiön vinouden vuoksi muutenkin asteikon yläpäässä. Myös luokkien väliset erot olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($F(38, 571)=2,140$, $p<.001$).

Myös itsearvostuksessa ilmeni koulukohtaisia, tilastollisesti merkitseviä eroja, vaikkakaan ei yhtä selviä kuin minäpystyvyydessä ($F(6,603)=2,773$, $p<.05$). Myös luokkakohtaisia eroja ilmeni ($F(38, 571)=1,486$, $p<.05$).

Esiintyykö itsetunnossa eroja interventio- ja kontrolliryhmän välillä lähtötilanteessa?

Minäpystyvyyden tunteessa kontrolliryhmällä oli hieman alhaisempi keskiarvo, ($Ka_{int.}=3,35$, $Ka_{verr.}=3,26$, $F(1,608)=3,889$, $p<.05$). Itsearvostuksessa ei ilmennyt ryhmien välisiä eroja.

Onko masentuneisuudella ja ahdistuneisuudella sekä itsetunnolla yhteyttä toisiinsa?

Tähän tutkimukseen osallistuneiden oppilaiden kokema masentuneisuus ja minäpystyvyys korreloivat negatiivisesti keskenään ($r=-.65$, $p<.01$). Yhteys on korkea ja tilastollisesti merkitsevä. Oppilaan kokema kompetenssin tunne selittää noin 43 % koetusta masentuneisuudesta.

Oppilaiden masentuneisuuden ja itsearvostuksen yhteys puolestaan oli heikompi ($r=-.36$, $p<.01$), vaikkakin silti vielä tilastollisesti merkitsevä. Ilmiöt selittävät toisistaan vain 13 %.

Oppilaiden kokeman ahdistuneisuuden ja minäpystyvyyden tunteen välillä oli melko korkea ja myös tilastollisesti merkitsevä negatiivinen yhteys ($r=-,41$, $p<.01$). Minäpystyvyyden tunne selittää noin 17 % ahdistuneisuudesta. Ahdistuneisuuden itsearvostuksen yhteys oli puolestaan heikompi ($r=-.30$, $p=.01$) ja näin ollen muuttujat selittivät vain 9 % toisistaan.

Masentuneisuus ja ahdistuneisuus korreloivat itsetunnon kanssa negatiivisesti. Eli mitä vakavammasta masentuneisuudesta on kysymys, sitä heikompi on oppilaan itsetunto. Varsinkin heikko pystyvyyden tunne on voimakkaasti yhteydessä oppilaan kokemaan masentuneisuuteen.

7.4 MUUTOS ALKU- JA LOPPUTILANTEEN VÄLILLÄ

Tässä osiossa tarkastellaan muutosta oppilaiden kokemassa masentuneisuudessa, ahdistuneisuudessa ja itsetunnossa ennen ja jälkeen intervention. Erityisesti huomiota kiinnitetään eroihin kontrolli- ja interventioryhmien välillä, sillä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita intervention yhteydestä oppilaiden kokemaan masentuneisuuteen ja ahdistukseen sekä itsetuntoon. Viimeiseen tutkimuskysymykseen vastattaessa analyysiin on otettu mukaan ainoastaan ne oppilaat, jotka ovat olleet mukana sekä alku- että loppumittauksessa ($N=530$, $n_{\text{int.}}=368$, $n_{\text{kontr.}}=162$).

Puuttuvia tietoja ei 530 oppilaan vastausten muodostamassa aineistossa juurikaan ollut. Ainoastaan seitsemällä henkilöllä puuttui yksi vastaus ja yhdeltä henkilöltä puuttui kolme vastausta. Puuttuvat tiedot paikattiin expectation maximation -menetelmällä aineiston keskiarvojen perusteella.

Kaikki alkumittauksen 610 oppilasta kattava aineisto ja loppumittauksessa mukana olleiden oppilaiden ($N=530$) aineisto on kaikkien neljän muuttujan osalta yhtäläinen. Oppilaiden jakautuminen masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden vaikeusasteisiin sekä itsetunnon jakaumat ja keskiarvot olivat molemmissa aineistoissa hyvin samankaltaiset. Näin ollen voidaan olettaa, etteivät loppumittauksesta poissa olleet oppilaat ($n=80$) poikenneet merkittävästi tutkimusjoukosta ($n=530$).

Viimeiseen tutkimuskysymykseen vastaamista varten minäpystyvyydelle ja itsearvostukselle laskettiin faktoripistemäärien perusteella painotetut arvot. Painotettua

ratkaisua näiden summamuuttujien rakentamisessa viimeisen tutkimuskysymysten kohdalla päätettiin käyttää, jotta ryhmien väliset erot muutoksessa saataisiin selvemmin esille.

Minäpystyvyyden ja itsearvostuksen faktoripisteet laskettiin faktoriratkaisun latausten perusteella siten, että voimakkaimmin kuhunkin faktoriin latautuneet osiot saivat suuremman painoarvon, kuin heikommin latautuneet osiot (lataukset on esitetty taulukossa 12). Faktorit muodostettiin tällä kertaa Principal Axis Factoring menetelmällä. Principal Axis Factoring -menetelmä on tarkempi kuin pääkomponenttianalyysi, jolla alkuperäinen faktoriratkaisu tehtiin, sillä se huomioi muuttujien uniikin varianssin ja virheen. Tästä syystä faktoriratkaisun selitysosuus on nyt pienempi, vaikka muuttujat latautuvat samalla tavoin kuin pääkomponenttianalyysissä (Tabachnick & Fidell 2007, 633). Kahden faktorin kokonaisselitysosuus oli promax rotatoinnin jälkeen 41,5 % ilmiöstä. Kaiser-Mayer-Olkin -testiarvo oli 0,856 ja Bartlett`n sfäärisyystesti (p=.000).

TAULUKKO 12: Faktoriratkaisu, jonka mukaan painotetut faktoripisteet on laskettu.*

Muuttuja	FA1 Minäpystyvyys	FA2 Itsearvostus
1. Tuntee, että on arvoa ihmisenä	0,560	
2. Uskoo, että omaa monia hyviä ominaisuuksia	0,734	
4. Pystyy tekemään asioita yhtä hyvin kuin muutkin	0,609	
5. Ei ole paljoakaan, josta voisi olla ylpeä (käänt.)	0,394	
6. Omaa myönteisen käsityksen itsestään	0,688	
7. On kaiken kaikkiaan tyytyväinen itseensä	0,721	
3. Kokee epäonnistuneensa monessa asiassa (käänt.)		0,461
8. Toivoisi voivansa kunnioittaa itseään enemmän (käänt.)		0,490
9. Tuntee itsensä hyödyttömäksi ajoittain (käänt.)		0,866
10. Ajattelee, ettei minussa ole mitään hyvää (käänt.)		0,618

* Principal Axis Factoring menetelmä, promax rot, $\lambda \geq 0, 30$

7.4.1 KUVAILEVAT TILASTOLLISET MENETELMÄT

Interventio- ja kontrolliryhmän välisiä eroja muutoksessa tarkasteltiin aluksi parittaisen t-testin avulla. Tämän jälkeen tarkasteltiin oppilaiden lukumääriä masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden vaikeusasteen mukaan. Lopuksi muutosta analysoitiin vielä

regressioanalyysin ja monitasomallinnuksen avulla. Parittaisella t-testillä tarkasteltiin muutosta kunkin neljän muuttujan keskiarvoissa (liite 2). Vertailu alku- ja lopputilanteen välillä tehtiin erikseen interventio- ja kontrolliryhmittäin.

Millainen muutos oppilaiden kokemassa masentuneisuudessa ilmenee?

Interventioryhmässä koetun masentuneisuuden keskiarvo eivät juuri muuttunut. Kontrolliryhmässä koetun masentuneisuuden keskiarvo sen sijaan nousi 0,84 pistettä ($Ka_{alkum.}=2,7$, $sd=4,0$ ja $Ka_{loppum.}=3,6$, $sd=5,6$). Parittainen t-testi osoitti, että ero mittausten välillä oli tilastollisesti merkitsevä ($t=-2,55$, $df=161$, $p<,05$, two-tailed).

Kun tarkastellaan onko oppilaita siirtynyt vaikeusasteesta toiseen intervention aikana, havaitaan, että interventioryhmässä niiden oppilaiden määrä, joilla masentuneisuutta ei ole, tai on vain erittäin lievä, on kasvanut (82,1 % \rightarrow 84,8 %). Ja niiden oppilaiden määrä, joilla on lievää (10,4 % \rightarrow 6,5 %) tai keskivaikeaa (7,3 % \rightarrow 6,5 %) masennusta on vähentynyt hiukan. Loppumittauksessa oli yksi vaikeasti masentunut enemmän kuin alkumittauksessa (taulukko 13).

Kontrolliryhmässä ei masentuneiden tai vain erittäin lievästi masentuneiden oppilaiden määrä on puolestaan vähentynyt (81,6 % \rightarrow 75,9 %). Ja niiden oppilaiden määrä, joilla oli lievää (7,0 % \rightarrow 8,6 %), keskivaikeaa (7,6 % \rightarrow 11,1 %) tai vaikeaa masennusta (3,8 % \rightarrow 4,3 %) on kasvanut.

TAULUKKO 13. Muutos oppilaiden masennuksen vaikeusasteessa (alkumittaus/ loppumittaus). Nuolet kuvaavat muutoksia oppilaiden määrissä kussakin ryhmässä.

Masentuneisuuden vaikeusaste (summapistemäärä 0-36)	Interventioryhmä		Kontrolliryhmä	
	n	%	n	%
ei masentuneisuutta tai vain erittäin lievä (0-4)	302/ 312	82,1/ 84,8	132/ 123	81,6/ 75,9
lievä (5-7)	37/ 26	10,1/ 7,1	13/ 14	8,0/ 8,6
keskivaikea (8-15)	24/ 24	6,5/ 6,5	13/ 18	8,0/ 11,1
vaikea (16-36)	5/ 6	1,4/ 1,6	4/ 7	2,5/ 4,3
yhteensä	368/ 368	100/ 100	162/ 162	100/ 100

Koska tutkimuksen interventiomenetelmänä käytettiin ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevää interventiomenetelmää, on tarkoituksenmukaista tarkastella, millaisia muutoksia niiden oppilaiden kohdalla oli tapahtunut puolen vuoden aikana, jotka alkumittauksessa raportoivat jonkinasteisesta masentuneisuudesta tai ahdistuneisuudesta ($n=96$). Jonkin asteisesta masentuneisuudesta raportoivien oppilaiden osuus alkumittauksessa oli noin 20 % kaikista oppilaista ($N=530$).

Parittainen t-testi osoitti, että jonkin asteisesta masentuneisuudesta kärsivien oppilaiden kohdalla muutosta oli tapahtunut. Interventoryhmässä masentuneisuuspistemäärän keskiarvo oli laskenut noin 2 pistettä ($Ka_{\text{alkum.}}=8,8$, $sd=5,2$ ja $Ka_{\text{loppum.}}=6,8$, $sd=6,1$). Muutos oli tilastollisesti merkitsevä ($t=2,50$, $df=65$, $p<,05$, two-tailed). Kontrolliryhmässä masentuneisuuspistemäärä oli puolestaan noussut 0,6 pistettä ($Ka_{\text{alkum.}}=9,5$, $sd=4,6$ ja $Ka_{\text{loppum.}}=10,1$, $sd=6,7$)

Alkumittauksessa **vaikeasti masentuneiden** oppilaiden summapistemääriä (vaihteluväli 16-36) verratessa huomataan, että interventoryhmän oppilaiden keskiarvo ($Ka_{\text{alkum.}}=22,4$, $sd=7,4$ ja $Ka_{\text{loppum.}}=10,8$, $sd=12,7$) oli laskenut loppumittauksessa huomattavasti enemmän kuin kontrolliryhmän ($Ka_{\text{alkum.}}=18,3$, $sd=4,5$ ja $Ka_{\text{loppum.}}=17,5$, $sd=5,5$) keskiarvo. Ero ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkittävä, sillä ryhmien koko oli hyvin pieni.

Keskivaikeasti masentuneiden oppilaiden masentuneisuutta kuvaavien summapistemäärien (vaihteluväli 8-15) keskiarvot laskivat interventoryhmässä ($Ka_{\text{alkum.}}=10,9$, $sd=2,3$ ja $Ka_{\text{loppum.}}=8,6$, $sd=5,4$) mutteivät kontrolliryhmässä ($Ka_{\text{alkum.}}=10,4$, $sd=2,4$ ja $Ka_{\text{loppum.}}=10,4$, $sd=5,4$). Interventoryhmässä muutos lähestyy tilastollisesti merkitsevää ($t=1,99$, $df=23$ $p=,059$).

Millainen muutos oppilaiden kokemassa ahdistuneisuudessa ilmenee?

Koetun ahdistuneisuuden keskiarvo ei juurikaan muuttunut interventoryhmässä mutta nousi kontrolliryhmässä ($t=-1,95$, $df=161$, $p\le;,05$, two-tailed) (liite 2).

Tarkasteltaessa muutosta oppilaiden ahdistuneisuuden asteessa, huomataan muutoksissa hyvin samantyyppistä suuntaa kuin masentuneisuudessaakin oli tapahtunut (taulukko 14). Interventoryhmässä niiden oppilaiden määrä, joka eivät raportoineet ahdistuneisuutta tai jännittyneisyyttä, oli kasvanut (80,4 % \rightarrow 83,2 %). Ja niiden oppilaiden määrä, jotka

raportoivat lievää ahdistuneisuutta on vähentynyt (17,7 % ->13,9 %). Loppumittauksessa oli kuitenkin 4 keskivaikeasta tai vaikeasta ahdistuneisuudesta kärsivää oppilasta enemmän kuin alkumittauksessa.

Kontrolliryhmässä ei-ahdistuneiden oppilaiden määrä oli puolestaan vähentynyt (75,9 % ->69,1 %). Ja niiden oppilaiden määrä, joilla oli lievää (7,0 % ->8,6 %), tai vaikeaa ahdistuneisuutta (1,9 % -> 3,1 %) kasvoi.

TAULUKKO 14. Muutos oppilaiden ahdistuneisuudessa (alkumittaus/ loppumittaus). Nuolet kuvaavat muutoksia oppilaiden määrissä kussakin ryhmässä.

Ahdistuneisuus (pistemäärä 1-5)	Interventoryhmä		Kontrolliryhmä	
	n	%	n	%
ei ilmaistua ahdistuneisuutta (1-2)	296/ 306	80,4/ 83,2	123/ 112	75,9/ 69,1
lievä jännittyneisyys (3)	65/ 51	17,7/ 13,9	35/ 42	21,6/ 25,9
keskivaikea jännittyneisyys tai ahdistuneisuus (4)	4/ 7	1,1/ 1,9	3/3	1,9/ 1,9
vaikea jännittyneisyys tai ahdistuneisuus (5)	3/ 4	0,8/ 1,1	1/5	0,6/ 3,1
yhteensä	368/ 368	100/ 100	162/ 162	100/ 100

Millainen muutos nuorten raportoimassa itsetunnossa ilmenee?

Parittaisen t-testin mukaan minäpystyvyydessä tai itsearvostuksessa ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta kummassakaan ryhmässä. Ainoastaan interventoryhmässä tapahtunutta pientä nousua oppilaiden raportoimassa minäpystyvyydessä voidaan pitää huomionarvoisena ($t=-1,85$, $df=367$, $p=,065$, two-tailed). Tässä tutkimuksessa merkitsevyyden rajana on pidetty viiden prosentin virhemarginaalia, mutta kymmenen prosentin virhemarginaalilla muutosta voitaisiin pitää tilastollisesti merkitseväenä.

7.4.2 REGRESSIOANALYYSI

Interventio- ja kontrolliryhmän eroja loppumittauksessa tarkasteltiin aluksi graafisesti muodostamalla alku- ja loppumittauksen korrelaatioita kuvaavat regressiosuorat.

Masentuneisuutta (kuvio 8) ja ahdistuneisuutta (kuvio 9) kuvaavista regressiosuorista huomataan, että alku- ja loppumittauksen tulokset ovat yhteydessä toisiinsa. Mitä korkeampi on alkumittauksessa raportoitu pistemäärä, sitä korkeampi on myös lopputilanteen pistemäärä. Regressiosuora osoittaa muuttujien välisen yhteyden voimakkuuden. Nouseva suora kuvaa muuttujien positiivista yhteyttä. Mitä lähempänä vaakatasoa suora on, sitä vähemmän muuttujilla on yhteyttä toisiinsa. Interventoryhmän regressiosuora nousee loivemmin kuin kontrolliryhmän suora ja sen regressio- eli kulmakerroin ($R^2=0,39$) on kontrolliryhmän regressiokerrointa ($R^2=0,44$) pienempi. Tämä tarkoittaa, että interventioon osallistuneiden oppilaiden ennustetaan raportoivan loppumittauksessa kontrolliryhmää alhaisempia arvoja.

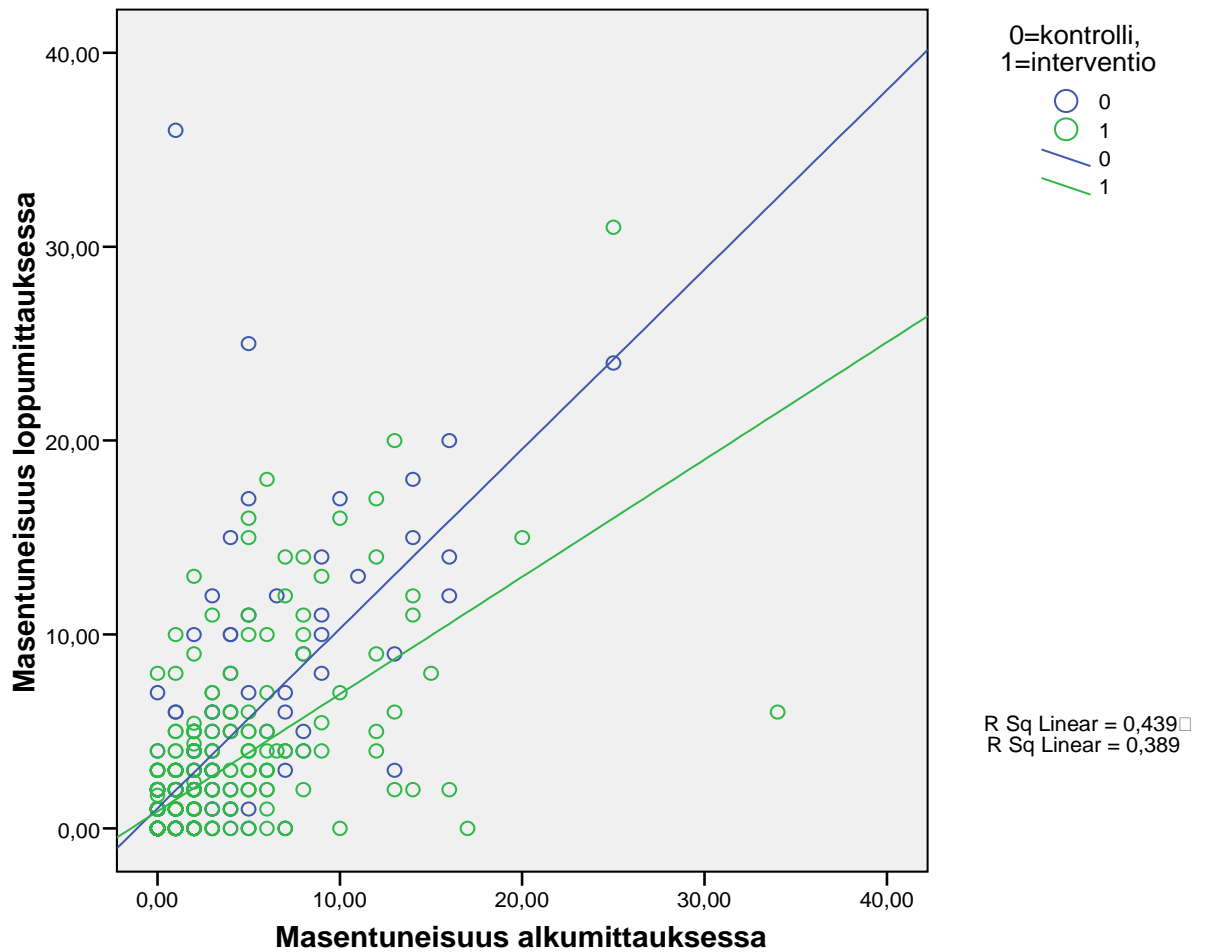
Toisin sanoen regressiokerroin kertoo, että masentuneisuuden ennustettavuus loppumittauksessa alkumittauksen perusteella on parempi kontrolliryhmässä kuin interventoryhmässä. Interventoryhmässä on siis tapahtunut intervention aikana enemmän muutoksia kuin kontrolliryhmässä ja tämä vähentää interventoryhmän alku- ja loppumittauksen välistä korrelaatiota ja näin ollen myös loppumittauksen ennustettavuutta. Interventoryhmän alkumittaus selittää loppumittauksista myös ahdistuneisuudessa vähemmän ($R^2=0,144$) kuin vastaavat mittaukset kontrolliryhmässä ($R^2=0,201$).

Regressiomallin pätevyyttä voidaan arvioida sen mukaan, kuinka lähellä regressiosuoraa havainto sijaitsee. Mitä pienempi havainnon etäisyys suorasta on, sitä parempi on regressiomallin selitys- ja ennustusvoima. Masentuneisuutta alku- ja lopputilanteessa kuvaavat havainnot eivät asetu suoran välittömään läheisyyteen, eli mallin suuret virhetermit (engl. residuaalit) tekevät ennusteista epävarmempia.

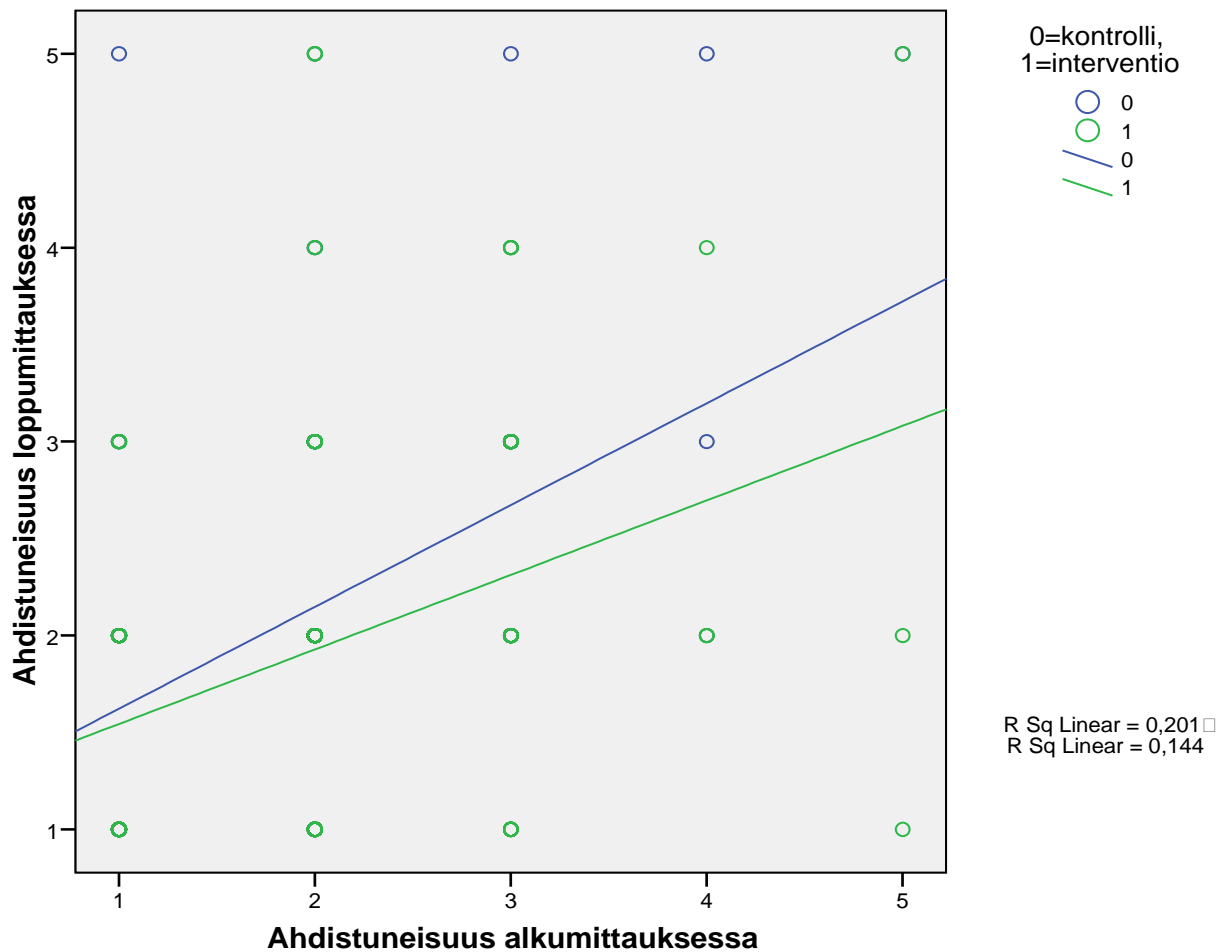
Kuvioissa (10 ja 11) havaitaan muista syrjässä olevia tapauksia (engl. outlier), jotka myös voivat vääristää saatua tulosta. Vaikka äärimmäiset tapaukset yleensä vaikuttavat voimakkaasti kokonaisuuteen, ei tässä kohtaa analyysia äärimmäisiä tapauksia kuitenkaan poistettu, sillä suuressa aineistossa niiden vaikutus on vähäisempi ja alhaisten ja korkeiden arvojen vaikutuksen oletettiin kumoavan toisensa (Tabachnick & Fidell 2007, 124).

Tarkastelussa ei ole tässä vaiheessa analyysia vakioitu mitään taustamuuttujia, eli luokan tai sukupuolen vaikutusta muutokseen ei huomioitu.

Interventio- ja kontrolliryhmien minäpystyvyyttä ja itsearvostusta kuvaavat regressiosuorat eivät poikenneet toisistaan yhtä selkeästi kuin masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta kuvaavat regressiosuorat



KUVIO 10. Alku- ja loppumittauksen yhteys masentuneisuudessa



KUVIO 11. Alku- ja loppumittauksen yhteys ahdistuneisuudessa

Millainen muutos oppilaiden kokemassa masentuneisuudessa ilmenee?

Muodostetussa regressiomallissa (taulukko 15) tarkasteltiin kuinka paljon sukupuoli ja interventio selittävät masentuneisuuden asteesta lopputilanteessa. Lisäksi analyysissä vakioitiin loppumittaus alkumittauksella, jotta muutos saatiin näkyviin. Muodostettu regressiomalli sopi aineistoon hyvin ja sen selitysosuus oli 40,8 %. Mallin selitysosuus on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($df=3$, $F=122.606$, $p<.001$).

Regressiokerroin ($B=-1,01$) kertoo, kuinka paljon masentuneisuuden summapistemäärän keskiarvo muuttui siirryttäessä kontrolliryhmän tarkastelusta interventioryhmän tarkasteluun. Regressioanalyysin mukaan interventioryhmän keskiarvo loppumittauksessa vähenee yhden pisteen enemmän suhteessa kontrolliryhmän summapistemäärään. Keskiarvoja tarkasteltaessa havaittiin, että käytännössä yhden pisteen ero näkyy siten, että

kontrolliryhmässä summapistemäärä on noussut 0,8 pistettä ja interventioryhmällä laskenut 0,2 pistettä (vrt. parittainen t-testi)

TAULUKKO 15. Regressioanalyysi, masentuneisuus loppumittauksessa riippuvana muuttujana*

($R^2=0.412$, $R^2_{Adj.}=0.408$, $N=530$)

Muuttujat	B	β	t	Sig.	Korrelaatiot		
					Zero-order	Partial	Part
kontrolli-/ interventioryhmä	-1,01	-,11	-3,12	<i>p<.01</i>	-,13	-,14	-,10
tytöt/ pojat	-,64	-,072	-2,14	<i>p<.05</i>	-,16	-,09	-,07
masentuneisuus alkumittauksessa	,69	,61	18,08	<i>p<.001</i>	-,63	,62	,61

*luokan vaikutusta ei ole vakioitu

Millainen muutos oppilaiden kokemassa ahdistuneisuudessa ilmenee?

Ahdistuneisuuden muutosta kuvaavassa regressiomallissa tarkasteltiin sukupuolen ja intervention yhteyttä ahdistuneisuuden kokemiseen loppumittauksessa. Kuten edellisessä analyysissä, myös tässä alkumittaus on vakioimassa loppumittausta, jotta mittausten välistä muutosta voitiin tarkastella. Malli sopi aineistoon hyvin. Sen selitysosuus on 18,9 %, joka on huomattavasti pienempi kuin edellisessä masentuneisuutta kuvaavassa mallissa, mutta kuitenkin tilastollisesti erittäin merkitsevä ($df=3$, $F=42.061$, $p<.001$).

Jälleen tarkasteltaessa eroa kontrolli- ja interventioryhmän välillä ahdistuneisuuden muutoksen suhteen ($B=-,23$) (taulukko 16), huomataan, että muutos on samansuuntainen kuin masentuneisuudessa. Regressioanalyysin mukaan interventioryhmän keskiarvo loppumittauksessa vähenee 0,2 pistettä enemmän suhteessa kontrolliryhmän summapistemäärään. Keskiarvotarkastelussa havaittiin, että käytännössä ahdistuneisuuspisteissä on tapahtunut hyvin pientä nousua kontrolliryhmässä, mutta interventioryhmän keskiarvo on säilynyt ennallaan.

TAULUKKO 16. Regressioanalyysi, ahdistuneisuus loppumittauksessa riippuvana muuttujana*

($R^2=0.193$, $R^2_{Adj.}=0.189$, $N=530$)

Muuttujat	B	β	t	Sig.	Korrelaatiot		
					Zero-order	Partial	Part
kontrolli-/interventoryhmä	-,23	-,12	-3,16	$p<.01$	-,15	-,14	-,12
tytöt/ pojat	-,20	-,12	-3,01	$p<.01$	-,18	-,13	-,12
ahdistuneisuus alkumittauksessa	,406	,38	9,50	$p<.001$,41	,38	,37

*luokan vaikutusta ei ole vakioitu

Millainen muutos oppilaiden kokemassa itsetunnossa ilmenee?

Vastaavat regressiomallit muodostettiin myös minäpystyvyydestä ja itsearvostuksesta (taulukot 17 ja 18). Minäpystyvyyden kokemusta lopputilanteessa kuvaavan mallin selitysosuus on 46 %, joka oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($df=3$, $F=151.032$, $p<.001$). Itsearvostuksen selitysosuus on 38 %, joka oli myös tilastollisesti erittäin merkitsevä ($df=3$, $F=109.112$, $p<.001$).

Kontrolli- ja interventoryhmien välille ei muodostunut eroja raportoidussa itsearvostuksessa. Alku- ja loppumittauksen keskiarvot itsearvostuksessa eivät juuri muuttuneet mittausten välillä, minäpystyvyydessä ryhmien välillä on nähtävissä pientä eroa, joka on tilastollisesti merkitsevä. (taulukko 18).

TAULUKKO 17. Regressioanalyysi, minäpystyvyys loppumittauksessa riippuvana muuttujana*

($R^2=0.463$, $R^2_{Adj.}=0.460$, $N=530$)

Muuttujat	B	β	t	Sig.	Korrelaatiot		
					Zero-order	Partial	Part
kontrolli-/interventioryhmä	,14	,07	1,99	$p<.05$,14	,09	,06
tytöt/ pojat	,19	,07	2,98	$p<.01$,20	,13	,10
minäpystyvyys alkumittauksessa	,71	,04	19,90	$p<.001$,67	,66	,64

*luokan vaikutusta ei ole vakioitu

TAULUKKO 18. Regressioanalyysi, itsearvostus loppumittauksessa riippuvana muuttujana*

($R^2=0.384$, $R^2_{Adj.}=0.380$, $N=530$)

Muuttujat	B	β	t	Sig.	Korrelaatiot		
					Zero-order	Partial	Part
kontrolli-/interventioryhmä	,07	,03	0,97	-	,07	,04	,03
tytöt/ pojat	,12	,06	1,81	-	,19	,08	,06
itsearvostus alkumittauksessa	,62	,04	17,14	$<p.001$,62	,60	,59

*luokan vaikutusta ei ole vakioitu

7.4.3 MONITASOMALLINNUS

Monitasomallinnuksen avulla täydennettiin ja tarkistettiin regressioanalyysillä saatuja tuloksia. Tutkimusjoukko muodostui 38 luokasta, ja mallinnus tehtiin luokkatasolla. Menetelmä mahdollisti luokkien vaihtelun vakioimisen, jolloin analyysin tuloksista tuli tarkempia ja luotettavampia.

Monitasomallinnuksella saatiin hyvin samansuuntaisia tuloksia kuin aiemmin regressioanalyysissä. Muutokset alku- ja loppumittauksen välillä tulivat nyt hieman

selvemmin näkyviin, koska menetelmässä luokkien keskiarvojen vaihtelua oli pienennetty vakioimalla luokan vaikutus.

Millainen muutos oppilaiden kokemassa masentuneisuudessa ilmenee?

Kontrolli- ja interventioryhmän välinen ero masentuneisuuden pistemäärän muutoksessa oli edelleen noin yhden pisteen suuruinen (taulukko 19). Monitasomallinnuksen laskemat loppumittauksen keskiarvot (engl. estimated marginal means)²⁰, joissa ryhmien alkutilanne on vakioitu yhtä suureksi, konkretisoivat tulosta: Kontrolliryhmän keskiarvo loppumittauksessa oli 3,6 (*sd*=5,6) ja interventioryhmän keskiarvo oli 2,3 (*sd*=3,8) Masentuneisuuden summapistemäärä sai arvoja välillä 0-36. Pistearvot 0-4 viittaavat ei-masentuneiden ryhmään.

TAULUKKO 19. Monitasomallinnus, masentuneisuus loppumittauksessa riippuvana muuttujana

Parametri	Estimaatti	Keskivirhe	<i>F</i>	Sig.
masentuneisuus alkumittauksessa	0,70	0,04	322,80	<i>p</i> <.001
tyttö/ poika	-0,66	0,30	4,88	<i>p</i> <.05
kontrolli/ interventio	-1,04	0,37	8,00	<i>p</i> <.01

*luokan vaikutus huomioitu

Muutosta masentuneisuuden summapistemäärässä tarkasteltiin myös monitasomallinnuksella vain niiden oppilaiden keskuudessa, jotka olivat alkumittauksessa raportoineet joko lievästä, keskivaikeasta tai vakavasta masentuneisuudesta (n=96).

Tarkastelussa havaittiin, että masentuneisuutta kuvaava summapistemäärä laski keskimäärin 3,4 pistettä enemmän interventioryhmällä kuin kontrolliryhmällä (taulukko 20). Kontrolliryhmän keskiarvo loppumittauksessa oli 9,1 (keskivirhe=1,03) ja interventioryhmän keskiarvo oli 6,2 (keskivirhe=,69) Masentuneisuuden summapistemäärä sai arvoja välillä 0-36. Pistearvot 5-7 viittaavat lievästi masentuneiden ryhmään ja pistearvot 8-15 keskivaikeasti masentuneiden ryhmään.

²⁰ Tässä osiossa raportoidut, monitasomallinnuksella lasketut keskiarvot poikkeavat hieman aiemmin parittaisella t-testillä lasketuista keskiarvoista.

Analyysistä ei siis selviä suoraan kontrolliryhmän pistemäärän muutos, vaan muutosten suhde kontrolli- ja interventioryhmien pistemäärissä.

TAULUKKO 20. Monitasomallinnus, masentuneisuus loppumittauksessa riippuvana muuttujana (n=96)

Parametri	Estimaatti	Keskivirhe	F	Sig.
masentuneisuus alkumittauksessa	,42	,12	13,06	p<0,001
tyttö/ poika	-3,70	1,22	9,24	p<0,01
kontrolli/ interventio	-3,41	1,40	5,90	p<0,05

* Luokan vaikutus huomioitu

Millainen muutos oppilaiden kokemassa ahdistuneisuudessa ilmenee?

Myös ahdistuneisuudessa muutoksen ero kontrolli- ja interventioryhmän välillä oli lähestulkoon sama kuin regressioanalyysissä, noin 0,2 pistettä (taulukko 21). Muutoksen tilastollinen merkitsevyys nousi monitasomallinnuksessa analyysissä hieman korkeammaksi ($p<0,01$) kuin regressioanalyysissä. Monitasomallinnuksen laskemat ahdistuneisuuspistemäärän keskiarvot lopputilanteessa kertovat interventioryhmässä esiintyneestä, kontrolliryhmää alhaisemmasta keskiarvosta ($Ka_{kontr.}=2,16$, $sd=0,90$ ja $Ka_{int.}=1,89$, $sd=0,78$).

TAULUKKO 21. Monitasomallinnus, ahdistuneisuus loppumittauksessa riippuvana muuttujana

Parametri	Estimaatti	Keskivirhe	F	Sig.
ahdistuneisuus alkumittauksessa	0,41	0,04	90,25	p<0,001
tyttö/ poika	-0,20	0,07	9,08	p<0,01
kontrolli/ interventio	-0,22	0,07	10,01	p<0,01

*luokan vaikutus huomioitu

Millainen muutos oppilaiden kokemassa itsetunnossa ilmenee?

Minäpystyvyydessä kontrolli- ja interventioryhmien välinen ero muutoksessa tulee heikosti näkyville. Muutos lähestyy tilastollisesti merkitsevää ($p=.08$) (taulukko 22). Tässä tutkimuksessa merkitsevyyden rajana on pidetty viiden prosentin virhemarginaalia, mutta kymmenen prosentin virhemarginaalilla muutosta voitaisiin pitää tilastollisesti merkitsevänä. Kontrolliryhmän keskiarvo loppumittauksessa on 3,24 ($sd=0,65$) ja interventioryhmän keskiarvo 3,42 ($sd=0,57$).

TAULUKKO 22. Monitasomallinnus, minäpystyvyys loppumittauksessa riippuvana muuttujana

Parametri	Estimaatti	Keskivirhe	F	Sig.
minäpystyvyys alkumittauksessa	0,71	0,04	388,46	$p<.001$
tyttö/ poika	-0,20	0,06	9,97	$p<.01$
kontrolli/ interventio	-0,16	0,09	3,26	$p=.08$

*luokan vaikutus huomioitu

Oppilaiden kokemassa itsearvostuksessa ei tehtyjen analyysien perusteella tapahtunut muutosta kummassakaan ryhmässä (taulukko 23).

TAULUKKO 23 Monitasomallinnus, itsearvostus loppumittauksessa riippuvana muuttujana

Parametri	Estimaatti	Keskivirhe	F	Sig.
itsearvostus alkumittauksessa	0,62	0,04	292,54	$p<.001$
tyttö/ poika	0,12	0,06	3,69	-
kontrolli/ interventio	0,08	0,08	0,95	-

*luokan vaikutus huomioitu

Oppilaiden kokema itsetunto osoittautui vakaammaksi muuttujaksi kuin masentuneisuus ja ahdistuneisuus. Ainoastaan itsetunnon minäpystyvyyden osa-alue kohosi hieman interventioryhmässä.

8 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELU

8.1 TUTKIMUKSEN MENETELMÄLLISET RAJOITTEET

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota yhtäältä reliabiliteettiin eli mittauksen tarkkuuteen ja virheettömyyteen ja toisaalta validiteettiin eli tutkimuksen kykyyn ja pätevyyteen mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 216-218).

Validiteettitarkastelussa on tärkeää, että tutkimuksen luotettavuutta mahdollisesti alentavat seikat pyritään huomioimaan jo etukäteen (Heikkilä 2002, 29). Tämän tutkimuksen validiteetti pyrittiin varmistamaan tutkimusasetelman huolellisella suunnittelulla. Tutkimuksen osanottajat koostuivat monen koulun (7) ja usean luokan (38) oppilaista. Koulut sijaitsivat eri paikkakunnilla ja mukana tutkimuksessa oli niin pieniä kuin suuriakin kouluja. Interventio- ja kontrolliluokkien valinnassa tähdättiin mahdollisimman samankaltaisten ryhmien valitsemiseen ja pääosin interventio- ja kontrolliluokat olivatkin samoissa kouluissa. Tutkimuksessa käytettiin olemassa olevia ja jo aiemmin validoituja mittareita.

Vanhempien lupien saaminen osoittautui tosin käytännön syistä (unohtelut, katoamiset, väärinymmärrykset) ongelmalliseksi ja tästä johtuen aineiston keruussa tapahtui jonkin verran katoa. Hawthorne -efektin²¹ pienentämiseksi oppilaille kerrottiin tutkijan olevan kiinnostunut siitä millaisena seitsemäsluokkalaiset kokevat oman elämänsä; näin pyrittiin välttämään tutkimuksen liittämistä Friends-ohjelmaan heidän mielissään.

Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä mihin tilanteisiin tulokset yleistyvät ja kuinka yleistettävä tutkimus ylipäänsä on. Satunnaisvirheen välttämiseksi otoksen tulee olla riittävän suuri (Heikkilä 2002, 75). Jokaiseen otantatutkimukseen sisältyy kuitenkin virhemahdollisuus. Riski on sitä suurempi, mitä pienemmästä otoksesta yritetään vetää johtopäätöksiä (Holopainen & Pulkkinen 2002, 36). Tässä tutkimuksessa tutkimusjoukko oli melko suuri (N=610). Alku- ja lopputilanteen vertailu tehtiin 530 oppilaan aineistolla. Interventioyhmän (n=425) koko oli yli kaksinkertainen verrattuna kontrolliryhmän (n=185) kokoon. Vaikka samankokoiset ryhmät tekisivät tarkastelusta luotettavamman, on

²¹ Hawthorne-efektillä tarkoitetaan sitä, että osanottajat tilapäisesti muuttavat käyttäytymistään tietäessään olevansa mukana tutkimuksessa (Metsämuuronen 2005, 1136).

kontrolliryhmä toisaalta itsessään riittävän kokoinen tilastollisten menetelmien käyttöön. Vuonna 2008 Suomessa oli 25 864 seitsemäsluokkalaista, joten otos oli noin 2,4 % populaatiosta (Tilastokeskus 2009). Virhemarginaali oli tässä tutkimuksessa 1,1 % - yksikköä kun erehtymisriski on 5 %. Tulokset voidaan yleistää kuitenkin vain tutkittujen koulujen 7. -luokkalaisiin, sillä otantaa ei ollut mahdollista tehdä kontrolloimalla kaikkia alueelliseen, sosioekonomiseen ja koulun luonteeseen (sijainti, koko) vaikuttavia tekijöitä.

Heikkilän (2002, 76-77) mukaan tutkimukseen vastanneet ovat yleensä erilaisia kuin siihen vastaamatta jättäneet ja kato vääristää tutkimustuloksia. Luotettavuutta arvioitaessa on siis syytä pohtia, keitä olivat ne oppilaat (n=80), jotka olivat poissa loppumittauspäivänä. Verrattaessa alkumittaukseen osallistuneita oppilaita (N=610) ja loppumittaukseen osallistuneista oppilaita (n=530) eivät ryhmät poikenneet toisistaan koetun masentuneisuuden, ahdistuneisuuden tai itsetunnon suhteen. Joukko oppilaita (n=189) jätti osallistumatta alkumittaukseen, koska he olivat poissa alkumittauspäivänä tai eivät palauttaneet tai saaneet vanhempien lupaa osallistua tutkimukseen; heistä ei kuitenkaan ole tarkempaa tietoa.

Tutkimuksen sisältövaliditeettia tarkasteltaessa kiinnitetään huomiota siihen, että mittarin ja teorian käsitteet ovat oikein operationalisoituja ja että ne kattavat tutkitun ilmiön riittävän laajasti ja monitahoisesti. Rosenbergin itsetuntomittarin käsitevalidiutta on tutkittu paljon (esim. Grey- Little, Williams, Hancock 1997; Marsh 1996; Smitt & Allik 2005; Tafarodi & Milne 2002; Tafarodi & Swann 1995) ja analysoitu, mikä on se nimenomainen muuttuja, jota mittarin osiot mittaavat. Itsetunnon ollessa hyvin laaja ja monitulkintainen käsite on myös mittarin taustalla oleva itsetunto-muuttuja herättänyt paljon keskustelua. Yhtäältä Rosenbergin itsetuntomittarin oletetaan mittaavan kokonaisvaltaista, yleismaailmallista itsetuntoa. Toisaalta sen voidaan tulkita edustavan itsetunnon eri osa-alueita. Viisi mittarin kymmenestä osiosta on esitetty negatiivimuodossa ja joidenkin tulkintojen mukaan nämä osiot muodostavat negatiivista itsetuntoa kuvaavan muuttujan. Myös tässä tutkimuksessa lähes kaikki kielteisessä muodossa ilmaistut väittämät latautuivat omaan faktoriinsa, josta muodostettiin itsearvostusta kuvaava summamuuttuja. Itsearvostuksen Cronbachin $\alpha = ,80$ ja minäpystyvyyden Cronbachin $\alpha = ,79$.

Luotettavuustarkastelussa onkin syytä pohtia perustuuko jako kahteen faktoriin ainoastaan väittämien kieliasuun vai onko osio jaettavissa sisällöllisen eroavaisuuden perusteella kahdeksi summamuuttujaksi, kuten tässä tutkimuksessa tehtiin.

Oppilaiden on vaikeampi vastata negatiivimuodossa esitettyihin väittämiin (Schmitt, Allik 2005, 638). Jos oppilas on ensin vastannut ”samaa mieltä” myönteisiin väittämiin, voi helpommin tahattomasti vastata ”samaa mieltä” myös kielteisiin väittämiin. Myös Marsh (1996, 811-812) muistuttaa tutkimuksessaan, että kielteisiin väittämiin vastaaminen on yhteydessä vastaajien kielellisiin kykyihin, ja negatiivissa ilmaistuja väittämiä ei näin ollen tulisi käyttää pienille lapsille suunnatuissa kyselyissä. Tämän tutkimuksen tutkimusjoukon muodostivat 13 -vuotiaat nuoret, joiden voidaan olettaa ymmärtäneen väittämät oikein. Toisaalta kahdessa koulussa (koulut 1 ja 2) oli paljon maahanmuuttajataustaisia oppilaita, joiden suomenkielen taito ei vastannut ikätasoa.

Schmitt ja Allik (2005, 637) ehdottavat lisäksi, että negatiiviset väittämät sisältävät ennakkokäsityksen, joka edesauttaa kielteisempien vastausten antamista kuin myönteiset väittämät. Näin vastaajien itsetunto saa alhaisempia arvoja kielteisten kuin myönteisten väittämien yhteydessä. Myös tässä tutkimuksessa itsearvostus muuttuja, joka sisälsi ainoastaan kielteisessä muodossa esitettyjä väittämiä, oli lähes normaalisti jakautunut. Minäpystyvyys muuttuja, joka pääasiassa koostui myönteisesti ilmaistuista väittämistä, oli puolestaan jakaumaltaan erittäin vino, vastausten painottuessa korkeisiin arvoihin.

Metsämuurosen (2005, 64-65) mukaan tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen. Tässä tutkimuksessa käytettyä mieliala- (RBDI), ja itsetuntomittaria (RSES) on käytetty lukuisissa tutkimuksissa aiemmin. Mielialakyselyä on käytetty Suomessa lähes kolmekymmentä vuotta ja se on osoittautunut toimivaksi masennus- ja ahdistusoireilua mittaavaksi kyselyksi koululaisten ja opiskelijoiden keskuudessa. Raitasalon (2007) tutkimuksessa analysoitiin mielialakyselyn luotettavuutta ja käytännön toimivuutta viidenkymmenen julkaistun tutkimuksen perusteella. Masennusoireilua mittaavien kysymysten sisäinen yhtäpitävyys vaihteli suomalaisissa aineistoissa välillä 0,66 - 0,93. Tässä tutkimuksessa mielialamittarin reliabiliteettia kuvaava Cronbachin $\alpha=,87$ eli erittäin hyvä ja myös yhdenmukainen Raitasalon tutkimuksen kanssa. Myös toista tässä tutkimuksessa käytettyä mittaria, itsetuntoa mittavaa RSES- mittaria on käytetty laajasti. Mittarin toimivuutta ja soveltuvuutta kokonaisvaltaisen itsetunnon mittaamiseen on tutkittu paljon. Mittarin on tulkittu mittaavan myös itsetunnon

eri osa-alueita. Kaikkien muuttujien reliabilisuus tarkistettiin vielä katsomalla, että saadut arvot olivat yhtenäisiä loppumittausaineiston kanssa. Mittareita tarkasteltaessa on lisäksi huomioitava, että tutkimuksessa käytettiin itsearviointimittareita. Arkaluonteisia aiheita koskeviin kysymyksiin valitaan yleisesti hyväksytyjä vaihtoehtoja ja sosiaalisesti hyväksyttävät vastaukset koetaan suotavammiksi.

Faktorianalyysi suoritettiin eri menetelmillä, joista kaikissa valitut kaksi faktoria muodostuivat samoista osioista. Valittu faktoriratkaisu tarkistettiin vielä loppumittausaineistolla, josta saatiin sama tulos. Muodostettua faktoriratkaisua voidaan näin ollen pitää luotettavana. Viimeiseen tutkimuskysymykseen vastattaessa itsetuntomuuttujat analysoitiin käyttäen faktoripisteiden mukaisia arvoja. Faktoripisteet laskettiin Principal Axis Factoring –menetelmällä, joka jälleen tuotti samanlaiset faktorit.

Koska muuttujien varianssit eivät olleet yhdenmukaisia ja jakaumat normaaleja, testattiin ryhmien välisiä eroja kolmella testillä (t- testi, mann-whitney -testi ja varianssianalyysi). Mitatut ilmiöt olivat populaatiossa vinoja, joten vaikka otanta olisi ollut suurempi tai satunnaistettu, ei jakaumista olisi saatu normaalisti jakautuneita. Tulososiossa päädyttiin raportoimaan ainoastaan varianssianalyysin tulokset, sillä kaikkien testien tulokset olivat yhdenmukaisia.

Luokkien jakautuminen interventio- ja kontrolliryhmiin ei ollut täysin satunnaistettua, sillä muun muassa lukujärjestyksellisistä syistä määräytyi, mitkä luokista osallistuivat ohjelmaan. Lisäksi joidenkin luokkien kohdalla oli käytetty interventioon osallistumisen perusteena sitä, että ”juuri tämä luokka varmasti hyötyisi tästä”, mutta myös päinvastaisia perusteita kuultiin: ”se luokka on sen verran hankala, ettei sinne tätä ohjelmaa”. Kontrolli- ja interventioryhmät poikkesivat toisistaan hieman lähtötilanteessa. Kontrolliryhmän oppilaat olivat hiukan ahdistuneempia kuin interventioryhmän oppilaat. Lisäksi kontrolliryhmän oppilaat saivat hiukan alhaisempia arvoja minäpystyvyydessä kuin interventioryhmän oppilaat. Vertailevissa analyyseissä alkutilanne vakioitiin aina kaikkien muuttujien kohdalla, joten erot alkutilanteessa eivät vääristäneet tutkimustuloksia.

Luotettavuustarkastelussa on syytä huomioida myös vaikuttavuuden tutkimisen ongelmallisuus. Käyttäytymistieteissä vaikutukset ovat moninaisia ja näkyvät pitkien aikojen kuluttua, ja siksi niitä on vaikea saada mittareilla kiinni. Vaikutuksia tutkittaessa seurantamittaukset ja kvantitatiivisten ja kvalitatiivisten menetelmien yhdistäminen olisi

tuloksellisinta. Pitkän aikavälin seurannasta tai menetelmien yhdistämisestä huolimatta ei voida varmuudella sanoa mikä tai mitkä tekijät vaikutukseen oli yhteydessä, puhumattakaan mistä tekijöistä vaikutuksen voidaan ajatella johtuvan.

Ennaltaehkäisevissä interventioissa mahdollisten vaikutusten oletetaan näyttäytyvän vasta myöhemmin, kun osallistujilla on ollut aikaa pohtia interventioiden aikana käsiteltäviä asioita, sekä soveltaa niitä omassa arjessaan. Toisaalta on myös mahdollista, että intervention jälkeinen muutos vähenee ajan myötä.

Tutkimuksessa tarkasteltiin lukukauden mittaisen intervention vaikuttavuutta. Muutoksiin alku- ja loppumittauksen välillä saattoi vaikuttaa monet muut tekijät, joita ei voitu kontrolloida. Tällaisia tekijöitä voivat olla esimerkiksi luokkien väliset erot lähtötilanteessa, ohjaajien motivaatio ja innostuneisuus sekä koulun rakenteiden mahdollistamat resurssit ohjelman implementoinnille (kuten käytettävissä oleva suunnittelu-aika ja työparimahdollisuus). Tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, kuinka interventio luokissa toteutettiin ja toteutuksessa on saattanut esiintyä luokka- ja koulukohtaista vaihtelua. Esimerkiksi kahdessa luokassa ohjelma toteutukseen käytettiin viisi kaksoistuntia, kun muissa luokissa ohjelmaan käytettiin kymmenen viikoittaista tuntia. Valideillakin mittareilla voidaan siis saada vain rajallista tietoa intervention vaikutuksista.

8.2 TUTKIMUSTULOSTEN TARKASTELUA

8.2.1 OPPILAIKEN MASENTUNEISUUDEN JA AHDISTUNEISUUDEN TARKASTELUA

Tarkasteltaessa tähän tutkimukseen osallistuneiden oppilaiden masentuneisuutta, huomataan, että tutkimustulokset ilmentävät aiemmissä tutkimuksissa raportoituja nuorten masennuksen esiintymismääriä. Masentuneisuudesta on niin kotimaisissa kuin kansainvälisissäkin tutkimuksissa todettu kärsivän noin 15-20 % nuoruusikäisistä. Tässä aineistossa jonkin asteisesta masentuneisuudesta raportoi 18,7 % oppilaista. Vakavasta masentuneisuudesta puolestaan arvioidaan kärsivän noin 2-10 % nuoruusikäisistä (Barrett & Turner 2004, 429-430; Haarasilta 2003, 22, Speier ym. 1995, 480). Tässä aineistossa vaikeasta masentuneisuudesta raportoi 2 % oppilaista ja keskivaikeasta masentuneisuudesta 7,4 % oppilaista. Luokkatasolle yleistettynä tämä tarkoittaa, että jokaisella tutkimukseen osallistuneella luokalla on keskimäärin kaksi jonkin asteisesta masentuneisuudesta kärsivää oppilasta.

Tytöt kokivat itsensä masentuneemmiksi kuin pojat. Tytöt raportoivat poikia enemmän sekä lievää, keskivaikeaa että vaikeaa masentuneisuutta. Tyttöjen keskivaikea masentuneisuus oli lähes kaksinkertainen poikiin verrattuna. Tämä tulos on linjassa aiempien tutkimusten kanssa, joiden mukaan lapsuusiässä tytöillä ja pojilla on masennushäiriöitä suurin piirtein yhtä paljon, mutta nuoruusikäisten tyttöjen masennuksen yleisyys on noin kaksinkertainen poikiin nähden (Haarasilta 2003, 22; Karlsson & Marttunen 2007, 8-9; Sourander, Niemelä, Santalahti, Helenius, Piha, 2008).

Masennusoireilua yksityiskohtaisemmin tarkasteltuna aineistosta nousi esiin nuorille tyypilliset ulkonäköpaineet ja väsymys. Jopa kolmasosa oppilaista oli huolissaan, että näyttää epämiellyttävältä tai oli peräti varma, että näyttää rumalta. Viidesosa oppilaista koki olevansa herätessään väsyneempi kuin ennen. Havainnot tukevat muiden tutkimusten, kuten kouluterveyskyselyn (STAKES 2007) tuloksia, jossa on raportoitu muun muassa nuorten kokemasta lisääntyneestä väsymyksestä. Huomionarvoinen havainto oli lisäksi, että vain alle 20 % oppilaista kokee päätösten tekemisen itselleen helpoksi. Juuri tässä iässä valintojen tekeminen jo pelkästään koulumaailmassa lisääntyy, joten sosiaalinen tuki, erilaiset ongelmanratkaisutaidot sekä itseluottamuksen ja kyvykkyyden vahvistaminen tuntuvat näin ollen tarpeellisilta teemoilta. Myönteisenä havaintona tarkastelussa

huomattiin, että nuoret suhtautuivat tulevaisuuteen toiveikkaasta ja oma elämä koettiin myönteisenä.

Tutkimustulokset osoittivat, että oppilaiden masentuneisuudessa ilmeni merkitseviä koulukohtaisia eroja. Korkeimman masentuneisuutta kuvaavan keskiarvon saaneessa koulussa kaikkien oppilaiden keskiarvo ylitti alkumittauksessa neljä pistettä, joka lukeutuu jo lievän masentuneisuuden vaikeusasteeseen. Neljä pistettä sinällään on pieni luku, kun masentuneisuussummapistemäärän vaihteluväli on peräti 0-36 pistettä. Mutta siihen nähden, että suurin osa, noin 80 %, oppilaista raportoi ei-masentuneisuudesta kertovaa summapistemäärää eli 0-4 pistettä ja vain 2 % oppilaista raportoi yli 16 pistettä, voidaan yli 4 pisteen koulukohtainen keskiarvo tulkita korkeaksi. Kahdessa korkeimman pistemäärän saaneessa koulussa oli paljon maahanmuuttajataustaisia oppilaita. Maahanmuuttajilla on todettu (esim. Barrett, Moore & Sonderegger 2000) olevan korkea masentuneisuusriski. Tämä saattaa olla eräs selitys havaituille koulukohtaisille eroille.

Oppilaiden kokema jännittyneisyys ja ahdistuneisuus noudatteli pitkälti samanlaista jakaumaa kuin masentuneisuus. Hieman reilu kaksikymmentä prosenttia (21,3 %) oppilaista raportoi kokevansa jonkinasteista jännittyneisyyttä tai ahdistuneisuutta. Tämäkin tulos on hyvin yhdenmukainen muiden tutkimusten kanssa, joissa noin 18 % nuorista kärsii sosiaalisten tilanteiden pelosta ja vetäytymiskäyttäytymisestä (esim. Ranta ym. 2007). Kuten masentuneisuudessa, myös ahdistuneisuudessa tytöt raportoivat selkeästi poikia korkeampia jännittyneisyys- ja ahdistuneisuus arvoja. Aineistossa havaittiin paitsi koulukohtaisia, myös vahvoja luokkakohtaisia eroavaisuuksia masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden kokemisessa. Pääsääntöisesti luokat olivat linjassa kouluittain mutta yksittäisten luokkien keskiarvot saattoivat poiketa selkeästi koulujen muiden luokkien keskiarvoista. Näin ollen rinnakkaisluokkien välillä saattoi olla suuriakin eroja masentuneisuuden, jännittyneisyyden ja ahdistuneisuuden kokemisessa. Tästä tuloksesta on tulkittavissa, että luokka voi olla hyvin määrittävä tekijä paitsi ilmapiirin muodostumisessa, myös yleisen luokkahengen ja ilmaston yleistymisessä. Luokasta voidaan ajatella kehittyvän omanlaisensa yksikkö.

Masentuneisuus ja ahdistuneisuus olivat voimakkaasti yhteydessä toisiinsa myös tässä tutkimuksessa. Tämä tulos oli odotettavissakin, sillä ahdistuneisuus nähdään tyypillisenä oireena monissa psyykkisissä sairauksissa kuten masennuksessa. Hoitamattomana ahdistuneisuus voi jopa muuttua masentuneisuudeksi (Cole, Peeke, Martin, Truglio,

Seroczynski, 1998). Masentuneisuudella ja ahdistuneisuudella on todettu olevan myös samantyyppisiä oireita (Laine 2001, 99).

8.2.2 OPPILAIDEN ITSETUNNON TARKASTELUA

Itsetunto jaettiin tässä tutkimuksessa kahteen osa-alueeseen, minäpystyvyyteen ja itsearvostukseen. Koska itsetuntomittariin ei ole kehitetty raja-arvoja hyvälle tai heikolle itsetunnolle, ei oppilaiden itsetunnon hyvyttä tai heikkoutta voida yksiselitteisesti määritellä. Oppilailla voidaan kuitenkin sanoa olevan pääsääntöisesti erittäin hyvä minäpystyvyyden tunne. Oppilaat arvioivat minäpystyvyytensä selvästi korkeammaksi kuin itsearvostuksen. Itsearvostukseen verrattuna, minäpystyvyys keräsi huomattavasti enemmän korkeita ääriarvoja, kun taas itsearvostus noudatteli normaalijakaumaa, jolloin esiintyi sekä korkeaa, keskitasoista että heikkoa itsearvostusta.

Aiempien itsetuntotutkimusten mukaan ihmisillä on taipumus kuvata itsetuntoaan pikemminkin korkeaksi kuin matalaksi. Muun muassa Baumeister, Tice ja Hutton (1989) ovat analysoineet itsetuntotutkimuksia ja huomanneet, että itsetunto saa tyypillisesti arvoja mittarin skaalan suurimman pistemäärän ja puolivälin väliltä. Vain hyvin harvat saavat heikkoa itsetuntoa kuvaavia alhaisia pistemääriä. Myös Schmittin ja Allikin (2005) tutkimuksessa, jossa vertailtiin eri kansallisuuksien itsetuntoa ja RSES- mittarin toimivuutta eri kulttuureissa²², saivat kaikki kansallisuudet teoreettista keskiarvoa korkeamman pistemäärän. Lisäksi Schmitt ja Allik havaitsivat, että länsimaisten ja itämaisten kulttuurien tulokset poikkesivat toisistaan. Individualistisissa kulttuureissa, kuten USAssa, minäpystyvyys, johon liittyi tavoitteellisuus, kyvykkyys ja itsenäisyys sai korkeita arvoja. Kollektiivisissa kulttuureissa, kuten esimerkiksi Kiinassa, itsearvostus, joka myös tämän tutkimuksen mukaan liittyy sosiaaliseen osallisuuteen, sai puolestaan minäpystyvyyttä korkeampia arvoja.

Itsetunnon on todettu aiemmissa tutkimuksissa (esim. Motl 2009) vaihtelevan sukupuolittain. Salmivalli (2007) huomauttaa, että lähes kaikissa itsetunnon sukupuolieroja selvittäväissä tutkimuksissa tytöillä ja naisilla on todettu olevan poikia ja miehiä alhaisempi itsetunto. Hän arvelee, että tyttöjen alemmat arvot saattavat selittyä sillä, että tytöt arvioivat itseään vaatimattomammin kuin pojat. Myös tässä aineistossa pojat arvioivat

²² Mittari käännettiin 28 kielelle ja osallistujia oli yhteensä 53 eri maasta.

itsetuntonsa tyttöjä korkeammaksi. Tyttöjen ja poikien välillä oli merkitsevä ero niin minäpystyvyydessä kuin itsearvostuksessakin. Oppilaat olivat tässä aineistossa arvioineet itsearvostuksensa minäpystyvyyttään heikommaksi.

Itsearvostus tulkittiin tässä tutkimuksessa osittain sosiaalisesti peilautuvaksi ilmiöksi, sillä usein nuoret määrittävät omaa arvoaan muilta saadun palautteen perusteella. Myös Greenwaldin, Bellezzan ja Banajin (1988) mukaan itsearvostukseen liittyy vahvasti sosiaalinen näkökulma. Heidän tutkimuksensa osoitti, että sosiaalinen ahdistuneisuus ja huoli negatiivisen arvioinnin kohteeksi joutumisesta on yhteydessä sekä heikkoon itsetuntemukseen, että heikkoon itsearvostukseen. Pölkki (2001, 126) pitää huomionarvoisena, että suomalaisten koululaisten itsearvostus on osoittautunut merkitsevästi alhaisemmaksi kuin heidän pohjoismaisilla ikätovereillaan.

Heikon itsetunnon ja masentuneisuuden on todettu olevan yhteydessä toisiinsa (esim. Cronkite & Moos 2001). Masentuneisuusoireilun ja heikon itsetunnon yhteys näyttäytyi myös tässä aineistossa. Erityisesti minäpystyvyydellä oli voimakas yhteys masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen.

8.2.3 INTERVENTION VAIKUTUKSEN TARKASTELUA

Masentuneisuus ja ahdistuneisuus

Muutoksia oppilaiden raportoimassa masentuneisuudessa ja ahdistuneisuudessa alku- ja loppumittauksen välillä tarkasteltiin monin eri tavoin. Analyysien tulokset olivat keskenään johdonmukaisia.

Oppilaskohtaiset keskiarvojen muutokset ilmensivät oppilaiden kokeman ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden lisääntyneen kontrolliryhmässä syyslukukauden aikana. Vastaavaa muutosta ei interventioryhmässä tapahtunut. Myös Barrett, Sonderegger ja Xenos (2003, 255-258) huomasivat tutkimuksessaan, että kontrolliryhmän oppilaiden oireilu muuttui voimakkaammaksi seurantajaksolla.

Kun tarkasteltiin oppilaiden jakaantumista vaikeusasteittain masentuneisuudessa, havaittiin, että muutokset kontrolli- ja interventioryhmissä olivat päinvastaisia. Kontrolliryhmässä ei-masentuneiden oppilaiden osuus oli hieman pienentynyt, ja

keskivaikeaa ja vaikeaa masentuneisuutta raportoineiden oppilaiden osuus kasvanut alku- ja loppumittausten välillä. Interventoryhmässä puolestaan lievästi masentuneiden oppilaiden osuus oli hieman pienentynyt ja ei-masentuneiden oppilaiden osuus kasvanut. Prosenttiosuuksien muutokset olivat suhteellisen pieniä, mutta toisaalta hyvin johdonmukaisia. Siirtyminen vaikeusasteesta toiseen vaatii keskimäärin useiden pisteiden muutoksen masentuneisuutta kuvaavassa summapistemäärässä. Myös ahdistuneisuuden osalta havaittiin vastaavanlainen muutos. Interventoryhmässä lievää jännittyneisyyttä kokevien osuus oli pienentynyt kun taas kontrolliryhmässä sekä lievää jännittyneisyyttä että vaikeaa jännittyneisyyttä ja ahdistuneisuutta kokevien osuudet olivat kasvaneet.

Interventio- ja kontrolliryhmissä ilmenneitä muutoksia tarkasteltiin myös monimuuttujamenetelmin (regressioanalyysi ja monitasomallinnus). Aluksi analyysi tehtiin niin, että alkumittaus vakioi loppumittausta ja lopuksi vielä niin, että myös luokkien vaihtelu huomioitiin. Tällöin tuloksista saatiin tarkempia ja luotettavampia. Alku- ja loppumittauksen välinen muutos poikkesi tilastollisesti merkitsevästi interventio- ja kontrolliryhmän välillä sekä ahdistuneisuudessa, että masentuneisuudessa. Masentuneisuutta ilmentävässä summapistemäärässä ryhmien välinen ero oli noin yhden pisteen suuruinen. Interventoryhmän masentuneisuus oli siis loppumittauksessa yhden pisteen alhaisempi suhteessa kontrolliryhmään, kun alkutilanne oli vakioitu.

Yhden pisteen suuruinen ero muodostui aineistossa tilastollisesti merkitseväksi ($p < ,01$). Yhden pisteen ero on huomionarvoinen, vaikka masentuneisuussummapistemäärän vaihteluväli oli laaja (0-36). Noin 80 % vastaajista sai ei-masentuneisuutta kuvaavan pistemäärän 0-4 ja noin 20 % oppilaista raportoi joko lievästä, keskivaikeasta tai vakavasta masennuksesta, jolloin heidän summapistemääränsä vaihtelivat välillä 5-36. Pääsääntöisesti pistemäärät jäivät kuitenkin alle 15 pisteeseen. Lisäksi otos oli suhteellisen suuri, joten yhden pisteen eron näkymistä voidaan pitää merkittävänä.

Myös ahdistuneisuutta kuvaavissa pistemäärissä interventio- ja kontrolliryhmän välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < ,01$). Ero pistemäärän muutoksessa oli 0,2 pistettä, vaihteluvälin ollessa 1-5.

Kun tarkasteltiin niiden oppilaiden ($n=96$) keskiarvojen muutosta, jotka raportoivat alkumittauksessa jonkinasteisesta masentuneisuudesta, havaittiin, että heidän pistemääränsä laskivat interventoryhmässä. Kontrolliryhmässä ne olivat puolestaan

hieman nousseet. Koetun masentuneisuuden vähentyminen interventoryhmässä oli tilastollisesti merkitsevää ($p < ,05$).

Myös regressioanalyysi ja monitasomallinnus osoittivat, että interventoryhmässä koettua masentuneisuutta kuvaava pistemäärä oli vähentynyt 3,4 pistettä enemmän kuin kontrolliryhmässä, niiden oppilaiden keskuudessa, jotka olivat alkumittauksessa kokeneet jonkin asteista masentuneisuutta. Muutos oli tilastollisesti merkitsevä ($p < ,05$). Tuloksista voidaan päätellä, että interventiosta hyötyivät eniten lievästi masentuneet ja ahdistuneet oppilaat. On ymmärrettävää, että masentuneisuus vähentyy todennäköisemmin niillä oppilailla, jotka siitä alun perin kärsivät kuin niillä, joilla ei alun perinkään sitä ollut. Myös muissa tutkimuksissa (Dadds, Holland, Laurens, Mullins & Barret 1999; Shortt, Barrett & Fox 2001), joissa tutkimusjoukoksi on valikoitu ahdistuneita lapsia tai nuoria, on ahdistuneisuusoireilun havaittu vähentyvän vain interventoryhmässä. Daddsin ja kumppaneiden (1999) kahden vuoden seurantamittaus osoitti, että muutos oli kestävä.

Itsetunto

Alku- ja loppumittauksen välillä, oppilaiden itsetunnossa havaittiin heikkoja muutoksia vain interventoryhmäläisillä minäpystyvyyden osa-alueessa. Itsearvostus puolestaan arvioitiin molemmissa ryhmissä loppumittauksessa samanlaiseksi kuin alkumittauksessakin.

Minäpystyvyys arvioitiin interventoryhmässä hieman paremmaksi loppumittauksessa kuin alkumittauksessa. Muutos oli regressioanalyysin mukaan tilastollisesti merkitsevä ($p < ,05$). Parittaisen t-testin ($p = ,065$) ja monitasomallinnuksen ($p = ,08$) mukaan muutos lähestyi tilastollisesti merkitsevää.

Ero kontrolli- ja interventoryhmän muutoksissa oli 0,2 pistettä. Eli loppumittauksessa interventoryhmän oppilaat olivat arvioineet minäpystyvyytensä keskimäärin 0,2 pistettä paremmaksi kuin kontrolliryhmän oppilaat. Tarkasteltaessa oppilaiden jakaumaa minäpystyvyyden osalta, havainnollistuu 0,2 pisteen suuruisen eron merkitys. Suurin osa vastanneista on saanut pistearvoja arvojen 3-4 väliltä. Pisteitä on saatu hyvin vähän väliltä 1-2 ja väliltä 2-3 vain jonkin verran. Jakauma painottuu kahteen korkeimpaan pisteeseen (3 ja 4) ja jakauman hajonta on hyvin pieni.

Tulokset tukevat päätelmää, että itsetunto on suhteellisen staattinen ilmiö. Oppilaiden arvioidessa omaa itsetuntoaan, itsetunnossa tapahtuvien muutosten voidaan ajatella vaativan aikaa ja reflektointia. Itsetunto, erityisesti tässä tutkimuksessa tarkasteltu itsearvostus, on myös sosiaalinen ilmiö, jolloin ympäristö ja sosiaalinen viiteryhmä vaikuttavat myös siihen, miten arvokkaaksi yksilö tuntee itsensä.

Myös aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että oppilaiden itsetuntoon on vaikea vaikuttaa toivotulla tavalla. Scheinin (2003) tutkimuksessa oppilaiden itsetuntoa pyrittiin parantamaan elämönhallintaa ja itsetuntoa tukevien opetusmenetelmien ja toimintakäytäntöjen tuottamisen kautta. Tulos kuitenkin oli, että interventioryhmän oppilaille kouluviihtyvyys ja itsetunto heikkenivät.

8.3 TUTKIMUSTULOSTEN MERKITYS

Nuoren, 13- vuotiaan, elämässä tapahtuu paljon muutoksia. Fyysisen kehittymisen myötä nuoren koko olemus muuttuu ja kognitiivinen kehittyminen tuo mukanaan yhä monipuolisempia ajattelutaitoja. Nämä muutokset yhdessä institutionaalisten (alakoulusta yläkouluun siirtyminen) ja sosiaalisten (uusien suhteiden luominen ja ylläpitäminen) muutosten kanssa, tuovat paitsi uusia haasteita myös lisäkuormitusta nuorelle. Lisääntynyt vastuu ja pitkällekin tulevaisuuteen vaikuttavien valintojen tekeminen voivat lisätä nuorten paineita. On todettu (Haarasilta, Aalto-Setälä, Pelkonen, Marttunen 2000), että riski ahdistua ja masentua kasvaa juuri tässä ikävaiheessa.

Tutkimustulokset tukevat päätelmää, että ilman riskin huomioimista ja toimenpiteitä, kuten selviytymistaitojen opettelua tai oppilaan itsetuntemuksen vahvistamista, 7. -luokkalainen on riskialtis ahdistumaan ja masentumaan. Elämäntilanteeseen liittyvien asioiden käsittely ja keskustelu ikätovereiden ja koulun aikuisten kanssa tukevat nuorta heidän elämäntilanteessaan ja riski ahdistua ja masentua pienenee. Kun nuori huomaa muiden olevan samanlaisten kysymysten äärellä, normalisoi se hänen huoliaan ja helpottaa jännittyneisyyden ja ahdistuneisuuden tunteita.

Itsensä hyväksyminen, yhteistyövalmiudet, selviytymistaidot ja lannistumattomuus uusia haasteita kohdatessa ovat kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta keskeisiä sisältöjä. Kaikki kohtaavat elämässään tilanteita, joissa näitä taitoja tarvitaan. Lisäksi koulunkäynti

itsessään on haastavaa ja vaatii ihmissuhde- ja tunnetaitoja, itseluottamusta ja tunnetta omasta kyvykkyydestä. Koko ikäluokalle suunnattujen, kouluissa toteutettujen interventioiden sisällöt tukevat näiden taitojen kehittymistä (Greenberg ym. 2003; Weist, Evans, Lever 2003).

Siitä huolimatta, että koulun arkea kuvaa rajalliset ajalliset ja taloudelliset resurssit, tulisi koulussa huomioida sekä emotionaalinen-, sosiaalinen- että tiedollinen oppiminen. Tiedollista ja sosioemotionaalista oppimista ei tulisi nähdä toistensa kilpailijoina tai toisiaan pois sulkevinä tekijöinä, sillä sosioemotionaalisten taitojen opettaminen edesauttaa myös tiedollista oppimista. Interventioiden on todettu (esim. Elias 2006, 5) tukevan myös osallisuuden ja kuuluvuuden tunteen vahvistumista koulussa. Sosiaalisten, emotionaalisten ja kognitiivisten taitojen lisäksi interventiot edesauttavat myönteisen ilmapiirin syntymistä luokassa ja tukevat näin ollen sekä oppimista että mielenterveyttä (ks myös Zins, Payton, Weissberg, O'Brien 2007, 385).

Kouluinterventioiden vaikuttavuutta ja hyötyjä on tutkittu paljon (Spence ym. 2005; Payton ym. 2008). Toimivat käytänteet ja interventioiden hyödyt tulisi tuoda opettajien, ja hyöty-kustannussuhde päättäjien tietoon, ennen kuin nuoruusikäisten masentuneisuus muodostaa entistä suuremman kansantaloudellisen- ja terveydellisen ongelman (ks. Raitasalo & Maaniemi 2008). Nuorten masentuneisuus on ongelmallista myös siksi, että suurin osa oireilevista nuorista ei saa apua (Spence ym. 2005; Haarasilta, Aalto-Setälä, Pelkonen, Marttunen 2000). Lisäksi varsinkin tyttöjen depressioiden on todettu viime vuosia lisääntyneen roimasti (Sourander, Niemelä, Santalahti, Helenius, Piha 2008).

8.3.1 JATKOTUTKIMUSAIHEITA

Jatkossa interventioiden toteutuksen ja toimivuuden tarkastelua eri kouluissa ja luokissa tulisi jatkaa pidemmälle. Tarkempi luokkatason analysointi olisi kiinnostavaa interventioiden implementaationäkökulmasta. Olisi hyödyllistä tutkia esimerkiksi onko luokkia, joissa vaikutukset ovat oleellisesti muita voimakkaampia tai luokkia, joissa vaikutusta ei ole lainkaan. Oletus siitä, että interventio on aina samalla tavalla toteutettu ja siten myös vaikutuksiltaan samanlainen, voi johtaa harhaan.

Tieto siitä, millaisessa ympäristössä ja millaisessa ryhmässä interventiot toimivat parhaiten, olisi tärkeää. Lisäksi olisi hyvä selvittää, mihin tekijöihin interventio-ohjelmien tuloksellisuus on yhteydessä. Riippuuko lopputulos kenties siitä, miten kirjaimellisesti ohjaaja toteuttaa ohjelman sisältöjä vai onko ohjelman toimivuus yhteydessä jo olemassa olevaan luokan ilmapiiriin tai opettajan innostuneisuuteen. Kiinnostavaa olisi myös selvittää millaiset oppilaat interventiosta hyötyvät eniten.

Interventio-ohjelmien vaikuttavuudesta on tehty paljon seurantatutkimuksia (Greenberg ym. 2003). Tutkimukset osoittavat, että erot interventio- ja kontrolliryhmän välillä voivat tulla näkyviin vuosien jälkeen, kun opittuja taitoja on sovellettu omaan elämään. Selviytymis- ja ajattelutaitoja käsittelevät aihesisällöt vaativat aikaa ja oman elämään soveltamista ja sisäistämistä ennen kuin vaikutusta voidaan toisaalta olettaakaan. Tätä aineistoa voitaisiin täydentää esimerkiksi osanottajien ollessa yhdeksännellä luokalla, jolloin ohjelman mahdollisista pitkäaikaisista vaikutuksista voitaisiin tehdä päätelmiä.

Tässä tutkimuksessa analysoitiin intervention yhteyttä ainoastaan oppilaiden kokemaan masentuneisuuteen, ahdistuneisuuteen ja itsetuntoon. Mielensterveyttä edistävän ja ahdistusta ja masennusta ennaltaehkäisevän intervention vaikutuksia olisi kuitenkin mielenkiintoista ja arvokasta tutkia laajemminkin; esimerkiksi ohjelman yhteyttä luokan sosiaaliseen ilmapiiriin, psyykkisten hallinta- ja selviytymiskeinojen kehittymiseen, pystyvyyden tunteeseen, elämäntapaan ja selviytymiseen.

Laadullinen lähestymistapa mahdollistaisi kuvailevan tiedon tuottamisen ja täydentäisi tämän tutkimuksen tuloksia. Ohjaajien kanssa käytyjen palautekeskustelujen ja oppilailta kerättyjen palautekyselyiden analysoiminen valottaisi intervention muita mahdollisia vaikutuksia.

"We cannot always built the future for our youth, but we can built the youth for our future."

-Franklin Roosevelt-

LÄHTEET

- Ainsworth, M. & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46, 331-341.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1994) Self-efficacy. Teoksessa: V. Ramachaudran (toim.) *Encyclopaedia of human behaviour* (71-81) NY: Academic Press.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy. *The exercise of control*. NY: Freeman.
- Baranik, L., Meade, A., Lakey, C., Lance, C., Hu, C., Hua, W. & Michalos, A. (2008). Examining the differential item functioning of the Rosenberg self-esteem scale across eight countries. *Journal of Applied Social Psychology*, 38, 1867-1904.
- Barret, P. & Turner, C. (2001). Prevention of anxiety symptoms in primary school children. Preliminary results from a universal school-based trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 399-410.
- Barrett, P. & Turner, C. (2004). Prevention of childhood anxiety and depression. Teoksessa: P. Barrett & T. Ollendick (toim.) *Handbook of interventions that work with children and adolescents. Prevention and treatment*. (429-474). Chichester, UK: Wiley.
- Barrett, P., Farrell, L., Ollendick, T. & Dadds, M. (2006). Long-term outcomes of an Australian universal prevention trial of anxiety and depression symptoms in children and youth: an evaluation of the Friends program. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 403-411.
- Barrett, P., Lock, S., Farrell, L. (2005). Developmental differences in universal preventive intervention for child anxiety. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10, 539.
- Barrett, P., Moore, A. & Sonderegger, R. (2000) The Friends program for young former-yugoslavian refugees in Australia: A pilot study. *Behaviour Change*, No. 3, 123-133.

- Barrett, P., Sonderegger, R. & Xenos, S. (2003). Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young emigrants to Australia. A national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 241-260.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A study in experimental and social psychology*. Cambridge, MA: University Press.
- Baumeister, R. (1997). Identity, self-concept and self-esteem. The self lost and found. Teoksessa: R. Hogan, J. Johnson, S. Briggs (toim.) *Handbook of personality psychology* (681-710). San Diego, CA: Academic Press.
- Baumeister, R. Tice, D. & Hutton, D. (1989): Self-presentational motivations and personality differences in self-esteem. *Journal of Personality*, 57, 547-579.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: Wiley.
- Beck, A., Steer, A.S. & Garbin, M. 1988. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8, 77-100.
- Bernstein, G., Layne, A., Egan, E. & Tennison, D. (2005). School-based interventions for anxious children. *Journal of American academy of child and adolescent psychiatry*, 44, 1118-1127.
- Blascovich, J. & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. Teoksessa J. Robinson, P. Shaver & L. Wrightsman (toim.) *Measures of personality and social psychological attitudes* (115-160). San Diego, CA: Academic Press.
- Borba, M. (1989). *Esteem builders*. Rolling Hill Estates, CA: Jalmar.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol II: Separation*. Harmondsworth, UK: Penguin.
- Brace, N., Kemp, R. & Snelgar, R. (2006). *SPSS for Psychologists. A guide to data analysis using SPSS for windows*. NY: Palgrave.
- Brisette, I., Carver, C. & Scheier (2002). The Role of optimism in social network development, coping and psychological adjustment during life transition. *Journal of personality and social Psychology*, 82, 102-111.

- Brockner, J. (1984): Low self-esteem and behaviour plasticity. Some implications for personality and social psychology. L.Wheeler (toim.) *Review of Personality and Social Psychology*, 4, 237-271.
- Cacciatore, R., Korteniemi-Poikela, E. & Huovinen, M. (2008). *Miten tuen lapsen ja nuoren itsetuntoa*. Helsinki: WSOY.
- Campbell, J. (1999). Self-Esteem clarity of the self-concept. Teoksessa: R. Baumeister (toim.) *The self in social psychology* (223-239). Philadelphia, PA: Taylor & Francis.
- Clanton Harpine, E. (2008). *Group interventions in schools. Promoting mental health for at-risk children and youth*. NY: Springer Science.
- Cole, D., Peeke, L. Martin J., Truglio, R. & Seroczynski, A. (1998). A longitudinal look at the relation between depression and anxiety in children and adolescents, 65, 451-60.
- Condradt, J. & Essau, C. (2003). Feasibility and efficacy of the Friends program for the prevention of anxiety in children. Tutkimus esitelty Stress and anxiety Research Society -konferenssissa, Lisbon.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, CA: Freeman.
- Cronkite, C. & Moos, H. (2001). Life context, coping processes and depression. Teoksessa: E. Beckham & W. Leber (toim.) *Handbook of depression* (569-581). NY: Guilford.
- Dadds, M., Holland, D. Laurens, K., Mullins, M., Barrett, P. & Spence, S. (1999). Early intervention and prevention of anxious disorders in children. Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 145-150.
- Elias, M. (2006). *The Connection between academic and social- emotional learning*. Teoksessa M. Elias & H. Arnold (toim.) *The Educator's guide to emotional intelligence and Academic Achievement. Social-motional learning in the classroom* (4-14). CA:Corwin.
- Erikson, E. (1965). Youth: Fidelity and diversity. Teoksessa E. Erikson (toim.) *The challenge of youth* (1-29). NY: Anchor Books.

- Essau, C., Conradt, J. & Ederer, E. (2004). Anxiety prevention among schoolchildren. *Versicherungsmedizin*, 56, 123-130.
- Fennell, M. (1992). Depression. Teoksessa: K. Hawton, P. Salkovskis, J. Kirk, D. Clark (toim.) *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (169-234). Oxford: Oxford University Press.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. NY: ITC Bookman.
- Fox, E. (2008). *Emotion Science. Cognitive and neuroscientific approaches to understanding human emotions*. Hampshire, UK: Palgrave.
- Gray-Little, B., Williams, V., Hancock, T. (1997). An item response theory of the Rosenberg self-esteem scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 443-451.
- Greenberg, M., Weissberg, R., O'Brien M., Zins J. Fredricks, L. Resnik, H. & Elias, M. (2003). School-based prevention: Promoting positive social development through social and emotional learning. *American Psychologist*, 58, 466-474.
- Greenwald, A., Bellezza, F. & Banaji, M. (1988). Is self-esteem a central ingredient of the self-concept? *Personality and social psychology bulletin*, 14, 34-45.
- Haarasilta, L. (2003). Major depressive episode in adolescents and young adults – A nationwide epidemiological survey among 15-24- year-olds. Helsinki: National Public Health Institute.
- Haarasilta L, Aalto-Setälä T, Pelkonen M. & Marttunen M. (2000). Nuorten depressio: esiintyvyys, komorbiditeetti ja palvelujen käyttö. *Suomen Lääkärilehti* 55, 2635-2640.
- Harrikari, T. (2008). Riskillä merkityt. Lapset ja nuoret huolen ja puuttumisen politiikassa. Nuorisotutkimusseura. Julkaisuja 87.
- Hautamäki, M. (2000). Oppilaan koulumenestyksen ja itsetunnon yhteys toisiinsa: kiintymyssuhdeteoriaan pohjautuva tutkimus koulumenestyksen ja itsetunnon yhteydestä 5-6 luokkien tytöillä ja pojilla. Pro gradu. Helsingin yliopisto.
- Heikkilä, T. (2002). Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. (2006). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hudson, J., Hughes, A. & Kendall, P. (2004). Treatment of generalized anxiety disorder in children and adolescents. Teoksessa P. Barrett & T. Ollendick (toim.) Handbook of interventions that work with children and adolescents. Prevention and treatment. (115-144). London: Wiley.
- Kallio, K., Jokinen, E. (2001). Suomalaisten lasten ja nuorten tupakointi. Duodecim 117, 1369-76.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P. & Laippala, P. (1999). Finnish modification of the 13-item Beck Depression Inventory in screening an adolescent population for depressiveness and positive mood. Nordic Journal of Psychiatry, 53, 451-457.
- Karila, I. (2001). Masennushäiriöt. Teoksessa: S. Kähkönen, I. Karila, N. Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia. (57-79). Jyväskylä: Duodecim.
- Karlsson, L., Pelkonen, M. & Marttunen, M. 2007. Nuorten itsetuhokäyttämisen tunnistaminen ja arviointi: Tietoa nuorten kanssa työskenteleville. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 8.
- Karlsson, L. & Marttunen, M. (2007). Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. B 10/2007.
- Keltikangas-Järvinen, L. (2000). Tunne itsesi suomalainen. Helsinki: WSOY.
- Keltikangas-Järvinen, L. (2006). Temperamenti ja koulumenestys. Helsinki: WSOY.
- Keltikangas-Järvinen, L. (1994). Hyvä itsetunto. Helsinki: WSOY.
- Kendall, P. (1991). Child and adolescent therapy. Cognitive-behavioral procedures. NY: Guilford.
- Kendall, P. & Hollon, S. (1979). Cognitive-behavioral interventions. Theory, research and procedures. NY: Academic Press.
- Kendall, P., & Suveg, C. (2006). Treating anxiety disorders in youth. Teoksessa: Kendall, P. (toim.) Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures (243-295). NY: Guilford.

- Kivivuori, J. (2002). Nuoret rikosten tekijöinä ja uhreina. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Julkaisuja 188. Helsinki.
- Komulainen, E. (1975). Merkitsevyydestä - käyttäytymistieteilijän pyhä lehmä? Suomen kasvatustieteellinen aikakauskirja. Kasvatus, 6, 318-322.
- Koskinen, T. (2008). Masentuneen nuoren mieliala ei vaihtelee. Helsingin Sanomat 29.9.2008.
- Kovacs, M. (1996). Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. Journal of American Children and Adolescence Psychiatry, 35, 705-715.
- Laine, T. (2001). Yleistynyt ahdistuneisuus. Teoksessa: S. Kähkönen, I. Karila, N. Holmberg (toim.) Kognitiivinen psykoterapia (99-110). Jyväskylä: Duodecim.
- Lamberts, K. & Goldstone R. (2005). London, UK: Sage.
- Lowry-Webster, H., Barrett, P., Lock, S. (2003). A universal prevention program trial of anxiety symptomology during childhood. Results at 1-year follow-up. Behaviour change, 20, 25-43.
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Dona, B. & Schwarzer, R. (2005) General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. International Journal of Psychology, 40, 80-90.
- Mahler, M., Pine, F. & Bergman, A. (1975). The psychological birth of the human infant. NY: Basic Books.
- Marsh, H. (1996). Positive and negative global self-esteem: A substantively meaningful distinction or artifacts? Journal of Personality and Social Psychology, 70, 810-819.
- Menden Anglin, T. (2003). Mental health in schools. Teoksessa: M. Weist, S. Evans, N. Lever (toim.) Handbook of school mental health. Advancing practice and research. Issues in Clinical Child Psychology (89-106). NY: Springer.
- Metsämuuronen, J. (2005). Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus.

- Mostert, J., Loxton, H. (2008). Exploring the effectiveness of the FRIENDS program in reducing anxiety symptoms among South African children. *Behaviour Change*, 25, 85-96.
- Motl, R. (2009). Self-Esteem and method effects associated with negatively worded items: investigating factorial invariance by sex. *A Multidisciplinary Journal*, 16, 134-146.
- Muris, P. & Mayer, B. (2000). Vroegtijdige behandeling van angststoornissen bij kinderen. (Early treatment of anxiety disorders in children). *Gedrag & Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie & Gezondheid*, 28, 235-242.
- Myers, J. & Well, A. (2003) *Research design and statistical analysis*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Määttä, S. (2007). Achievement strategies in adolescent and young adulthood. *Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research* 324.
- Neisser, U. (1976). *Cognition and reality. Principles and implications of cognitive psychology*. San Francisco, CA: Freeman.
- Niemivirta, M. (2008). Jatkuva arviointi ja testaaminen harvoin tukevat lapsen oppimista. *Helsingin Sanomat* 30.10.2008.
- Nummenmaa, L. (2004). *Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Helsinki: Tammi.
- Nuorisobarometri. *Perusarvot puntarissa (2007)*. Myllyniemi, S. (toim.) Opetusministeriö, nuorisotutkimusverkosto, nuorisoasianneuvottelukunta, julkaisu 37. Helsinki: Yliopistopaino.
- Nurmi, J-E. (1995). Nuoruusiän kehitys: etsintää, valintoja ja noidankehiä. Teoksessa P. Lyytinen, M. Korhonen, H. Lyytinen (toim.) *Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan (256-274)*. Helsinki: WSOY.
- O'Donnell, A. (2006). The role of peers and group learning. Teoksessa P. Alexander & P. Winne (toim.) *Handbook of Educational Psychology (781-802)*. NY: Taylor & Francis.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival manual*. Buckingham, UK: Open University.

- Pennanen, M. & Joronen, K. (2007). Koulupohjaisen Syrjäytymiskehityksen ehkäisy (SYKE)–pilottihankkeen loppuraportti. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. 23/2007.
- Payton, J., Weissberg, J., Durlak, J., Dymnicki, A., Taylor, R., Schellinger, K. & Pachan, M. (2008). The positive impact of social and emotional learning for kindergarten to eight-grade students. Findings from three scientific reviews. Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning. Viitattu 2.4.2009. www.casel.org.
- Pepi, A., Faria, L., Alesi, M. (2006). Personal conceptions of intelligence, self-esteem and school achievement in italian and portuguese students. *Adolescence*, 41, 615-631.
- Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. (2004). Opetushallitus.
- Piaget, J. (1932/1983). *The moral judgement of the child*. Harmondsworth, UK: Penguin.
- Piaget, J. (1988). *Lapsi maailmansa rakentajana*. Porvoo: WSOY.
- Pine, D., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 56-64.
- Pullmann, H. & Allik, J. (2008). Relations of academic and general self-esteem to school achievement. *Personality and Individual Differences*, 45, 559-564.
- Pölkki, P. (2001). *Oppilaiden syrjäytymisuhkien tunnistaminen ja ehkäisy peruskoulun haasteena*. Teoksessa: I. Järventie & H. Sauli (toim.) *Eriarvoinen lapsuus (125-146)*. Helsinki: WSOY.
- Raitasalo, R. & Maaniemi, K. (2008). Mielenterveyden häiriöt syrjäyttävät nuoria työelämästä. *Sosiaalivakuutus* 6/2008, 46, 8-11. (Kelan julkaisema sosiaali- ja terveysturvan aikakauslehti).
- Raitasalo, R. (2007). *Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Ranta, K. Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A-M., Tuomisto, M., Pelkonen M., Marttunen, M. (2007). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: The social phobia inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research*, 20, 209-221.

- Raudenbush, S. & Bryk, A. (2002). Hierarchical linear models: Application and data analysis methods. Thousand Oaks. CA: Sage
- Rauste von Wright, M. & von Wright, J. (1994). Oppiminen ja koulutus. Juva: WSOY.
- Reasoner, R. (1994). Building self-esteem in the elementary schools. Palo alto, CA: Consulting Psychologists
- Roeser, R., Galloway, M., Casey-Cannon, S., Watson, C., Keller, L. & Tan, E. (2008). Identity representations in patterns of school achievement and well-being among early adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 28, 115-152.
- Roeser, R., Peck, S. & Nailah, S. (2006). Self and identity processes in school –motivation, learning and achievement. Teoksessa: P. Alexander & P. Winne (toim.) *Handbook of educational psychology* (391-424). NY: Taylor & Francis.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salmivalli, C. (2007). Mitä itsetuntemittarit mittaavat? *Psykologia* 32, 93-98.
- Scheinin, P. (2003). Onnistuuko itsetunnon vahvistaminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen kouluissa? Terve itsetunto -projektin 1998-2001 loppuraportti II. Koulutuksen arviointikeskus ja Opetushallitus.
- Schieniering, C. & Rapee, R. (2004). The relationship between automatic thoughts and negative emotions in children and adolescents: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 464-470.
- Schmitt, D. & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg self-esteem scale in 53 nations: Exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 623-642.
- Schunk, D. & Zimmerman, B. (2006). Competence and control beliefs: distinguishing the means and ends. Teoksessa P. Alexander & P. Winne (toim.) *Handbook of educational psychology* (349-368). NY: Taylor & Francis.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American psychologist*, 55, 5-14.

- Semrud-Clikeman, M. (2007). *Social competence in children*. NY: Springer.
- Shortt, A., Barrett, P., Fox, T. (2001). Evaluating the FRIENDS-program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 525-535.
- Sinkkonen, J. & Kalland, M. (2002). *Varhaiset ihmissuhteet ja niiden häiriintyminen*. Helsinki: WSOY.
- Sourander, A., Niemelä, S., Santalahti, P., Helenius, H. & Piha, J. (2008). Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: A 16-year population-based time-trend study. *Journal of American Academic Child and Adolescent Psychiatry*, 22, 1134-1145.
- Speier, P., Sherak, D., Hirsch, S. & Cantwell, D. (1995). Depression in children and adolescents. Teoksessa E. Beckham & W. Leber (toim.) *Handbook of depression* (467-493). NY: Guilford.
- Spence, S., Burns, J., Boucher, S., Glover, S., Graetz, B. Kay, D., Patton, G. & Sawyer, M. (2005). The beyondblue schools research initiative: Conceptual framework and intervention. *Australasian Psychiatry*, 13, 159-164.
- Stallard, P., Simpson, N., Anderson, S., Carter, T., Osborn, C. & Bush S. (2005). An evaluation of the Friends programme: A cognitive behaviour therapy intervention to promote emotional resilience. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 1016-1019.
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive sciences*, 9, 69-74.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston, MA: Pearson Education.
- Tafarodi, R. & Milne, A. (2002). Decomposing global self-esteem. *Journal of Personality*, 70, 443-483.
- Tafarodi, R. & Swann, W. (1995). Self-liking and self-competence as dimensions of global self-esteem: Initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, 65, 2, 322-342.

Tilastokeskus. Verkkosivut. Viitattu 24.5.2009. <http://tilastokeskus.fi/til/pop/tau.html>

Torikka, A., Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, A., Rimpelä, M. & Rantanen P. (2001). Depression, drinking, and substance use among 14- to 16-year-old Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry* 2001, 55, 351-357.

Tugade, M.& Fredrickson, B. (2007) Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, 8, 311-333.

Tynjälä, P. (1999). *Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita.* Helsinki: Kirjayhtymä.

Weist, M., Evans, S., Lever, N. (2003). *Handbook of School Mental Health. Advancing Practice and Research. Issues in Clinical Child Psychology.* City: Springer.

Wigfield, A., Byrnes J. & Eccles, J. (2006) Development during early and middle adolescence. Teoksessa P. Alexander & P. Winne (toim.) *Handbook of educational psychology* (87-114). NY: Taylor & Francis.

XII Kouluterveyspäivät 2007. Kouluterveyspäivien taustamateriaali, luennot ja posterit. Työpapereita 2007. STAKES. Helsinki.

Zins, J. Payton, J. Weissberg, R. & O'Brien M. (2007). Social and emotional learning and successful school performance. Teoksessa M. Matthews, M. Zeidner, R. Roberts (toim.) *The science of emotional intelligence. Knowns and unknowns.* (376-395). NY: Oxford University.