



# Toisen ja korkea-asteen opiskelijoiden mielenterveysongelmien yhteys koettuun opintosuoriutumiseen, sosiaaliseen hyvinvointiin sekä tuen hakemiseen ja saamiseen

Johanna Korkeamäki  
Minna Parkkila  
Erja Poutiainen



## **Kirjoittajat**

Johanna Korkeamäki, VTM  
tutkija, Kuntoutussäätiö  
etunimi.sukunimi@kuntoutussaatio.fi

Minna Parkkila, PsM  
psykologitutkija, Kuntoutussäätiö  
etunimi.sukunimi@kuntoutussaatio.fi

Erja Poutiainen, FT  
dosentti, johtava tutkija, Kuntoutussäätiö  
etunimi.sukunimi@kuntoutussaatio.fi



VERTAISARVIOITU  
KOLLEGIALT GRANSKAD  
PEER-REVIEWED  
[www.tsv.fi/tunnus](http://www.tsv.fi/tunnus)

© Kirjoittajat ja Kela

Graafinen suunnittelu Pekka Loiri

ISBN 978-952-284-156-8 (pdf)

ISSN-L 2343-2780

ISSN 2343-2799 (verkkojulkaisu)

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023021026811>

Julkaisija: Kela, Helsinki  
2023

**KELAN TUTKIMUS**

[julkaisut@kela.fi](mailto:julkaisut@kela.fi)

[Tietotarjotin.fi](http://Tietotarjotin.fi)

## Tiivistelmä

Korkeamäki J, Parkkila M, Poutiainen E. **Toisen ja korkea-asteen opiskelijoiden mielenterveysongelmien yhteys koettuun opintosuoriutumiseen, sosiaaliseen hyvinvointiin sekä tuen hakemiseen ja saamiseen.** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 26, 2023. 70 s. ISBN 978-952-284-156-8 (pdf).

Mielenterveysoireilu on opiskelijoilla yleistä, ja monet mielenterveyden häiriöt puhkeavat nuoruudessa. Mielenterveysongelmilla on havaittu yhteys opinnoissa suoriutumiseen ja opintojen keskeyttämiseen. Tässä tutkimuksessa selvitettiin opiskeluun, sosiaaliseen hyvinvointiin ja tuen saamiseen liittyviä kokemuksia mielenterveysongelmia raportoivilla toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijoilla. Tutkimuksen aineistona oli kaksi valtakunnallista kyselyaineistoa: Kouluterveyskysely vuodelta 2019 ja Korkea-kouluopiskelijoiden terveystutkimus vuodelta 2016. Aineiston analyysissä käytettiin kuvailevia menetelmiä ja logistista regressioanalyysia. Tulosten mukaan toisen asteen opiskelijoista mielenterveysoireilu korostui lukiolaisilla, kun taas korkea-asteella erot yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoiden välillä olivat vähäisiä. Erilaiset opintoihin ja opiskelutaitoihin liittyvät ongelmat olivat mielenterveysoireilua raportoivilla opiskelijoilla muita opiskelijoita yleisempiä. Myös sosiaalisessa hyvinvoinnissa havaittiin eroja muihin opiskelijoihin verrattuna. Erilaisten terveys- ja opiskeluhuoltopalveluiden käyttö oli mielenterveysoireilua raportoivilla yleisempää kuin muilla opiskelijoilla. Naiset käyttivät erityisesti terveyspalveluita miehiä useammin, ja he raportoivat miehiä useammin tuen tarpeista. Palveluiden käytössä oli eroa myös koulutussektorin mukaan. Toisen asteen opiskelijoilla perhetaustaan liittyvät tekijät eivät olleet yhteydessä palveluiden käyttöön. Opiskelijoiden tukipalveluita ja opiskelu ympäristöjä kehitettäessä on tärkeää ottaa huomioon mielenterveysongelmista raportoivien opiskelijoiden kokemukset sekä mielenterveysongelmien moninaiset yhteydet opintoihin ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

**Asiasanat (YSO):** opiskelijat, toisen asteen koulutus, korkea-kouluopiskelu, mielenterveys, mielenterveysongelmat, henkinen hyvinvointi, opiskelukyky, opintomenestys, opintojen keskeyttäminen, tukipalvelut, terveyspalvelut, opiskelijahuolto, opiskeluympäristö, jaksaminen, uupumus, kiusaaminen, ihmissuhteet, sosiaaliset suhteet, yksinäisyys

## Sammandrag

Korkeamäki J, Parkkila M, Poutiainen E. **Finländska studerande på andra stadiet och i högskolor med psykisk ohälsa och deras erfarenheter av studieframgång, socialt välbefinnande samt av möjligheten att söka och få hjälp.** Helsingfors: FPA, Social trygghet och hälsa: rapporter 26, 2023. 70 s. ISBN 978-952-284-156-8 (pdf).

Psykisk ohälsa är vanlig hos studerande och många psykiska störningar bryter ut i ungdomen. Psykiska störningar har visat sig vara associerade med akademiska prestationer och avbrytande av studierna. Den här studien undersökte erfarenheter relaterade till studier, socialt välbefinnande samt hjälpsökning och användning av stödtjänster bland finländska studerande med självrapporterad psykisk ohälsa på andra stadiet och i högskolor. Studiens data bestod av två nationella enkäter: Hälsa i Skolan 2019 och Hälsoundersökning av högskolestuderande 2016. Beskrivande metoder och logistisk regressionsanalys användes vid analysen av data. Enligt resultaten rapporterar gymnasiestuderande mer psykisk ohälsa än studerande inom yrkesutbildning, medan skillnaderna mellan universitets- och yrkeshögskolestuderande var små på högskolenivå. Olika problem relaterade till studier och studiefärdigheter var vanligare bland studerande som rapporterade psykisk ohälsa än bland andra studerande. Skillnader i socialt välbefinnande observerades jämfört med andra studerande. Användningen av olika hälso- och studerandevårdstjänster var vanligare bland dem som rapporterade psykisk ohälsa än bland andra studerande. Särskilt kvinnor använde hälsovård oftare och rapporterade oftare om stödbehov än män. Det fanns också en skillnad i användningen av stödtjänster beroende på utbildningssektor. Bland studerande på andra stadiet var faktorer relaterade till familjebakgrund inte relaterade till användningen av hälso- och studievårdstjänster. Vid utvecklingen av stödtjänster och studiemiljöer är det viktigt att ta hänsyn till erfarenheterna hos studerande med psykisk ohälsa och de komplexa samspelet mellan psykisk ohälsa och akademiska prestationer och socialt välbefinnande.

**Nyckelord (ALLFO):** studerande, utbildning på andra stadiet, högskolestudier, mental hälsa, psykiska problem, psykiskt välbefinnande, studieförmåga, studieframgång, studieavbrott, stödservice, hälsovårdstjänster, studentvård, studiemiljö, ork, utbrändhet, mobbning, mänskliga relationer, sociala relationer, ensamhet

## Summary

Korkeamäki J, Parkkila M, Poutiainen E. **Finnish upper secondary and higher education students with mental health problems and their perspectives on academic performance, social well-being, and seeking and receiving support.** Helsinki: Social Insurance Institution of Finland, Social security and health reports 26, 2023. 70 pp. ISBN 978-952-284-156-8 (pdf).

Mental health problems are common among students, and many mental health disorders emerge in adolescence and young adulthood. Mental health disorders are linked to academic performance and dropping out. This study investigates the experiences related to studying, social well-being, and seeking and receiving support among Finnish upper secondary and higher education students with self-reported mental health problems. The research data consist of two national student surveys: the School Health Survey 2019 and the University Student Health Survey 2016. Descriptive methods and logistic regression analysis were used in the analysis of the data. According to the results, mental health problems were more common among students in general upper secondary education than among those in vocational education and training. In higher education, there were only minor differences between university and university of applied sciences students. Compared to other students, those with mental health problems had more difficulties with studies and academic skills as well as with social wellbeing. Furthermore, the use of healthcare and student support services was more common among students with mental health problems than among other students. Women used health services and expressed a need for support more often than men did. There were also differences in the use of services depending on the education sector. Among upper secondary students, family background was not related to the use of the services. When developing student support services and study environments, it is important to take into account the experiences of students with mental health problems as well as the multitude of ways mental health problems affect academic performance and social well-being.

**Keywords (YSO):** students, secondary education, studies in an institution of higher education, mental health, mental health problems, mental well-being, ability to study, study performance, dropping out, support services, health services, student welfare, study environment, managing, exhaustion, bullying, human relations, social relations, loneliness

## Alkusanat

Opiskelu ja koulutuksen hankkiminen on tärkeää aikaa erityisesti nuoren ihmisen elämässä. Opiskelu-aika on myös monin tavoin vaativaa, ja monet opiskelijat kokevat eriasteista kuormittuneisuutta opintojensa aikana. Osalla nämä kokemukset heijastuvat myös opintojen suorittamiseen.

Eryityisesti koronapandemian aikana opiskelijoiden mielenterveyteen on kiinnitetty aiempaa vahvemmin huomiota. Kotimaista tutkimusta opiskelijoiden omista kokemuksista ja mielenterveysongelmien vaikutuksista opintoihin sekä laajemmin sosiaaliseen hyvinvointiin sekä näihin liittyvistä tukitarpeista on kuitenkin tällä hetkellä vain vähän saatavilla. Myös opiskelukykyä koskevat tutkimukset ovat vähäisiä.

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme opiskelijoiden itse raportoimia mielenterveysongelmia kahden valtakunnallisen kyselyaineiston avulla kiinnittäen huomiota opinnoissa koettuihin ongelmiin, sosiaaliseen hyvinvointiin sekä tuen saamiseen ja hakemiseen. Tutkimuksen tulokset tuovat esille kokonaisvaltaisen lähestymistavan tärkeyden opiskelijoille tarjottavassa tuessa.

Tutkimus on osa Kelan rahoittamaa Mielenterveyshäiriöt ja opiskelu -tutkimushanketta, jossa tarkastellaan laajemmin Kelan järjestämän mielenterveysperustaisen kuntoutuksen kohdentumista opiskelijoille sekä kuntoutuksen yhteyttä valmistumiseen ja sen jälkeisiin jatkopolkuihin. Toivomme, että tutkimuksen avulla voidaan kehittää tukipalveluita ja opiskeluympäristöjä huomioimaan paremmin erilaisia mielenterveysongelmia kokevat opiskelijat. Kiitämme ulkopuolisia arvioitsijoita, Kelan tutkimusjulkaisujen toimituskuntaa ja julkaisutoimitusta tutkimustamme koskevista rakentavista kommentteista.

*Helsingissä joulukuussa 2022*

*Tekijät*

<b>Sisältö</b>	
<b>1 Johdanto</b> .....	8
1.1 Mielenterveysongelmat opiskelijoilla.....	8
1.2 Mielenterveysongelmien vaikutus opintoihin ja sosiaaliseen hyvinvointiin .....	10
1.3 Avun hakeminen ja tuen saaminen .....	11
1.4 Opiskelukyvyn moniulotteisuus .....	12
1.5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset .....	14
<b>2 Aineistot ja menetelmät</b> .....	16
2.1 Aineistot .....	16
2.2 Käytetyt mittarit ja muuttujat.....	17
2.2.1 Kouluterveyskysely.....	17
2.2.2 Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus.....	19
2.3 Tilastolliset menetelmät .....	20
2.4 Eettiset kysymykset.....	20
<b>3 Tulokset</b> .....	22
3.1 Mielenterveysongelmat toisen asteen opiskelijoilla.....	22
3.1.1 Toisen asteen opiskelijoiden sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät tekijät .....	22
3.1.2 Opinnoissa koetut vaikeudet ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokemukset .....	25
3.1.3 Tuen saaminen ja palveluiden käyttö .....	32
3.2 Mielenterveysongelmat korkeakouluopiskelijoilla .....	37
3.2.1 Korkeakouluopiskelijoiden sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät tekijät .....	37
3.2.2 Opinnoissa koetut vaikeudet ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokemukset .....	40
3.2.3 Opintoihin liittyvät tuen tarpeet ja palveluiden käyttö .....	46
3.3 Tulosten yhteenvedo .....	50
<b>4 Pohdinta</b> .....	51
4.1 Tulosten tarkastelua .....	51
4.2 Opiskelijoiden tukemisen kokonaisvaltaisuus .....	54
4.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	57
4.4 Päätelmät.....	59
4.5 Suositukset käytännöiksi.....	59
<b>Lähteet</b> .....	61
<b>Liitetaulukku</b> .....	70

## 1 Johdanto

Opiskelijoiden mielenterveysongelmien kasvuun on kiinnitetty viime vuosina enenevää huomiota sekä tutkimuksessa että julkisessa keskustelussa. Koronapandemia on tutkimusten mukaan lisännyt psyykkistä oireilua opiskelijoilla (esim. Aalto-Setälä ym. 2021; Hoyt ym. 2021; Parikka ym. 2021; Jehi ym. 2022). Suuri osa mielenterveyden häiriöistä puhkeaa nuoruudessa tai nuorena aikuisuudessa (Kessler ym. 2005), joka on keskeistä aikaa opintojen suorittamiselle ja kouluttautumiselle sekä monille tärkeille aikuisuuden kehitystehtäville. Nuoruusiän mielenterveysongelmilla on havaittu olevan monia kielteisiä seurauksia, sillä diagnosoitujen mielenterveyshäiriöiden tiedetään olevan yhteydessä opintojen keskeyttämiseen (esim. Mikkonen ym. 2018). On myös esitetty, että opiskelijat ovat yksi ryhmä, joka tulisi huomioida paremmin, kun halutaan ehkäistä eläköitymistä mielenterveyssyistä (Karolaakso ym. 2020).

Tässä tutkimuksessa selvitetään opiskeluun ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviä kokemuksia mielenterveysongelmia raportoineilla toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijoilla. Tarkastelemme myös avun ja tuen hakemista mielenterveysoireiluun. Tutkimuksen aineistona on kaksi valtakunnallista kyselyaineistoa: Kouluterveyskysely ja Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus. Vaikka opiskelijoiden mielenterveyteen on julkisessa keskustelussa kiinnitetty aiempaa enemmän huomiota, tutkimustietoa mielenterveysongelmista raportoineiden opiskelijoiden opiskelua koskevista kokemuksista ja tuen tarpeista on toistaiseksi vain vähän saatavilla.

### 1.1 Mielenterveysongelmat opiskelijoilla

Yleisimmät mielenterveyden häiriöt ovat masentuneisuus ja ahdistuneisuushäiriöt, joita esiintyy etenkin naisilla, kun taas miehillä yleisempiä ovat erilaiset käytöshäiriöt ja päihdehäiriöt (Kessler ym. 2005; Suvisaari ym. 2009). Erilaiset mielenterveyshäiriöt esiintyvät nuoruudessa usein yhdessä (Kessler ja Walters 1998), ja opiskelijoilla masennuksen ja ahdistuneisuuden esiintyminen yhdessä on verrattain yleistä (Derdikman-Eiron ym. 2011; Jenkins ym. 2020). Masennuksen ja ahdistuneisuuden päällekkäisyys on aiemmissa tutkimuksissa yhdistetty heikompaan toimintakykyyn (Karlsson 2006) ja heikentyneeseen elämänlaatuun (Jenkins ym. 2020). Masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden päällekkäisyys on myös yhteydessä lisääntyneeseen avunhakemiseen verrattuna pelkkään masennus- tai ahdistuneisuusoireiluun (Mackenzie ym. 2012).

Erilaisten kyselytutkimusten mukaan psyykkinen oireilu on lisääntynyt viime vuosina opiskelijoiden keskuudessa. Peruskoulun 8.- ja 9.-luokkalaisille suunnatun Kouluterveyskyselyn mukaan psyykkinen oireilu on kasvanut etenkin nuorilla, jotka tulevat alemmista sosioekonomisista ryhmistä, kun taas muilla nuorilla kehitys näyttää olevan suotuisampaa (Torikka ym. 2014). Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa on havaittu kasvava trendi psyykkisessä oireilussa niin Suomessa (Oksanen



ym. 2017) kuin kansainvälisestikin (Auerbach ym. 2016; Sæther ym. 2021). Psykkisen oireilun ohella kasvua on havaittu diagnosoitujen mielenterveyshäiriöiden määrässä. Esimerkiksi masennus on Suomessa yleistynyt nuorilla, ja myös diagnosoinnin ajankohta on varhentunut. (Filatova ym. 2019.) Myös terveystalvotuiden käyttö on kasvanut (Kunttu ym. 2017, 43). Mielenterveyspalveluiden käyttö on myös lisääntynt oireilua selkeämmin (Gyllenberg ym. 2018).

Toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijoilla erilaiset mielenterveysongelmat on havaittu yleiseksi sekä kansainvälisessä kirjallisuudessa että kotimaisissa kyselytutkimuksissa. Kansainvälisissä kyselytutkimuksissa noin kolmannes korkeakouluopiskelijoista kuvasi keskivaikeita tai vakavia mielenterveysoireita (Sæther ym. 2021). Suomalaisten kyselytutkimusten mukaan opiskelijoilla mielenterveyshäiriöitä ja itse raportoituja mielenterveyden ongelmia näyttäisi olevan enemmän kuin työssä käyvillä, mutta vähemmän kuin työelämän ja koulutuksen ulkopuolella olevilla nuorilla aikuisilla (Suvisaari ym. 2009; Myllyniemi ja Kiilakoski 2021). Suomalaisessa kyselytutkimuksessa noin 20 prosenttia toisen asteen opiskelijoista raportoi eriasteista mielenterveysoireilua (Parviainen ym. 2020). Ennen koronapandemiaa toteutetun Nuorisobarometrin mukaan ammatillisen koulutuksen opiskelijoista tai tutkinnon suorittaneista 12 prosenttia ilmoitti mielenterveysongelmasta. Lukiolaisilla tai lukion suorittaneilla osuus oli yhtä suuri, mutta ongelma koettiin hieman useammin haittaavampana kuin ammatillisessa koulutuksessa. Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneista tai sitä suorittamassa olevista 10 prosenttia ilmoitti mielenterveysongelmasta, kun taas yliopistotutkinnon suorittaneista ja yliopisto-opiskelijoista osuus oli 13 prosenttia. (Myllyniemi ja Kiilakoski 2021.)

Mielenterveysongelmat ovat hieman yleisempiä sosioekonomiselta asemaltaan huono-osaisten perheiden lapsilla (Vaalavuo ym. 2022). Kyselytutkimuksissa erityisesti perheen koetut taloudelliset vaikeudet ovat yhteydessä psyykkiseen oireiluun (Fröjd ym. 2006). Erilaiset riskitekijät näyttävät kuitenkin olevan monimutkaisessa suhteessa mielenterveyden häiriöihin. Osalla nuorista erilaiset riskitekijät myös kumuloituvat, mikä saattaa selittää esimerkiksi varhaista eläköitymistä (Karolaakso ym. 2020). Kolmasosa kaikista työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisistä tapahtuu ensisijaisesti mielenterveyden häiriöiden perusteella. Vuonna 2020 alle 35-vuotiaiden osuus oli 77 prosenttia. (ETK 2021.) Erilaiset mielenterveyshäiriöt ovat yleisempiä nuorilla aikuisilla, joilla on vain perusasteen koulutus (Suvisaari ym. 2009).

Mielenterveyshäiriöt ovat monin tavoin yhteydessä toimintakykyyn. Mielenterveyshäiriöillä on havaittu olevan yhteys myös erilaisiin fyysisiin terveysongelmiin. Näin on etenkin niillä, joilla on sekä masennus- että ahdistuneisuusoireilua, mikä voi viitata mielenterveysoireilun ensisijaisuuteen. (Scott ym. 2007.) Lisäksi uneen liittyvät häiriöt ovat yleisiä sekä nuorten mielenterveysoireilun yhteydessä että niihin altistavissa oireyhtymissä (esim. Haapasalo-Pesu ja Karukivi 2012; Peach ym. 2016).

## 1.2 Mielenterveysongelmien vaikutus opintoihin ja sosiaaliseen hyvinvointiin

Opiskelu-aikaa on pidetty monin tavoin kuormittavana aikana. Näyttää siltä, että vaikeudet eivät rajoitu psyykkiseen oireiluun, vaan niillä voi olla paljon laajempi merkitys opintojen sujumiselle. Mielenterveysongelmiin liittyy psyykkisen oireilun ohella monenlaisia vaikeuksia akateemisissa taidoissa, esimerkiksi lukemisessa ja kirjoittamisessa, sekä opiskelutaitojen ongelmia. Myös erilaiset sosiaaliset ja taloudelliset vaikeudet nousevat esiin tutkimuksissa. (Korkeamäki ym. 2015; Shor 2017; Hillborg ym. 2021; Korkeamäki ja Vuorento 2021). Opiskelu-uupumus on hyvin yleistä opiskelijoilla (esim. Salmela-Aro ym. 2009a). Myös perfektionismiin pyrkiminen on yleistynyt korkeakouluopiskelijoilla (Curran ja Hill 2019). Koronapandemian aikana toteutetun Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen mukaan 70 prosenttia opiskelijoista koki opintojensa vaikeutuneen. Myös taloudelliset ongelmat olivat kasvaneet ja toiveikkuus tulevaisuutta kohtaan vähentynyt. Erityisesti nuorilla naisilla yksinäisyyden tunteet olivat lisääntyneet. (Parikka ym. 2021.)

Mielenterveysongelmilla on havaittu olevan negatiivinen yhteys arvosanoihin. Peruskoulun yhdeksäsluokkalaisilla masennusoireilu oli yhteydessä muita opiskelijoita heikompiin arvosanoihin ja koulumenestyksen heikentymiseen (Fröjd ym. 2008). Ruotsalaisen tutkimuksen mukaan mielenterveysongelmiin saadulla lääkityksellä oli kielteinen yhteys opiskelumenestykseen toisen asteen opinnoissa. Vanhempien korkea sosioekonominen asema ei suojannut heikoilta arvosanoilta mutta vaikutti myönteisesti opintojen loppuun suorittamiseen. (Brännlund ja Edlund 2020.) Mielenterveyshäiriöihin usein liittyvät keskittymisvaikeudet ja toiminnanohjauksen ongelmat voivat heijastua opinnoissa suoriutumiseen (Fröjd ym. 2008). Myös erilaiset oppimisvaikeudet ja neurokehitykselliset vaikeudet voivat altistaa mielenterveysoireilulle ja todetuille mielenterveyden häiriöille (esim. Jonsson ym. 2011; Livingston ym. 2018; Rinne ym. 2021).

Mielenterveysongelmien yhteydessä kuvataan usein erilaisia opintoihin liittyviä vaikeuksia. Masennuksen tai ahdistuneisuuden vuoksi kuntoutukseen osallistuneet ammatillisen koulutuksen opiskelijat kuvasivat Kouluterveyskyselyn vastaajiin verrattuna enemmän vaikeuksia opiskelutaidoissa, kuten tehtävien aloittamisen vaikeutta. Heillä oli myös lukemisen ja kirjoittamisen vaikeuksia enemmän kuin muilla opiskelijoilla. (Harkko ym. 2019.) Eurostudent-kyselytutkimuksen mukaan mielenterveysongelmia raportoineista yliopisto-opiskelijoista 38 prosenttia koki mielenterveysongelman haittaavan merkittävästi opintoja. Ammattikorkeakoulussa opiskelevien osuus oli pienempi, 28 prosenttia. (Korkeamäki ja Vuorento 2021.) Psyykinen oireilu vaihtelee myös ajoittain (Kunttu ym. 2017).

Mielenterveysongelmat näyttäisivät olevan yksi selkeä opintojen keskeyttämisen riskitekijä sekä toisella asteella että korkeakouluissa (Mikkonen ym. 2018; Hillborg ym. 2021). Toisen asteen opiskelijoista mielenterveysoireilua raportoineet harkitsivat muita useammin keskeyttävänsä opinnot (Parviainen ym. 2020). Samoin mielenter-

veysongelmia raportoineet korkeakouluopiskelijat harkitsevat opintojen keskeyttämistä muita opiskelijoita useammin (Korkeamäki ja Vuorento 2021; Nori ym. 2021). Suomalaisessa aineistossa vanhempien korkea sosioekonominen asema mielenterveyshäiriön yhteydessä suojaasi opintojen keskeyttämiseltä toisella asteella, mutta ei enää korkea-asteella (Mikkonen ym. 2020).

Opintoihin liittyvien vaikeuksien ohella mielenterveysongelmilla näyttäisi olevan yhteys sosiaaliseen hyvinvointiin monin eri tavoin. Hyvinvoinnin ja sosiaalisen tuen merkitystä tarkastelleissa meta-analyysissa havaittiin tämän yhteyden voimistuvan nuoruudessa. Koulun aikuisten merkitys nuorten hyvinvoinnille oli vahvempi kuin perheen ja ystävien. Erityisen tärkeä oli kokemus tuen saatavuudesta verrattuna varsinaiseen tuen saatavuuteen. (Chu ym. 2010.) Sosiaalisella osallisuudella ja koulu-yhteisöön kiinnittyvillä tekijöillä, kuten työrauhalla ja opettajien ja oppilaiden vuorovaikutuksella, näyttää olevan toisen asteen koulutuksen keskeyttämiseltä suojaava vaikutus (Merikukka ym. 2019).

Myös kiusaamisen kokemuksista ja yksinäisyydestä on usein raportoitu mielenterveysongelmien yhteydessä, mutta tulkinnat niiden välisistä yhteyksistä vaihtelevat (esim. Kaltiala-Heino ja Fröjd 2011; Kraav ym. 2021). Nuoret itse mainitsevat tärkeimpänä syrjäytymisen syynä ystävien puutteen (Aaltonen ym. 2015). Yksinäisyyden kokemukset ja kiusaaminen voivat vahvasti vaikuttaa hyvinvointiin ja yhteisöön kiinnittymiseen (Pörhölä 2009). Myös psyykinen oireilu voi osaltaan vaikeuttaa sosiaalisten suhteiden ylläpitoa (Steger ja Kashdan 2009).

Sosiaalisen tuen puutteella on havaittu olevan yhteys masennusoireiluun yliopisto-opiskelijoilla. Heillä erityisesti ystävien merkitys on suuri, vaikka myös perheentuella on merkitystä mielenterveyttä suojaavana tekijänä. Naiset turvautuvat miehiä useammin ystävien tukeen, minkä on nähty heijastavan laajemmin naisten pyrkimystä hakea apua mielenterveyden ongelmiin. (Alsubaie ym. 2019.) Yksinäisyyden kokemukset ovat yleisiä korkeakouluopiskelijoilla, ja niillä näyttäisi olevan yhteys mielenterveyden ongelmiin, joskaan yksinäisyyden ja mielenterveysongelmien välinen suhde ei näytä erityisen selkeältä (Diehl ym. 2018).

### 1.3 Avun hakeminen ja tuen saaminen

Erityisesti oikea-aikaisen tuen saamiseen nuorten ja opiskelijoiden mielenterveysongelmiin liittyy ongelmia, ja suuri osa nuorista ei hae apua mielenterveyden ongelmiin (esim. Costello ym. 2014). Ongelmat avun ja tuen saamisessa näyttäisivät liittyvän sekä mielenterveyshäiriöiden luonteeseen että erilaisiin yksilö- ja ympäristötekijöihin (esim. Alonso ym. 2018). Vakavammin oireilevat hakevat apua suhteellisesti enemmän kuin lievemmin oireilevat, mutta apua hakevien absoluuttinen määrä on suurempi lievemmin oireilevissa opiskelijoissa. Molemmissa ryhmissä on myös niitä, jotka olivat harkinneet avun hakemista mutta eivät olleet sitä hakeneet. (Grøtan ym.

2019.) Yksittäiseen oireeseen haetaan harvemmin apua kuin päällekkäisiin mielenterveysongelmiin (Mackenzie ym. 2012).

Myös erilaiset taustatekijät voivat vaikuttaa mielenterveyspalveluihin hakeutumiseen. Miehet ja etniset vähemmistöt hakeutuvat mielenterveyspalveluihin muita harvemmin. Myös vähäisempi koulutus on yhteydessä vähäisempään mielenterveyspalveluiden käyttöön. (Gulliver ym. 2010.) Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa erityisesti sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevat nuoret ja miehet turvautuivat koulun palveluihin. Koulun palveluiden arvioitiin kuitenkin vastaavaan heikommin päällekkäisiin ja monimutkaisiin mielenterveysongelmiin kuin erikoistuneiden palveluiden. (Costello ym. 2014.)

Suomalaisista peruskoulun ja toisen asteen opiskelijoista kolmannes ei kerro kenellekään mielialaansa koskevista huolista. Erityisesti pojat eivät kerro mielialaansa koskevista huolista. (Kanste ym. 2018.) Osa opiskelijoista ei hae apua palveluista vaan turvautuu mieluummin läheisten ja ystävien apuun (Ebert ym. 2019). Opiskelijan sosiaalisella verkostolla on havaittu olevan yhteys avun hakemiseen (Fröjd ym. 2008). Mielenterveysongelmista ja niihin kytkeytyvistä tuen tarpeista opinnoissa voi olla vaikea kertoa omassa oppilaitoksessa (Shor 2017; Korkeamäki ym. 2020).

Opiskeluhuollon saatavuutta on pyritty parantamaan 2000-luvulla. Toisen asteen opiskeluhoitoa on pyritty laajentamaan, ja nykyisin entistä useampi opiskelija on avun piirissä. Korkeakouluopiskelijoiden kohdalla palveluja yhtenäistettiin vuoden 2021 alusta, jolloin myös ammattikorkeakouluopiskelijat siirrettiin kunnallisten opiskeluhoitopalveluiden parista Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö YTHS:n palvelujen piiriin.

#### 1.4 Opiskelukyvyn moniulotteisuus

Opiskelijoiden opiskelukyvyn ja opinnoissa edistymiseen vaikuttavat erilaiset, usein myös yksilöllisiin elämäntilanteisiin sekä opiskelijan taustaan ja toimintakykyyn liittyvät tekijät. Erityisesti nuoressa aikuisuudessa mielenterveyteen vaikuttavat tekijät näyttävät olevan hyvin moninaisia (Alegría ym. 2018). Nuorten mielenterveyden tukimuodoissa onkin laajemmin painotettu kokonaisvaltaisen lähestymistavan tärkeyttä, ja mielenterveyden tukemisen tulisi kattaa psyykkisen tuen ohella myös ammatilliset ja koulutukselliset tavoitteet (Settipani ym. 2019). Suomessa kansallisen mielenterveysstrategian mukaan mielenterveyteen vaikuttavat niin sosiaaliset ja taloudelliset kuin biologiset ja ympäristötekijätkin. Suotuisat olosuhteet vahvistavat psyykkisiä voimavaroja ja epäsuotuisat uhkaavat niitä. (Vorma ym. 2020, 14.)

Terveyden ja kuntoutuksen tutkimuksessa erilaisten tekijöiden merkitystä mielenterveysongelmien taustalla voidaan kuvata biopsykososiaalisen viitekehyksen avulla. Siinä toimintakyvyn tukemisessa huomioidaan biologisen näkökulman ohella laajemmin psyykkisiin ja sosiaalisiin toimintamahdollisuuksiin liittyviä tekijöitä.

(Bickenbach ym. 1999; Borrell-Carrió ym. 2004; Järvikoski ym. 2015; Harkko ym. 2019.) Biopsykososiaaliseen lähestymistapaan pohjautuvan Maailman terveysjärjestön WHO:n Kansainvälisen toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden luokituksen (ICF) näkökulmasta hyvinvointiin sisältyvät keskeisesti yksilölle merkitykselliset, sosiaaliseen toimintaympäristöön, suoriutumiseen ja osallisuuteen sekä esimerkiksi taloudellisiin mahdollisuuksiin liittyvät tekijät (Valkeinen ja Anttila 2014).

Yksilöllisten ja ympäristötekijöiden vuorovaikutusta opiskelijoiden toimintakyvyssä on kotimaisessa keskustelussa jäsennetty opiskelukyvyn käsitteellä. Tällöin opiskelukyky on määritelty opiskelijan toimintakyvyksi, joka tulee suhteuttaa opiskelun vaatimuksiin sekä kykyyn selviytyä opinnoista. Opiskelukyvyn käsitettä on pidetty käyttökelpoisena, sillä sen avulla voidaan kattaa opiskelun moniulotteisuus huomioiden esimerkiksi opintojen sujuvuuteen ja etenemiseen, opintoihin kiinnittymiseen sekä opiskelijan hyvinvointiin liittyviä tekijöitä. (Harkko ym. 2019.)

Opiskelukyvyn ajatellaan sisältävän yksilön omien voimavarojen ja opiskelutaitojen ohella opiskeluympäristön ja opetustoiminnan ulottuvuudet (Kunttu 2011). Opiskelukykyä on myös tarkasteltu biopsykososiaalisen terveystieteiden näkökulmasta. Moniulotteiseksi opiskelukyvyksi nimetyssä mallissa keskeisiksi osa-alueiksi on määritelty opinnoissa jaksaminen, opintojen hallinta ja oppilaitosyhteisön toimintaan osallistuminen. Nämä ovat samalla rinnasteisia työkykyä koskeville määritelmille, vaikka opiskelu- ja työympäristöt eroavatkin jossain määrin toisistaan. (Harkko ym. 2019, ks. myös Järvikoski ym. 2001.)

Biopsykososiaalisen terveystieteiden näkökulmasta yksilön terveyteen vaikuttavat hyvin monenlaiset tekijät eikä selkeitä syy-yhteyksiä ole aina mahdollista nimetä (Borrell-Carrió ym. 2004). Tämä heijastuu mallissa myös interventioiden tasolle, sillä vaikka yksilön terveyteen kohdistuvat toimet voivat olla sinänsä tarpeellisia, ovat ne kuitenkin yksinään vaillinainen tapa vastata monimutkaisiin terveysongelmiin. Yhteiskunnallisten interventioiden tulisi siten kattaa hyvin monentyyppisiä tasoja. (Bickenbach ym. 1999.)

Varsinaisen mielenterveyden häiriön hoidon ohella mielenterveyttä voidaan tukea mielenterveyden edistämiseen pyrkivillä toimilla, opiskelun tukimuodoilla ja kuntoutuksella. Näissä kaikissa korostetaan lähiympäristön merkitystä opiskelijan hyvinvoinnille. Sekä terveyden edistämässä että kuntoutuksessa on painotettu sosioekologisia malleja, jotka pyrkivät huomioimaan tukimuotojen suunnittelussa niin yksilölliset tekijät, ihmissuhteet, lähiympäristöt kuin laajemminkin yhteiskunnalliset tekijät (Järvikoski 2013; Wahlbeck ym. 2017; Castillo ym. 2019). Palveluiden saatavuuden ohella on pidetty tärkeänä kehittää sekä kohdennettuja että universaaleja tukimuotoja opiskelijoille (Weare ja Nind 2011; Brown 2018). Opiskelijoiden mielenterveyden tuessa on pidetty tärkeänä tarjota eri tavoin skaalautuvia tukimuotoja,

jotka huomioivat opiskelijoiden avun hakemisen esteet ja mielenterveysongelmien vaihtelevuuden stressistä vakaviin mielenterveyshäiriöihin. On tarpeellista kiinnittää huomiota sekä epävirallisen että virallisen tuen muotoihin opiskelu- ja elämänhallinnan taidoista erikoistuneeseen apuun. (Brown 2018.)

Monissa maissa on kohdennetuista palveluista kehitetty psyykkisesti oireileville ja mielenterveysongelmia kokeville opiskelijoille erilaisia tukipalveluita opinnoissa suoriutumisen tueksi. Vakaviin mielenterveyshäiriöihin on kehitetty erilaisia tuetun opiskelun ohjelmia, joita voi pitää rinnakkaisina tuetun työllistymisen malleille (esim. Korkeamäki ym. 2015; Lövgren ym. 2020). Myös lainsäädännössä ja kuntoutuspalveluissa on enenevässä määrin kiinnitetty huomiota opiskelukyvyn tukemiseen kuntoutuksen avulla (esim. Harkko ym. 2019). Suomessa opiskelijoiden yleisimmät kuntoutusmuodot ovat kuntoutuspsykoterapia ja koulutuksena toteutettu ammatillinen kuntoutus, joita yksinään on niiden hyödyllisyydestä huolimatta pidetty puutteellisina kouluttautumisen tukimuotoina (Härkäpää ym. 2014; Salminen 2019).

Nuorten omia kokemuksia mielenterveysongelmista on tutkittu sangen vähän (Peltola ja Moisio 2017). Siinä missä Suomessa on jonkin verran kertynyt tutkimustietoa peruskouluikäisten mielenterveysongelmista ja niiden merkityksestä opintojen suorittamiseen, toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijoita on tutkittu vähemmän. Tietoa ei myöskään ole opiskelijoiden kokonaistilanteesta eli siitä, millaisiin opiskeluelämän haasteisiin mielenterveysongelmat ovat eri tavoin yhteydessä. Lisäksi ei tiedetä, miten erilainen oirekirjo vaikuttaa opiskelua ja sosiaalista hyvinvointia koskeviin kokemuksiin.

Toisen asteen ja korkea-asteen opintojen aikana opiskelua koskevat vaatimukset usein lisääntyvät ja samanaikaisesti tapahtuu myös erilaisia muutoksia sosiaalisessa tilanteessa. Jotta opiskelijoille on mahdollista kehittää riittävän varhaista ja kokonaisvaltaista tukea, tarvitaan tietoa opiskeluelämän eri osa-alueista. Tällä hetkellä tieto opiskelijoiden käyttämästä tuesta tai siitä, millaisesta tukea he itse kokevat tarvitsevansa, on puutteellista. Myös opiskeluympäristöillä on merkitystä mielenterveysoireiluun, opinnoissa etenemiseen tai tuen saamiseen. Siksi kokonaiskuvaa tarkasteltaessa onkin tärkeää ottaa huomioon erilaiset opiskeluympäristöt.

## 1.5 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa selvitetään opiskeluun ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviä kokemuksia mielenterveysongelmia raportoineilla toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijoilla. Tutkimuksen tavoitteena on kuvata oppimiseen, opintojen etenemiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviä vaikeuksia mielenterveyden ongelmia kokeneilla opiskelijoilla. Lisäksi tarkastellaan, miten mielenterveyden ongelmat kohdentuvat eri koulutussektoreilla ja miten näihin ongelmiin on haettu ja saatu tukea.

Tutkimuskysymyksiä ovat seuraavat:

1. Millaisia oppimiseen, opintojen sujumiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviä vaikeuksia mielenterveysongelmia raportoineilla opiskelijoilla on toisella asteella ja korkeakoulussa?
2. Millaista apua ja tukea käytetään mielenterveysongelmien yhteydessä ja miten sukupuoli, perhetausta ja koulutussektori ovat yhteydessä terveys- ja opiskeluhoitoon palveluiden käyttämiseen?

## 2 Aineistot ja menetelmät

Tarkastelemme tässä tutkimuksessa mielenterveysongelmia raportoineiden toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijoiden opiskeluun ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviä kokemuksia kahden valmiin kyselyaineiston avulla. Hyödynnettäviä aineistoja ovat vuoden 2019 Kouluterveyskysely (THL) ja vuoden 2016 Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus (Kunttu ym. 2018). Kyselyaineistoista tarkastellaan mielenterveysongelmia raportoineiden opiskelijoiden opintojen sujumista, opiskelutaitoihin liittyviä ongelmia, oppimisvaikeuksien yleisyyttä, poissaoloja, sosiaalisia vaikeuksia sekä tuen saantia koettuihin mielenterveyden ongelmiin. Lisäksi kuvaamme mielenterveysongelmia raportoineiden opiskelijoiden sosiodemografisia tietoja ja terveyskäyttäytymistä. Tiedossamme ei ole, että aineistoja olisi tarkasteltu aiemmin tästä näkökulmasta.

Käytetyt aineistot eivät ole suoraan toisiinsa verrannollisia. Tähän tutkimukseen tarkasteltavia muuttujia valikoitaessa on kuitenkin pyritty nostamaan esiin mahdollisimman hyvin toisiaan vastaavia kysymyksiä tutkimuskysymysten kannalta keskeisistä aihepiireistä. Kyselyiden vahvuutena on mahdollisuus tarkastella mielenterveyttä validoitujen mittareiden avulla. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus tarjoaa mahdollisuuden vertailla korkeakouluopiskelijoita psyykkisen oireilun ja itse raportoidun todetun mielenterveyden häiriön osalta. Kyselyt mahdollistavat myös eri koulutussektoreilla, toisella ja korkea-asteella, opiskelevien vertaamisen sekä terveys- ja opiskeluhuollon palveluiden kohdentumisen ja saatavuuden toisen ja korkea-asteen opiskelijoiden näkökulmasta.

### 2.1 Aineistot

**Kouluterveyskysely** on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) maaliskuu-toukokuussa 2019 toteuttama lukioden ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoille suunnattu kysely. Kyselyssä kartoitettiin opiskelijoiden terveyttä, hyvinvointia, opiskeluun liittyvää tietoa, osallisuutta sekä avun saantia ja sitä, miten palvelutarpeisiin on vastattu. Kyselyyn vastasi arviolta 70 prosenttia lukioden 1. ja 2. vuoden opiskelijoista. Ammatillisten oppilaitosten vastausaktiivisuutta ei voitu luotettavasti todentaa, koska kohdejoukon suuruus ei ole tiedossa. (Ikonen ja Helakorpi 2019.)

Tämän tutkimuksen otos käsittää kyselyyn vastanneet vuoden 2019 lukion ja ammatillisen koulutuksen opiskelijat, jotka olivat täyttäneet 15 vuotta. Koko aineistossa vastaajia oli 68 016. Otoksesta jätettiin pois alle 15-vuotiaat ja henkilöt, joiden iästä ei ollut tietoa (556 henkilöä, 0,8 %), sekä henkilöt, joiden sukupuolesta ei ollut tietoa (81 henkilöä, 0,1 %). Lopullinen tarkasteluun otettujen vastaajien määrä oli 67 379. Vastanneiden keski-ikä oli 17,4 vuotta (KH = 0,75, VV 15,1–29,1). Vastanneet jakautuivat aluehallintovirastojen alueilla asumisen mukaan seuraavasti: Etelä-Suomi 40 prosenttia (26 937 henkilöä), Länsi- ja Sisä-Suomi 24,3 prosenttia (16 382 henki-



löö), Lounais-Suomi 12,9 prosenttia (8 678 henkilöä), Pohjois-Suomi 10,0 prosenttia (6 720 henkilöä), Itä-Suomi 9,3 prosenttia (6 248 henkilöä), Lappi 2,9 prosenttia (1 965 henkilöä) ja Ahvenanmaan valtionvirasto 0,7 prosenttia (449 henkilöä). Tarkemmin aineistoa on kuvattu Kouluterveyskyselyä koskeissa aineistoraporteissa (esim. Ikonen ja Helakorpi 2019).

**Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa** (Kunttu ym. 2018) on kartoitettu korkeakouluopiskelijoiden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveydentilaa, keskeisiä terveyskäyttäytymisen piirteitä sekä terveyspalvelujen käyttöä. Lisäksi on kysytty terveyteen, terveyskäyttäytymiseen ja opiskelukykyyn liittyviä tekijöitä, kuten sosiaalisia suhteita, oppimisvaikeuksia, opiskelua ja toimeentuloa. Tutkimuksen kohdejoukkona ovat alle 35-vuotiaat perustutkintoa suorittavat suomalaiset korkeakouluopiskelijat. Vuonna 2016 otos kattoi 4,8 prosenttia kohdeyhmän opiskelijoista (N = 10 000). Vastanneita oli alkuperäisessä havaintoaineistossa 3 114 ja kokonaisvastausprosentti oli 31. Miesten vastausaktiivisuus oli 22 prosenttia. Miesten aliedustusta lukuun ottamatta vastanneet edustivat hyvin kohdejoukkoa. (Kunttu ja Pesonen 2013; Kunttu ym. 2017.) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimukseen vastanneiden keski-ikä oli 24,4 vuotta (miehet 24,7, naiset 24,2). Yhteiskunnallisesta tietoarkistosta saadussa aineistossa vastanneita oli neljä vähemmän kuin alkuperäisessä havaintoaineistossa. Opiskelupaikkakunnakseen ilmoitti vastaajista Helsingin-Uudenmaan 31,3 prosenttia (974 henkilöä), Länsi-Suomen 27,1 prosenttia (842 henkilöä), Pohjois- ja Itä-Suomen 21,5 prosenttia (668 henkilöä), Etelä-Suomen 16,1 prosenttia (501 henkilöä) ja muun paikkakunnan 0,6 prosenttia (18 henkilöä). (Tarkemmin ks. Kunttu ym. 2017; Kunttu ym. 2018.)

## 2.2 Käytetyt mittarit ja muuttujat

### 2.2.1 Kouluterveyskysely

Opiskelijoiden kokemia mielenterveyden haasteita tarkastellaan kahden mielenterveysoireilua kartoittavan kyselyn avulla, jotka käsittelevät koettua ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Ahdistuneisuusoireita tarkasteltiin seitsemän kysymystä käsittävällä **Ahdistuneisuuskyselyllä** (*Generalized Anxiety Disorder Scale, GAD-7*), jossa vastaaja arvioi asteikolla 0–3 (0 = ei lainkaan, 3 = lähes joka päivä) seitsemää kyselyn kartoittamaa yleistä ahdistuneisuusoiretta viimeksi kuluneen kahden viikon aikana. Kyselyn yhteenlaskettu pistemäärä voi vaihdella 0:n ja 21:n välillä. Korkeampi pistemäärä merkitsee voimakkaampaa ahdistuneisuusoireilua. Mittarin ominaisuudet on havaittu psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyviksi ja toimivan etenkin yleistyneen ahdistuneisuuden arvioinnissa, mutta myös arvioitaessa muita ahdistuneisuushäiriöitä (Spitzer ym. 2006; Kroenke ym. 2007).

Kouluterveyskyselyssä opiskelijoiden masennusoireilua tarkasteltiin kaksi kysymystä käsittävällä **Terveyskysely** (*The Patient Health Questionnaire, PHQ-9*) lyhennetyllä versiolla (PHQ-2), jossa vastaaja arvioi neliportaisella asteikolla 0–3 (0 = ei lainkaan,

3 = suurimpana osana päivistä) koettua masennusoireilua viimeksi kuluneen kahden viikon aikana. Asteikko muutetaan pistemäärää laskettaessa kaksiasteiseksi 0–1, jolloin kyselyn yhteenlaskettu pistemäärä voi vaihdella välillä 0–2, jossa suurempi pistemäärä merkitsee voimakkaampaa masennusoireilua. PHQ-2-kysely käsittää alkuperäisen Terveyskyselyn kaksi ensimmäistä kysymystä, ja se on todettu psyko-metrisiltä ominaisuuksiltaan kohtalaiseksi mittariksi masennusoireiden seulontaan (Richardson ym. 2010).

Aineistossa mielenterveysoireilua kokeviksi opiskelijoiksi laskettiin nuoret, jotka raportoivat vähintään kohtalaisista masennus- tai ahdistuneisuusoireista. Katkaisupisterajana mielenterveysoireilulle pidettiin ahdistuneisuuden osalta yli 10 pistettä, joka on todettu riittävän sensitiiviseksi rajaksi arvioida kohtalaista tai sitä voimakkaampaa ahdistuneisuusoireilua (Kroenke 2007; Löwe 2008). Masennusoireilun katkaisurajana pidettiin vähintään yhtä pistettä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen aiempien Kouluterveyskyselyä koskeneiden tarkastelujen mukaisesti (Sotkanet 2021). Tuloksissa on kuvattu erikseen ne henkilöt, jotka ovat raportoineet joko masennus- tai ahdistuneisuusoireita, sekä ne henkilöt, jotka raportoivat molempia oireita yhtäaikaaisesti. Mielenterveyden oireilua ylipäänsä raportoineilta (joko masennus- tai ahdistuneisuusoireita tai molempia) kuvataan lisäksi tarkempia eroja koulutussektorin mukaan miehillä ja naisilla.

Kouluterveyskyselyssä tarkasteltiin seuraavia opiskelijan ilmoittamia sosiodemografisia tietoja: ikä, sukupuoli, koulutussektori, ulkomaalaistausta (ulkomailla tai Suomessa syntynyt), opiskelijan arvio vanhempien tai huoltajien korkeimmasta koulutustasosta ja perheen taloudellisesta tilanteesta. Jos vanhemmilla tai huoltajilla oli eri koulutusaste, on tarkastelussa huomioitu näistä korkeampi. Terveystilaa ja terveyskäyttäytymistä on kartoitettu tarkastelemalla opiskelijan koettua terveydentilaa, lääkärin toteamaa pitkäaikaista sairautta, humalahakuista alkoholinkäyttöä sekä nukkumiseen liittyviä ongelmia.

Opiskeluun liittyviä kokemuksia ja haasteita on tarkasteltu seuraavista näkökulmista: pitääkö opiskelija opiskelusta, kokeeko hän oppimiseen ja opiskeluun liittyviä vaikeuksia, kuten vaikeutta keskittyä tai pitää suullisia esityksiä, ja onko hänellä luvattomia ja sairauteen liittyviä poissaoloja sekä koettua opintouupumusta. Kouluterveyskyselyssä on mitattu opintouupumusta vuodesta 2006 lähtien kolmella kysymyksellä, jotka perustuvat koulu-uupumusmittariin (BBI-10, Salmela-Aro ja Näätänen 2005; ks. myös Luopa ym. 2008). Opintouupumusta lähestytään kysymyksillä uupumusasteisesta väsymyksestä, opintoihin liittyvästä kyynisestä asenteesta ja opintojen merkityksen vähenemisestä sekä riittämättömyyden tunteesta opiskelijana. Sosiaalisen hyvinvoinnin osalta tarkastellaan kiusaamista kuluneen lukukauden aikana, koettua yksinäisyyttä sekä vaikeutta saada ystäviä tai läheisiä ystäviä.

Tuen saannin ja avun hakemisen osalta tarkastellaan, onko opiskelija saanut tukea tai apua mielialaan liittyviin ongelmiin kuluneen vuoden aikana oppilaitoksesta, oppilaitoksen ulkopuolisista palveluista, perheeltä tai läheisiltä sekä ystäviltä. Lisäksi tarkastellaan, onko opiskelija käyttänyt seuraavia oppilaitoksen palveluita: muita kuin terveystarkastukseen liittyviä terveydenhoitajan tai lääkärin, psykologin tai kuraattorin palveluita.

### 2.2.2 Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus

Opiskelijoiden kokemia mielenterveyden haasteita tarkastellaan itse raportoidun, kuluneen 12 kuukauden aikana oireilleen tai hoitoa vaatineen ja terveydenhuollon ammattilaisen toteaman mielenterveyshäiriön osalta samoin kuin ajankohtaista psyykkistä oireilua kartoittavalla **GHQ-12**-kyselyllä (*General Health Questionnaire*, Goldberg 1972). Kyselyssä vastaaja arvioi asteikolla 0–3 (0 = paremmin kuin tavallisesti, 3 = paljon huonommin kuin tavallisesti) psyykkiseen oireiluun liittyviä kysymyksiä, jotka kartoittavat muun muassa viimeaikaista keskittymistä, valvomista tai vaikeuksien kohtaamista. Asteikko muutetaan pistemäärää laskettaessa kaksiasteiseksi (0–1), jolloin kyselyn yhteenlaskettu pistemäärä voi vaihdella välillä 0–12. Suurempi pistemäärä merkitsee voimakkaampaa psyykkistä kuormittuneisuutta. Kysely on todettu myös suomalaisissa aineistoissa psykometrisiltä ominaisuuksiltaan hyväksi menetelmäksi arvioida psyykkistä kuormittuneisuutta (Holi ym. 2003). Katkaisurajana käytetään yli kolmea pistettä, jota on käytetty katkaisurajana suomalaisissa tutkimuksissa (ks. esim. Koponen ym. 2018). Noin puolet mielenterveysdiagnoosista kertoneista (52,4 %, 195 henkilöä) kuvasi myös ajankohtaista psyykkistä oireilua GHQ-12-mittarilla arvioituna. Nämä henkilöt sisältyvät molempiin tarkasteltuihin ryhmiin. Psyykkistä oireilua raportoineilta (GHQ-12) kuvataan lisäksi tarkempia eroja oppilaitostyyppin ja sukupuolen mukaisesti.

Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksesta tarkasteltiin seuraavia opiskelijan ilmoittamia sosiodemografisia tietoja: ikä luokiteltuna, sukupuoli ja koulutussektori. Terveystarkastuksen osalta tarkasteltiin opiskelijan kuvausta sen hetkisestä fyysisestä terveydentilasta, lääkärin toteamaa pitkäaikaista sairautta, sitä, kuinka usein juo vähintään kuusi alkoholiannosta kerralla, sekä nukkumiseen liittyviä ongelmia.

Opiskeluun liittyviä kokemuksia ja haasteita on tarkasteltu seuraavien muuttujien avulla: todetut oppimisvaikeudet, koetut keskittymisvaikeudet, oma arvio opiskelumenetyksestä ja arvio siitä, opiskeleeko oikeaa alaa. Lisäksi otettiin mukaan mielenterveysseulaksi kutsutun kysymyssarjan (Saari 1979, ks. myös Kunttu ym. 2006) opiskelua koskevia kysymyksiä (otteen saaminen opinnoista, esitelmän pidossa koetut vaikeudet, tulevaisuuden suunnittelu, omat voimat ja kyvyt). Koettua opintouupumusta arvioitiin Opiskelu-uupumusmittarin SBI-9 (Salmela-Aro 2009) kysymyksillä (uupumusasteinen väsymys, kyyninen asenne ja opintojen merkityksen vähentyminen sekä riittämättömyyden tunne opiskelijana), jotka vastaavat Kouluterveyskyselyssä käytössä olevia kysymyksiä. Sosiaalisen hyvinvoinnin osalta tarkastellaan kiu-

saamiskokemuksia opintojen aikana, vaikeutta luoda kontaktia toisiin opiskelijoihin tai muihin ihmisiin, keskustelumahdollisuuksia läheisten ihmisten kanssa sekä koettua yksinäisyyttä.

Tuen saannin ja avun hakemisen osalta tarkastellaan, onko opiskelija ollut tyytyväinen oppilaitoksen antamaan ohjaukseen kuluneen vuoden aikana ja millaisiin asioihin opiskelija toivoisi tukea tai palveluita oppilaitoksesta. Lisäksi tarkastellaan, onko opiskelija käyttänyt seuraavia palveluita joko vastaanotolla, puhelimitse tai sähköisesti: terveydenhoitaja, fysioterapeutti, lääkäri, kuraattori, psykiatri, psykologi ja opintopsykologi.

### 2.3 Tilastolliset menetelmät

Aineiston kuvauksessa käytetään ristiintaulukointia ja 95 prosentin luottamusvälejä laskettuna (Clopper-Pearsonin tarkka menetelmä). Mielenterveysoireilua kartoittavia kyselyitä koskevasta aineiston tarkastelusta jätettiin pois ne henkilöt, joilla oli merkittävästi puuttuvia vastauksia mielenterveysoireilua arvioivissa kyselyissä (GAD-7, PHQ-2, GHQ-12). Jos puuttuvia arvoja oli alle 20 prosenttia, korvattiin puuttuvat tiedot keskiarvolla laskettaessa summapistemäärää.

Mielenterveysoireilua raportoineiden toisen ja korkea-asteen opiskelijoiden hakeutumista terveydenhuollon ja kuraattorin palveluihin kartoitettiin logistisella regressiomallilla. Logistisessa regressiomallissa tarkasteltiin mallin hyvyttä (Nagelkerke  $R^2$ ), vetosuhdetta (OR, *odds ratio*) sekä 95 prosentin luottamusvälejä. Mallit toteutettiin siten, että palveluihin hakeutumisessa huomioitiin ensimmäisessä mallissa sukupuoli ja toisessa mallissa sukupuolen ohella koulutussektori. Toisen asteen opiskelijoilla kyettiin tarkastelemaan lisäksi kahta muuta mallia, joista ensimmäisessä huomioitiin myös opiskelijan syntymätausta ja toisessa opiskelijan raportoima vanhempien tai huoltajien korkein koulutustaso sekä arvioitu perheen taloudellinen tilanne. Tilastollisiin analyysiin käytettiin IBM SPSS Statistics -ohjelman versiota 27.

### 2.4 Eettiset kysymykset

Kouluterveyskysely on arvioitu THL:n tutkimuseettisessä työryhmässä vuonna 2019. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus on saanut puoltavan lausunnon Turun yliopiston eettiseltä toimikunnalta. Lisäksi ammattikorkeakoulut ovat myöntäneet tutkimusluvut. Opiskelijat vastasivat kyselyyn vapaaehtoisesti, mikä katsottiin tietoon perustuvaksi suostumukseksi. (Kunttu ym. 2017.) Aineistojen luovuttajatahot ovat tehneet aineistoille erilaisia anonymisointitoimenpiteitä muun muassa karkeistamalla vastausvaihtoehtoja (Kunttu ym. 2018). Taulukoiden tarkat numeeriset tiedot, jotka koskevat alle viittä vastaajaa, on jätetty kuvaamatta.

Tätä tutkimusta varten on haettu Kouluterveyskyselyn käyttöoikeus Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta ja Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen käyttöoi-

keus Yhteiskuntatieteellisestä tietoaarkistosta (AILA). Mielenterveyden häiriöt opiskelussa -tutkimushanke on saanut puoltavan lausunnon Kuntoutussäätiön tutkimus-eettiseltä toimikunnalta 13.8.2019.

### 3 Tulokset

#### 3.1 Mielenterveysongelmat toisen asteen opiskelijoilla

Kouluterveyskyselyyn vastanneista vähintään kohtalaisia ahdistuneisuusoireita (GAD-7 > 10) koki 12,9 prosenttia. Miehistä ahdistuneisuusoireilua koki 5,4 prosenttia ja naisista 19,7 prosenttia. Vastanneista vähintään kohtalaisia masennusoireita (PHQ-2  $\geq$  1) koki 17,2 prosenttia. Miehistä masennusoireita koki 11,0 prosenttia ja naisista 22,8 prosenttia. Tieto mielenterveysoireilusta puuttui 1,5 prosentilta vastaajista. Tieto ahdistuneisuusoireilusta puuttui 9,7 prosentilta ja masennusoireilusta 1,5 prosentilta vastaajista. Kaikista vastanneista vähintään kohtalaisia masennus- tai ahdistuneisuusoireita kuvasi ylipäänsä 11,8 prosenttia ja molempia yhtäaikaaisesti 9,2 prosenttia vastanneista. Koko otoksesta mielenterveysoireilua raportoi kyselyiden perusteella 21,0 prosenttia.

##### 3.1.1 Toisen asteen opiskelijoiden sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät tekijät

Taulukosta 1 (s. 23–24) havaitaan, että mielenterveysoireilu oli toisella asteella yleisempää naisilla kuin miehillä ja valtaosa mielenterveysoireilua raportoineista oli naisia. Erityisesti masennus- ja ahdistuneisuusoireilun esiintyminen yhdessä oli naisilla miehiä yleisempää. Mielenterveysoireilun suhteellinen osuus oli suurempi vanhemmilla opiskelijoilla, mutta ikäryhmittäiset erot olivat kuitenkin pieniä. Lukiolaiset kuvaavat mielenterveysoireilua ammatillisessa koulutuksessa opiskelevia useammin. Ero koulutussektorin välillä pieneni hieman, kun tarkasteltiin masennus- ja ahdistuneisuusoireilua yhdessä.

Perhetaustan mukaan tarkasteltuna mielenterveysoireita kuvanneet opiskelijat erosivat vain vähän kaikista toisen asteen opiskelijoista. Ulkomaalaistaustaisten suhteellinen osuus oli oireilevissa hieman suurempi kuin koko aineistossa. Myös vanhempien koulutuksen suhteen erot olivat melko pieniä verrattuna koko aineistoon. Yli puolella mielenterveysoireilua raportoineista opiskelijoista oli korkeakoulutetut vanhemmat, kuten myös koko aineistossa. Koko aineistoon verrattuna mielenterveysoireilua raportoineiden opiskelijoiden vanhemmilla oli hieman useammin enintään perusasteen koulutus. Ne opiskelijat, jotka kuvasivat sekä masennus- että ahdistuneisuusoireilua, erosivat hieman sosiodemografisten tietojen osalta joko masennus- tai ahdistuneisuusoireesta raportoineista.

Itse raportoitu mielenterveysoireilu näyttää olevan yhteydessä opiskelijan omaan arvioon perheen taloudellisesta tilanteesta. Hieman yli puolet mielenterveysoireilusta raportoineista opiskelijoista arvioi perheensä taloudellisen tilanteen erittäin tai melko hyväksi. Koko aineistoon verrattuna niiden opiskelijoiden osuus, jotka arvioivat taloudellisen tilanteensa melko tai erittäin huonoksi, oli mielenterveysoireilua kuvanneilla opiskelijoilla kuitenkin suurempi. Sekä masennus- että ahdistuneisuusoireita ilmoittaneet arvioivat oman perheen taloudellisen tilanteen huonoksi muita opiskelijoita useammin.

**Taulukko 1.** Sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät tekijät mielenterveysoireilun mukaan toisen asteen opiskelijoilla (% , 95 %:n luottamusväli).

	Masennus- (PHQ-2) tai ahdistuneisuusoireita (GAD-7) (n = 7 811)		Masennus- ja ahdistuneisuusoireita (PHQ-2 ja GAD-7) (n = 6 091)		Ei mielenterveysoireita tai lieviä oireita (n = 52 442)		Koko aineisto (n = 67 379)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Sukupuoli</b>								
Mies (poika)	32,0	30,9–33,0	21,7	20,7–22,7	52,5	52,1–53,0	47,5	47,1–47,9
Nainen (tyttö)	68,0	67,0–69,1	78,3	77,3–79,3	47,5	47,0–47,9	52,5	52,1–52,9
<b>Ikä</b>								
15–16	31,7	30,7–32,7	30,7	29,6–31,9	34,7	34,3–35,1	34,0	33,6–34,3
17–18	64,5	63,5–65,6	64,6	63,4–65,8	62,6	62,2–63,3	63,0	62,6–63,3
19 tai vanhempi	3,8	3,3–4,1	4,7	4,1–5,1	2,7	2,5–2,8	3,1	2,9–3,1
<b>Koulutussektori</b>								
Lukio	72,4	71,4–73,4	68,7	67,5–69,9	64,6	64,2–65,1	65,6	65,3–66,0
Ammatillinen oppilaitos	27,6	26,6–28,6	31,3	30,1–32,5	35,4	34,9–35,8	34,4	34,0–34,7
<b>Tausta syntymämaan mukaan</b>								
Suomalaistaustainen	94,5	93,9–95,0	92,9	92,2–93,5	95,7	95,5–95,9	95,2	95,1–95,4
Ulkomaalaistaustainen	5,5	5,0–6,1	7,1	6,5–7,8	4,3	4,1–4,5	4,8	4,6–4,9
<b>Vanhempien tai huoltajien korkein koulutusaste</b>								
Peruskoulu tai vastaava	2,3	2,0–2,7	2,9	2,4–3,3	2,0	1,8–2,1	2,1	2,0–2,2
Lukio tai ammatillinen oppilaitos	23,4	22,5–24,4	24,8	23,7–25,9	23,4	23,1–23,8	23,6	23,3–23,9
Toisen asteen lisäksi ammattillisia opintoja	18,7	17,9–19,6	18,0	17–19	17,4	17,1–17,7	17,6	17,3–17,9
Korkeakoulu	55,5	54,4–56,6	54,4	53,1–55,7	57,2	56,8–57,7	56,7	56,3–57,1

Taulukko 1 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 1.

	Masennus- (PHQ-2) tai ahdistuneisuusoireita (GAD-7) (n = 7 811)		Masennus- ja ahdistuneisuusoireita (PHQ-2 ja GAD-7) (n = 6 091)		Ei mielenterveysoireita tai lieviä oireita (n = 52 442)		Koko aineisto (n = 67 379)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Arvio perheen taloudellisesta tilanteesta<sup>a</sup></b>								
Melko tai erittäin hyvä	55,7	54,6–56,8	47,9	46,6–49,2	71,6	71,2–72,0	67,6	67,2–67,9
Kohtalainen	32,2	31,1–33,2	34,7	33,5–35,9	23,3	22,9–23,6	25,4	25,0–25,7
Melko tai erittäin huono	12,1	11,4–12,9	17,5	16,5–18,4	5,1	4,9–5,3	7,1	6,9–7,3
<b>Mitä mieltä olet terveydentilastasi?<sup>a</sup></b>								
Melko tai erittäin hyvä	55,3	54,2–56,4	34,5	33,4–35,8	86,6	86,4–87,0	78,2	77,9–78,5
Keskinkertainen	38,0	36,9–39,1	44,7	43,5–46,0	12,4	12,1–12,6	18,4	18,1–18,7
Melko tai erittäin huono	6,7	6,1–7,2	20,7	19,7–21,7	1,0	0,9–1,1	3,5	3,3–3,6
<b>Lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma</b>								
Ei	72,3	71,3–73,3	59,4	58,2–60,7	81,2	80,8–81,5	78,1	77,8–78,4
Kyllä	27,7	26,7–28,7	40,6	39,3–41,8	18,8	18,5–19,2	21,9	21,6–22,2
<b>Vaikeuksia päästä uneen tai heräilemistä öisin<sup>c</sup></b>								
Enintään kerran kuukaudessa	45,6	44,4–46,7	28,3	27,1–29,4	75,1	74,7–75,5	67,3	67,0–67,7
Noin kerran viikossa tai useammin	54,5	53,3–55,6	71,7	70,6–72,9	24,9	24,5–25,3	32,6	32,3–33,0
<b>Alkoholin käyttö tosi humalaan asti<sup>b</sup></b>								
Kerran viikossa tai useammin	3,1	2,7–3,5	6,1	5,5–6,7	2,4	2,3–2,6	2,9	2,7–3,0
Noin 1–2 kertaa kuukaudessa	19,4	18,5–20,3	22,5	21,5–23,6	17,2	16,8–17,5	17,9	17,7–18,2
Harvemmin	77,6	76,6–78,4	71,5	70,3–72,6	80,4	80,1–80,7	79,2	78,9–79,5

<sup>a</sup> Yhdistetty vastausvaihtoehdot *melko hyvä* ja *erittäin hyvä* sekä *melko huono* ja *erittäin huono*.<sup>b</sup> Yhdistetty vastausvaihtoehdot *harvemmin*, *ei koskaan* ja *en käytä alkoholi juomia*.<sup>c</sup> Yhdistetty vastausvaihtoehdot *noin kerran kuukaudessa* ja *harvoin tai ei lainkaan* sekä *noin kerran viikossa* ja *lähes joka päivä*.

Kysymyskohtaisesti puuttuvia arvoja 0,4–3,3 %.



Mielenterveysoireilusta raportoineet toisen asteen opiskelijat kokivat terveydentilansa huonommaksi kuin opiskelijat koko aineistossa. Erityisesti ne opiskelijat, jotka kuvasivat sekä masennus- että ahdistuneisuusoireita, kokivat terveydentilansa muita opiskelijoita huonommaksi ja heillä oli muita useammin lääkärin toteamia pitkäaikaisia sairauksia tai terveysongelmia. Samaten uneen liittyvät ongelmat korostuivat mielenterveysoireilun yhteydessä. Alkoholin käyttö oli heillä muita toisen asteen opiskelijoita yleisempää, mutta suurin osa mielenterveysoireilua raportoineista opiskelijoista käytti alkoholia kuitenkin harvoin tai ei lainkaan. Sekä uneen että alkoholin käyttöön liittyvät ongelmat olivat yleisempiä masennus- ja ahdistuneisuusoireilun yhteydessä.

### 3.1.2 Opinnoissa koetut vaikeudet ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokemukset

Taulukossa 2 (s. 26) on kuvattu opiskeluun ja koulunkäyntiin liittyviä kokemuksia toisen asteen opiskelijoilla koko aineistossa ja mielenterveysoireilun mukaan. Erilaisista mielenterveysoireista raportoineet pitivät koulunkäynnistä vähemmän koko aineistoon verrattuna. Ne opiskelijat, jotka kuvasivat sekä masennus- että ahdistuneisuusoireita, pitivät vähiten koulunkäynnistä. Mielenterveysoireilusta raportoineet kuvasivat muita useammin vaikeuksia asioiden oppimisessa, muistamisessa ja keskittymisessä. Eniten vaikeuksia koettiin muistamisessa. Ne opiskelijat, jotka raportoivat masennus- ja ahdistuneisuusoireista, toivat esille muita useammin erilaisia opiskeluun liittyviä vaikeuksia.

Ammatillisessa koulutuksessa opiskelevat, mielenterveysoireilua kuvanneet miehet ja naiset pitivät koulunkäynnistä enemmän kuin lukiossa opiskelevat (liitetaulukko 1). Kuitenkin ammatillisessa koulutuksessa mielenterveysoireilusta raportoineista yli kolmannes miehistä ja naisista piti koulunkäynnistä melko vähän tai ei lainkaan. Lukiolaisista koulunkäynnistä pitävien osuus oli pienempi kuin ammatillisessa koulutuksessa opiskelevista. Ammatillisessa koulutuksessa opiskelevat kuvasivat lukiolaisia enemmän koettuja vaikeuksia oppimisessa, muistamisessa ja keskittymisessä mielenterveysoireilun yhteydessä.

Mielenterveysoireilusta raportoineet toisen asteen opiskelijat kokivat koko aineistoon verrattuna enemmän vaikeuksia opiskeluun liittyvissä asioissa (kuvio 1, s. 27). Vaikeuksia koettiin erityisesti kokeisiin valmistautumisessa, läksyjen tai muiden vastaavien tehtävien tekemisessä ja laskemista vaativissa tehtävissä. Myös lukemista ja kirjoittamista vaativissa tehtävissä he kokivat muita opiskelijoita useammin vaikeuksia. Suullisessa esiintymisessä koettiin erittäin paljon vaikeuksia koko aineistoon verrattuna. Sekä masennus- että ahdistuneisuusoireilua kuvanneet opiskelijat toivat esille muita opiskelijoita useammin vaikeuksia kaikilla eri opiskelualueilla.

**Taulukko 2.** Koulunkäynnistä pitäminen sekä oppimiseen, muistamiseen ja keskittymiseen liittyvät vaikeudet mielenterveysoireilun mukaan toisen asteen opiskelijoilla (% , 95 %:n luottamusväli).

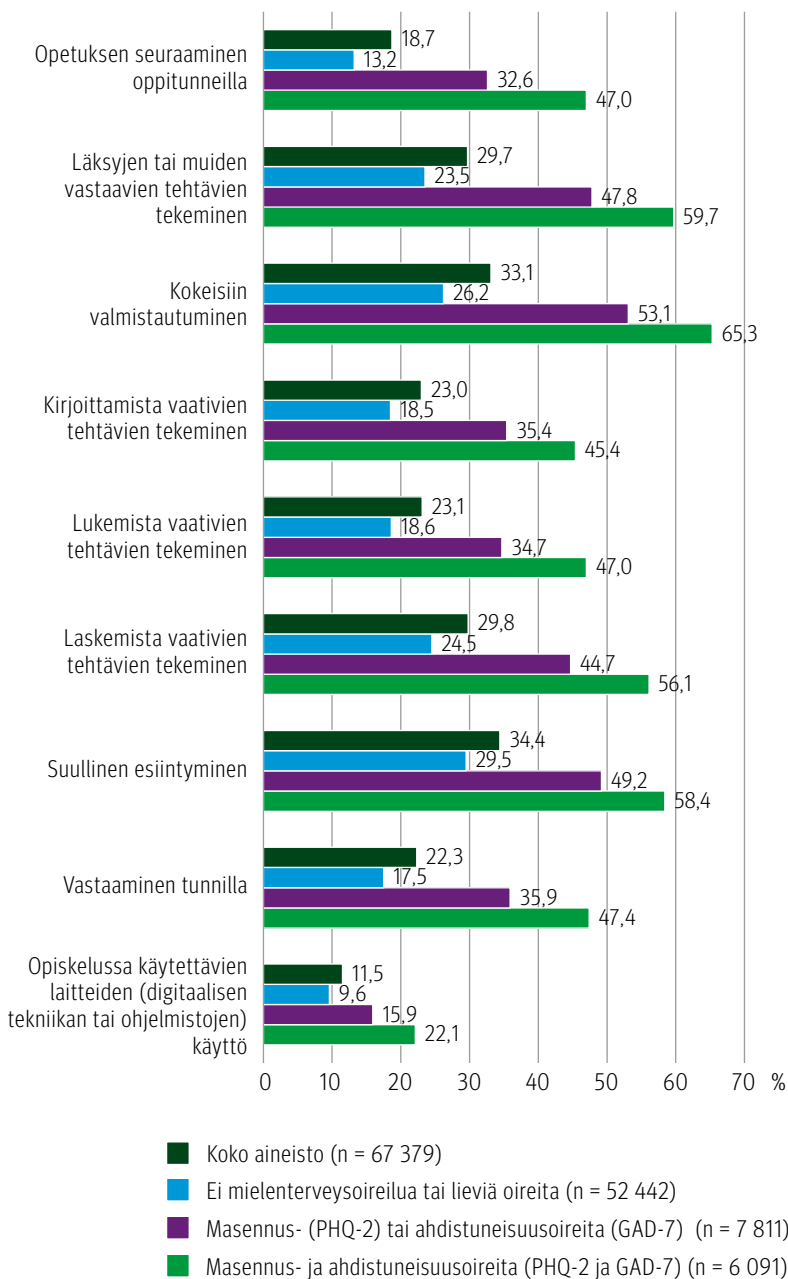
	Masennus- (PHQ-2) tai ahdistuneisuusoireita (GAD-7) (n = 7 811)		Masennus- ja ahdistuneisuusoireita (PHQ-2 ja GAD-7) (n = 6 091)		Ei mielenterveysoireita tai lieviä oireita (n = 52 442)		Koko aineisto (n = 67 379)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Mitä pidät koulunkäynnistä tällä hetkellä?<sup>a</sup></b>								
Melko tai hyvin paljon	57,1	56,0–58,3	47,8	46,5–49,1	80,0	79,6–80,3	74,2	73,9–74,6
Melko tai erittäin vähän	42,9	41,7–44,0	52,2	50,9–53,5	20,0	19,7–20,4	25,8	25,4–26,1
<b>Onko sinun vaikea oppia asioita?<sup>b</sup></b>								
Vähän tai ei vaikeuksia	89,2	88,6–89,9	77,9	76,8–78,9	96,7	96,6–96,9	94,1	93,9–94,3
Paljon vaikeuksia tai ei onnistu lainkaan	10,8	10,1–11,4	22,0	21,1–23,2	3,3	3,1–3,4	5,9	5,7–6,1
<b>Onko sinun vaikea muistaa asioita?<sup>b</sup></b>								
Vähän tai ei vaikeuksia	76,6	75,6–77,5	62,1	60,9–63,3	92,8	92,6–93,0	88,0	87,8–88,3
Paljon vaikeuksia tai ei onnistu lainkaan	23,4	22,5–24,4	37,9	36,7–39,1	7,2	0,7–7,4	12,0	11,7–12,2
<b>Onko sinun vaikea keskittyä, vaikka tehtävä olisi mielestäsi kiva?<sup>b</sup></b>								
Vähän tai ei vaikeuksia	83,5	82,7–84,4	67,5	66,3–68,7	95,6	95,4–95,7	91,5	91,3–91,7
Paljon vaikeuksia tai ei onnistu lainkaan	16,4	15,6–17,3	32,5	31,3–33,7	4,4	4,3–4,6	8,5	8,3–8,7

<sup>a</sup> Yhdistetty vastausvaihtoehdot *melko paljon* ja *erittäin paljon* sekä *melko vähän* ja *erittäin vähän*.

<sup>b</sup> Yhdistetty vastausvaihtoehdot *ei vaikeuksia* ja *vähän vaikeuksia* sekä *paljon vaikeuksia* ja *ei onnistu lainkaan*.

Kysymyskohtaisesti puuttuvia arvoja 0,1–8,0 %.

**Kuvio 1.** Melko tai erittäin paljon vaikeuksia toisen asteen opintojensa eri osa-alueilla raportoivien osuudet mielenterveysoireilun mukaan luokiteltuna (%).



Mielenterveysoireilun yhteyttä opiskelun eri osa-alueilla koettuihin vaikeuksiin tarkasteltiin erikseen koulutussektorin mukaan miehillä ja naisilla (liitetaulukko 1). Ammatillisessa koulutuksessa olevat kokivat useammin vaikeuksia uusien asioiden

oppimisessa, muistamisessa ja keskittymisessä mutta pitivät opiskelusta lukiolaisia useammin. Lukiolaiset raportoivat mielenterveysoireilun yhteydessä enemmän ongelmia kokeisiin valmistautumisessa ja läksyjen ja tehtävien tekemisessä. Kirjoittamisessa ja laskemisessa erot olivat pieniä koulutussektoreiden sekä sukupuolten välillä. Naiset kuvasivat kuitenkin miehiä enemmän vaikeuksia erityisesti suullisessa esiintymisessä, tunneilla vastaamisessa ja laskemisessa. Ammatillisessa koulutuksessa opiskelevat naiset kuvasivat vaikeuksia miehiä useammin.

Taulukossa 3 (s. 29–31) on kuvattu opiskelijoiden raportoimaa opintouupumusta ja poissaoloja. Opintouupumus kolmen kysymyksen perusteella arvioituna oli mielenterveysoireilusta raportoineilla opiskelijoilla yleisempää kuin muilla toisen asteen opiskelijoilla. Masennus- tai ahdistuneisuusoireilun yhteydessä kolmannes tunsu menettäneensä kiinnostuksen opintoja kohtaan ja hieman useampi koki riittämättömyyden tunteita opinnoissaan ja tunsu hukkuvansa opintoihin liittyvään työmäärään muutamana päivänä viikossa tai lähes päivittäin. Opiskelijoista, jotka kuvasivat sekä masennus- että ahdistuneisuusoireilua, yli puolet raportoi tuntevansa riittämättömyyttä opinnoissa muutamana päivänä viikossa tai lähes päivittäin, tunsu hukkuvansa opintoihin liittyvään työmäärään ja koki olevansa menettämässä kiinnostuksensa opiskelua kohtaan.

Opiskelijoiden osallistumista opetukseen tarkasteltiin poissaolojen perusteella. Mielenterveysoireilun yhteydessä poissaoloja oli enemmän kuin koko aineistossa. Mielenterveysoireilu oli yhteydessä sekä luvattomiin poissaoloihin että poissaoloihin sairauden vuoksi. Lisäksi opiskelijoiden sosiaalista hyvinvointia tarkasteltiin kiusaamista, ystävyysuhteita ja yksinäisyyttä koskevien kysymysten avulla (taulukko 3). Toistuvat kiusaamiskokemukset olivat toisella asteella harvinaisia, ja suurin osa opiskelijoista ei kokenut tulleen kiusatuksi lukuvuoden aikana. Mielenterveysoireilusta raportoineet opiskelijat kokivat kiusaamista muita opiskelijoita useammin, erityisesti sekä masennus- että ahdistuneisuusoireilun yhteydessä. Valtaosa kaikista opiskelijoista ilmoitti vähintään yhdestä läheisestä ystävästä. Mielenterveysoireilusta raportoineissa oli kuitenkin muita opiskelijoita useammin niitä, joilla ei ollut yhtään ystävää. Myös yksinäisyyden kokemukset olivat mielenterveysoireilusta raportoineilla opiskelijoilla muita yleisempiä.

Koulutussektorin mukaan tarkasteltuna lukiolaiset kertoivat kokeneensa opintouupumusta useammin kuin ammatillisessa koulutuksessa olevat (liitetaulukko 2). Eniten opintouupumista kuvasivat lukiossa opiskelevat naiset, vähiten ammatillisessa koulutuksessa opiskelevat miehet. Vähintään viikoittain luvattomia poissaoloja oli eniten ammatillisessa oppilaitoksessa opiskelevilla miehillä ja naisilla. Lukiolaisilla luvattomat poissaolot olivat vähäisempiä ja erot sukupuolten välillä tasaisempia. Sairauden vuoksi viikoittaiset poissaolot olivat luvattomia poissaoloja harvinaisempia mielenterveysoireilua raportoineilla. Ammatillisessa oppilaitoksessa opiskelevat kuvasivat lukiolaisia useammin poissaoloista sairauden vuoksi.

**Taulukko 3.** Opintouupumus, poissaolot, kiusaamiskokemukset, ystävyysuhteet ja yksinäisyys mielenterveysoireilun mukaan luokiteltuna toisen asteen opiskelijoilla (% , 95 %:n luottamusvälit).

	Masennus- (PHQ-2) tai ahdistuneisuusoireita (GAD-7) (n = 7 811)		Masennus- ja ahdistuneisuusoireita (PHQ-2 ja GAD-7) (n = 6 091)		Ei mielenterveysoireita tai lieviä oireita (n = 52 442)		Koko aineisto (n = 67 379)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Tunnen hukkuvani koulutyöhön</b>								
En juuri koskaan	14,5	13,7–15,3	9,1	8,4–9,9	33,4	33,0–33,8	29,0	28,7–29,4
Muutaman kerran kuukaudessa	43,0	41,9–44,1	29,9	28,8–31,1	49,3	48,8–49,7	46,7	46,3–47,0
Muutamana päivänä viikossa	27,7	26,7–28,7	31,1	30,0–32,3	13,6	13,3–13,9	16,8	16,5–17,1
Lähes päivittäin	14,8	14,0–15,6	29,8	28,7–31,0	3,8	3,6–3,9	7,5	7,3–7,7
<b>Tuntuu, ettei opinnoillani ole enää merkitystä</b>								
Ei juuri koskaan	29,5	28,5–30,6	17,9	16,9–18,8	65,6	65,2–66,0	56,9	56,6–57,3
Muutaman kerran kuukaudessa	37,0	35,9–38,0	28,4	27,3–29,6	26,3	25,9–26,7	27,8	27,4–28,1
Muutamana päivänä viikossa	20,8	19,9–21,7	26,4	25,3–27,5	5,9	5,7–6,1	9,5	9,3–9,8
Lähes päivittäin	12,7	12,0–13,5	27,4	26,3–28,5	2,2	2,1–2,4	5,8	5,6–6,0
<b>Minulla on riittämättömyden tunteita opinnoissani</b>								
Ei juuri koskaan	21,5	20,6–22,4	10,4	9,7–11,2	55,4	55,0–55,8	47,3	47,0–47,7
Muutaman kerran kuukaudessa	35,9	34,9–37,0	24,3	23,3–25,4	33,2	32,8–33,6	32,7	32,3–33,0
Muutamana päivänä viikossa	25,0	24,1–26,0	26,2	25,1–27,4	8,4	8,1–8,6	12,0	11,8–12,2
Lähes päivittäin	17,5	16,7–18,4	39,0	37,8–40,2	3,0	2,9–3,1	8,0	7,8–8,2

Taulukko 3 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 3.

	Masennus- (PHQ-2) tai ahdistuneisuusoireita (GAD-7) (n = 7 811)		Masennus- ja ahdistuneisuusoireita (PHQ-2 ja GAD-7) (n = 6 091)		Ei mielenterveysoireita tai lieviä oireita (n = 52 442)		Koko aineisto (n = 67 379)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Opintouupumus<sup>a</sup></b>								
Ei oireita tai lieviä oireita	71,3	70,3–72,3	46,4	45,1–47,7	94,2	94,0–94,4	87,1	86,9–87,4
Merkittäviä opintouupumuksen oireita	28,7	27,7–29,7	53,6	52,3–54,9	5,8	5,6–6,0	12,9	12,6–13,1
<b>Luvattomia poissaoloja, lintsäämistä<sup>b</sup></b>								
Enintään muutaman kerran vuodessa	72,3	71,2–73,3	64,9	63,7–66,1	81,8	81,5–82,2	79,0	78,7–79,4
Kuukausittain	18,2	17,4–19,1	19,4	18,4–20,4	13,4	13,1–13,6	14,5	14,3–14,8
Viikoittain tai useammin	9,5	8,9–10,2	15,7	14,8–16,6	4,8	4,6–5,0	6,4	6,2–6,6
<b>Poissaoloja sairauden vuoksi<sup>b</sup></b>								
Enintään muutaman kerran vuodessa	71,1	70,1–72,1	57,4	56,1–58,6	83,2	82,9–83,6	79,4	79,1–79,7
Kuukausittain	25,4	24,4–26,4	33,5	32,4–34,7	15,4	15,1–15,7	18,3	18,0–18,6
Viikoittain tai useammin	3,5	3,1–3,9	9,1	8,4–9,8	1,4	1,3–1,5	2,4	2,2–2,5
<b>Kuinka usein sinua on kiusattu koulussa tämän lukukauden aikana?<sup>c</sup></b>								
Noin kerran viikossa tai useammin	2,4	2,1–2,7	5,7	5,1–6,3	1,3	1,2–1,4	1,9	1,8–2,0
Harvemmin tai ei lainkaan	97,6	97,3–97,9	94,3	93,7–94,9	98,7	98,6–98,8	98,8	98,0–98,2

Taulukko 3 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 3.

	Masennus- (PHQ-2) tai ahdistuneisuusoireita (GAD-7) (n = 7 811)		Masennus- ja ahdistuneisuusoireita (PHQ-2 ja GAD-7) (n = 6 091)		Ei mielenterveysoireita tai lieviä oireita (n = 52 442)		Koko aineisto (n = 67 379)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Onko sinun vaikea saada ystäviä?<sup>d</sup></b>								
Vähän tai ei lainkaan vaikeuksia	82,1	81,2–82,9	72,7	71,6–73,8	95,3	95,1–95,4	91,6	91,4–91,8
Paljon vaikeuksia tai ei onnistu lainkaan	17,9	17,1–18,8	27,3	26,2–28,4	4,7	4,6–4,9	8,4	8,2–8,6
<b>Läheisiä ystäviä<sup>e, f</sup></b>								
Ei ole läheisiä ystäviä	12,4	11,7–13,1	14,4	13,5–15,3	6,6	6,4–6,8	8,0	7,8–8,2
Yksi läheinen ystävä	23,5	22,6–24,5	25,4	24,3–26,5	15,7	15,4–16,0	17,5	17,2–17,8
Kaksi tai useampi läheistä ystävää	64,1	63,0–65,2	60,4	58,9–61,4	77,7	77,3–78,0	74,5	74,1–74,8
<b>Tunnetko itsesi yksinäiseksi?<sup>g</sup></b>								
Hyvin harvoin tai en koskaan	32,7	31,7–33,8	19,4	18,4–20,4	70,1	69,8–70,5	61,6	60,7–61,5
Joskus	41,1	40,0–42,2	36,3	35,1–37,5	24,6	24,1–24,9	27,5	27,2–27,9
Melko usein tai jatkuvasti	26,2	25,2–27,2	44,3	43,0–45,5	5,3	5,1–5,5	11,3	11,1–11,6

<sup>a</sup> Arvioituna Koulu-uupumusmittarista (BBI-10, Salmela-Aro ja Näätänen 2005) poimitun kolmen kysymyksen pohjalta.

<sup>b</sup> Yhdistetty vastaukset *viikoittain* ja *päivittäin* tai *lähes päivittäin* sekä *ei lainkaan* ja *muutaman kerran vuodessa*.

<sup>c</sup> Yhdistetty vastausvaihtoehdot *noin kerran viikossa* ja *useita kertoja viikossa* sekä *harvemmin* ja *ei lainkaan*.

<sup>d</sup> Yhdistetty vastausvaihtoehdot *ei vaikeuksia* ja *vähän vaikeuksia* sekä *paljon vaikeuksia* ja *ei onnistu lainkaan*.

<sup>e</sup> Onko sinulla tällä hetkellä todella läheistä ystävää, jonka kanssa voit keskustella luottamuksellisesti lähes kaikista omista asioistasi?

<sup>f</sup> Yhdistetty vastausvaihtoehdot *kaksi läheistä ystävää* ja *useampia läheisiä ystäviä*.

<sup>g</sup> Yhdistetty vastausvaihtoehdot *hyvin harvoin* ja *en koskaan* sekä *melko usein* ja *jatkuvasti*.

Kysymyskohtaisesti puuttuvia arvoja 0,1–1,2 %.

Mielenterveysoireilusta raportoineiden toisen asteen opiskelijoiden kiusaamiskokemuksia, ystävyysuhteita ja yksinäisyyttä tarkasteltiin koulutussektorin mukaan naisilla ja miehillä. Mielenterveysoireilua kuvanneiden miesten vastauksissa korostuivat kiusaamiskokemukset ja ystävien puute, kun taas naiset toivat useammin esille yksinäisyyden kokemuksia. Kiusaamiskokemukset olivat yleisempiä ammatillisessa koulutuksessa kuin lukiossa opiskelevilla. Useimmiten kiusaamiskokemuksia toivat esille ammatillisessa koulutuksessa opiskelevat miehet. Miehet kuvasivat hieman useammin vaikeuksista saada ystäviä ja he kokivat myös naisia useammin, että heillä ei ole yhtään läheistä ystävää. Eniten ystävien puutetta kuvasivat mielenterveysoireita kokeneet lukiolaismiehet, kun taas useimmiten yksinäisyyden kokemuksista raportoivat ammatillisessa koulutuksessa opiskelevat naiset.

### 3.1.3 Tuen saaminen ja palveluiden käyttö

Taulukossa 4 (s. 33) on kuvattu tuen ja avun saamista mielialaan liittyviin asioihin viimeisen 12 kuukauden aikana. Masennus- tai ahdistuneisuusoireilusta raportoineista opiskelijoista kolmannes koki saaneensa oppilaitoksesta apua tai tukea mielialaansa ja noin neljännes koki saaneensa apua oppilaitoksen ulkopuolisista palveluista. Suurin osa vastanneista ei koe tarvitsevansa apua oppilaitoksesta tai oppilaitoksen ulkopuolelta. Joko masennus- tai ahdistuneisuusoireilusta raportoineista opiskelijoista noin viidennes ei ole saanut tarvitsemaansa tukea ja apua oppilaitoksesta tai oppilaitoksen ulkopuolisista palveluista. Sekä masennus- että ahdistuneisuusoireita kuvanneet saivat enemmän apua ja tukea oppilaitoksesta ja ulkopuolisista palveluista kuin yksittäisestä oireesta raportoineet, mutta he kokivat myös jääneensä useammin tarvitsemansa avun ja tuen ulkopuolelle.

Mielenterveysoireilusta raportoineet kokivat saaneensa apua ja tukea mielialaansa useammin ystäviltään ja läheisiltään sekä omilta vanhemmiltaan kuin oppilaitoksesta tai palveluista. Erot vanhemmilta ja ystäviltä saadussa avussa ja tuessa olivat pieniä joko yksittäisestä oireesta tai päällekkäisistä oireista raportoineilla opiskelijoilla. Sekä masennus- että ahdistuneisuusoireilusta raportoineet kokivat kuitenkin tarvitsevansa muita useammin apua vanhemmiltaan tai ystäviltään.

Mielenterveysoireilua kuvanneiden opiskelijoiden mielialaan liittyviin asioihin saatua tukea ja apua tarkasteltiin lisäksi koulutussektorin mukaan miehillä ja naisilla (liitetaulukko 3). Koulutussektorin mukaan tarkasteltuna tuen ja avun saamisessa ja siihen liittyvissä tarpeissa ei juuri ollut eroa lukiolaisilla ja ammatillisessa koulutuksessa opiskelevilla. Ammatillisessa koulutuksessa opiskelevat toivat esille hieman useammin tuen ja avun saamista oppilaitoksesta ja ulkopuolisista palveluista, kun taas lukiolaiset kuvasivat useammin tuen ja avun tarvetta. Mielenterveysoireilusta raportoineet naiset kuvasivat enemmän avun saamista oppilaitoksesta, ulkopuolisista palveluista, omilta vanhemmilta sekä ystäviltä ja läheisiltä. Sekä ammatillisessa koulutuksessa että lukiossa opiskelevat miehet kokivat naisia useammin, että he eivät ole tarvinneet apua mainituilta tahoilta.



**Taulukko 4.** Mielenterveysoireilua raportoineiden toisen asteen opiskelijoiden mielialaan liittyviin asioihin saatu tuki tai apu viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana (%; 95 %:n luottamusväli).

	Masennus- (PHQ-2) tai ahdistuneisuusoireita (GAD-7) (n = 7 811)		Masennus- ja ahdistuneisuusoireita (PHQ-2 ja GAD-7) (n = 6 091)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Oppilaitoksen aikuisilta<sup>a</sup></b>				
Kyllä, paljon	7,4	6,7–8,2	10,2	9,4–11,0
Kyllä, jonkin verran	29,8	28,6–31,0	36,6	35,3–38,0
En, mutta olisin tarvinnut	18,9	17,9–20,0	24,2	23,0–25,4
En ole tarvinnut apua	43,9	42,5–45,2	29,0	27,8–30,3
<b>Palveluista oppilaitoksen ulkopuolella<sup>b</sup></b>				
Kyllä, paljon	10,7	9,9–11,5	17,4	16,4–18,5
Kyllä, jonkin verran	15,3	14,3–16,3	20,5	19,4–21,7
En, mutta olisin tarvinnut	20,0	18,9–21,1	27,2	26,0–28,4
En ole tarvinnut apua	54,1	52,7–55,4	34,8	33,5–36,2
<b>Omilta vanhemmilta</b>				
Kyllä, paljon	14,9	14,0–15,9	15,6	14,6–16,6
Kyllä, jonkin verran	31,7	30,5–33,0	32,8	31,5–34,1
En, mutta olisin tarvinnut	20,4	19,3–21,5	26,9	25,7–28,1
En ole tarvinnut apua	33,0	31,7–34,3	24,7	23,6–25,9
<b>Ystäviltä ja muilta läheisiltä</b>				
Kyllä, paljon	30,4	29,2–31,6	32,2	31,0–33,5
Kyllä, jonkin verran	41,7	40,3–43,0	41,4	40,0–42,7
En, mutta olisin tarvinnut	13,3	12,4–14,2	17,1	16,1–18,2
En ole tarvinnut apua	14,6	13,7–15,6	9,3	8,5–10,1

<sup>a</sup> Esim. opettaja, terveydenhoitaja, lääkäri, psykologi, kuraattori.

<sup>b</sup> Esim. terveyskeskus, mielenterveyspalvelut, nuorisotoimen palvelut.

Kysymyskohtaisesti puuttuvia arvoja 14,6–32,1 %.

Taulukossa 5 (s. 34) kuvataan toisen asteen opiskelijoiden terveys- ja opiskeluhuollon palvelujen käyttöä kuluneen lukuvuoden aikana. Eniten raportoitiin terveydenhoitajan ja lääkärin palveluiden käytöstä. Ei-oireilevilla opiskelijoilla sekä palveluiden tarve että kokemus palveluiden saatavuudesta on suhteellisen vähäinen. Kaikissa tarkastelluissa ryhmissä suurin osa opiskelijoista ei koe tarvitsevansa terveys- ja opiskeluhuollon palveluita. Kaikissa ryhmissä eniten tyydyttämätöntä tarvetta raportoitiin psykologin palveluihin. Tämä osuus on suurin sekä masennus- että ahdistuneisuusoireista raportoineilla opiskelijoilla, joista viidennes kokee, että ei ole saanut psykolo-

gin apua, vaikka olisi tarvinnut sitä. Tässä ryhmässä koettiin muita useammin, että palveluita ei ole saatu, vaikka niihin koettiin tarvetta.

**Taulukko 5.** Toisen asteen opiskelijoiden terveys- ja opiskeluhuollon palvelujen käyttö mielenterveysoireilun mukaan (% , 95 %:n luottamusväli).

	Masennus- (PHQ-2) tai ahdistuneisuus- oireita (GAD-7) (n = 7 811)		Masennus- ja ahdistuneisuus- oireita (PHQ-2 ja GAD-7) (n = 6 091)		Ei mielenterveys- oireita tai lieviä oireita (n = 52 442)		Koko aineisto (n = 67 379)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Terveydenhoitaja<sup>a</sup></b>								
Kyllä, paljon	9,3	8,6–9,9	10,9	10,1–11,7	8,8	8,6–9,1	9,1	8,9–9,3
Kyllä, jonkin verran	26,4	25,4–27,4	29,9	28,7–31,1	18,4	18,1–18,8	20,4	20,1–20,7
En, mutta olisin tarvinnut	5,5	5,0–6,0	10,7	9,9–11,5	1,8	1,7–1,9	3,1	2,9–3,2
En ole tarvinnut apua	58,9	57,8–60,0	48,5	47,2–49,8	71,0	70,6–71,3	67,4	67,1–67,8
<b>Lääkäri<sup>a</sup></b>								
Kyllä, paljon	3,9	3,5–4,4	4,7	4,2–5,3	5,1	4,9–5,3	5,0	4,8–5,2
Kyllä, jonkin verran	12,0	11,3–12,8	15,8	14,9–16,8	9,1	8,9–9,4	10,1	9,9–10,3
En, mutta olisin tarvinnut	5,4	4,9–5,9	11,4	10,6–12,2	1,8	1,7–1,9	3,1	3,0–3,3
En ole tarvinnut apua	78,7	77,8–79,6	68,0	66,8–69,2	83,9	83,6–84,2	81,8	81,5–82,1
<b>Psykologi</b>								
Kyllä, paljon	5,6	5,1–6,2	8,9	8,2–9,7	4,3	4,1–4,5	4,9	4,7–5,1
Kyllä, jonkin verran	10,1	9,5–10,8	15,5	14,6–16,5	5,1	4,9–5,3	6,7	6,5–6,9
En, mutta olisin tarvinnut	12,0	11,3–12,8	20,2	19,2–21,3	3,1	3,0–3,3	5,7	5,6–5,9
En ole tarvinnut apua	72,2	71,2–73,2	55,3	54,0–56,6	87,5	87,2–87,8	82,7	82,4–83,0
<b>Kuraattori</b>								
Kyllä, paljon	4,5	4,0–4,9	6,1	5,5–6,8	4,1	3,9–4,2	4,3	4,2–4,5
Kyllä, jonkin verran	9,2	8,6–9,9	12,2	11,3–13,0	5,0	4,8–5,2	6,2	6,0–6,4
En, mutta olisin tarvinnut	6,5	6,0–7,1	12,1	11,2–12,9	2,0	1,9–2,1	3,5	3,3–3,6
En ole tarvinnut apua	79,8	78,9–80,7	69,7	68,5–70,8	88,9	88,6–89,2	86,0	85,7–86,2

<sup>a</sup> Muuten kuin terveystarkastuksessa.

Kysymyskohtaisesti puuttuvia arvoja 2,5–4,4 %.

### *Sosiodemografisten tekijöiden yhteys terveystalouteihin ja kuraattorille hakeutumiseen mielenterveysoireilua raportoineilla opiskelijoilla*

Toisen asteen opiskelijoilla taustatekijöiden ja terveystalouteihin ja kuraattorille hakeutumisen yhteyttä mielenterveysoireilusta (n = 13 902) raportoineilla tarkasteltiin logistisen regressioanalyysin avulla (taulukko 6, s. 36). Tarkastellut mallit olivat eri palveluiden osalta tilastollisesti merkitseviä (p < 0,001, lääkäriä käymisen p < 0,05,  $\chi^2$ -testi) lukuun ottamatta kuraattorilla käymisen osalta mallia 1, joka ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

#### *Terveydenhoitajalla käyminen*

Mielenterveysoireilusta raportoineet naiset hakeutuivat miehiä useammin terveydenhoitajan vastaanotolle (OR = 1,8, LV = 1,7–2,0) ja ammattiin opiskelevat lukiolaisia todennäköisemmin (OR = 1,2, LV = 1,1–1,3). Ulkomaalaistaustaiset kävivät suomalaistaustaisia todennäköisemmin terveydenhoitajalla (OR = 1,2, LV = 1,1–1,4). Vanhemman tai huoltajan koulutustaso tai vastaajan arvio perheen tulotasosta ei vaikuttanut todennäköisyyteen käyttää palvelua. Mallin 1 selitysaste (Nagelkerken R<sup>2</sup>) oli 2,2 prosenttia ja se nousi 2,4 prosenttiin ulkomaalaistaustan huomioimisen jälkeen.

#### *Lääkäriä käyminen*

Mielenterveysoireilusta raportoineista lääkärin vastaanotolle olivat hakeutuneet kuluneen lukuvuoden aikana miehiä useammin naiset (OR = 1,1, LV = 1,0–1,3). Ammatillisen koulutuksen opiskelijat (OR = 1,6, LV = 1,4–1,7) sekä ulkomaalaistaustaiset opiskelijat (OR = 1,3, LV = 1,1–1,5) kävivät lukiolaisia enemmän lääkäriä. Vanhemman tai huoltajan koulutustaso tai vastaajan arvio perheen tulotasosta ei vaikuttanut mielenterveysoireista raportoineilla todennäköisyyteen lääkäriä käymiseen. Mallin 1 selitysaste (Nagelkerken R<sup>2</sup>) oli 0,1 prosenttia ja se nousi 1,1 prosenttiin koulutustaustan huomioimisen jälkeen, mutta selitysaste ei parantunut ulkomaalaistaustan huomioimisen jälkeen.

#### *Psykologilla käyminen*

Mielenterveysoireilusta raportoineista psykologin vastaanotolle olivat hakeutuneet kuluneen lukuvuoden aikana miehiä useammin naiset (OR = 1,3, LV = 1,2–1,4) ja lukiolaisia todennäköisemmin ammattiin opiskelevat (OR = 1,2, LV = 1,1–1,3). Ulkomaalaistausta, vanhemman tai huoltajan koulutustaso tai vastaajan arvio perheen tulotasosta eivät vaikuttaneet psykologilla käymiseen. Ensimmäisen mallin, jossa huomioitiin vain sukupuoli, selitysaste (Nagelkerken R<sup>2</sup>) oli 0,3 prosenttia ja se nousi 0,4 prosenttiin koulutussektorin huomioimisen jälkeen.

### *Kuraattorilla käyminen*

Mielenterveysoireilusta raportoineilla sukupuoli ei ollut yhteydessä kuraattorilla käymiseen. Ammattiin opiskelevat (OR = 1,6, LV = 1,4–1,8) sekä ulkomaalaistaustaiset opiskelijat (OR = 1,4, LV = 1,1–1,6) kävivät kuluneen lukuvuoden aikana kuraattorilla lukiolaisia enemmän. Vanhemman tai huoltajan koulutustaso ei ollut yhteydessä kuraattorilla käymiseen ja vastaajan arvio perheen taloudellisesta tilanteesta vaikutti kuraattorilla käymiseen vain hieman (OR 1,1, LV = 1,0–1,1). Toisen mallin selitysaste (Nagelkerken  $R^2$ ) oli 1,2 prosenttia ja ulkomaalaistaustan ja vastaajan arvion perheen tulotasosta huomioimisen jälkeen se nousi 1,3 prosenttiin.

**Taulukko 6.** Sukupuolen, koulutussektorin ja syntymä- ja perhetaustan yhteys terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöön ajankohtaisia mielenterveysoireita raportoineilla (GAD-7 ja/tai PHQ-2, n = 13 920) toisen asteen opiskelijoilla.

	Terveystenhoitaja		Lääkäri		Psykologi		Kuraattori	
	OR	95 %:n LV	OR	95 %:n LV	OR	95 %:n LV	OR	95 %:n LV
<b>Malli 1: Sukupuoli</b>								
Nainen	1,8	1,7–2,0	1,1	1,0–1,3	1,3	1,2–1,4	1,1	1,0–1,2
<b>Malli 2: Koulutussektori</b>								
Nainen	1,9	1,7–2,0	1,2	1,1–1,3	1,3	1,2–1,5	1,1	1,0–1,3
Ammatillinen oppilaitos	1,2	1,1–1,3	1,6	1,4–1,7	1,2	1,1–1,3	1,6	1,4–1,8
<b>Malli 3: Syntymätausta</b>								
Nainen	1,9	1,7–2,0	1,2	1,1–1,3	1,3	1,2–1,5	1,2	1,1–1,3
Ammatillinen oppilaitos	1,2	1,1–1,3	1,6	1,4–1,7	1,2	1,1–1,3	1,6	1,4–1,8
Ulkomaalaistaustainen	1,2	1,1–1,4	1,3	1,1–1,5	1,0	0,9–1,2	1,4	1,1–1,6
<b>Malli 4: Perhetausta</b>								
Nainen	1,9	1,7–2,0	1,2	1,1–1,3	1,3	1,2–1,5	1,2	1,0–1,3
Ammatillinen oppilaitos	1,2	1,1–1,3	1,5	1,4–1,7	1,2	1,1–1,3	1,5	1,4–1,7
Ulkomaalaistaustainen	1,2	1,1–1,4	1,3	1,1–1,5	1,0	0,8–1,2	1,3	1,1–1,6
Vanhemman tai huoltajan korkein koulutus	1,0	1,0–1,0	1,0	0,9–1,0	1,0	1,0–1,1	1,0	0,9–1,0
Arvio perheen taloudellisesta tilanteesta	1,0	1,0–1,1	1,0	1,0–1,1	1,0	1,0–1,1	1,1	1,0–1,1

### 3.2 Mielenterveysongelmat korkeakouluopiskelijoilla

Korkeakoulussa opiskelevista naisista kolmannes (32,4 %) ja miehistä neljännes (25,6 %) raportoi ajankohtaisesta psyykkisestä oireilusta (GHQ-12 > 3). Miehistä yli puolet ja naisista lähes puolet ilmoittaa, ettei ole lainkaan kokenut masentuneisuutta tai alakuloisuutta eikä ahdistuneisuutta viimeisen kuukauden aikana. Satunnaisesti masentuneisuutta on kokenut viimeisen kuukauden aikana kolmannes naisista ja hieman yli neljännes miehistä. Sukupuolten välillä ei ollut eroa päivittäisissä tai viikoittaisissa oirekokemuksissa.

Kaikista vastanneista 14,5 prosenttia ilmoitti vähintään yhdestä todetusta mielenterveyden häiriöstä, joka oli oireillut kuluneen 12 kuukauden aikana. Vastaajilta kysyttiin masennuksesta, ahdistuneisuushäiriöistä, syömishäiriöistä, päihdehäiriöistä tai muusta mielenterveyden häiriöistä. Todetuista häiriöistä suurin osa (88,8 %) oli masennus- tai ahdistuneisuushäiriöitä. Naisista masennus oli todettu 11,8 prosentilla ja miehistä 7,1 prosentilla. Ahdistuneisuushäiriö oli todettu naisista 9,4 prosentilla ja miehistä 5,2 prosentilla. Syömis- ja päihdehäiriötä tai muita mielenterveyden häiriöitä ilmeni enintään 3 prosentilla miehistä ja naisista. Puuttuvia tietoja oli noin viidesosassa (20,1–21,7 %) vastauksista. Mielenterveysdiagnoosista ilmoittavista puolet (52,4 %) raportoi ajankohtaisesta psyykkisestä oireilusta (GHQ-12 > 3), ja mielenterveysdiagnoosista ilmoittaneet muodostivat psyykkistä oireilua kokeneista viidenneksen (n = 195).

#### 3.2.1 Korkeakouluopiskelijoiden sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät tekijät

Taulukossa 7 (s. 38–39) on kuvattu ajankohtaisen psyykkisen oireilun ja todetun mielenterveyshäiriön yleisyyttä erilaisten sosiodemografisten tekijöiden ja terveyskäyttäytymisen mukaan tarkasteltuna. Naisten suhteellinen osuus on suurempi sekä psyykkisessä oireilussa että todetuissa mielenterveysongelmissa. Mielenterveyshäiriöiden suhteellinen osuus korostuu vanhemmilla opiskelijoilla. Koulutussektorin suhteen eroja psyykkisessä oireilussa ja todetuissa mielenterveyshäiriöissä ei yliopisto-opiskelijoiden ja ammattikorkeakoulussa opiskelevien välillä juuri ole.

Erilaiset pitkäaikaissairaudet tai terveysongelmat ovat suhteellisen yleisiä koko aineistossa, sillä yli puolet kaikista opiskelijoista ilmoitti jostakin pitkäaikaissairaudesta. Erityisen yleisiä ne olivat kuitenkin niillä opiskelijoilla, jotka kuvasivat psyykkistä oireilua ja ilmoittivat mielenterveyshäiriöstä. Mielenterveysongelmia kokeneet opiskelijat eivät eronneet alkoholin käytön suhteen muista opiskelijoista. Sen sijaan viikoittaiset ja päivittäiset unioingelmat korostuivat mielenterveysoireilusta ja erityisesti mielenterveyden häiriöistä raportoineilla opiskelijoilla.

**Taulukko 7.** Sosiodemografiset ja terveyteen liittyvät tekijät mielenterveysoireilun ja mielenterveysdiagnoosin mukaan korkeakouluopiskelijoilla (% , 95 %:n luottamusvälit).

	Mielenterveys- diagnoosi <sup>a</sup> (n = 372)		Psyykinen oireilu (GHQ-12) (n = 936)		Ei psyykkistä oireilua tai mielenterveysdiagnoosia <sup>a</sup> (n = 1987)		Koko aineisto (n = 3 110)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Sukupuoli</b>								
Mies	26,3	21,9–31,1	29,5	26,6–32,5	37,9	35,8–40,1	34,6	32,9–36,3
Nainen	73,7	68,9–78,1	70,5	67,5–73,4	62,1	59,9–64,2	65,4	63,7–67,1
<b>Ikä</b>								
19–21	7,3	4,9–10,4	13,0	10,9–15,4	16,2	14,6–18,0	14,7	13,5–16,1
22–24	33,0	28,2–38,0	36,0	32,8–39,2	38,1	35,8–40,3	37,0	35,2–38,8
25–30	47,9	42,6–53,1	41,4	38,1–44,7	37,4	35,2–39,7	39,4	37,6–41,2
Yli 31	11,8	8,8–15,6	9,6	7,8–11,8	8,3	7,0–9,6	8,9	7,9–10,0
<b>Koulutussektori</b>								
Ammattikorkeakoulu	37,1	32,2–42,2	41,5	38,3–44,7	40,5	38,3–42,7	40,3	38,6–42,1
Yliopisto	62,9	57,8–67,8	58,5	55,3–61,7	59,5	57,3–61,7	59,7	57,9–61,4
<b>Lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma (muu kuin mielenterveys)<sup>b</sup></b>								
Ei	11,7	8,6–15,5	31,5	28,5–34,7	44,0	41,8–46,3	38,4	36,7–40,2
Kyllä	88,3	84,5–91,4	68,5	65,3–71,5	56,0	53,7–58,2	61,6	59,8–63,3
<b>Lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma (mukaan lukien mielenterveys)<sup>c</sup></b>								
Ei	0,0	0,00–1,00	29,2	26,3–32,3	44,0	41,8–46,3	37,0	35,3–38,7
Kyllä	100,0	99,0–100	70,8	67,7–73,7	56,0	53,7–58,2	63,0	61,3–64,7

Taulukko 7 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 7.

	Mielenterveys- diagnoosi <sup>a</sup> (n = 372)		Psyykinen oireilu (GHQ-12) (n = 936)		Ei psyykkistä oireilua tai mielenterveysdiagnoosia <sup>a</sup> (n = 1987)		Koko aineisto (n = 3 110)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Kuvaus tämän hetkisestä fyysisestä terveydestä<sup>d</sup></b>								
Hyvä tai erittäin hyvä	55,0	49,8–60,2	61,0	57,8–64,1	83,5	81,8–85,1	76,0	74,5–77,5
Kohtalainen	35,2	30,4–40,3	32,3	29,3–35,4	15,0	13,4–16,6	20,7	19,3–22,1
Huono tai erittäin huono	9,8	6,9–13,3	6,7	5,2–8,5	1,6	1,0–2,2	3,3	2,7–4,0
<b>Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?<sup>e</sup></b>								
Kerran viikossa tai useammin	13,7	10,2–17,9	11,9	9,8–14,3	9,4	8,0–10,9	10,2	9,0–11,4
Kerran kuussa	20,3	16,1–25,0	23,9	21,0–27,0	26,0	23,9–28,2	25,0	23,4–26,7
Harvemmin kuin kerran kuussa tai en koskaan	66,0	60,6–71,0	64,2	60,8–67,5	64,6	62,2–66,9	64,9	63,0–66,7
<b>Nukahtamisvaikeuksia tai heräämistä yöllä viimeisen kuukauden aikana<sup>f</sup></b>								
Satunnaisesti tai ei lainkaan	47,0	41,8–52,3	57,7	54,4–61,0	83,5	81,7–85,2	74,0	72,4–75,6
Viikoittain tai useammin	53,0	47,7–58,2	42,3	39,0–45,6	16,5	14,8–18,3	26,0	24,4–27,6

<sup>a</sup> Terveydenhuollon ammattilaisen toteama, pysyvä, pitkäkestoinen tai usein toistuva sairaus, vika tai vamma, joka on oireillut tai vaatinut hoitoa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana: syömishäiriö, ahdistuneisuushäiriö, masennus, muu mielenterveyden häiriö, päihdehäiriö tai riippuvuus.

<sup>b</sup> Diabetes, kilpirauhassairaus, verenpainetauti, kohonnut verenpaine, sydämen rytmihäiriö, sydänsairaus, nivelreuma, selkärankareuma, muu tuki- ja liikuntaelinten sairaus, astma, allerginen nuha tai silmätulehdus, atooppinen ihottuma, akne, laktoosi-intoleranssi, muu mahan tai suoliston sairaus, toistuva virtsatietulehdus, miesten sukuelinten sairaus, gynekologinen sairaus, näkövika (silmälasit), silmänsairaus, korva-, nenä-, kurkkusairaus, hammaskaries (reikä hampaassa), tulehtunut viisaudenhammas, muu suun tai hampaiden sairaus, migreeni, epilepsia, muu neurologinen, muu sairaus.

<sup>c</sup> Samat kuin kohdassa b sekä syömishäiriö, ahdistuneisuushäiriö, masennus, muu mielenterveyden häiriö, päihdehäiriö tai riippuvuus.

<sup>d</sup> Yhdistetty vastaukset *hyvä* ja *erittäin hyvä* sekä *huono* ja *erittäin huono*.

<sup>e</sup> Yhdistetty vastaukset *harvemmin kuin kerran kuussa* sekä *en koskaan*.

<sup>f</sup> Yhdistetty vastaukset *ei lainkaan* ja *satunnaisesti* sekä *viikoittain* ja *päivittäin* tai *lähes päivittäin*.

Kysymyskohtaisesti puuttuvia arvoja 0,0–15,3 %.

### 3.2.2 Opinnoissa koetut vaikeudet ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokemukset

Taulukossa 8 (s. 41) on kuvattu osuus niistä korkeakouluopiskelijoista, jotka ilmoittivat keskittymisvaikeuksista tai todetusta oppimisvaikeudesta. Psykkisestä oireilusta ja erityisesti mielenterveyden häiriöistä raportoineet opiskelijat kokivat keskittymisvaikeuksia muita opiskelijoita useammin. Koko aineistossa 8,5 prosenttia opiskelijoista ilmoitti jostakin oppimisvaikeudesta. Itse raportoitujen mielenterveyshäiriöiden kohdalla oppimisvaikeuksien osuus oli hieman suurempi. Yli neljännes psykkisestä oireilusta ja yli kolmannes todetusta mielenterveyden häiriöstä raportoineista arvioi oman opintomenestyksensä olleen odotettua huonompi. Psykkisestä oireilusta ja todetuista mielenterveyshäiriöistä raportoineet kokivat muita opiskelijoita useammin epävarmuutta oikealla alalla olemisesta.

Koettuja keskittymisvaikeuksia, todettuja oppimisvaikeuksia, kokemusta opintomenestyksestä sekä arviota oikeasta opiskelualasta tarkasteltiin lisäksi koulutussektorin mukaan niillä opiskelijoilla, jotka raportoivat psykkisestä oireilusta (liitetaulukko 4). Erot eri koulutussektorien välillä olivat pieniä, eivätkä ne olleet tilastollisesti merkitseviä. Psykkistä oireilua raportoineiden miesten ja naisten väliset erot opiskeluvaikeuksissa vaihtelivat ammattikorkeakoulussa ja yliopistossa, eivätkä erot olleet tilastollisesti merkitseviä.

Kuvioon 2 (s. 42) on poimittu vastaukset mielenterveysseulaksi kutsutun kysymyssarjan opiskelua koskeviin kysymyksiin. Psykkistä oireilua ja mielenterveyshäiriöistä raportoineet opiskelijat kuvasivat kautta linjan opiskeluun, omiin voimavaroihin ja tulevaisuuden suunnitteluun liittyviä ongelmia. Edellä mainitut tekijät on voitu mainita vastauksissa myös opiskelun voimavaroiksi, mutta psykkisestä oireilusta ja mielenterveyden häiriöistä raportoineet opiskelijat kokivat ne muita opiskelijoita harvemmin myönteisiksi ja tyydytystä tuoviksi asioiksi.



**Taulukko 8.** Koetut keskittymisvaikeudet, todetut oppimisvaikeudet ja koettu opintomenestys sekä arvio oikeasta opiskelualasta korkeakouluopiskelijoilla ajankohtaisen psyykkisen oireilun tai mielenterveysdiagnoosin mukaan (% , 95 %:n luottamusvälit).

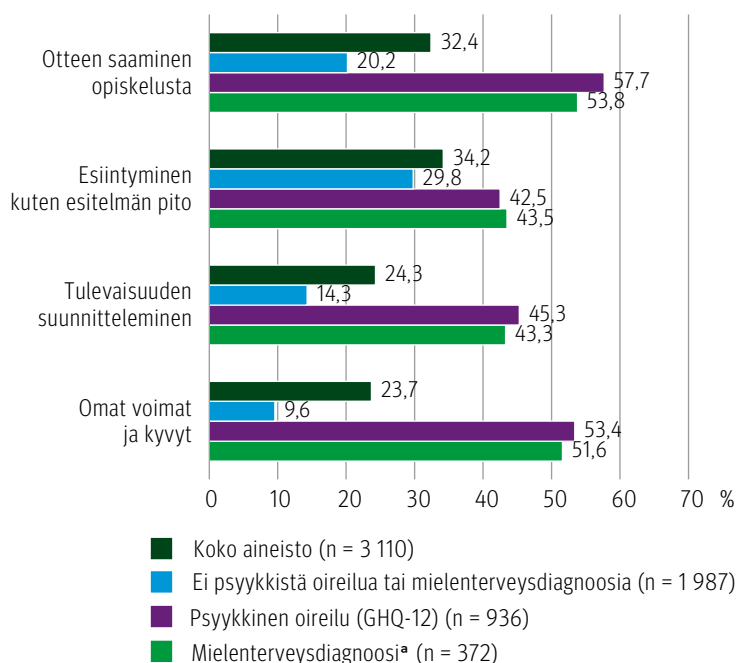
	Mielenterveys- diagnoosi <sup>a</sup> (n = 372)		Psyykinen oireilu (GHQ-12) (n = 936)		Ei psyykkistä oireilua tai mielenterveysdiagnoosia <sup>a</sup> (n = 1987)		Koko aineisto (n = 3 110)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Onko sinulla esiintynyt keskittymisvaikeuksia viimeisen kuukauden aikana?<sup>b</sup></b>								
Satunnaisesti tai ei lainkaan	47,4	42,2–52,7	62,1	58,8–65,3	87,3	85,7–88,8	77,9	76,3–79,4
Viikoittain tai useammin	52,6	47,3–57,8	37,9	34,7–41,2	12,7	11,2–14,3	22,1	20,6–23,7
<b>Onko sinulla todettu oppimisvaikeus</b>								
Ei ole	87,1	83,1–90,4	89,5	87,3–91,4	92,6	91,3–93,7	91,5	90,5–92,5
On todettu	12,9	9,6–16,9	10,5	8,6–12,7	7,4	6,3–8,7	8,5	7,5–9,5
<b>Omiin tavoitteisiisi verrattuna, onko opintomenestyksesi ollut</b>								
Odotettua parempi	14,4	10,9–18,4	12,0	10,0–14,3	15,9	14,3–17,6	14,9	13,6–16,2
Odotusten mukainen	49,7	44,5–55,0	59,3	56,0–62,5	70,1	68,0–72,1	65,8	64,1–67,5
Odotettua huonompi	35,9	31,0–41,0	28,7	25,8–31,8	14	12,5–15,6	19,3	17,9–20,8
<b>Koetko olevasi oikealla opiskelualalla?</b>								
En	11,7	8,6–15,5	13,9	11,7–16,3	15,5	14,0–17,2	14,7	13,4–16,0
Kyllä	56,9	51,7–62,2	59,9	56,6–63,1	66,7	64,6–68,8	64,4	62,7–66,1
En osaa sanoa	31,3	26,6–36,4	26,2	23,4–29,2	17,7	16,1–19,5	20,9	19,5–22,4

<sup>a</sup> Terveystieteiden ammattilaisen toteama, pysyvä, pitkäkestoinen tai usein toistuva sairaus, vika tai vamma, joka on oireillut tai vaatinut hoitoa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana: syömis-häiriö, ahdistuneisuushäiriö, masennus, muu mielenterveyden häiriö, päihdehäiriö tai -riippuvuus.

<sup>b</sup> Yhdistetty vastaukset *ei lainkaan* ja *satunnaisesti* sekä *viikottain* ja *päivittäin* tai *lähes päivittäin*.

Kysymyskohtaisesti puuttuvia arvoja 1,3–8,5 prosenttia.

**Kuvio 2.** Opiskelussa merkittäviksi koetut ongelmat korkeakouluopiskelijoilla mielenterveysoireilun mukaan (%).



<sup>a</sup> Onko sinulla terveydenhuollon ammattilaisen toteama, pysyvä, pitkäkestoinen tai usein toistuvan sairaus, vika tai vamma, joka on oireillut tai vaatinut hoitoa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana: syömishäiriö (anoreksia, bulimia, muu syömishäiriö), ahdistuneisuushäiriö, masennus, muu mielenterveyden häiriö, päihdehäiriö tai -riippuvuus.

Vastauksista jätetty pois muut kuin todella tai selvästi ongelmia kokeneet.

Opiskelijoiden kuvaama opintouupumus kolmella kysymyksellä arvioituna oli yleisempää sekä psyykkistä oireilua kokeneilla että niillä, joilla oli todettu mielenterveyshäiriö, kuin muilla opiskelijoilla (taulukko 9, s. 43–45). Taulukossa 9 on kuvattu myös opiskelijoiden sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviä tekijöitä tarkastelemalla kiusaamisen kokemuksia, ystävyysuhteita ja yksinäisyyden kokemuksia. Suurin osa vastaajista ei ole kokenut kiusaamista korkeakouluopintojen aikana. Sekä psyykkisestä oireilusta että todetuista mielenterveyshäiriöistä raportoineet opiskelijat ovat kokeneet muita opiskelijoita useammin kiusaamista sekä muiden opiskelijoiden että henkilökunnan toimesta. Psyykkisestä oireilusta ja mielenterveyshäiriöstä raportoineet opiskelijat kokivat kontaktin luomisen opiskelutovereihin ja muihin ihmisiin muita harvemmin myönteiseksi. Mielenterveyshäiriöstä ilmoittaneista yli kolmannes pitää kontaktin luomista opiskelutovereihin ja muihin ihmisiin ongelmana. Psyykkisestä oireilusta ja mielenterveyshäiriöstä raportoineet opiskelijat ilmoittivat muita opiskelijoita vähemmän läheisiä, joiden kanssa he voivat keskustella avoimesti asioista ja ongelmista. Vaikka hieman yli puolet kaikista opiskelijoista koki vähintään ajoittaista yksinäisyyttä, olivat yksinäisyyden kokemukset kuitenkin yleisempiä psyykkisestä oireilusta raportoineilla opiskelijoilla. Erityisesti ne opiskelijat, jotka ilmoittivat todetusta mielenterveyshäiriöstä, kokivat muita opiskelijoita useammin yksinäisyyttä.

**Taulukko 9.** Opintouupumus, kiusaamiskokemukset, ystävät ja yksinäisyys korkeakouluopiskelijoilla ajankohtaisen psyykkisen oireilun tai mielen-terveysdiagnoosin mukaan (% , 95 %:n luottamusväli).

	Mielenterveys- diagnoosi <sup>a</sup> (n = 372)		Psyykinen oireilu (GHQ-12) (n = 936)		Ei psyykkistä oireilua tai mielenterveysdiagnoosia <sup>a</sup> (n = 1 987)		Koko aineisto (n = 3 110)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Tunnen hukkuvani opintoihini liittyvään työmäärään<sup>b</sup></b>								
Eri tai täysin eri mieltä	28,8	24,2–33,8	31,5	28,5–34,6	42,0	39,8–44,2	38,3	36,6–40,1
Osittain eri mieltä	17,3	13,6–21,6	18,3	15,8–20,9	18,5	16,8–20,3	18,4	17,0–19,8
Osittain samaa mieltä	24,7	20,4–29,5	23,4	20,7–26,2	27,7	25,7–29,8	26,5	24,9–28,1
Samaa tai täysin samaa mieltä	29,1	24,5–34,1	26,8	24,0–29,8	11,8	10,4–13,3	16,8	15,5–18,2
<b>Pohdin alituisen, onko opiskelullani merkitystä<sup>b</sup></b>								
Eri tai täysin eri mieltä	40,9	35,8–46,1	47,1	43,9–50,4	70,0	67,9–72,1	62,0	60,3–63,7
Osittain eri mieltä	13,9	10,5–17,9	14,3	12,1–16,7	11,4	10,1–12,9	12,4	11,2–13,6
Osittain samaa mieltä	17,4	13,7–21,7	15,2	13,0–17,7	10,4	9,1–11,9	12,2	11,0–13,4
Samaa tai täysin samaa mieltä	27,8	23,3–32,7	23,4	20,7–26,2	8,1	6,9–9,4	13,4	12,3–14,7
<b>Minulla on usein riittämättömyyden tunteita opinnoissani<sup>b</sup></b>								
Eri tai täysin eri mieltä	21,0	16,9–25,5	28,4	25,5–31,4	54,5	52,3–56,7	45,1	43,4–46,9
Osittain eri mieltä	14,7	11,3–18,8	16,7	14,3–19,2	16,3	14,7–18,0	16,4	15,1–17,8
Osittain samaa mieltä	23,4	19,2–28,1	23,7	21,0–26,6	19,0	17,3–20,8	20,7	19,3–22,2
Samaa tai täysin samaa mieltä	40,9	35,8–46,1	31,3	28,3–34,4	10,2	8,9–11,6	17,7	16,4–19,1

Taulukko 9 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 9.

	Mielenterveys- diagnoosi <sup>a</sup> (n = 372)		Psyykinen oireilu (GHQ-12) (n = 936)		Ei psyykkistä oireilua tai mielenterveysdiagnoosia <sup>a</sup> (n = 1 987)		Koko aineisto (n = 3 110)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Kokenut toisen opiskelijan kiusaavan korkeakouluopinnoissa<sup>c</sup></b>								
En koskaan	84,2	80,1–87,8	88,6	86,3–90,7	95,1	94,0–96,1	92,6	80,1–87,8
Satunnaisesti	14,7	11,2–18,7	10,4	8,4–12,7	4,5	3,5–5,6	6,8	11,2–18,7
Usein	<1,5	0,3–2,8	<1,5	0,4–1,9	<1,5	0,1–0,8	<1,5	0,3–2,8
<b>Kokenut henkilökuntaan kuuluvan kiusaavan korkeakouluopinnoissa<sup>d</sup></b>								
En koskaan	87,3	83,5–90,5	91,4	89,3–93,2	96,0	95,0–96,9	94,2	93,2–95,1
Satunnaisesti	11,6	8,5–15,3	8,2	6,5–10,3	3,9	3,0–5,0	5,6	4,7–6,5
Usein	<1,5	0,3–2,7	<1,5	0,1–1,0	<1,5	0,0–0,3	<1,5	0,1–0,5
<b>Kontaktin luominen opiskelutovereihin ja yleensä ihmisiin</b>								
Tyydytystä antava tai myönteinen	46,5	41,3–51,7	56,0	52,8–59,3	73,3	71,2–75,2	67	65,4–68,7
Ei aihetta kiinnittää erityistä huomiota	14,8	11,3–18,8	13,7	11,6–16,1	14,9	13,4–16,6	14,5	13,2–15,7
Todella tai selvästi ongelma	37,6	32,7–42,8	29,2	26,3–32,2	11,3	9,9–12,7	17,7	16,4–19,1
Vaikea sanoa	<1,5	0,3–2,7	<1,5	0,5–2,0	<1,5	0,3–1,0	<1,5	0,5–1,2
<b>Läheisiä, joiden kanssa keskustella avoimesti asioita ja ongelmista<sup>e, f</sup></b>								
Hyvin harvoin tai ei koskaan	13,8	10,5–17,8	14,7	12,5–17,2	6,9	5,9–8,2	9,3	8,3–10,4
Joskus tai joistakin asioista	23,8	19,6–28,5	19,2	16,7–21,8	11,5	10,1–13,0	14,4	13,2–15,7
Usein, useimmiten tai aina	62,3	57,2–67,3	66,1	63,0–69,2	81,5	79,7–83,2	76,3	74,7–77,8

Taulukko 9 jatkuu.

Jatkoa taulukkoon 9.

	Mielenterveys- diagnoosi <sup>a</sup> (n = 372)		Psykykinen oireilu (GHQ-12) (n = 936)		Ei psyykkistä oireilua tai mielenterveysdiagnoosia <sup>a</sup> (n = 1 987)		Koko aineisto (n = 3 110)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Koetko olevasi yksinäinen?</b>								
En	22,3	18,2–27,0	32,0	29,0–35,2	58,5	56,2–60,8	48,2	46,7–50,4
Kyllä, ajoittain	54,5	49,2–59,7	52,3	49,0–55,7	35,7	33,5–38,0	42,2	40,4–44,1
Kyllä, usein	23,2	18,9–27,8	15,6	13,3–18,2	5,8	4,7–7,0	9,2	8,2–10,4

<sup>a</sup> Terveydenhuollon ammattilaisen toteama, pysyvä, pitkäkestoinen tai usein toistuva sairaus, vika tai vamma, joka on oireillut tai vaatinut hoitoa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana: syömis-häiriö, ahdistuneisuushäiriö, masennus, muu mielenterveyden häiriö, päihdehäiriö tai -riippuvuus.

<sup>b</sup> Yhdistetty vastausvaihtoehdot *eri mieltä ja täysin eri mieltä* sekä *samaa mieltä ja täysin samaa mieltä*.

<sup>c</sup> Oletko korkeakouluopiskelusi aikana kokenut olevasi yhden tai useamman muun opiskelijan kiusaamisen kohteena?

<sup>d</sup> Oletko kokenut olevasi yhden tai useamman korkeakoulun henkilökuntaan kuuluvan kiusaamisen kohteena?

<sup>e</sup> Voitko halutessasi keskustella jonkun läheisesi kanssa avoimesti asioistasi ja ongelmistasi?

<sup>f</sup> Yhdistetty vastaukset *hyvin harvoin* ja *en koskaan* sekä *usein* ja *aina tai useimmiten*.

Kysymyskohtaisesti puuttuvia arvoja 0,0–17,2 prosenttia.

Opintouupumusta, kiusaamiskokemuksia, ystävyys-suhteita ja yksinäisyyden kokemuksia tarkasteltiin erikseen koulutuksen mukaan naisilla ja miehillä (liitetaulukko 5). Erot koulutussektorien välillä olivat pieniä, eivätkä ne olleet tilastollisesti merkitseviä. Sekä ammattikorkeakoulussa että yliopistossa opiskelevat miehet kuvasivat kuitenkin naisia useammin, että heillä oli hyvin vähän sellaisia läheisiä, joiden kanssa keskustella avoimesti asioista ja ongelmista.

### 3.2.3 Opintoihin liittyvät tuen tarpeet ja palveluiden käyttö

Taulukossa 10 (s. 47) kuvataan korkeakouluopiskelijoiden kokemuksia oppilaitoksen antamasta ohjauksesta. Kokemus opintoihin saadun ohjauksen riittävydestä on vaihtelevaa läpi aineiston. Psykkistä oireilua ja mielenterveyshäiriötä kokeneista yli kolmannes raportoi riittämättömästä ohjauksesta. Hyvää tai erittäin hyvää ohjausta raportoi saaneensa samaten lähes kolmannes. Psykkisestä oireilusta ja mielenterveyshäiriöstä raportoineet opiskelijat toivoivat muita opiskelijoita useammin saavansa neuvoja ja palveluita stressinhallintaan, mielialaongelmiin, itsetuntoasioihin ja opiskelun ongelmiin. Todetuista mielenterveyshäiriöistä ilmoittaneet opiskelijat toivoivat neuvontaa ja palveluita muita opiskelijoita useammin.

Oppilaitoksen antamaa ohjausta sekä neuvonnan ja palveluiden tarvetta tarkasteltiin koulutussektorin mukaan psykkistä oireilua kuvanneilla naisilla ja miehillä (liitetaulukko 6). Oppilaitoksen antamassa ohjauksessa ja neuvonnassa ei ollut havaittavissa suuria eroja. Sekä ammattikorkeakoulussa että yliopistossa opiskelevien toiveet neuvonnasta ja palveluista olivat samansuuntaisia. Sekä ammattikorkeakoulussa että yliopistossa opiskelevat naiset toivoivat miehiä useammin tukea etenkin stressinhallintaan ja yliopistossa myös itsetunto-ongelmiin. Erot opiskelua koskevissa ongelmis-sa olivat sen sijaan pieniä.

Taulukossa 11 (s. 48) kuvataan korkeakouluopiskelijoiden käyttämiä palveluita. Eniten käytettyjä palveluita olivat terveydenhoitajan ja lääkärin palvelut. Noin puolet mielenterveyshäiriöstä ilmoittaneista oli käyttänyt psykologin tai psykiatrin palveluita. Psykologipalvelujen käytöstä psykkisen oireilun yhteydessä raportoi viidennes vastaajista. Kuraattorin ja opintopsykologin palveluita oli käytetty hyvin vähän koko aineistossa terveydenhuollon palveluihin verrattuna. Niiden käyttö oli kuitenkin yleisempää psykkistä oireilua ja itse todettuja mielenterveyshäiriöitä ilmoittaneilla.

**Taulukko 10.** Oppilaitoksen antama ohjaus kuluneen 12 kuukauden aikana ja asiat, joihin korkeakouluopiskelijat haluaisivat neuvontaa tai palveluita mielenterveysoireilun tai mielenterveysdiagnoosin mukaan (% , 95 %:n luottamusväli).

	Mielenterveys- diagnosi <sup>a</sup> (n = 372)		Psyykinen oireilu (GHQ-12) (n = 936)		Ei psyykkistä oireilua tai mielenterveysdiagnosia <sup>a</sup> (n = 1 987)		Koko aineisto (n = 3 110)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Oppilaitoksen antama ohjanta kuluneen 12 kk ajalta<sup>b, c</sup></b>								
Jonkin verran vajavaista tai täysin riittämätöntä	40,1	35,0–45,3	39,9	36,6–43,3	32,0	29,8–34,4	34,6	32,8–36,4
Kohtuullista tai vaihtelevaa	28,3	23,8–33,2	31,6	28,5–34,9	31,1	28,9–33,4	31,1	29,3–32,9
Hyvää tai erittäin hyvää	31,6	26,9–36,6	28,5	25,5–31,7	36,8	34,5–39,2	34,3	32,5–36,2
<b>Mihin asioihin haluaisi neuvontaa tai palveluita?<sup>d, e</sup></b>								
Ajanhallintaan	30,4	25,7–35,3	25,6	22,9–28,6	14,4	12,9–16,0	18,6	17,3–20,0
Stressinhallintaan	50,8	45,6–56,0	35,6	32,5–38,7	19,3	17,6–21,1	26,0	24,5–27,6
Opiskelun ongelmiin	34,1	29,3–39,2	27,0	24,2–30,0	10,8	9,5–12,3	16,7	15,4–18,0
Opiskelutaitoihin	29,6	25,0–34,5	20,8	18,3–23,6	12,5	11,1–14,1	16,1	14,8–17,4
Sosiaalisiin suhteisiin	29,6	25,0–34,5	17,2	14,8–19,8	6,8	5,7–8,0	11,1	10,0–12,2
Itsetuntoasioihin	43,0	37,9–48,2	27,7	24,8–30,7	8,1	6,9–9,4	15,7	14,4–17,0
Jännittämisingelmiin	32,5	27,8–37,5	21,9	19,3–24,7	11,5	10,1–13,0	15,6	14,4–17,0
Mielialaongelmiin	43,3	38,2–48,5	27,5	24,6–30,4	7,7	6,6–9,0	15,4	14,2–16,7

<sup>a</sup> Terveydenhuollon ammattilaisen toteama, pysyvä, pitkäkestoinen tai usein toistuva sairaus, vika tai vamma, joka on oireillut tai vaatinut hoitoa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana: syömis-häiriö, ahdistuneisuushäiriö, masennus, muu mielenterveyden häiriö, päihdehäiriö tai -riippuvuus.

<sup>b</sup> Onko oppilaitoksesi taholta opintoihisi saamasi ohjaus ja neuvonta viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana ollut?

<sup>c</sup> Yhdistetty vastaus *jonkin verran vajavaista tai täysin riittämätöntä* sekä *hyvää ja erittäin hyvää*.

<sup>d</sup> Haluaisitko apua, esim. yksilöllistä neuvontaa, ryhmiä kokoontumisia, kursseja, luentoja tms. seuraavissa asioissa?

<sup>e</sup> Maininnut kyseisen neuvonnan tai palvelun.

Kysymyskohtaisesti puuttuvia arvoja 0,0–17,1 prosenttia.

**Taulukko 11.** Terveys- ja opiskeluhuoltopalveluiden käyttö korkeakouluopiskelijoilla psyykkisen oireilun ja mielenterveysdiagnoosin mukaan (%; 95 %:n luottamusväli).

	Mielenterveys- diagnosi <sup>a</sup> (n = 372)		Psyykinen oireilu (GHQ-12) (n = 936)		Ei psyykkistä oireilua tai mielen- terveysdiagnoosia <sup>a</sup> (n = 1 987)		Koko aineisto (n = 3 110)	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
<b>Terveydenhoitaja</b>								
Ei lainkaan	16,2	12,5–20,3	21,5	18,7–24,5	27,3	25,1–29,5	24,8	23,1–26,5
Kyllä <sup>b</sup>	83,8	79,7–87,5	78,5	75,5–81,3	72,7	70,5–74,9	75,2	73,5–76,9
<b>Fysioterapeutti</b>								
Ei lainkaan	76,7	71,8–81,1	80,4	77,4–83,1	84,4	82,5–86,2	82,6	81,1–84,1
Kyllä <sup>b</sup>	23,3	18,9–28,2	19,6	16,9–22,6	15,6	13,8–17,5	17,4	15,9–18,9
<b>Lääkäri</b>								
Ei lainkaan	19,5	15,5–24,0	30,0	26,9–33,2	36,2	34,0–38,5	33,5	31,8–35,3
Kyllä <sup>b</sup>	80,5	76,0–84,5	70,0	66,8–73,1	63,8	61,5–66,0	66,5	64,7–68,2
<b>Kuraattori</b>								
Ei lainkaan	88,2	84,2–91,5	93,9	91,9–95,5	98,2	97,4–98,8	96,5	95,7–97,2
Kyllä <sup>b</sup>	11,8	8,5–15,8	6,1	4,5–8,1	1,8	1,2–2,6	3,5	2,8–4,4
<b>Psykologi</b>								
Ei lainkaan	47,8	42,4–53,3	80,9	78,0–83,7	96,2	95,1–97,1	88,2	86,8–89,4
Kyllä <sup>b</sup>	52,2	46,7–57,6	19,1	16,3–22,0	3,8	2,9–4,9	11,8	10,6–13,2
<b>Psykiatri</b>								
Ei lainkaan	49,1	43,7–54,6	84,6	81,8–87,1	98,7	98,0–99,2	91,2	90,0–92,3
Kyllä <sup>b</sup>	50,9	45,4–56,3	15,4	12,9–18,2	1,3	0,8–2,0	8,8	7,7–10,0
<b>Opintopsykologi</b>								
Ei lainkaan	86,8	82,6–90,3	93,1	91,1–94,9	98,2	97,4–98,8	96,2	95,3–96,9
Kyllä <sup>b</sup>	13,2	9,7–17,4	6,9	5,1–8,9	1,8	1,2–2,6	3,8	3,1–4,7

<sup>a</sup> Terveystieteiden ammattilaisen toteama, pysyvä, pitkäkestoinen tai usein toistuva sairaus, vika tai vamma, joka on oireillut tai vaatinut hoitoa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana: syömishäiriö, ahdistuneisuushäiriö, masennus, muu mielenterveyden häiriö, päihdehäiriö tai riippuvuus.

<sup>b</sup> Vastaanottokäynti, sähköinen tai puhelinasiointi.

Kysymyskohtaisesti puuttuvia arvoja 1,9–24,1 prosenttia.



Palveluiden käyttöä psyykkisen oireilun yhteydessä tarkasteltiin lisäksi koulutussektorin mukaan miehillä ja naisilla (liitetaulukko 6). Koulutussektorin mukaan tarkasteltuna ammattikorkeakouluopiskelijat käyttivät terveydenhoitajan palveluita ja yliopisto-opiskelijat fysioterapeutin palveluita. Erityisesti yliopistossa opiskelevat naiset käyttivät psykiatrin palveluita.

#### *Palveluiden käyttö psyykkisestä oireilusta raportoineilla*

Taustatekijöiden ja terveystalveluihin ja kuraattorille hakeutumisen yhteyttä ajankohtaista psyykkistä oireilua (GHQ-12) raportoineilla tarkasteltiin logistisen regressioanalyysin avulla (taulukko 12, s. 50). Kummatkin tarkastellut mallit olivat terveydenhoitajalla ja lääkäriellä käymisen osalta merkitseviä ( $p < 0,001$ ,  $\chi^2$ -testi). Psykologilla käymisen osalta vain malli 2 oli merkitsevä ( $p = 0,01$ ). Kuraattorilla käymistä tarkastelevat mallit eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

#### *Terveydenhoitajalla käyminen*

Ajankohtaisesta psyykkisestä oireilusta raportoineilla opiskelijoilla terveydenhoitajalle hakeutumista kuluneen vuoden aikana selitti merkittävästi sukupuoli. Psyykkistä oireilua kuvaavat naiset hakeutuivat miehiä useammin terveydenhoitajalle ( $OR = 1,98$ ,  $LV = 1,40-2,81$ ) ja ammattikorkeakoulussa opiskelevat yliopisto-opiskelijoita useammin ( $OR = 1,64$ ,  $LV = 1,14-2,34$ ). Mallin 1 selitysaste (Nagelkerken  $R^2$ ) oli 2,7 prosenttia ja se nousi 4,1 prosenttiin koulutussektorin huomioimisen jälkeen.

#### *Lääkäriellä käyminen*

Ajankohtaisesta psyykkisestä oireilusta raportoineilla lääkärielle hakeutumista kuluneen vuoden aikana selitti merkittävästi sukupuoli. Ajankohtaisesta psyykkisestä oireilusta raportoineista naiset hakeutuivat miehiä useammin lääkärielle ( $OR = 2,26$ ,  $LV = 1,64-3,10$ ). Ensimmäisen mallin, jossa huomioitiin vain sukupuoli, selitysaste (Nagelkerken  $R^2$ ) oli 4,2 prosenttia. Selitysaste ei noussut koulutussektorin huomioimisen jälkeen.

#### *Psykologilla käyminen*

Ajankohtaisesta psyykkisestä oireilusta raportoineilla sukupuoli ei selittänyt tilastollisesti merkitsevästi psykologille hakeutumista kuluneen vuoden aikana. Psyykkisestä oireilusta raportoineista psykologille olivat hakeutuneet yliopisto-opiskelijoita harvemmin ammattikorkeakoulussa opiskelevat ( $OR = -0,59$ ,  $LV = 0,41-0,85$ ). Ensimmäisen mallin, jossa huomioitiin vain sukupuoli, selitysaste (Nagelkerken  $R^2$ ) oli 0,2 prosenttia ja se nousi 1,8 prosenttiin koulutussektorin huomioimisen jälkeen.

**Taulukko 12.** Sukupuolen ja koulutussektorin yhteys terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöön ajan-kohtaista psyykkistä oireilua raportoineilla (GHQ-12) korkeakouluopiskelijoilla (n = 936).

	Terveydenhoitaja		Lääkäri <sup>a</sup>		Psykkologi <sup>b</sup>		Kuraattori	
	OR	95 %-n LV	OR	95 %-n LV	OR	95 %-n LV	OR	95 %-n LV
<b>Malli 1: Sukupuoli</b>								
Nainen	2,0	1,4–2,8	2,3	1,6–3,1	1,2	0,8–1,8	0,7	0,4–1,4
<b>Malli 2: Koulutussektori</b>								
Nainen	1,9	1,4–2,7	2,3	1,7–3,1	1,3	0,9–1,9	0,7	0,4–1,3
Ammattikorkeakoulu	1,6	1,1–2,3	0,9	0,7–1,2	0,6	0,4–0,9	1,9	1,1–3,5

<sup>a</sup> Yhdistetty vastaukset sekä lääkärin että psykiatrin palveluiden käytöstä.

<sup>b</sup> Yhdistetty vastaukset sekä psykologin että opintopsykologin palveluiden käytöstä.

### 3.3 Tulosten yhteenveto

Tulosten mukaan mielenterveysoireilu on hyvin yleistä opiskelijoilla ja etenkin naisilla. Toisen asteen opiskelijoista mielenterveysoireilu korostui lukiolaisilla, kun taas korkea-asteella erot psyykkisen oireilun raportoinnissa yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoiden välillä olivat vähäisiä. Toisen asteen opiskelijoiden perhetausta ei oleellisesti eronnut verrattaessa kaikkiin Kouluterveyskyselyn vastaajiin. Sen sijaan kaikkien koulutusasteiden opiskelijoista mielenterveysongelmista raportoineet opiskelijat ilmoittivat muita opiskelijoita useammin todetuista fyysisistä sairauksista sekä heikommasta koetusta terveydestä. Myös uniongelmat olivat yleisiä.

Mielenterveysongelmista raportoineilla opiskelijoilla oli myös ongelmia raportoitamattomiin verrattuna kielteisempi käsitys omasta opiskelusta, opiskelutaidoista sekä sosiaalisesta hyvinvoinnista. Erityisesti yksinäisyyden kokemukset olivat yleisiä. Mielenterveysongelmista raportoineet myös ilmoittivat runsaammasta terveys- ja opiskeluhuoltopalvelujen käytöstä näitä oireita raportoitamattomiin verrattuna. Naiset kuvasivat miehiin verrattuna runsaampaa terveyspalvelujen käyttöä sekä tuen tarpeita. Eroja esiintyi myös koulutussektorin mukaan. Ammatillisessa koulutuksessa opiskelevat ilmoittivat käyttävänsä terveyspalveluja lukiolaisia useammin. Yliopistossa opiskelevat taas ilmoittivat käyttävänsä psykologin palveluja ammattikorkeakoulussa opiskelevia useammin, kun taas viimeksi mainitut kuvasivat enemmän terveydenhoitajan palvelujen käyttöä. Toisen asteen opiskelijat kuvasivat saaneensa eniten tukea mielialaan perheeltä ja ystäviltä. Perhetausta ei ollut yhteydessä palvelujen käyttöön.

Sekä masennus- että ahdistuneisuusoireita kuvanneet toisen asteen opiskelijat toivat esille yksittäisestä masennus- tai ahdistuneisuusoireesta raportoineita useammin ongelmia opiskelussa ja sosiaalisessa hyvinvoinnissa. Myös mielialaa koskevat tuen tarpeen kokemukset ja terveys- ja opiskeluhuoltopalveluiden tarve olivat suurempia. Lisäksi korkeakouluopiskelijat, jotka ilmoittivat itsellään todetun mielenterveyden häiriön, toivoivat tukea useammin kuin ne, jotka raportoivat psyykkisestä oireilusta.

## 4 Pohdinta

Tässä tutkimuksessa olemme tarkastelleet mielenterveysongelmia kokeneiden opiskelijoiden opiskelussa kokemia vaikeuksia, sosiaalista hyvinvointia ja avun saamista. Selvitimme, millaisia oppimisen, opintojen sujumisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ongelmia mielenterveysongelmiin liittyi lukiolaisilla sekä ammatillisessa oppilaitoksessa ja korkeakoulussa opiskelevilla. Lisäksi tarkastelimme, millaista apua ja tukea käytettiin mielenterveysoireilun yhteydessä ja miten sukupuoli, perhetausta ja koulutussektori olivat yhteydessä terveys- ja opiskeluhoillon palveluiden käyttämiseen.

### 4.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tulokset vastaavat aiempien tutkimusten tuloksia mielenterveysoireilun yleisyydestä toisen asteen ja korkea-asteen opiskelijoilla (esim. Auerbach ym. 2016; Parviainen ym. 2020; Sæther ym. 2021), tosin tulosten tulkinnessa tulee huomioida erilaiset koulutusjärjestelmät, erilainen palveluiden rakenne ja mielenterveyden arvioimisessa käytetyt mittarit. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että mielenterveysoireilu ja mielenterveyshäiriöt ovat monin tavoin yhteydessä opiskelukykyyneen, kuten opintomenestykseen ja opiskelutaitoihin (esim. Fröjd ym. 2008; Eisenberg ym. 2009; Brännlund ym. 2017).

Toisen asteen opiskelijoista lukiolaiset raportoivat ammattiin opiskelevia yleisemmin mielenterveysoireilusta. Mielenterveysoireita kokeneet toisen asteen opiskelijat erosivat vain vähän muista opiskelijoista perhetaustan mukaan. Mielenterveysoireilu oli kuitenkin yleisempää niillä opiskelijoilla, jotka kokivat perheen taloudellisen tilanteen huonoksi, mikä on havaittu myös peruskouluikäisten kohdalla (esim. Fröjd ym. 2006). Ne toisen asteen opiskelijat, jotka raportoivat sekä masennus- että ahdistuneisuusoireilusta, kuvasivat monella eri elämänalueella muita opiskelijoita useammin erilaisia kuormitustekijöitä, kuten perheen taloudellisen tilanteen kokemisen huonoksi tai terveysongelmia.

Mielenterveysoireilusta raportoineilla toisen asteen opiskelijoilla oli muita opiskelijoita useammin vaikeuksia opiskelussa ja oppimisessa, ja heistä harvempi kuin muista opiskelijoista piti koulunkäynnistä. Erityisesti koettiin vaikeuksia keskittymisessä, mutta myös lukemisessa, kirjoittamisessa ja laskemisessa (myös Fröjd ym. 2008; Harkko ym. 2019). Toisen asteen opiskelijoista päällekkäisiä masennus- ja ahdistuneisuusoireita kuvanneet raportoivat useammin opiskelua koskevista ongelmista kuin ne, jotka raportoivat vain yhdestä mielialaoireesta (joko masennus- tai ahdistuneisuusoireesta). Erot koetuissa opiskeluvaikeuksissa lukiolaisten ja ammatillisessa koulutuksessa olevien välillä olivat pieniä. Tulokset voivat heijastaa toisella asteella erilaisia opiskeluvaikeuksien taustasyitä ja myös opiskeluympäristön vaatimuksia koettujen vaikeuksien taustalla, sillä on havaittu, että esimerkiksi lukemisvaikeuksia kokevista nuorista valtaosa hakeutuu ammatilliseen koulutukseen (Hakkarainen ym. 2015).

Toisen asteen opiskelijoilla mielenterveysoireilun yhteydessä eri syistä johtuvat poissaolot olivat yleisempiä kuin muilla opiskelijoilla. Mielenterveyden häiriöitä pidetään yhtenä merkittävänä syynä opiskelijoiden poissaoloihin, ja poissaoloilla voi olla merkitystä myös opinnoissa suoriutumiseen. Varsinaisen mielenterveyshäiriön ohella poissaoloihin voivat vaikuttaa opiskelijoiden kokema kiusaaminen ja terveysongelmat. (Lawrence ym. 2019.) Myös opintouupumus oli yleisempää mielenterveysoireilua kokeneilla kuin muilla opiskelijoilla, mikä on havaittu myös aiemmissa tutkimuksissa (esim. Salmela-Aro ym. 2009b; Salmela-Aro ja Upadyaya 2014).

Sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa tarkasteltiin kiusaamiskokemusten, läheisten ystävien ja yksinäisyyden kokemusten välityksellä. Vaikka kokemus kiusaamisesta oli toisen asteen opiskelijoilla suhteellisen harvinaista, oli se mielenterveysoireilua raportoineilla opiskelijoilla yleisempää kuin muilla opiskelijoilla. Kiusaaminen on aiemmissa tutkimuksissa yhdistetty mielenterveysoireiluun (esim. Kaltiala-Heino ja Fröjd 2011; Ringdal ym. 2020). Eryityisesti yksinäisyyden kokemukset olivat yleisiä. Vertaissuhteiden merkitystä ja niiden huomioimista onkin painotettu tärkeänä osana nuorten koulutusta (Souto 2014), ja kannustavia ihmissuhteita on pidetty koulutukseen osallistumista edistävinä (Sommer ym. 2017).

Mielenterveysoireilua raportoineista toisen asteen opiskelijoista naiset hakeutuivat miehiä todennäköisemmin terveydenhoitajalle, lääkärille ja psykologille kuluneen lukuvuoden aikana. Ammattiin opiskelevat käyttivät terveystalvueluita lukiolaisia todennäköisemmin ja ulkomaalaistaustaiset suomalaistaustaisia todennäköisemmin. Opiskelijan perhetaustaan liittyvät tekijät eivät selittäneet palveluiden käyttöä, mikä antaa myönteisen kuvan palveluiden yhdenvertaisesta saatavuudesta.

Vastaajat raportoivat saaneensa tukea mielialaansa perheeltä, läheisiltä ja ystäviltä useammin kuin oppilaitoksista ja ulkopuolisista palveluista. Samanlainen havainto on tehty Ebertin ym. (2019) tutkimuksessa, jossa opiskelijat turvautuivat helpommin ystävien apuun mielenterveysoireilun yhteydessä. Mielenterveysongelmia raportoineet toisen asteen opiskelijat kertoivat myös tyydyttämättömästä palvelutarpeesta. Eniten tyydyttämätöntä palvelutarvetta raportoitiin psykologin palveluiden saatavuudesta. Psykologipalvelujen tarpeesta opiskeluhuollossa on raportoitu myös muualla (Kanste ym. 2016).

Korkeakouluopiskelijoista yliopisto-opiskelijat ja ammattikorkeakoulussa opiskelevat eivät juuri eronneet toisistaan ajankohtaisen psyykkisen oireilun suhteen. Niistä opiskelijoista, jotka raportoivat todetusta mielenterveyshäiriöstä, reilusti yli puolet oli yli 25-vuotiaita, kun taas koko aineistossa yli 25-vuotiaiden opiskelijoiden osuus oli pienempi. On mahdollista, että tämä viittaa mielenterveysongelmien ilmenemisen sijaan avun saamisen viivästymiseen, ongelmien monimutkaistumiseen ja oireilun kroonistumiseen (Condra ym. 2015). On arvioitu, että suurin osa korkeakouluopis-

kelijoiden mielenterveysongelmista olisi puhjennut jo ennen opintojen aloittamista (Auerbach ym. 2016).

Mielenterveysoireita ja todettuja mielenterveysongelmia raportoineet korkeakouluopiskelijat arvioivat opintomenestyksensä muita opiskelijoita useammin omia tavoitteitaan heikommiksi ja kokivat muita useammin epävarmuutta oikealla alalla olemisesta. Heillä myös keskittymisvaikeudet olivat yleisempiä kuin muilla opiskelijoilla ja he kertoivat erilaisista todetuista oppimiseen liittyvistä vaikeuksista hieman muita opiskelijoita yleisemmin. Otteen saamista opiskelusta pidettiin ongelmana ja omien voimien ja kykyjen riittävyttä epäiltiin. Erot koulutussektorien välillä olivat pieniä. Opintouupumus oli yleistä myös korkeakouluopiskelijoilla, jotka raportoivat psyykkisestä oireilusta tai todetuista mielenterveyden häiriöistä. Mielenterveysongelmia raportoineiden korkeakouluopiskelijoiden opiskelumenestyksestä ja koetuista opiskeluvaikeuksista on raportoitu myös muissa tutkimuksissa (esim. Eisenberg ym. 2009; Biasi ym. 2017; Shor 2017).

Mielenterveysongelmia kokevat opiskelijat kuvasivat monia sosiaalisen hyvinvoinnin osa-alueita heikommiksi kuin muut opiskelijat. Kokemukset muiden opiskelijoiden tai henkilökunnan satunnaisesta kiusaamisesta olivat yleisempiä mielenterveyshäiriöiden ja psyykkisen oireilun yhteydessä kuin muilla opiskelijoilla. Erityisesti mielenterveyshäiriöstä ilmoittaneet opiskelijat kokivat muita useammin yksinäisyyttä ja kontaktin luomisen muihin ihmisiin vaikeammaksi. Sekä ammattikorkeakoulussa että yliopistossa opiskelevilla miehillä oli naisia harvemmin läheisiä tai ystäviä, joiden kanssa puhua avoimesti ongelmista. Korkeakoulua onkin pidetty sosiaalisesti vaativana opiskeluympäristönä, ja on esitetty, että sekä opiskeluympäristössä että tukipalveluissa olisi tarvetta huomioida paremmin opiskelijoiden sosiaaliseen osallisuuteen kytkeytyviä tekijöitä (Shor 2017; Pörhölä ym. 2020; Sagar-Ourighli ym. 2020).

Korkeakouluopiskelijoista mielenterveysoireilusta ja erityisesti mielenterveyshäiriöstä raportoineet käyttivät opintopsykologi- ja kuraattoripalveluita muita korkeakouluopiskelijoita useammin. Opintopsykologin ja kuraattorin palveluiden käyttö oli kuitenkin suhteellisen vähäistä koko aineistossa. Korkeakouluopiskelijoiden arviot oppilaitoksen antaman ohjauksen riittävydestä vaihtelivat, ja sama vaihtelu heijastui myös mielenterveysoireilua ja mielenterveyshäiriöitä raportoineiden opiskelijoiden vastauksissa. Myös muissa tutkimuksissa on havaittu korkeakouluopiskelijoiden raportoivan tuen ja ohjauksen puutteesta (esim. Rankin ym. 2018; Korkeamäki ja Vuorento 2021). Ajankohtaista psyykkistä oireilua ja todettuja mielenterveyshäiriöitä raportoineet toivoivat muita opiskelijoita useammin neuvoa ja palveluita, erityisesti stressin hallintaan, itsetuntoon ja opiskelussa koettuihin ongelmiin. Vastaavia tuen tarpeita ovat raportoineet myös kuntoutuspsykoterapiaa saaneet opiskelijat (Härkäpää ym. 2014).

Mielenterveysongelmia raportoineet käyttivät muita opiskelijoita useammin terveys-, sosiaali- ja ohjauspalveluita, mikä on havaittu myös norjalaisessa korkeakouluopiskelijoita koskevassa tutkimuksessa (Saether ym. 2021). Korkeakouluopiskelijoista naiset käyttivät enemmän terveydenhoitajan ja lääkärin palveluita, mutta psykologi-palveluiden käytössä ei havaittu eroa. Tutkimuskirjallisuuden perusteella miehet näyttävät hakevan apua naisia harvemmin (Gulliver ym. 2010; Grøtan ym. 2019). On mahdollista, että terveyspalveluiden käyttö heijastaa muitakin kuin mielenterveyteen liittyviä tarpeita, sillä etenkin naisopiskelijoilla oli myös muita terveysongelmia.

Yliopisto-opiskelijat käyttivät ammattikorkeakouluopiskelijoita enemmän psykologin palvelua ja ammattikorkeakouluopiskelijat yliopisto-opiskelijoita enemmän terveydenhoitajan palvelua. Koulutussektorien väliset erot voivat kuvata palveluihin liittyvien tarpeiden ohella palveluiden saatavuuteen liittyviä eroja etenkin korkea-asteella. Tutkimuksen aineistonkeruun aikana korkeakouluopiskelijoiden palveluiden järjestämisessä oli eroja, sillä vain yliopisto-opiskelijat olivat YTHS:n palveluiden piirissä ja ammattikorkeakouluopiskelijat kunnallisten palveluiden piirissä (esim. Kunttu ym. 2017). Perusterveydenhuollon psykologipalveluiden saantia on myös laajemmin pidetty ongelmallisena (Packness ym. 2017).

#### 4.2 Opiskelijoiden tukemisen kokonaisvaltaisuus

Tämän tutkimuksen tulokset tuovat esille, että opiskelijoiden mielenterveysoireilu on yhteydessä laajemmin hyvinvointiin ja terveyteen, opinnoissa suoriutumiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Aiemman tutkimuksen (esim. Alonso ym. 2018; Kanste ym. 2018; Grøtan ym. 2019) tavoin kaikki mielenterveysoireilua raportoineet opiskelijat eivät kokeneet saavansa tai tarvitsevansa apua oppilaitoksesta tai oppilaitoksen ulkopuolisista palveluista.

Kokonaisvaltaista lähestymistä on pidetty tärkeänä sekä terveyden edistämisen että nuorille suunnattujen mielenterveyspalveluiden ja kuntoutuspalveluiden näkökulmasta (Järvikoski 2013; Wahlbeck ym. 2017; Settipani ym. 2019). Nuoret hakevat usein mielenterveyspalveluista apua useampaan kuin yhteen ongelmaan. Samoin nuorten palveluiden aikana asettamat tavoitteet voivat koskea monia eri elämänalueita ja olla myös päällekkäisiä. (Cairns ym. 2019.) Esimerkiksi toisen asteen opiskelijoille suunnatussa, opintojen ja mielenterveyden tukea integroivassa OPI-kuntoutuksessa opiskelijoiden tavoitteet käsittivät niin mielialaan, opiskeluun, uneen kuin sosiaaliseen hyvinvointiinkin liittyviä tavoitteita (Korkeamäki ym. 2020a).

Tutkimuksen tulokset tuovat esiin, miten tärkeää on edistää opiskelijoiden terveyttä kokonaisvaltaisesti. Tutkimus osoittaa, kuinka monet opiskelijan elämään keskeisesti liittyvät tekijät voivat kytkeytyä myös mielenterveysongelmiin. Tutkimus havainnollistaa päällekkäisten vaikeuksien merkitystä monella eri opiskelun ja tuen tarpeen alueella. Näistä etenkin päällekkäiset mielenterveysongelmat näyttäisivät olevan nuoruudessa ja nuorena aikuisena tyypillisiä (esim. Kessler ja Walters 1998; Costello

ym. 2014). Myös opinnoissa koetut ongelmat voivat olla seurausta monentyyppisistä asioista. Aiempaa vaativammat opinnot ja muuttunut elämäntilanne voivat kuormittaa opiskelijaa. Toisaalta mielenterveyden ongelmat voivat heijastua opintoihin tai taustalla voi olla erilaisia kehityksellisiä oppimisvaikeuksia. Osalla vaikeudet voivat olla lyhytaikaisia, kun taas toisilla mielenterveysongelmat voivat aiheuttaa vakaakin haittaa opinnoille. Toimintakyky voi vaihdella myös opintojen aikana, mikä voi vaikeuttaa avun hakemista (Condra ym. 2015). Aiemman tutkimuksen perusteella mielenterveysongelmiin kytkeytyvät vaikutussuhteet näyttävät olevan monimutkaisia, mikä on linjassa biopsykososiaalisen terveystähtämyksen kanssa (esim. Borrell-Carrió ym. 2004).

Opiskelijoiden mielenterveysongelmien yhteys moninasiin eri tekijöihin on kiinnostavaa myös niihin suunnattujen interventioiden näkökulmasta. Biopsykososiaalisen terveystähtämyksen vahvistaminen osana opiskelukykyä koskevia keskusteluja olisi mielekästä myös opiskelijoille suunnattujen interventioiden näkökulmasta. Koska mielenterveysongelmat ovat opiskelijoilla yleisiä, ilmiötä on tarvetta lähestyä eri tavoin skaalautuvien ratkaisujen avulla (Brown 2018). Tutkimuskirjallisuus tarjoaa eriasteista näyttöä opiskelijoille tarjottavasta tuesta. Opiskelijoille on kehitetty esimerkiksi tukea stressin hallintaan, erilaisia valmennuksia ja vertaistukea sekä pitkäjänteisempää tukea, kuten tuetun opiskelun malleja (Regehr ym. 2013; Korkeamäki ym. 2015; Harkko ym. 2019; Korkeamäki ym. 2020b; Kurki ym. 2021).

Korkeakouluopiskelijat itse toivovat matalan kynnyksen tukea oppilaitoksissa (Korkeamäki ja Vuorento 2021). Erilaiset matalan kynnyksen toimintatavat on todettu myös tärkeiksi avun hakemista edistäviksi tekijöiksi (Grøtan ym. 2019; Settiani ym. 2019). Esimerkiksi ohjauksella on havaittu olevan myönteisiä vaikutuksia sekä mielenterveysoireiluun että opintoihin (Biasi ym. 2017). Tämän tutkimuksen valossa oppilaitoksen tukipalveluiden käyttö on kuitenkin suhteellisen vähäistä verrattuna terveydenhuollon tarjoamiin palveluihin ja kokemuksissa opiskeluympäristöjen tarjoamasta tuesta oli myös vaihtelua. Palveluiden kehittämisessä olisi tarpeen huomioida myös sukupuolten väliset erot avun hakemisessa ja sosiaalisen tuen hyödyntämisessä (Sagar-Ouriaghli ym. 2020).

Moninaisten yksilötekijöiden ohella tutkimus tuo esille ympäristötekijöiden merkityksen mielenterveysongelmissa. Tulokset havainnollistavat siten opiskeluympäristöjen merkitystä ja niiden kehittämistä osana mielenterveyden tukea. Tuen kokonaisuuden suunnittelussa on tärkeää huomioida niin yksilölliset tekijät, ihmissuhteet, lähiympäristöt kuin laajemminkin yhteiskunnalliset tekijät hyödyntäen esimerkiksi erilaisia ekologisista paradigmoista (Järvikoski 2013; Wahlbeck ym. 2017; Castillo ym. 2019).

Yksi merkittävä ympäristötekijä on palveluiden saatavuus, jota on pidetty ongelmallisena opiskelijoiden kohdalla (esim. Auerbach ym. 2016). Tutkimus antaa myös

viitteitä siitä, että palveluiden järjestämisellä on merkitystä niiden käytölle, mikä näkyi etenkin korkeakouluopiskelijoiden terveystalvuiden käyttöä kuvaavissa vastauksissa. Mielenterveysongelmia kokevilla opiskelijoilla terveystalvuiden käyttö oli huomattavasti yleisempää kuin oppilaitosten tarjoamien tukimahdollisuuksien käyttäminen. Tämä saattaa viitata ainakin osaksi palvelujen tarjontaan ennemmin kuin tuen tarpeisiin, sillä esimerkiksi opintopsykologien palveluita on vähemmän saatavilla kuin terveystalvuita.

Koronapandemiaa voi pitää havainnollistavana esimerkkinä erilaisten tekijöiden merkityksestä opiskelijoiden mielenterveyteen. Pandemian on havaittu vaikuttaneen erityisesti opiskelijoiden mielenterveyteen, ja opiskelijoille suunnattujen interventioiden suunnittelua on pidetty tarpeellisena. Tutkimukset osoittavat, että lisäantyneeseen mielenterveysoireiluun kytkeytyy moninaisia tekijöitä, jotka on tarpeen huomioida. Tämän tutkimuksen tavoin oireiluun on havaittu olevan yhteydessä esimerkiksi uneen liittyvät tekijät ja yksinäisyys. Oireilu voi kohdistua myös eri tavoin erilaisiin opiskelijoihin. (Esim. Aalto-Setälä ym. 2021; Hoyt ym. 2021; Parikka ym. 2021; Jehi ym. 2022.)

Opiskelukyky on toistaiseksi työkykyyn nähden jäsentymättömämpi käsite (Harkko ym. 2019), ja mielenterveysongelmien kohdalla keskustellaan vähemmän opiskeluympäristöjen merkityksestä mielenterveyden tukemisessa. Opiskelijoiden kuntoutusmahdollisuudet ovat viime vuosina parantuneet, mutta ne ovat edelleen vähäisempiä esimerkiksi työssä olevien kuntoutukseen verrattuna. Aiemmat tutkimukset ovat kiinnittäneet huomiota opiskelijoille suunnatun kuntoutuksen puutteisiin erityisesti opiskelua koskevien tarpeiden näkökulmasta ja oppilaitosten tarjoaman tuen vaihtelevuuteen (Härkäpää ym. 2014; Harkko ym. 2019; Salminen 2019; Korkeamäki ym. 2020b).

Opiskelijoiden on havaittu olevan yksi riskiryhmä varhaiseen mielenterveysperustaiseen eläköitymiseen (Karolaakso ym. 2020), joskin erilaiset mielenterveyshäiriöt ovat yleisempiä työn ja koulutuksen ulkopuolella olevilla nuorilla aikuisilla. Polku työelämän ja koulutuksen ulkopuolelle ja varhaiselle eläkkeelle mielenterveyssyistä kulkee kuitenkin usein opintojen keskeyttämisen kautta (Aho ja Mäkiäho 2014), mikä lisää tarvetta huomioida mielenterveysongelmat jo opintojen aikana. Pelkästään opiskelijan mielenterveyteen kohdentuvat interventiot eivät välttämättä riitä kaikilla tukemaan kouluttautumista ja opintojen sujumista. Opiskelua ja mielenterveyden tukea integroivat lähestymistavat on nähty hyödyllisinä, joskin tutkimustietoa vielä tarvitaan (Harkko ym. 2019; Lövgren ym. 2020).

Tämä tutkimus tuo uutta tietoa opiskelukyvyn eri osa-alueista, ja tutkimuksen tuloksia on mahdollista hyödyntää osana opiskelukyvyn ja tukimuotojen jäsentämistä. Tämän tutkimuksen tulosten näkökulmasta oppilaitoksissa olisi tarpeen vahvistaa opiskelijoiden opintoihin saatua tukea ja sosiaalista hyvinvointia ja osallisuutta. Tämä



on linjassa laajemmin terveyden edistämistä koskevan keskustelun kanssa, jonka mukaisesti terveyden edistämisen toimien tulisi kohdistua yksittäisten opiskelijoiden ohella laajemmin opiskeluyhteisöihin (Wold ja Mittelmark 2018). Tätä näkökulmaa on pidetty tärkeänä myös koronapandemian jälkeen (Jehi ym. 2022).

### 4.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimus tuo aiempaa laajemmin uutta tietoa opiskelijoiden mielenterveysongelmista, niiden taustatekijöistä ja merkityksestä opiskeluun. Tulokset ovat ajankohdaisia, sillä koronapandemia on lisännyt opiskelijoiden mielenterveysoireilua (esim. Aalto-Setälä ym. 2021; Hoyt ym. 2021; Parikka ym. 2021). Kyselyaineistojen vahvuutena voidaan pitää sitä, että niiden avulla voidaan tarkastella monipuolisesti mielenterveysongelmiin yhteydessä olevia tekijöitä. Kyselyaineistojen tuottama tieto on varhaisen tuen näkökulmasta tärkeää, sillä mielenterveysongelmiin liittyvät diagnoosit viivästyvät usein nuorilla eikä kaikki oireilu ole diagnosoitavissa varsinaisiksi häiriöiksi (Condra ym. 2015).

Tutkimus tuottaa uutta tietoa etenkin opiskeluun kytkeytyvistä ongelmista opintojen aikana. Siinä missä rekisteriaineistojen avulla voidaan tarkastella todettujen mielenterveyshäiriöiden vaikutusta opintojen keskeyttämiseen ja opiskelumenestykseen (esim. Mikkonen ym. 2021), kyselyaineistojen avulla voidaan kartoittaa laajemmin opiskeluun liittyviä kokemuksia ja tämän myötä helpottaa vaikeuksien varhaista tunnistamista. Tutkimuksen tuloksia voidaan siten hyödyntää opiskelijoille tarjottavan tuen kehittämisessä. Kahden kyselyaineiston hyödyntäminen tuo tietoa sekä toisen asteen että korkea-asteen opiskelijoista. Aineistot olivat koronapandemiaa edeltävältä ajalta, jolloin pandemia ei ole vaikuttanut tuloksiin. Tämän tutkimuksen tuottamaa tietoa voi siten hyödyntää poikkeusolojen tuottaman tiedon rinnalla opiskelijoiden tukimuotojen kehittämisessä.

Tutkimuksessa käytettiin kahta erillistä kyselyaineistoa. Käytettyjen kyselyaineistojen taustalla on vakiintunut tiedonkeruu. Kouluterveyskysely on kattava kysely toisen asteen opiskelijoista. Lukiolaisten vastausprosenttia voi pitää hyvänä, kun taas ammatillisen koulutuksen opiskelijoiden vastausprosenttia ei ollut mahdollista arvioida. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen vastausprosentti oli Kouluterveyskyselyä heikompi, mutta aineiston on arvioitu vastaavan varsin hyvin korkeakouluopiskelijoita miesten aliedustusta lukuun ottamatta. Myöskään terveysongelmia koskeviin kysymyksiin ei näyttäisi muodostuvan erityistä katoa. (Kunttu ym. 2017.) Keskeiset tulokset ovat samansuuntaisia molemmissa kyselyissä ja saavat vahvistusta myös kansainvälisestä tutkimuksesta. Koska vastausprosentit ovat pieniä, on kuitenkin mahdollista, että myös vastaajat ovat jollakin tavalla valikoituneet (Tolonen ym. 2006). Vaikka kyselyiden keskeiset tulokset ovat samansuuntaisia, kahden erilaisen kyselyaineiston tarkastelu rinnakkain ei ole ongelmatonta. Kyselyt sisälsivät erilaisia kysymyksiä, ja mielenterveysoireilua arvioitiin erilaisilla mittareilla. Valmiiden kyselyaineistojen kysymyksiin ei ollut myöskään mahdollista vaikuttaa. Kyselyt olivat

ensisijaisesti opiskelijoiden terveystutkimuksia, jonka mukaisesti itse opiskelua koskevat kysymykset olivat vähäisempiä.

Tutkimuksessa ei havaittu eroja terveystutkimusten käytössä perhetaustan mukaan. On kuitenkin mahdollista, että vastaukset kuvaavat myös muita terveyteen liittyviä tuen tarpeita kuin mielenterveysongelmia. Myös opiskelijoiden vastauksissa voi olla epätarkkuutta. Vaikka varsinaiset pilailuvastaukset on arvioitu Kouluterveyskyselyssä vähäisiksi (Ikonen ja Helakorpi 2019), nuoret eivät välttämättä osaa arvioida oikein esimerkiksi vanhempiensa koulutustaustaa (Lehti ja Laaninen 2020). Perheen taloudellinen tila ja vanhempien koulutusaste olivat opiskelijan itse arvioimia, ja vanhempien koulutustason tarkastelussa huomioitiin vain toisen vanhemman korkein koulutus. Opiskelijoiden taustatiedoista esimerkiksi perheen sosioekonomiseen asemaan onkin syytä suhtautua varauksella. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa opiskelijan perhetaustaa tai taloudellista tilannetta koskevia tietoja ei ollut saatavilla. Mahdollisuus yhdistää rekisteritietoja kyselyvastauksiin lisäisi mahdollisuuksia arvioida paremmin sosioekonomisten tekijöiden merkitystä nuorten mielenterveysongelmissa. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimusta on vuoden 2021 tiedonkeruussa harmonisoitu Kouluterveyskyselyn ja muiden laajojen väestökyselyjen kanssa ja aineistoa on myös mahdollista rikastaa rekisteriaineistoilla (Parikka ym. 2022).

Aineistojen riittävän suuri koko mahdollisti vertailut tarkemmilla alaryhmillä mielenterveysoireilun mukaisesti. Kooltaan suuremmassa Kouluterveyskyselyssä puuttuvia tietoja ilmeni verrattain vähän, usein kysymyskohtaisesti vain muutamia prosentteja. Huomattava määrä puuttuvia tietoja ilmeni kuitenkin kysymyksessä, joka koski mielialaan liittyvän tuen ja avun hakemista kuluneen 12 kuukauden ajalta. Tarkastellusta tukitahosta riippuen vastauksia puuttui aineistossa noin 15–20 prosentilta ja esimerkiksi ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevilta pojilta vastauksia puuttui jopa 40 prosentilta. Tietojen puuttuminen voi heikentää näiden tietojen luotettavuutta. Yleisemmällä tasolla palveluiden käyttöä koskevien kysymysten, mukaan lukien psykologilla käynti, vastausprosentti Kouluterveyskyselyssä oli riittävä. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksen aineisto oli kooltaan Kouluterveyskyselyä merkittävästi pienempi ja sisälsi myös suhteellisesti enemmän puuttuvia tietoja kysymyskohtaisesti. Yli kymmenen prosenttia oli jättänyt vastaamatta kysymyksiin alkoholinkäytöstä, kiusaamisesta, oppilaitoksesta saadun ohjauksen riittävydestä ja palveluiden käytöstä. Puuttuvat tiedot voivat heikentää näiden tietojen tarkastelun luotettavuutta.

Tämän tutkimuksen erilaisten mielenterveyttä arvioivien kysymysten ja mittareiden käytön voi osittain nähdä täydentävän toisiaan. Käytetyt mittarit on arvioitu psyko-metrisiltä ominaisuuksiltaan kohtalaisiksi tai hyviksi (Spitzer ym. 2006; Kroenke ym. 2007; Richardson ym. 2010). Mittareiden käyttöön liittyy kuitenkin myös rajoituksia (esim. Elovainio ym. 2020). Tässä tutkimuksessa tuloksille haettiin vahvistusta tarkastelemalla toisen asteen opiskelijoista kahta mielenterveysoireilusta raportointia

ryhmää ja korkea-asteen opiskelijoista myös mielenterveysdiagnoosista ilmoittaneita opiskelijoita. Kyselyt ovat kuitenkin poikkileikkausaineistoja, eikä tietoa esimerkiksi opiskelijoiden aiemmista tuen tarpeista ollut saatavilla. Osa oireilusta voi selittyä monenlaisilla opiskelijoiden elämään liittyvillä tekijöillä. Tämä korostuu etenkin Koulu-terveyskyselyssä, jossa mielenterveysoireilua arvioidaan kahden viikon aikana.

#### 4.4 Päätelmät

Opiskelijoiden mielenterveysoireilua ja mielenterveysongelmia on tarpeellista lähestyä kokonaisvaltaisesti ja kiinnittää huomiota opinnoissa koettuihin ongelmiin ja sosiaaliseen hyvinvointiin, kuten yksinäisyyden kokemuksiin. Opiskelijoiden moninaiset tarpeet on tärkeää huomioida tuen, palvelujen ja kuntoutuksen sisällöissä ja järjestämisessä.

Jatkossa olisi tärkeää selvittää, miten opiskelijan taustatekijät, kuten perhetausta ja taloudellinen tilanne, ovat yhteydessä opinnoissa koettuihin ongelmiin. Myös erilaisten ongelmien ja hyvinvointivajeiden mahdolliseen kasautumiseen olisi hyvä kiinnittää huomiota. Palveluiden järjestämisessä on tapahtunut muutoksia, jonka vuoksi niiden käyttöä on tarpeen tutkia myös jatkossa. Tarkempaa tietoa tarvitaan myös saatavilla olevista palveluista ja niiden vaikutuksista. Poikkileikkaustutkimukset eivät yksin riitä, vaan tarvetta olisi esimerkiksi seurantatutkimukselle. Myös laadullinen tutkimus voisi avata mielenterveyteen ja opiskeluvaikeuksiin liittyviä prosesseja, syy-seuraussuhteita ja saatavilla olevia tuen muotoja tarkemmin. Laadullinen tutkimus on tärkeää myös opiskelijoiden oman äänen ja tuen tarpeiden kuulemiseksi, mitä on pidetty tärkeänä terveyden edistämässä (Abel ja Frochlich 2012).

Tutkimus vahvistaa aiempia tutkimustuloksia opiskelijoiden mielenterveyteen yhteydessä olevista tekijöistä ja tuo uutta tietoa etenkin opiskeluun liittyvistä tekijöistä ja tuen tarpeista. Näiden huomioiminen auttaa kehittämään mielenterveysongelmia kokevien opiskelijoiden tarpeita paremmin vastaavia tukitoimia ja kuntoutusta.

#### 4.5 Suositukset käytännöiksi

Opiskeluympäristöjen kehittämisessä on tärkeää huomioida mielenterveysongelmia raportoineiden opiskelijoiden kokemukset opiskelutaitoihin, sosiaaliseen hyvinvointiin sekä palvelujen käyttöön liittyvistä ongelmista sekä tuen tarpeista. Tutkimuksemme perusteella esittelemme sekä kaikille opiskelijoille tarjottavan tuen kehittämistä koskevia suosituksia että kohdennetumpaa tukea koskevia suosituksia.

##### **Suositus 1: opiskelijoille suunnatuissa palveluissa tulee ottaa huomioon opiskelijoiden erilaiset tarpeet kokonaisvaltaisesti.**

Perustelu: opiskelijoiden kokemat mielenterveyden haasteet ovat yhteydessä opiskelun moniin eri ulottuvuuksiin terveydentilasta opinnoissa koettuihin vaikeuksiin ja sosiaaliseen hyvinvointiin.

**Suositus 2: erilaisia mielenterveysoireiluun, opinnoissa koettuihin ongelmiin ja sosiaalisen hyvinvoinnin tukemiseen suunnattuja matalan kynnyksen tukimuotoja tulee kehittää osaksi opiskelijoiden opiskeluympäristöjä.**

Perustelu: kaikki opiskelijat eivät saa tarvitsemaansa tukea oppilaitoksesta tai opiskeluterveydenhuollosta tai eivät halua hakea apua. Matalan kynnyksen tukimuotojen kehittäminen voi helpottaa avun hakemista niissä tilanteissa, joissa tarvitaan vahvempaa tukea. Myös erilaiset vertaistukea hyödyntävät tuen muodot, kuten ryhmätoiminta ja mentorointi, ovat keinoja tukea opiskelijoita.

**Suositus 3: opiskelijoille, joilla vaikeudet kroonistuvat tai joilla on useampia tuen tarpeita, tulee tarjota kohdennetumpaa tukea. Myös opiskelijoiden terveysongelmat ja oppimisessa koetut ongelmat tulee ottaa huomioon.**

Perustelu: mielenterveysongelmien kokeminen opiskeluaikana on yleistä, ja vaikeuksia kokevat opiskelijat ovat moninainen joukko. Siinä missä osalla opiskelijoista vaikeudet voivat olla lyhytaikaisia, toisilla mielenterveysongelmat voivat aiheuttaa vakavaakin haittaa opinnoille.

**Suositus 4: nykyisin tarjolla olevien kuntoutusmuotojen ohella nuorten ammatillisen kuntoutuksen tulee tarjota varhaista tukea niissä tilanteissa, joissa opiskelukyky on heikentynyt. Silloin, kun mielenterveysongelmat heikentävät vakavasti opiskelumahdollisuuksia, on tarpeellista tarjota erillisiä tuetun opiskelun malleja.**

Perustelu: kuntoutuksessa voidaan integroida toisiinsa opiskelun ja mielenterveyden tukea. Nykyiset kuntoutusmuodot eivät riittävällä tavalla vastaa opiskelijoiden moninaisiin tarpeisiin.

**Suositus 5: opiskelijoiden mielenterveyttä on tarpeen seurata monimenetelmällisellä tutkimuksella kiinnittäen erityisesti huomiota vaikeuksien kasautumiseen elämän eri osa-alueilla.**

Perustelu: mielenterveyshäiriöstä tai päällekkäisistä vaikeuksista raportoineet opiskelijat toivat muita opiskelijoita useammin esille tuen tarvetta. Opiskelijoiden omien kokemusten kuuleminen lisää tietoa yksilöllisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden merkityksestä mielenterveysongelmien muotoutumisessa.

## Lähteet

- Aaltonen S, Berg P, Ikäheimo S. Nuoret luukulla. Kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Helsinki: THL, Tutkimuksesta tiiviisti 3, 2015.
- Aalto-Setälä T, Suvisaari J, Appelqvist-Schmidlechner K ym. Pandemia ja nuorten mielenterveys. Koulu-terveyskysely 2021. Helsinki: THL, 2021.
- Abel T, Frochlich K. Capitals and capabilities. Linking structure and agency to reduce health inequalities. *Social Science & Medicine* 2012; 74 (2): 236–244.
- Aho S, Mäkiäho A. Toisen asteen koulutuksen läpäisy ja keskeyttäminen. Vuosina 2001 ja 2006 toisen asteen opinnot aloittaneiden seurantatutkimus. Helsinki: Opetushallitus, Raportit ja selvitykset 8, 2014.
- Alegria M, NeMoyer A, Falgàs Bagué I ym. Social determinants of mental health. Where we are and where we need to go. *Current Psychiatry Reports* 2018; 20 (11): 1–13.
- Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S ym. Treatment gap for anxiety disorders is global. Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and Anxiety* 2018; 35 (3): 195–208.
- Alsubaie MM, Stain HJ, Webster LAD. The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. *International Journal of Adolescence and Youth* 2019; 24 (4): 484–496.
- Auerbach RP, Alonso J, Axinn WG ym. Mental disorders among college students in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine* 2016; 46 (14): 2955–2970.
- Biasi V, Patrizi N, Mosca M ym. The effectiveness of university counselling for improving academic outcomes and well-being. *British Journal of Guidance & Counselling* 2017; 45 (3): 248–257.
- Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM, Üstün TB. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine* 1999; 48 (9): 1173–1187.
- Borrell-Carrió F, Suchman AL, Epstein RM. The biopsychosocial model 25 years later. Principles, practice, and scientific inquiry. *The Annals of Family Medicine* 2004; 2 (6): 576–582.
- Brown JSL. Student mental health. Some answers and more questions. *Journal of Mental Health* 2018; 27 (3): 193–196.
- Brännlund A, Edlund J. Educational achievement and poor mental health in Sweden. The role of family socioeconomic resources. *Education Inquiry* 2020; 11 (1): 69–87.

Brännlund A, Strandh M, Nilsson K. Mental-health and educational achievement. The link between poor mental-health and upper secondary school completion and grades. *Journal of Mental Health* 2017; 26 (4): 318–325.

Cairns A, Kavanagh D, Dark F ym. Goal setting improves retention in youth mental health. A cross-sectional analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2019; 13: 31.

Castillo EG, Ijadi-Maghsoodi R, Shadravan S ym. Community interventions to promote mental health and social equity. *Current Psychiatry Reports* 2019; 21 (5): 1–14.

Chu PS, Saucier DA, Hafner E. Meta-analysis of the relationships between social support and well-being in children and adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2010; 29 (6): 624–645.

Condra M, Dineen M, Gills H ym. Academic accommodations for postsecondary students with mental health disabilities in Ontario, Canada. A review of the literature and reflections on emerging issues. *Journal of Postsecondary Education and Disability* 2015; 28 (3): 277–291.

Costello J, He JP, Sampson N ym. Services for adolescents with psychiatric disorders. 12-month data from the National Comorbidity Survey-Adolescent. *Psychiatric Services* 2014; 65 (3): 359–366.

Curran T, Hill AP. Perfectionism is increasing over time. A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin* 2019; 145 (4): 410.

Derdikman-Eiron R, Indredavik MS, Bratberg GH ym. Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression. Findings from the Nord-Trøndelag Health Study. *Scandinavian Journal of Psychology* 2011; 52 (3): 261–267.

Diehl K, Jansen C, Ishchanova K. Loneliness at universities. Determinants of emotional and social loneliness among students. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2018; 15 (9): 1865.

Ebert D, Mortier P, Kaehlke F ym. Barriers of mental health treatment utilization among first-year college students. First cross-national results from the WHO World Mental Health International College Student Initiative. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2019; 28 (2): e1782.

Eisenberg D, Golberstein E, Hunt JB. Mental health and academic success in college. *The BE Journal of Economic Analysis & Policy* 2009; 9 (1): 40.

EKT. [Suomen työeläkkeen saajat](#). Helsinki: Eläketurvakeskus, SVT, 2021. Päivitetty 25.2.2021. Viitattu 13.12.2021.

Elovainio M, Hakulinen C, Pulkki-Råback L ym. General health questionnaire (GHQ-12), Beck depression inventory (BDI-6), and Mental Health Index (MHI-5). Psychometric and predictive properties in a Finnish population-based sample. *Psychiatry Research* 2020; 289: 112973.

Filatova S, Upadhyaya S, Kronström K ym. Time trends in the incidence of diagnosed depression among people aged 5–25 years living in Finland 1995–2012. *Nordic Journal of Psychiatry* 2019; 73 (8): 475–481.

Fröjd S, Marttunen M, Pelkonen M ym. Perceived financial difficulties and maladjustment outcomes in adolescence. *The European Journal of Public Health* 2006; 16 (5): 542–548.

Fröjd S, Nissinen E, Pelkonen M ym. Depression and school performance in middle adolescent boys and girls. *Journal of Adolescence* 2008; 31 (4): 485–498.

Goldberg D. *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press, 1972.

Grøtan K, Sund ER, Bjerkeset O. Mental health, academic self-efficacy and study progress among college students. The SHoT study, Norway. *Frontiers in Psychology* 2019; 10: 45.

Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people. A systematic review. *BMC Psychiatry* 2010; 10 (1): 1–9.

Gyllenberg D, Marttila M, Sund R ym. Temporal changes in the incidence of treated psychiatric and neurodevelopmental disorders during adolescence. An analysis of two national Finnish birth cohorts. *Lancet Psychiatry* 2018; 5: 227–236.

Haapasalo-Pesu KM, Karukivi M. Unihäiriö kätkeytyy monen nuoren mielenterveysongelmiin. *Duodecim* 2012; 128 (22): 2319–2325.

Hakkarainen A, Holopainen L, Savolainen H. A five-year follow-up on the role of educational support in preventing dropout from upper secondary education in Finland. *Journal of Learning Disabilities* 2015; 48 (4): 408–421.

Harkko J, Villa T, Korkeamäki J, Vaalasranta L, Poutiainen E. Kuntoutus opintojen tukena. OPI-kuntoutuskurssien toteutuminen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 19, 2019.

Hillborg H, Lövgren V, Bejerholm U ym. Integrating interventions that can support a career-oriented recovery for young adults. Building on the supported education knowledge base. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health* 2021; 8 (1): 35–60.

Holi MM, Marttunen M, Aalberg V. Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nordic Journal of Psychiatry* 2003; 57 (3): 233–238.

Hoyt LT, Cohen AK, Dull B. "Constant stress has become the new normal." Stress and anxiety inequalities among US college students in the time of covid-19. *Journal of Adolescent Health* 2021; 68 (2): 270–276.

Härkäpää K, Junttila O, Lindfors O ym. Changes in studying abilities as perceived by students attending psychotherapy. *British Journal of Guidance & Counselling* 2014; 42 (2): 166–180.

Ikonen R, Helakorpi S. Lasten ja nuorten hyvinvointi. Kouluterveyskysely 2019. Helsinki: THL, Tilasto-  
raportti 33, 2019.

Jehi T, Khan R, Dos Santos H ym. Effect of COVID-19 outbreak on anxiety among students of higher education. A review of literature. *Current Psychology* 2022.

Jenkins PE, Ducker I, Gooding R ym. [Anxiety and depression in a sample of UK college students. A study of prevalence, comorbidity, and quality of life.](#) *Journal of American College Health* 2020.

Jonsson U, Bohman H, von Knorring L ym. Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression. 15-year follow-up of a community sample. *Journal of Affective Disorders* 2011; 130 (3): 395–404.

Järvikoski A. Monimuotoinen kuntoutus ja sen käsitteet. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43, 2013.

Järvikoski A, Härkäpää K, Mannila S. Moniulotteinen työkykykäsitys ja työkykyä ylläpitävä toiminta. *Kuntoutus* 2001; 24 (3): 3–11.

Järvikoski A, Härkäpää K, Salminen AL. Kuntoutuksen teorioista ja ICF-mallista. *Kuntoutus* 2015; 38 (2): 18–32.

Kaltiala-Heino R, Fröjd S. Correlation between bullying and clinical depression in adolescent patients. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics* 2011; 2 (37): 37–44.

Kanste O, Haravuori H, Kolimaa M ym. Mielenterveys- ja päihdetyö opiskeluterveydenhuollossa. Palvelut, menetelmät ja yhteistyö. Helsinki: THL, Työpaperi 19, 2016.

Kanste O, Kiviruusu O, Halme N ym. Mielialastaan huolestuneiden nuorten tuen ja avun saaminen koulusta, palveluista ja lähipiiriltä. Kouluterveyskyselyn 2017 tuloksia. Julkaisussa: Gissler M, Kekkonen M, Känkänen P, toim. Nuoret palveluiden pauloissa. Nuorten elinolot -vuosikirja 2018. Helsinki: THL, Teema 30, 2018.

Karolaakso T, Autio R, Näppilä T ym. Socioeconomic factors in disability retirement due to mental disorders in Finland. *European Journal of Public Health* 2020; 132: 2–7.



Kessler RC, Walters E. Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the national comorbidity survey. *Depression and Anxiety* 1998; 7 (1): 3–14.

Kessler RC, Berglund P, Demler O ym. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2005; 62 (6): 593–602.

Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A ym. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4, 2018.

Korkeamäki J, Vuorento M. Ilmoitettujen terveys- ja toimintarajoitteiden vaikutus korkeakouluopiskeluun. Helsinki: OKM, Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 16, 2021.

Korkeamäki J, Haikonen H, Poutiainen E. Opiskeluvalmennuksen kirjallisuuskatsaus. Helsinki: Kela, 2015.

Korkeamäki J, Harkko J, Poutiainen E ym. Tavoitteiden asettaminen ja niiden toteutuminen nuorten mielenterveyskuntoutuksessa. *Kuntoutus 2020a*; 43 (1): 50–60.

Korkeamäki J, Salakka I, Pietilä P ym. Opiskeluvalmennus opiskelijan tukena ammatillisissa opinnoissa. Kelan lyhytterapiamuotoisen opiskeluvalmennuksen arviointi. Helsinki: Kela, Kuntoutusta kehittämässä 22, 2020b.

Kraav SL, Lehto SM, Junttila N ym. Depression and loneliness may have a direct connection without mediating factors. *Nordic Journal of Psychiatry* 2021; 75 (7): 553–557.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB ym. Anxiety disorders in primary care. Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine* 2007; 146 (5): 317–325.

Kunttu K, Almonkari M, Kylmälä M ym. Yliopisto-opiskelijoiden esiintymisvarmuus ja esiintymisjännitys opiskeluterveydenhuollon näkökulmasta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2006; 43 (4): 320–330.

Kunttu K, Pesonen T, Saari J. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016. Helsinki: YTHS, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön julkaisuja 48, 2017.

Kunttu K, Pesonen T, Saari J. [Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016](#) [sähköinen tietoaaineisto]. Versio 3.0. Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto, 2018. Viitattu 12.4.2021.

Kurki M, Gilbert S, Mishina K ym. Digital mental health literacy-program for the first-year medical students' wellbeing. A one group quasi-experimental study. *BMC Medical Education* 2021; 21 (1): 1–11.

Lawrence D, Dawson V, Houghton S ym. Impact of mental disorders on attendance at school. *Australian Journal of Education* 2019; 63 (1): 5–21.

Lehti H, Laaninen M. Perhetaustan yhteys oppimistuloksiin Suomessa PISA- ja rekisteriaineistojen valossa. Turku: Turun yliopisto, Invest Working Papers 19, 2020.

Livingston EM, Siegel LS, Ribary U. Developmental dyslexia. Emotional impact and consequences. *Australian Journal of Learning Difficulties* 2018; 23 (2): 107–135.

Luopa P, Pietikäinen M, Jokela J. Kouluterveyskysely 1998–2007. Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Helsinki: Stakes, 2008.

Lövgren V, Hillborg H, Bejerholm U ym. Supported education in a Swedish context. Opportunities and challenges for developing career-oriented support for young adults with mental health problems. *Scandinavian Journal of Disability Research* 2020; 22 (1): 1–11.

Mackenzie CS, Reynolds K, Cairney J ym. Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders. Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression and Anxiety* 2012; 29 (3): 234–242.

Merikukka M, Ristikari T, Kiilakoski T. Suojaako yläkouluikäisten nuorten osallisuuden kokemus koulussa lyhyeltä koulutuspolulta? *Yhteiskuntapolitiikka* 2019; 84 (4): 403–415.

Mikkonen J, Moustgaard H, Remes H ym. The population impact of childhood health conditions on dropout from upper-secondary education. *The Journal of Pediatrics* 2018; 196: 283–290.

Mikkonen J, Remes H, Moustgaard H, Martikainen P. Evaluating the role of parental education and adolescent health problems in educational attainment. *Demography* 2020; 57 (6): 2245–2267.

Mikkonen J, Remes H, Moustgaard H ym. Early adolescent health problems, school performance, and upper secondary educational pathways. A counterfactual-based mediation analysis. *Social Forces* 2021; 99 (3): 1146–1175.

Myllyniemi S, Kiilakoski T. Tilasto-osio. Julkaisussa: Berg P, Myllyniemi S, toim. Palvelu pelaa! Nuorisobarometri 2020. Helsinki: Valtion nuorisoneuvosto, Nuorisotutkimusseura/Nuorisotutkimusverkosto, Opetus- ja kulttuuriministeriö, 2021.

Nori H, Lyytinen A, Juusola H ym. Marginaaliryhmät korkeakoulutuksessa. Opiskelemaan hakeutuminen, opiskelukokemukset ja tulevaisuuden suunnitelmat. Eurostudent VII -tutkimuksen artikkelisarja. Helsinki: OKM, Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 26, 2021.

Oksanen A, Laimi K, Björklund K ym. A 12-year trend of psychological distress. National study of Finnish university students. *Central European Journal of Public Health* 2017; 25 (2): 113–119.

Packness A, Waldorff FB, dePont Christensen R ym. Impact of socioeconomic position and distance on mental health care utilization. A nationwide Danish follow-up study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2017; 52: 1405–1413.

Parikka S, Ikonen J, Koskela T ym. [Koronaepidemian ja sen rajaamistoimien vaikutukset korkeakouluopiskelijoiden arkielämään ja opintoihin](#). KOTT-tutkimuksen ennakkotuloksia kesällä 2021. Helsinki: THL. Viitattu 25.11.2021.

Parikka S, Holm N, Koskela T ym. Korkeakouluopiskelijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimus 2021. Tutkimuksen toteutus ja menetelmät. Helsinki: THL, Työpaperi 17, 2022.

Parviainen M, Aunola K, Torppa, M ym. Symptoms of psychological ill-being and school dropout intentions among upper secondary education students. A person-centered approach. *Learning and Individual Differences* 2020; 80.

Peach H, Gaultney JF, Gray DD. Sleep hygiene and sleep quality as predictors of positive and negative dimensions of mental health in college students. *Cogent Psychology* 2016; 3 (1): 1168768.

Peltola M, Moisio J. Ääniä ja äänettömyyttä palvelukentillä. Katsaus lasten ja nuorten palvelukokemuksia koskevaan tietoon. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, Julkaisuja 123, 2017.

Pörhölä M. Kiusaamiskokemukset yhteisöön kiinnittymisen esteenä. Prologi, puheviestinnän vuosikirja 2009; 84–89.

Pörhölä M, Cvancara K, Kaal E. Bullying in university between peers and by personnel. Cultural variation in prevalence, forms, and gender differences in four countries. *Social Psychology of Education* 2020; 23 (1): 143–169.

Rankin JA, Paisley CA, Mulla MM ym. Unmet social support needs among college students. Relations between social support discrepancy and depressive and anxiety symptoms. *Journal of Counseling Psychology* 2018; 65 (4): 474.

Regehr C, Glancy D, Pitts A. Interventions to reduce stress in university students. A review and meta-analysis. *Journal of Affect Disorders* 2013; 148: 1–11.

Richardson LP, Rockhill C, Russo JE ym. Evaluation of the PHQ-2 as a brief screen for detecting major depression among adolescents. *Pediatrics* 2010; 125 (5): e1097–e1103.

Ringdal R, Espnes GA, Eilertsen MEB ym. Social support, bullying, school-related stress and mental health in adolescence. *Nordic Psychology* 2020; 72 (4): 313–330.

Rinne H, Korkeamäki J, Villa T. Korkeakouluopiskelijoiden koetut oppimisvaikeudet ja niiden yhteys elämän eri osa-alueisiin. *Kuntoutus* 2021; 44 (1): 24–36.

Saari S. Terveystarkastukset ehkäisevän mielenterveyden muotona. Mielenterveysseulan kehittämistyö. Helsinki: YTHS, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia ja selvityksiä 2, 1979.

Sagar-Ouriaghli I, Brown JSL, Taylor V ym. Engaging male students with mental health support. A qualitative focus group study. *BMC Public Health* 2020; 20 (1): 1–14.

Salmela-Aro K. Opiskelu-uupumusmittari SBI-9 yliopisto- ja ammattikorkeakouluopiskelijoille. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 46, 2009.

Salmela-Aro K, Näätänen P. Nuorten koulu-uupumusmittari BBI-10. Helsinki: Edita, 2005.

Salmela-Aro K, Upadaya K. School burnout and engagement in the context of demands–resources model. *British Journal of Educational Psychology* 2014; 84 (1): 137–151.

Salmela-Aro K, Savolainen H, Holopainen L. Depressive symptoms and school burnout during adolescence. Evidence from two cross-lagged longitudinal studies. *Journal of Youth and Adolescence* 2009a; 38 (10): 1316–1327.

Salmela-Aro K, Kiuru N, Leskinen E ym. School burnout inventory (SBI) reliability and validity. *European Journal of Psychological Assessment* 2009b; 25 (1): 48–57.

Salminen J. Nuoren kuntoutusrahan luoma osallisuus toimintamahdollisuuksina. *Yhteiskuntapolitiikka* 2019; 84 (4): 393–402.

Scott KM, Bruffaerts R, Tsang A ym. Depression–anxiety relationships with chronic physical conditions. Results from the World Mental Health Surveys. *Journal of Affective Disorders* 2007; 103 (1–3): 113–120.

Settipani C, Hawke L, Cleverley K ym. Key attributes of integrated community-based youth service hubs for mental health. A scoping review. *International Journal of Mental Health Systems* 2019; 13 (1): 52.

Shor R. Difficulties experienced by university students with severe mental illness who participate in supported education programs. *Community Mental Health Journal* 2017; 53 (3): 281–287.

Sommer M, Ness O, Borg M. Helpful support to promote participation in school and work. Subjective experiences of people with mental health problems. A literature review. *Social Work in Mental Health* 2018; 16 (3): 346–366.

Sotkanet. [Vähintään kaksi viikkoa kestänyt masennusoireilu, %, 8. ja 9. luokan oppilaista \(2017-\)](#). Päivitetty 14.9.2021. Viitattu 15.10.2021.

Souto A. ”Kukaan ei kysy, mitä mulle kuuluu”. Koulutuksen keskeyttäjät ja ammatilliseen koulutukseen kuulumisen ehdot. *Nuorisotutkimus* 2014; 32 (4): 19–35.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD-7. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166 (10): 1092–1097.

Steger MF, Kashdan TB. Depression and everyday social activity, belonging, and well-being. *Journal of Counseling Psychology* 2009; 56 (2): 289.

Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A ym. Mental disorders in young adulthood. *Psychological Medicine* 2009; 39 (2): 287–299.

Sæther M H, Sivertsen B, Bjerkeset O. Mental distress, help seeking, and use of health services among university students. The SHoT-Study 2018, Norway. *Frontiers in Psychiatry* 2021; 12.

Tolonen H, Helakorpi S, Talala K ym. 25-year trends and socio-demographic differences in response rates. Finnish adult health behaviour survey. *European Journal of Epidemiology* 2006; 21 (6): 409–415.

Torikka A, Kaltiala-Heino R, Rimpelä A ym. Self-reported depression is increasing among socio-economically disadvantaged adolescents. Repeated cross-sectional surveys from Finland from 2000 to 2011. *BMC Public Health* 2014; 14: 40.

Vaalavuo M, Niemi R, Suvisaari J. Growing up unequal? Socioeconomic disparities in mental disorders throughout childhood in Finland. *SSM – Population Health* 2022; 20: 101277.

Valkeinen H, Anttila H. ICF-luokitus ja toimintakykymittarit. Mitä, miten ja miksi? *Fysioterapia* 2014; 4.

Vorma H, Rotko T, Larivaara M, Kosloff A. Kansallinen mielenterveysstrategia ja itsemurhien ehkäisyohjelma vuosille 2020–2030. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6, 2020.

Wahlbeck K, Hannukkala M, Parkkonen J ym. Mielenterveyden edistäminen kansanterveystyön ytimessä. *Duodecim* 2017; 133 (10): 985–992.

Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools. What does the evidence say? *Health Promotion International* 2011; 26 (Suppl 1): i29–i69.

Wold B, Mittelmark MB. Health-promotion research over three decades. The social-ecological model and challenges in implementation of interventions. *Scandinavian Journal of Public Health* 2018; 46 (Suppl 20): S20–S26.

## Liitetaulukkoluetelo

- Liitetaulukko 1.** Toisen asteen opiskelijoiden oppimiseen ja koulunkäyntiin liittyvät vaikeudet mielenterveysoireilua kokeneilla miehillä ja naisilla koulutussektorin mukaan (% , 95 %:n luottamusvälit)
- Liitetaulukko 2.** Toisen asteen opiskelijoiden opintouupumus, poissaolot ja sosiaalinen hyvinvointi mielenterveysoireilua kokeneilla miehillä ja naisilla koulutussektorin mukaan (% , 95 %:n luottamusvälit)
- Liitetaulukko 3.** Toisen asteen opiskelijoiden tuen ja avun saaminen mielialaan liittyvissä asioissa ja terveys- ja opiskelijahuollon palveluiden käyttö mielenterveysoireilua kokeneilla miehillä ja naisilla koulutussektorin mukaan (% , 95 %:n luottamusvälit)
- Liitetaulukko 4.** Korkeakouluopiskelijoiden keskittymisvaikeudet, todetut oppimisvaikeudet ja koettu opintomenestys sekä arvio oikeasta opiskelualasta psyykkistä oireilua raportoineilla miehillä ja naisilla koulutussektorin mukaan (% , 95 %:n luottamusvälit)
- Liitetaulukko 5.** Korkeakouluopiskelijoiden opiskelu-uupumus, kiusaamiskokemukset, sosiaalinen hyvinvointi, kokemukset oppilaitoksen tuesta ja tuen tarpeista psyykkistä oireilua raportoineilla miehillä ja naisilla koulutussektorin mukaan (% , 95 %:n luottamusvälit)
- Liitetaulukko 6.** Korkeakouluopiskelijoiden terveys- ja opiskeluhuollon palveluiden käyttö psyykkistä oireilua raportoineilla miehillä ja naisilla koulutussektorin mukaan (% , 95 %:n luottamusvälit)

Liitetaulukot ovat [erillisessä tiedostossa Helda-julkaisuarkistossa \(helda.helsinki.fi\)](https://helda.helsinki.fi).

## VIIMEISIMMÄT KELAN SOSIAALI- JA TERVEYSTURVAN RAPORTIT

- 25 Hautamäki L, Vuorento M, Tuomenoksa A, Hiekkala S, Poutiainen E.** Arjen toimintakykyä etsimässä. Kuntoutujien, läheisten ja ammattilais-ten kokemuksia Kelan kohdennetuista AVH-kuntoutuskursseista. 2021. ISBN 978-952-284-130-8 (pdf).
- 24 Sihvonen E.** Tutkimus perhe- ja tulokäsitteistä sosiaaliturvaetuuksissa. 2021. ISBN 978-952-284-112-4 (pdf).
- 23 Heino P, Mäkinen J, Seppänen-Järvelä R.** Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutus kuntoutuksen kohdentumiseen. Rekisteritutkimus vuosien 2014, 2016 ja 2017 kuntoutuspäätöksistä. 2020. ISBN 978-952-284-108-7 (pdf).
- 22 Haapakoski K, Åkerblad L, Tolvanen A, Mäntysaari M.** Kelan työllistymistä edistävä ammatillinen kuntoutus. Palvelun toimivuuden edellytykset. 2020. ISBN 978-952-284-082-0 (pdf).
- 21 Härköpää K, Kippola-Pääkkönen A, Buchert U, Järvikoski A, Kallinen M.** Asiakkaiden ja terapeuttien äänellä. Kokemuksia ja arvioita Kelan vaativasta lääkinnällisestä kuntoutuksesta. 2020. ISBN 978-952-284-080-6 (pdf).
- 20 Sipari S, Vänskä N, Lehtonen K, Pihlava J.** GAS-menetelmän käyttö Kelan sopeutumisvalmennuskursseilla. Kuntoutujan omat tavoitteet -tutkimus. 2019. ISBN 978-952-284-076-9 (pdf).
- 19 Harkko J, Villa T, Korkeamäki J, Vaalasranta L, Poutiainen E.** Kuntoutus opintojen tukena. OPI-kuntoutuskurssien toteutuminen. 2019. ISBN 978-952-284-074-5 (pdf).
- 18 Saukko P, Hakomäki H.** Musiikkiterapian vaikutus kehitysvammaisten lasten, nuorten ja aikuisten toimintakykyyn. Kirjallisuuskatsaus. 2019. ISBN 978-952-284-070-7 (pdf).
- 17 Turunen K, Tuulio-Henriksson A, Poutiainen E.** Kelan harkinnanvaraisen neuropsykologisen kuntoutuksen toteutuminen ja vaikutukset. 2019. ISBN 978-952-284-069-1 (pdf).
- 16 Karhula M, Heiskanen T, Seppänen-Järvelä R.** Kelan tuki- ja liikuntaelin-sairauksien kuntoutus. Kuntoutujien ja kuntoutuksen palveluntuottajien kokemuksia. 2019. ISBN 978-952-284-068-4 (pdf).