

Mieli, suru ja terveys
– **kokemuksia surun käsittelystä 9-luokkien**
terveystiedossa.

Johanna Aaltonen
TER.A005
Kandidaatin tutkielma
Jyväskylä Yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 2007

SISÄLLYS

1. JOHDANTO	3
2. MIELI JA TERVEYS	4
2.1 Mielenterveys ja sen määritelmää	4
2.2 Emootiot eli tunteet ja niiden ilmentyminen.....	5
2.3 Aivot ja emootiot	6
2.4 Tunteet ja niiden yhteys terveyteen	7
3. SURUN ERI ULOTTUVUUKSIA.....	8
3.1 Suruun reagoiminen	8
3.2 Suru ja traumaattinen kriisi.....	10
3.3 Lapsen ja nuoren suru	12
4. TUNNETAIDOT JA KOULUOPETUS.....	15
4.1 Terveystieto peruskoulun opetussuunnitelmassa.....	15
4.2 Tunteet, tunnetaidot ja kasvatus.....	16
4.3 Opettajien omat kokemukset, asenteet ja opettaminen	17
4.4 Keinoja tunnetaitojen ja surun opettamiseen	18
4.5 Koulu yhteisön kriisi.....	20
5. TUTKIMUKSEN SUUNTAVIIVOJA.....	22
Lähteet:	24

1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön lääkintöneuvos Merja Saarisen mukaan lasten enemmistö voi hyvin. Kuitenkin huomattavan suurella joukolla on kasautuvia ongelmia, jotka ovat entistä vaikeampia hoitaa. Lihavuuden, päihteiden käytön ja syrjäytymisen ohella erityistä huomiota tulisikin kiinnittää myös mielenterveyden ongelmiin, sillä lasten ja nuorten mielenterveysongelmat ovat selvästi lisääntyneet ja vaikeutuneet. Mielenterveyteen kulutetaan enemmän hoitopäiviä kuin muihin diagnosoituihin sairauksiin. (Puusniekka. 2005.) Uusimman huhtikuussa 2007 tehdyn Stakesin Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan peruskoulun kahdeksan ja yhdeksänluokkaisista n. 13 % ja lukion ensimmäisen ja toisen vuosikurssin oppilaista 10 % kärsisi vaikeasta tai keskivaikeasta masennuksesta. Erityisesti lukioikäisten tyttöjen masentuneisuus näyttäisi olevan kasvussa. (Stakes. 2007.) Toisaalta kansanterveyslaitoksen tutkimusjohtaja Jouko Lönnqvist toteaa, että ”lapsilla ja nuorilla on aina ollut vaikeampaa, kuin mitä olemme olleet valmiita myöntämään”. Hänen mielestään mielenterveysongelmat eivät ole kaiken aikaa lisääntymässä, mutta tullessamme tietoisiksi niiden yleisyydestä reagoimme voimakkaasti. Myös Lönnqvist on kuitenkin huolestunut ongelmien ja häiriöiden kasaantumisesta sekä niiden epätasaisesta jakaantumisesta. (Lönnqvist. 2005.)

Osaan ja Kehityn-hanke on Suomen Mielenterveysseuran vuonna 2006 käynnistämä hanke, jonka tavoitteena on lasten ja nuorten arkisen mielenterveysosaamisen kehittäminen ja lisääminen. Tarkoituksena on olla tukemassa yläkoulun oppilaiden kasvua, kehitystä ja mielenterveyttä, sekä opettajien ammatillista osaamista. Tarkoituksena on kehittää toimintamalleja ja mielen hyvinvointiin erikoistunut opetuskokonaisuus 7-9-luokkien terveystiedon opetukseen. Hanke pyrkii myös edistämään koulun ja kodin yhteistyön rakentumista mm. vanhempainiltojen kautta sekä järjestämällä erilaisia vanhempien teemailtoja ja keskusteluryhmiä. Vanhempia pyritään rohkaisemaan lastensa kasvun ja kehityksen tukemiseen. Hankkeesta kertyvää tietoa ja kokemusta on tarkoitus jakaa Opetushallituksen kautta osaksi valtakunnallista terveystiedon perusopetusta. OK-hanke pohjautuu vuosina 2002–2004 toteutettuun

Mielenterveys lapsuuden ja nuoruuden voimaksi-hankeeseen, sekä siitä saatuun tietoon ja osaamiseen. (Suomen Mielenterveysseura.)

OK-hanketta toteutetaan kolmessa pilottikoulussa ja kahdessatoista verkostokoulussa Vantaalla. Mukana verkostossa on myös yksi Helsinkiläinen erityiskoulu. Mukana olevat pilottikoulujen oppilaat ovat aloittaneet syksyllä 2006 kyseisten koulujen seitsemännellä luokalla. (Suomen Mielenterveysseura.) Syksyllä 2008 on tarkoitus luoda uusia välineistöä suru-teeman opettamiseen 9.-luokkien terveystiedossa. Tarkoituksena on käsitellä tunteiden tunnistamisen ja niiden hallinnan keinoja. Opetuksen pilotointijakso olisi tarkoitus aloittaa syksyllä 2008 alkavan lukuvuotena.

2. MIELI JA TERVEYS

2.1 Mielenterveys ja sen määritelmiä

Mielenterveyttä on eri tieteiden kentässä ja eri aikakausina määritetty monella tavalla. Käsite on hyvin laaja ja vaikea määritellä, sillä siihen vaikuttavat monet tekijät niin yksilössä itsessään, kuin hänen ympäristössään. Tällaisia tekijöitä ovat mm. yksilön perimä, hänen sosiaaliset ja vuorovaikutukselliset suhteensa esimerkiksi omaan perheeseensä ja ystäviinsä. Myös laajemmat tekijät, kuten yhteiskunnan rakenne ja siinä vallitsevat kulttuuriset arvot muovaavat tätä käsitettä. Mielenterveys ei myöskään ole tilana pysyvä, vaan se vaihtelee jatkuvasti elämäntilanteiden ja kokemusten mukaan. (Heiskanen ym. 2006, 17.) WHO määrittelee mielenterveyden tilaksi, jossa yksilö ymmärtää oman potentiaalinsa, kykenee selviytymään arkisista stressitilanteista, työskentelemään tuottavasti ja hedelmällisesti sekä osallistumaan elinyhteisönsä toimintaan. (WHO) Hyvin samankaltaista määritelmää tarjoaa Psykologian sanasto. Siinä mielenterveys määritellään elämyksellisesti koetuksi, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvin voinnin tilaksi, jota kuvaavat ihmisen itsenäisyys, kyky tehdä työtä, rakastaa, solmia ihmissuhteita ja toteuttaa itseään. (Kalliopuska. 2005, 125.) Mielenterveys

voidaan nähdä myös voimavarakokonaisuutena, jota ihminen kerää ja samalla käyttää koko elämänsä ajan. Se on myös eräänlainen suojatekijä, joka auttaa selviytymään elämässä, kohtaamaan pettymyksiä ja vastoinkäymisiä, sekä ratkaisemaan ristiriitoja mahdollisimman joustavasti. (Hannukkala. 2007, 24–25.)

2.2 Emootiot eli tunteet ja niiden ilmentyminen

Emootio on jotakin, minkä yksilö kokee subjektiivisesti omassa sisäisessä maailmassaan. Niihin liittyy myös tietty tunnetila ja monilla emootioilla on oma, erotettavissa oleva rakenteensa. Tämä rakenne ilmenee tunteen sävyttäminä ajatuksina ja mahdollisina verbaalisina ilmaisuina. Emootiot tulevatkin yleensä ilmaistuiksi tietynlaisena käytöksenä, kuten kasvojen ilmeinä. Neurologiset tutkimukset ovat myös osoittaneet tiettyjen neurologisten rakenteellisten ja toiminnallisten tapahtumien korreloivan tiettyjen emotionaalisten reaktioiden kanssa. Toisaalta ilman yksilön mielessä herääviä ajatuksia, kognitioita, ei emootioita koeta. Myöskään niiden yhteydessä tapahtuvia neurologisia muutoksia ei tällöin voi tapahtua. Emootioihin liittyy siis hyvin olennaisesti myös kognitiivinen komponentti. (Solomon. 2000. 10–12.)

Emootiot eli tunteet erotetaan psykologiassa mielialan käsitteestä. Emootioilla on yleensä selkeät syyt. (Fredrickson ym. 2003, 391.) ”Tunteiden merkitys on yhteydessä niitä synnyttäneisiin tilanteisiin”, toteaa Puolimatka. (Puolimatka. 2004. 75.).

Emootiot ovat myös suhteellisen lyhytkestoisia: tunne voi kestää muutaman sekunnin tai minuutin, mieliala taas pysyä samana tunteja, jopa päiviä. Myös Fredricksonin ym. mukaan tunteet ilmenevät useilla eri tavoilla ja tasoilla tietystä järjestyksessä: usein ensin kognitiivisina edustuksina, sitten subjektiivisena kokemuksena, ajatus ja toimintataipumuksina, kehossa tapahtuvina muutoksina, kasvonilmeinä ja lopulta tunnereaktiona. Mielialat taas ilmenevät yleensä lähinnä yksilön subjektiivisen kokemuksen tasolla. (Fredrickson ym. 2003, 391.)

Emootioiden eli tunteiden käsittelyssä voidaan erottaa ainakin viisi toisistaan hieman poikkeavaa lähestymistapaa: 1) Tuntusteorioiden mukaan tunteet ovat tuntemuksia,

jotka voivat olla joko ruumiillisia tai suuntautua johonkin kohteeseen. 2) Behavioristiset teorit näkevät tunteet taipumuksina käyttäytyä tietyllä tavalla. 3) Konatiiviset teorit pitävät tunteita tahdon ja halun ilmauksina. 4) Kognitiiviset teorit sisällyttävät tunteisiin tietoa ja arviointeja. 5) Yhdistelmäteorit koostuvat usean erilaisen tekijän yhdistelmästä. Kun tunteita tarkastellaan jonkin teorian antamasta viitekehystä, on vaarana, että teorian mielenkiinnon kohteiden ulkopuolelle jäävät tunteiden osa-alueet jäävät huomiotta. Tämä johtaa helposti yksipuolisiin näkemyksiin. (Puolimatka. 2004, 19–20.)

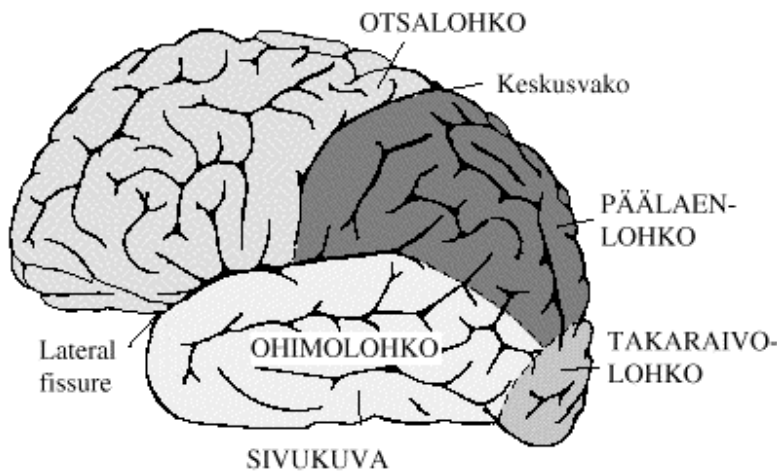
Toisaalta mm. neurobiologi Antonio Damasio erottaa toisistaan emotionin ja tunteen käsitteet. Hänen mukaansa emotionit ja niiden taustalla olevat reaktiot ovat osa elämän säätelyyn liittyvistä, hyvin perustavan tason mekanismeista. Tunteet ovat myös osa tätä säätelyä, mutta korkeammalla tasolla. Damasio asettaakin emotionit tunteiden perustaksi, synnynnäiseksi emotionin mekanismiksi. (Damasio. 2003, 38.)

2.3 Aivot ja emotionit

Emotionien ilmentyminen alkaa, kun emotionaalisesti merkittävä ärsyke ilmaantuu yksilön havaintokenttään. Viesti tästä ärsykkeestä välittyy näkö- tai kuuloaistin kautta hänen aivoihinsa. Emotionaalisesti merkittävät ärsykkeet ovat kuin avaimia välitysjärjestelmän lukkoihin: neuraaliset viestit kulkevat ihmisen hermostossa rinnakkain useilla hermoradoilla päätyen aivojen eri alueisiin. Kun jokin viestin vastaanottava alue käynnistyy, se ikään kuin ”havaitsee” tietyn hahmon – avain sopii lukkoon. Käynnistynyt alue taas lähettää viestiä eteenpäin muille aivoalueille, jolloin emotionien syntyminen mahdollistuu. (Damasio. 2003, 62–63.)

Emotionia laukaiseviksi aivoalueiksi (Kuva 1.) on tunnistettu erilaisia aivoalueita ohimolohkossa ja otsalohkon alueella. Ne eivät ole ainoat laukaisevat alueet, mutta toistaiseksi ne kyetään tunnistamaan parhaiten. Mikään alueista ei pysty kuitenkaan yksinään tuottamaan emotionia, vaan edellytyksenä on, että aktivaatio yhdellä aivojen alueella aiheuttaa myöhempää toimintaa myös muilla aivoalueilla. Lisäksi monimutkainen käyttäytyminen edellyttää usean aivojärjestelmän alueen yhteistoimintaa.

(Damasio. 2003, 63–64.) Damasion mukaan emotionaalisen tilan jatkuminen ja sen voimakkuus ovat yhteydessä myös yksilön senhetkiseen kognitiiviseen eli tiedolliseen prosessointiin. Yksilön mielen sisältö siis joko tuottaa emotionaalisille reaktioille uusia laukaisijoita tai poistaa ne. Tällöin emotionio joko pysyy, vahvistuu, tai heikkenee. (Damasio. 2003. 69.)



Kuva 1. (Ilmoniemi.)

2.4 Tunteet ja niiden yhteys terveyteen

Tunnetilat ja niihin liittyvät häiriöt voivat vaikuttaa myös yksilön terveydentilaan sekä lyhyemmällä, että erityisesti pitkällä tähtäimellä. Tutkimuksissa on todettu erityisesti negatiivisten tunnetilojen ja masennuksen lisäävän riskiä sairastua erilaisiin fyysisiin sairauksiin. Masennuksen oireiden on todettu lisäävän ainakin riskiä saada sydänkohtaus (Everson ym. 1998, Jonas & Mussolino. 2000) ja sairastua 2 tyypin diabetekseen (Bromberger ym. 2004, Ford ym. 2004). Lisäksi negatiiviset affektit voivat lisätä riskiä sairastua kohonneeseen verenpaineeseen (hypertension) (Jonas & Lando. 2000). Kliininen depressio saattaa myös muuttaa yksilön immuniteettia, vaikkakin tutkimustulokset eivät aina ole olleet yhteneviä (Bartlett ym. 1999, 63–69). Toisaalta yksilön myönteinen elämänsäsenne ja positiiviset uskomukset suojaavat sekä hänen psyykkistä että fyysistä terveyttään (Bower ym. 2000, 99–107.) Esimerkiksi Grossin ja

Munozin mukaan kroonisessa stressitilanteessa positiiviset affektit saattavat suojata ihmistä kliiniseltä depressiolta. (Folkman & Moskowitz. 2000, 640.)

3. SURUN ERI ULOTTUVUUKSIA

3.1 Suruun reagoiminen

Psykologi Soili Poijula määrittelee surun menetyksen tai jonkin muun ikävän tapahtuman tai epämieluisan olotilan aiheuttamaksi voimakkaaksi ja pitkäkestoiseksi mielihapan tunteeksi (Pojjula. 2005, 18). Suru voi seurata esimerkiksi kun yksilö joutuu läpikäymään läheisen ihmisen kuoleman, avioeron, työpaikan menetyksen, konkurssin, sairauden tai pysyvän vammautumisen (Heiskanen ym. 2006, 72). Suru on myös aina yksilöllinen kokemus. Surevien ihmisten reaktiot ja niiden kesto voivatkin olla hyvin vaihtelevia. Suruun vaikuttavat ihmisen persoonallisuus ja aikaisemmat menetykset, sekä millaisen menetyksen hän on joutunut kokemaan. Myös surevan saama tuki tai sen puute surutyön aikana vaikuttavat suuresti. (Pojjula. 2005, 18.)

Surun fyysinen ilmeneminen muistuttaa hyvin paljon masennuksen biologisia merkkejä. Näitä ovat mm. ruokahalun muutokset, huonontunut keskittymiskyky, masentunut mieliala, tunteiden rajoittuneisuus, kiinnostuksen ja motivaation väheneminen, univaikeudet sekä itkuherkkyys. Surun aikana voi esiintyä myös ahdistuneisuuteen ja ylivireisyyteen liittyviä fyysisiä reaktioita, kuten levottomuutta, vapinaa, kipuja ja päänsärkyä. Autonomisesta yliaktiivisuudesta kieliviä reaktioita taas ovat mm. ahdistuneisuus ja hermostuneisuus, sydämen tykytys, hengenahdistus, huimaus, pahoinvointi ja vatsavaivat. Joskus surevalla voi esiintyä myös hiusten lähtöä, epämääräisiä, hajanaisia ruumiillisia oireita ja neurologisia vaoireita. (Pojjula. 2005, 46–48.) Erityisesti nuorilla surun sisäänpäin kääntäminen voi ilmetä erilaisina psykosomaattisina oireina, kuten suolistoperäisinä häiriöinä tai vatsakipuina. (Erkkilä ym. 2003, 23.)

Psykologian sanasto määrittelee surutyön (grief work) menetyksen, läheisen kuoleman, pettymyksen tai muun kielteisen kokemuksen jälkeiseksi psyykkiseksi työksi, jonka tarkoituksena on palauttaa yksilön tasapaino ja minän eheys. Se on eräänlaista surun läpityöskentelyä. (Kalliopuska. 2005, 194.) Yleensä surutyössä yksilö ensin kohtaa järkytyksen tunteita: tapahtunutta ei uskota todeksi tai sille etsitään selitystä. Esimerkiksi läheisensä menettänyt tuntee kaipausta ja saattaa nähdä läheisensä jopa idealistisessa valossa. Tätä seuraa usein kiukun tunne, jolla menetettyyn aletaan ottaa etäisyyttä. Tyhjiys ja masennus valtaavat helposti surevan mielen, ja oma elämä tuntuu menettäneen merkityksensä. Lopulta kuitenkin tilanteeseen aletaan mukautua ja viimein ihminen saavuttaa uuden tavan elää: menetys on hyväksytty ja uusi elämäntasapaino ja mielekkyys ovat löytyneet. (Heiskanen ym. 2006, 72.)

Vaikka surun etenemisestä on laadittu erilaisia malleja, usein suruprosessi etenee hyvin yksilöllisesti ilman selkeitä vaiheita (Heiskanen ym. 2006, 72). Ns. uusi surukäsitys painottaa, että sureva säilyttää jatkuvan kiintymyssiteen kuolleeseen. Ihmissuhde ei tavallaan lopu kuolemaan, vaan muuttuu konkreettisesta yhdessäolomahdollisuudesta mielikuvaton suhteeksi. (Pojjula. 2005, 21.) Monet vanhat surukäsitykset taas korostavat vastakkaisia seikkoja, kuten tarvetta katkaista kiintymyssuhde kuolleeseen. Suruun myös liitetään usein myyttejä surun tietystä, sopivasta kestosta, tai surutyön välttämättömyydestä. Nykyisessä tehokkuutta ja nopeutta painottavassa yhteiskunnassa surevan voi myös olla vaikea löytää tilaa surulleen. Tämä johtaa helposti surun välttämiseen ja siltä pakenemiseen. Vaarana on surun patoaminen ja liian varhainen suremisen lopettaminen. (Pojjula. 2005, 31–37.)

Myös joillakin miehillä voi olla vaarana surun kieltäminen ja sen patoaminen. Syynä voi olla stereotyyppinen mieskuva, johon voimakkaiden tunteiden osoittaminen ei sovi. (Lasker ym. 1992, 221.) Naisille onkin yleensä sallitumpaa tuoda suruaan herkemmin esiin ja he myös ilmaisevat suruaan sosiaalisesti. Miehillä surun ilmaiseminen voi toisaalta olla luontevampaa esimerkiksi toiminnan kautta, joka ehkä on saattanut lisätä väärinymmärrystä kuvaa miesten suremattomuudesta. Suremisen sukupuoliset erot eivät kuitenkaan ole synnynnäisiä, vaan opittuja. (Heiskanen ym. 2006, 71.)

Kun surun taustalla on läheisen ihmisen menetys, määräytyy kuoleman merkitys sen mukaan, millainen kuolema on ollut. Esimerkiksi äkillinen kuolemantapaus ei anna aikaa eroon valmistautumiseen. Luonnollisen kuoleman aiheuttama suru onkin erilaista kuin onnettomuuden tai itsemurhan aiheuttaman kuolemantapauksen jälkeen. Läheisen kuolema pakottaa ihmisen kohtaamaan myös oman kuolevaisuutensa, joka voi lisätä pelkoa tai aiheuttaa ahdistusta. Myös ihmisten erilaiset näkemykset kuolemasta ja heidän sille antamansa erilaiset merkitykset vaikuttavat koettuun suruun. (Heiskanen ym. 2006, 69–70.) Nykyisin kuolemaan on lähes aina löydettävissä jokin syy, kuten sairaus. Syyn olemassaolo antaa kokemuksen kuoleman kontrolloitavuudesta. Lääketieteelliset hoidot mahdollistavat sen, ettei läheisten tarvitse toimettona odottaa lähestyvää kuolemaa, vaan yksilölle tarjotaan mahdollisuus aktiivisuuteen. (Miettinen. 2006, 12–13.)

Menetys ja siitä aiheutuva suru voivat myös olla hyvin kasvattavia kokemuksia, vaikka menetyksen hetkellä surevan voikin olla vaikea uskoa surustaan seuraavan jotakin myönteistä. Psykologi Soili Poijulan (2005, 62–64.) mukaan jo kolme vuotta menetyksen jälkeen sureva saattaa huomata itsessään henkiseen kasvuun liittyviä muutoksia. Hän on ehkä oppinut selviytymään elämässään paremmin ja ymmärtää elämää eri tavalla kuin ennen. Jotkut kokevat olevansa vahvempia läpi käymänsä surun vuoksi tai kokevansa enemmän myötätuntoa toisia kohtaan. Kasvun uskotaan tulevan lisääntyneen elämäkokemuksen, itsevarmuuden, itsearvostuksen ja omista asioista puhumisen sekä tunteiden ilmaisemisen muodossa. Usein elämän itsensä arvostus kasvaa, eikä ihminen pidä sitä itsestäänselvyytenä. (Pojula. 2005, 62–64.)

3.2 Suru ja traumaattinen kriisi

Menetysten yhteydessä voidaan puhua myös traumaattisesta kriisistä. Se määritellään psykoanalytikko Johan Cullbergin mukaan psyykkiseksi tilaksi, jossa ihminen kohtaa ulkoisen tapahtuman, joka uhkaa hänen ruumiillista olemassaoloaan, sosiaalista identiteettiään ja turvallisuuttaan. Yksilön aiemmat kokemukset eivät tällöin riitä

tapahtuneen ymmärtämiseen ja psyykkiseen hallitsemiseen. Kyseessä onkin yleensä odottamaton ja hyvin voimakas tapahtuma. Traumaattisen kriisin ajatellaan etenevän sokki-, reaktio- ja käsittelyvaiheiden kautta lopulta tilaan, jossa yksilö on löytänyt elämälleen uuden suuntautumisen. (Cullberg. 1973, 7, 22–29.)

Sokkivaihe kestää muutamasta sekunnista vuorokausiin. Sen aikana ihminen on järkyttynyt, eikä vielä pysty ymmärtämään tapahtunutta: hän suojautuu ylivoimaiselta tuntuvalta todellisuudelta. Reaktiovaiheessa yksilö kohtaa vähitellen tapahtuneen realiteetit ja reagoi yleensä voimakkaasti sekä tunne, että somaattisella tasolla. Vaihe voi kestää useitakin kuukausia. Sen kanssa osittain päällekkäin alkaa käsittely- ja läpityöskentelyvaihe, jossa tapahtunutta aletaan pikkuhiljaa työstää. Uudelleensuuntautumisvaiheessa menetystä ei ole vielä kokonaan unohdettu, mutta sille on löytynyt oma paikkansa ja ihminen pystyy vähitellen palaamaan normaaleihin elämän toimiin. Traumaattiseen kriisiin ja sen syvyyteen vaikuttavat mm. läheisen kuolinsyy, se miten tieto kuolemasta on saatu ja onko henkilö ollut läsnä tapahtumapaikalla. Nämä tekijät voivat erityisesti vaikuttaa siihen, kehittykö traumaattisia jälkireaktioita eli post-traumaattista stressireaktiota. (Heiskanen ym. 2006, 38. Poijula. 2005, 50–51. 71. Suomen Mielenterveysseura. 2004, 8.)

Post-traumaattinen stressireaktio (PTSD) voidaan määritellä traumaperäiseksi stressihäiriöksi, jossa kriisin reaktiovaihe pitkittyy. (Suomen Mielenterveysseura. 2004, 8.) Epätavallisen voimakas tapahtuma, kuten kuolleen henkilön näkeminen saattaa aiheuttaa PTSD:n. Sen oireisiin kuuluu tapahtuman jatkuva uudelleen kokeminen esimerkiksi toistuvien painajaisten muodossa. Yksilö pyrkii tällöin usein välttämään tapahtuneeseen liittyviä ja siitä muistuttavia ärsykeitä. Joskus seurauksena voi olla yleinen tunneherkkyyden turtuminen. Myös yksilön ruumiintoiminnot voivat olla aktiivisia ja hänellä voi esiintyä lisääntyneen vireystason oireita, kuten univaikeuksia. Ruumis on tällöin ikään kuin valmis taistelemaan tai pakenemaan. (Dyregrov. 1999, 42–44.)

Tutkimusten mukaan PTSD saattaisi läheisen kuoleman jälkeen olla yleisempää, kuin tähän asti on oletettu. Kuolemantapauksen ei tarvitse olla erityisen äkillinen tai odottamaton: PTSD voi esiintyä omaisensa menettäneellä, vaikka kuolemantapaus olisi ollut tavallinen. (De Keijser ym. 1991, 231–232.) Esimerkiksi Chentsova-Dutton ym. mukaan lesket, joiden puoliso oli kuollut pitkäaikaisen sairauden jälkeen kärsivät yhtä paljon PTSD:n oireista kuin lesket, joiden puoliso oli kuollut akuutin sairauden seurauksena. Ei siis voida ajatella, että läheisen ihmisen odotettavissa oleva kuolema olisi vähemmän traumaattinen kokemus. (Chentsova-Dutton ym. 1998, 161.)

Erityisesti lapselle läheisen kuolema voi aiheuttaa traumaattisen kriisin, sillä hänellä ei välttämättä ole valmiuksia käsitellä tapahtunutta. (Suomen Mielenterveysseura. 2004, 8.) PTSD:n kannalta riskiryhmässä ovat erityisesti haavoittuvat ja ahdistukseen taipuvaiset lapset, jotka ovat altistuneet väkivallalle omassa perhepiirissään. (Alpert ym. 2000, 1234.)

3.3 Lapsen ja nuoren suru

Suomessa kuolee vuosittain yli 3000 15–45-vuotiasta ihmistä. 1-14-vuotiaita lapsia taas menehtyy vuosittain parisataa, joista suurin osa onnettomuuden uhreina. Monet lapset joutuvat siis kohtaamaan kuolemaa: joko vanhempiensa, muiden lähisukulaistensa, sisarustensa, tai ystäviensä kuoleman. Lasten surua ei kuitenkaan aina ymmärretä. He reagoivat kuolemantapauksiin usein voimakkaammin ja kauemmin kuin vanhemmat, opettajat tai muut aikuiset tietävät. Jos aikuiset eivät ymmärrä lasten surun ja tuskan syvyyttä, eivät lapset useinkaan jaa kokemuksiaan heille. Tällöin lasten tarpeista ei kyetä huolehtimaan tarvittavalla tavalla. Tämä taas johtaa erilaisiin käytöshäiriöihin, itkuisuuteen ja ärtyisyyteen. Joillekin lapsille voi kehittyä depressiivinen oireyhtymä. Oireet ovat usein myös pitkäkestoisia: vielä yli vuoden kuluttua kuolemantapauksesta lapsella voi esiintyä kouluvaikeuksia ja lieviä depressio-oireita. (Poijula. 2005, 141–142.) Nuoruudessa koetut hyvin stressaavat tai traumaattiset tapahtumat voivat ennustaa myös yksilön myöhempää aikuisiän masennusta. Tällaisia tapahtumia voivat olla mm. läheisen, kuten vanhemman kuolema. (Brook ym. 2002.)

Lapsen ikä ja kehitysvaihe vaikuttavat paljon hänen kokemaansa suruun. Erityisesti tämä näkyy siinä, miten hän ymmärtää kuoleman ja minkälaisia ajatuksia se herättää. (Suomen Mielenterveysseura. 2004, 11.) Esimerkiksi yli 10-vuotias lapsi alkaa jo ymmärtää abstraktia ajattelua ja kuoleman seurauksia: hän ymmärtää itse kohtaavansa joskus kuoleman, ja se saattaa tuntua hänestä ahdistavalta. (Heiskanen ym. 2006, 70.) Pitkään oltiin sitä mieltä, ettei pienen lapsen kanssa tulisi puhua kuolleesta lähiomaisesta. (Salonen. 2005, 17–21.) Lapsuus nähtiin viattomuuden aikana, jolloin lasta tuli suojella ahdistavilta kokemuksilta. Vanhemmat kokivat lastensa olevan kykenemättömiä selviytymään psyykkisesti kuoleman ja menetyksen kokemuksista, joten kuoleman kohdatessa heidät saatettiin perheessä sulkea tapahtumien ulkopuolelle. (Moore. 1989, 3.) Tarkoituksena oli suojella lasta lisäsurulta tai – ahdistukselta, vaikka todellisuudessa vaikeimmat traumat syntyvät juuri käsittelemättömistä kriiseistä. Nämä saattavat puolestaan aiheuttaa erilaisia fyysisten ja psyykkisten sairauksien oireita. (Salonen. 2005, 17–21.)

Teini-ikäinen nuori tarvitsee psyykkisessä kehityksessään ikätovereitaan ja tästä johtuen hän tulee entistä tietoisemmaksi ja riippuvaisemmaksi ikäistensä nuorten mielipiteistä. Joukkoon kuuluminen ja sulautuminen koetaan hyvin tärkeiksi, joten läheisensä menettänyt nuori voi kokea olevansa erilainen kuin muut ikäisensä. Tämä taas voi johtaa ongelmiin toverisuhteissa. (Suomen Mielenterveysseura. 2004, 18.) Toisaalta ystävät saatetaan kokea positiivisena voimavarana surusta toipumisessa. Suomalaisessa tutkimuksessa kolmasosa 89:stä tutkimukseen osallistuneesta nuoresta mainitsi ystävät yhtenä tärkeimmistä tuen antajista. (Kaunonen ym. 2002, 140.) Ikätoverien tärkeys näkyy myös nuorten hyvin syvästä ja pitkäaikaisesta surusta, jonka ystävän kuolema voi aiheuttaa: vielä kaksi vuotta ystävän kuoleman jälkeen nuori saattaa tuntea intensiivisiä surun, vihan tai neuvottomuuden (confusion) tunteita. (McNeil ym. 1991, 139.)

Toisinaan nuori saattaa paeta surua harrastuksiin ja kaverimaailmaan, jolloin kunnollista surutyötä ei tule tehdyksi. Hän saattaa ulospäin vaikuttaa selvinneen surustaan tai tuntua haluttomalta ottaa vastaan tukea. Vaarana onkin, että tällainen nuori jää yksin surunsa

kanssa. Hänellä ei välttämättä ole keinoja käsitellä suruaan, tai hän saattaa pelätä vahvoja tunteitaan ja niiden esille tuomista. (Erkkilä ym. 2003, 23.) Joskus nuoret voivat olla haluttomia puhumaan läheisensä, kuten sisaruksen, kuolemaan liittyvistä ajatuksista ja tunteista, koska haluavat suojella vanhempiaan lisähuolilta. Vaikenemalla he kuitenkin menettävät itselleen tärkeän tuen lähteen. (Campos & Martinson. 1991, 66.) Käsittelemätön suru voi myöhemmin nousta pintaan jonkin traumaattisen tai vaikean elämäntapahtuman yhteydessä. (McNeil ym. 1991, 140.)

Joskus sureva nuori käyttäytyy aggressiivisesti, on riidanhaluinen ja hyökkäävä. (Suomen Mielenterveysseura. 2004, 18). Rajuimmillaan aggressiivisuus voi kohdistua myös nuoreen itseensä. Hän voi olla itsetuhoinen, täydellisesti piittaamaton elämästään, käyttää päihteitä itsetuhoisesti tai yrittää jopa itsemurhaa. (Erkkilä ym. 2003, 23.) Stakesin väestötutkimusten mukaan vakavia ja toistuvia itsemurha-ajatuksia esiintyy n. 10–15 %:lla nuorista ja nuoruusiässä n. 3-5 % yrittää itsemurhaa. Tytöt yrittävät itsemurhaa poikia useammin, mutta itsemurhakuolleisuus on pojilla yleisempää. Taustalla on yleensä mielenterveyden häiriön oire. Tyttöillä itsetuhokäyttäytyminen on usein depression oire, kun taas pojilla se liittyy useammin epäsosiaaliseen käyttäytymiseen ja päihteiden ongelmakäyttöön. Pitkäaikaisten vaikeuksien lisäksi itsemurha-ajatuksia voi laukaista myös jokin yksittäinen elämäntapahtuma (Karlsson ym. 2006, 1-3.), jollaiseksi voitaisiin mahdollisesti lukea myös läheisen kuolema.

Joskus surevan nuoren käyttäytyminen taas muuttuu regressiiviseksi vanhempiin takertumiseksi. Vaikka teini-iässä tunteiden käsittely muuttuu syvällisemmäksi ja mielialamuutokset ovat ailahtelevia, voi nuoren ajattelussa siitä huolimatta olla vielä piirteitä lapsenomaisesta ja maagisesta ajattelusta. Lisääntyvästä itsenäisyydestään huolimatta teini-ikäinen tarvitsee yhä aikuisen turvaa ja tukea. Avointa valtataistelua tulisi kuitenkin välttää. Tärkeää olisi rohkaista nuorta ilmaisemaan tunteitaan ja jakamaan kokemuksiaan. Huomiota onkin kiinnitettävä luottamuksellisen ihmissuhteen rakentamiseen ja nuoren itsetunnon kohentamiseen. (Suomen Mielenterveysseura. 2004, 18.) Lisäksi mahdollisuus tutustua kuolemaan liittyviin tapahtumiin etukäteen

ymmärtävän aikuisen tukemana voi lieventää kuolemantapausten aiheuttamia reaktioita.(Moore.1989, 3.)

Tutkijat, kuten Adolph ja Fleming, sekä Habluezel ovat kartoittaneet surun ja nuoren psyykkisen kehitysvaiheen yhteyksiä. Mm. Adolphin ja Flemingin mallin mukaan nuoren surutyöhön kuuluu monitasoinen yhteispeli hänen senhetkiseen kehitysvaiheeseensa kuuluvien kehitystehtävien ja konfliktien kanssa. Habluezelin mukaan nuori psyykkisesti kypsyessään saattaisi kokea surun aivan uudella tavalla jokaisessa eri kehityksen vaiheessa. Näkemystä tukee mm. Leslien Balmerin tutkimus, jossa vanhemmat nuoret kokivat enemmän psyykkistä pahaa oloa (distress) kuin nuoremmat, joilla yleisempää oli surun fyysinen oireilu. (Balk. 1996, 370–371.)

4. TUNNETAIDOT JA KOULUOPETUS

4.1 Terveystieto peruskoulun opetussuunnitelmassa

Opetushallitus julkaisi uusimmat perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet vuoden 2004 alussa ja se on pitänyt ottaa käyttöön kaikilla luokka-asteilla syksyllä 2006 alkaneeseen lukuvuoteen mennessä. Opetussuunnitelman perusteet luovat kansallisen kehyksen, jonka pohjalta paikalliset koulujen opetussuunnitelmat laaditaan. Viimekädessä vastuu opetussuunnitelmasta on tällöin opetuksen järjestäjällä. Opetuksessa voikin esiintyä kunta-, alue- tai jopa koulukohtaisia osioita. (Opetushallitus. 2004, 8-10.)

Opetussuunnitelma perusteiden mukaan terveystietoa opetetaan 7-9. vuosiluokilla omana itsenäisenä oppiaineenaan. Opetus perustuu monitieteiseen tietoperustaan ja sitä suositellaankin suunniteltavan yhdessä muiden aineiden ja koulun oppilashuollon henkilöstön kanssa. Lähtökohtana on näkemys terveydestä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintakyknä. Aineen keskeisissä sisällöissä on mainittu myös voimavarat ja selviytymisen taidot, kuten tunteet ja niiden ilmaiseminen sekä kriisit ja niistä

selviytyminen. Käytännössä oppilaan tulisi oppia nimeämään, tunnistamaan ja ilmaisemaan erilaisia tunteita, sekä kuvata niiden syitä ja antamaan esimerkkejä tunteisiin perustuvan käyttäytymisen ja vuorovaikutuksen tilanteenmukaisesta säätelystä. Opetussuunnitelman mukaan opetuksen tehtävänä on kehittää oppilaiden tiedollisia, sosiaalisia, tunteiden säätelyä ohjaavia, toiminnallisia ja eettisiä valmiuksia. (Opetushallitus. 2004, 190–193.)

Peruskoulussa tunnekasvatuksen lähtökohtana on kannustava ja myönteinen ilmapiiri. (Jalovaara. 2005, 96.) Suomen Mielenterveysseuran mukaan mielenterveyden edistämiseen koulussa kuuluukin juuri kannustavan ilmapiirin ja yhteisöllisyyden luominen, itsetunnon sekä sosiaalisten ja tunnetaitojen vahvistaminen. (Hannukkala & Salonen. 2006, 7.) Myös Oulun kaupungin opetustoimen johtaja Pekka Pasanen korostaa koulun toimintakulttuurin merkitystä lasten ja nuorten mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Merkittävässä osassa on etenkin koulun ja kodin yhteistyö, sekä eri tahojen, kuten kouluterveydenhuollon, kunnan nuorisotyön, sosiaalityön ja kulttuuritoimen yhteistyö. (Puusniekka. 2005.)

4.2 Tunteet, tunnetaidot ja kasvatus

Aikuisen ihmisen tunnelukutaito on Jalovaaran mukaan ”kyky tunnistaa tunteita itsessä ja muissa sekä nimetä niitä, ymmärtää niiden alkuperä ja vaikuttaa tunteiden ilmenemiseen eli tunnekäyttäytymiseen”. Tunnetaitoja ovat kyky käsitellä ongelmia ja aggressiota, sietää turhaumia ja kyky hallita impulsseja, eli hetkellisiä mielifohteita. Edellisiin voidaan lisätä myös kyky suvaita ja kohdata erilaisia ihmisiä. Tunnetaitoinen oppilas kykenee käsittelemään omia tunnetilojaan, mutta ymmärtämään myös toisten kokemia tunteita ja tarpeita. Tunnetaidot auttavat oppilaita selviytymään erilaisissa elämäntilanteissa ja parantavat näin myös kouluviihtyvyyttä. Jalovaara näkee hyvillä tunnetaidoilla olevan yhteyttä myös terveyden edistämiseen. (Jalovaara. 2005, 95–98.) Usein puhutaan myös tunneällystä (emotional intelligence), jonka määritelmä on pitkälti samanlainen, kuin Jalovaarankin tunnelukutaidolla. Lisäksi siihen liitetään myös itsen motivointi sekä kyky käyttää tehokkaasti sosiaalisia taitoja yksilön ollessa tekemisissä muiden ihmisten kanssa.

Riittävät interpersoonalliset taidot nähdäänkin tärkeäksi tunneälyn osa-alueeksi. (Elksnin & Elksnin. 2003, 63–68.)

Se, minkälaisia käsityksiä tunteiden luonteesta on omaksuttu, vaikuttaa näkemyksiin niiden kasvatuksesta. Melko yleisesti tunnustetaan kasvatuksen vaikuttavan tunteiden tiedostamiseen ja niiden ilmaisemiseen. (Puolimatka. 2004, 41–42) Tunteiden ymmärtämistä voidaan syventää ilmaisemalla niiden sisältö ja merkitys käsitteellisesti. (Puolimatka. 2004, 75.) Puolimatka korostaa, että kielteisiksi koettuja tunteita ei tarvitse torjua, sillä ottamalla ne tietoisesti pohdinnan kohteeksi, voidaan niiden valtaa heikentää. Tätä kautta pystytään vaikuttamaan esimerkiksi yksilön kokemaan stressiin. Kokemusten arvioinnin ja pohdinnan avulla yksilö kehittyy ja avaa itselleen uusia tunnemahdollisuuksia. (Puolimatka. 2004, 76.)

Opettaja ja koulutoimenjohtaja Esko Jalovaara puolestaan kokee, että nykyinen koulu- ja kotikasvatus eivät ole riittävästi tiedostaneet lapsuuden kokemusten suurta merkitystä tunne-elämän kehityksessä. Hänen mukaansa tunnekasvatuksella voitaisiin auttaa mm. ahdistuneita murrosikäisiä, joiden masennuksen taustalla voi usein olla käsittelemättömiä ja tukahdutettuja tunteita. (Jalovaara. 2005, 27.) Jotta lapsi oppii hyväksymään tunteensa, hänen tulee saada peilata kaikenlaiset tunnetilansa ilman häpeää. Esimerkiksi pettymyksen kohdatessa on oltava oikeus itkeä. Voimakas häpeä voi heikentää ihmisen itsetuntoa ja häpeästä johtuva tunteiden salaaminen johtaa helposti eristäytymiseen ja masentumiseen. (Jalovaara. 2005, 20–21.)

4.3 Opettajien omat kokemukset, asenteet ja opettaminen

Tutkimusten mukaan opettajien ja oppilaiden vanhempien asenteet vaikuttavat paljon kuoleman opettamiseen ja sen opetuksen kehittämiseen. Usein opetusohjelmia tuetaan teoriassa, mutta henkilökohtaiset asenteet ja kuolemaan liittyvät pelot saattavat vaikuttaa hyvin merkittävästikin todellisen tuen määrään. Etenkin pienten lasten kohdalla saatetaan usein pelätä opetuksen ahdistavan ja pelottavan lapsia, vaikka siihen suhtauduttaisiinkin myönteisesti. Kuoleman ja surun aihealueiden runsaan tuntemuksen on kuitenkin todettu

olevan yhteydessä myönteiseen kuoleman opetukseen suhtautumiseen. Irlannissa tehdyn Barryn ja McGovernin (2000) tutkimuksen mukaan opettajat, jotka olivat itse joutuneet kokemaan menetyksen, eivät suhtautuneet vähättelevästi lasten suruun. Ne opettajat, joilla ei vastaavaa kokemusta ollut lähimenneisyydessään, uskoivat todennäköisimmin lasten kokevan aikuisia vähemmän voimakkaita menetykseen liittyviä tunteita. (Barry & McGovern. 2000, 326. 331.)

Opettajien kouluttaminen surun ja kuoleman käsittelyyn on myös osoittautunut merkitykselliseksi. Eniten aihealueen koulutusta saaneet opettajat tunsivat kuoleman käsittelyn luontevammaksi kuin muut ja kykenivät vastaamaan aktiivisimmin lasten aihealueesta esittämiin kysymyksiin. Opettajien asenteet ovat yhteydessä myös sekä heidän itse arvioimaansa, että todelliseen kykyynsä tukea surevia oppilaita. (Dixon & Reid. 1999, 219.) Olisikin hyvin tärkeää, että opettajat tunsivat olonsa luontevaksi suhteessa opetettavaan aihealueeseen ja omaan kuolevaisuuteensa. Menetysten ja kuoleman käsittely on hyvin arkaluontoinen aihe, joten pienetkin viitteet aiheen sopimattomuudesta tai noloudesta voi heijastua opettajasta ja vaikuttaa opetuksen luonteeseen. (Moore. 1989, 6.)

4.4 Keinoja tunnetaitojen ja surun opettamiseen

Tunnekasvatuksessa voidaan käyttää opetuskeinoina esimerkiksi erilaisia tarinoita, joilla autetaan lapsia ymmärtämään ilmiöiden syy- ja seuraussuhteita. (Jalovaara. 2005, 97–98.) Esimerkiksi traumaattisista tapahtumista ja kokemuksista, kuten läheisen ihmisen kuolemasta tai onnettomuudesta kirjoittamisen on todettu vaikuttavan ihmisiin jopa heidän fyysisen terveytensä tasolla. Harjoituksesta hyötyivät erityisesti ne, jotka analysoivat kirjoituksissa kokemiensa menetyksien positiivisia puolia: tapahtuneen merkitystä ja sen heissä aiheuttamaa henkistä kasvua. (King & Miner. 2000, 220–227) Joillekin nuorille kirjoittaminen voi olla hyvinkin luonteva tapa pohtia oman elämän tapahtumia ja jäsentää niiden herättämiä tunteita. Kaunosen ym. Tutkimuksessa nuoret mainitsivatkin mm. päiväkirjan kirjoittamisen osana surun käsittelyä. (Kaunonen ym. 2002, 140.)

Tunteiden viestintää sanoin, ilmein ja elein voidaan myös harjoitella ilmaisu- ja tunnistamisharjoituksilla, kuten erilaisilla roolileikeillä ja opetella toisen asemaan asettumista esimerkiksi draamaharjoitusten avulla. Tärkeää olisi oppia myös, miten ilmaista kielteisiä tunteita toisia loukkaamatta. (Jalovaara. 2005, 97–98.) Mm. päiväkoteihin, esiopetukseen ja alakoulun 1.-3. luokille laaditussa Askeleittain-oppimateriaalissa on sosiaalisten- ja tunnetaitojen opetuksessa hyödynnetty erilaisia roolileikkejä empatiataitoja opettaessa. (Psykologien kustannus Oy. 2005.) Roolileikkiharjoitusten jälkeen lasten voi olla helpompi käsitellä vaikeita asioita ja ilmaista tunteitaan. Ne myös auttavat lasta tietojen ja kokemusten muokkaamisessa sekä hänen oman maailmansa jäsentämisessä. (Suomen Mielenterveysseura. 2004, 60–61.)

Myös ryhmätyöskentelyssä voidaan toteuttaa tunne- ja vuorovaikutustaitojen harjoittelua. (Jalovaara. 2005, 97–98.) Surun opetuksessa on mm. Yhdysvalloissa käytetty oppilaiden pienryhmissä rakentamia visuaalisia surumalleja. Tällainen lähestymistapa on oppilaskeskeinen ja hyödyntää heillä itsellään jo mahdollisesti olevia kokemuksia ja tietoja. Oppilaat saavat itse olla aktiivisessa tiedon tuottajan ja muokkaajan roolissa, jolloin he usein myös itse sitoutuvat tiiviimmin tehtävän työstämiseen. Harjoituksessa on tarkoitus kuvailla surun kokemusta ja yleisimpiä oireita sekä surun vaiheita ja kestoja. Lähtökohtana on kuolemanjälkeinen suru, mutta samaa lähestymistapaa voidaan hyödyntää myös muunlaisia menetyksiä käsiteltäessä. (Gould. 1994, 65–66.)

Harjoituksen alussa jokainen ryhmäläinen saa ensin kertoa oman surukokemuksensa. Samalla jokaisen kuvailemista suruun liittyvistä tuntemuksista ja käyttäytymisestä tehdään lista. Kun kokemukset on koottu yleiseen listaan, voidaan niiden pohjalta tulla yleiseen johtopäätökseen siitä, mitä suru on. Viimeiseksi ryhmä valmistaa kuvan, diagrammin tai kaavion, joka kuvaa heidän päätelmiään ja suruun liittyviä tuntemuksia ja käytöstä. Ryhmien lopullisia visuaalisia tuotoksia käsitellään sitten koko luokan kesken ja peilataan olemassa oleviin surumalleihin ja tutkimustuloksiin. (Gould. 1994, 67–69.)

Kuvien kautta voidaan tunteita, toiveita ja ajatuksia purkaa konkreettiseen muotoon silloin kun sanat eivät riitä. Kuvallinen ilmaisu on usein turvallinen ja helppo toimintamenetelmä sekä toimii hyvin myös pienempien lasten kanssa työskennellessä. Kuvien ja kuvataiteen käyttöön, kuten piirtämiseen ja maalaamiseen voi helposti yhdistää myös musiikkia. Musiikki onkin voimakas tunnetilojen herättäjä, jonka kautta voi viestittää tunnetiloja ja kokemuksia. (Suomen mielenterveysseura. 2004, 62.)

Joskus pelkkä ajan antaminen sekä lasten ja nuorten kysymyksiin vastaaminen voi olla hedelmällistä. Mielenterveyden lukutaito-kampanjassa mukana olleet koulut järjestivät kuudensien luokkien oppilaille Mielentilapäivän, jonka aikana oppilaat saivat vastauksia itseään askarruttaviin kysymyksiin esimerkiksi peloista ja tunteista. Oppilaat saivat itse olla suunnittelemassa päivän ohjelmaa, joka monissa kouluissa koostui mm. oppilaiden omista ja vierailevien luennoitsijoiden esityksistä, sekä erilaisista keskusteluhetkistä. Sekä oppilaat että opettajat kokivat hankkeen synnyttäneen uutta avoimuutta käsitellä elämän tärkeitä kysymyksiä. Myös siirtymästä seitsemännelle luokalle käytiin vilkasta keskustelua ja oppilaiden palautteen mukaan siirtymään liittyvät pelot ja epävarmuus vähenivät. (Hannukkala. 2006, 42–43.)

4.5 Koulu yhteisön kriisi

7.11.2007 tapahtui Tuusulassa Jokelan koulukeskuksessa ampumavälikohtaus, jossa menehtyi yhteensä kahdeksan henkilöä, ampuja mukaan lukien. (Keskisuomalainen. 2007.) Opetushallitus julkaisi heti seuraavana päivänä ohjeet, miten kouluilla voitaisiin oppitunneilla käsitellä tragediaa. Tapahtuma on varmasti ensisijaisesti kosketanut siinä mukana olleita, omaisensa menettäneitä, ystäviä ja tuttaviam. Se herättää kuitenkin varmasti tunteita myös muissa ihmisryhmissä. Ohjeissa painotetaan aikuisten antamaa mallia käsitellä mieleen nousseita tunteita ja kysymyksiä. Tärkeää olisi välittää lapsille ja nuorille tunne siitä, että he ovat turvassa omassa koulussaan sekä antaa tilaa ja aikaa tapahtuneen työstämiseen. Oppilaille olisi myös tärkeä kertoa, minkälaisia reaktioita traumaattiset tapahtumat saattavat aiheuttaa ja miten he voivat tunnistaa kriisin eri

vaiheet. Tällöin oppilaat eivät pelästy kokemiaan tunteita tai reaktioita. (Opetushallitus. 2007.)

Tällaiset traumaattiset tapahtumat saattavat aiheuttaa post-traumaattisia stressioireita niin yksittäisillä oppilailla, kuin koko kouluyhteisönkin tasolla. Jos yhteisö tai yhteiskunta on kykenemätön tarjoamaan tukea ja muita tärkeitä resursseja trauman oireista kärsiville, voivat yksilön PTDS:n oireet kestää pidempään ja olla hankalampia hoitaa. Tärkeää olisikin havaita yksilöiden rinnalla koko myös yhteisön hoidon tarve. Erityisesti, jotta tulevaisuudessa mahdollisesti vastaavanlaiset traumatisoivat tapahtumat eivät olisi vaikutuksiltaan syvempiä ja vaikeampia. Koko yhteisöä voidaan hoitaa esimerkiksi järjestämällä erilaisten tukea tarjoavien tahojen avustuksella erityisiä hetkiä, joissa yhteisön jäsenet voivat olla antamassa ja saamassa tukea ja turvaa toinen toisiltaan. Myös muunlaiset yhteiset aktiviteetit, kuten muistohetket voivat toimia yhteisöä tervehdyttävänä toimina. (Landsverk ym. 2004, 113, 120–121.)

Rochester City School District Grief Resource Network on luonut koulun kriisitilanteiden käsittelyyn ns. viiden R:n ohjelman, jonka tarkoituksena on auttaa opettajia käsittelemään oppilaidensa kanssa erityisesti kuolemaa. Viisi R:ä koostuvat sanoista Recognition, Response, Rituals, Referral ja Resources. Recognition (tunnistaminen) tarkoittaa, että opettajan tulee olla tietoinen lapsen tai nuoren kokemasta menetyksestä ja hän voi tarkkailla tämän surureaktioita. Response (reagoiminen, suruun vastaaminen) viittaa siihen, ettei opettajan pidä pelätä surun tiedostamista tai kuolemasta puhumista. Kun vaikeille asioille sallitaan niistä mainitseminen ja puhuminen, voidaan päästä myös eteenpäin niiden kanssa selviytymisessä. Rituals, eli rituaalit tarjoavat surevalle turvallisuutta, rakenteen, jossa on selkeä alku ja loppu. Ne voivat olla hyvin yksinkertaisia ja koskettaa niin yhtä oppilasta kuin koko kouluyhteisöäkin. Referral (ohjaaminen) viittaa siihen, että joissakin tapauksissa voi olla tarpeen ohjata oppilas saamaan lisäapua, esimerkiksi oppilaan kärsiessä menetyksen jälkeen hyvin syvästä masennuksesta. Resources, eli resursseilla taas tarkoitetaan lähinnä valmiutta saada kouluyhteisön ja myös vanhempien käyttöön surua ja kuolemaa käsittelevää materiaalia. (Grief Resource Network. 2004, 9-17.)

Grief Resource Network mainitsee myös esimerkkejä tavoista, joilla kuolemantapauksia on käsitelty luokissa ja kouluissa. Erään opiskelijan menehdyttyä sairaskohtaukseen kesken koulupäivän, saivat hänen opiskelijatoverinsa käsitellä menetystään koulussa keskustelemalla kokemuksistaan pienryhmissä. Koulun auditoriossa oppilaat saivat halutessaan ilmaista tunteitaan pehmeän pianomusiikin tahdittamana. Lisäksi heille tarjottiin mahdollisuus osallistua kuolleen koulutoverin hautajaisiin. Kun oppilaille annettiin aikaa käsitellä suruaan, heille samalla välitettiin positiivista viestiä siitä, miten kunnioittaa menetykseen liittyviä tunteitaan. Vastaavasti erään opettajan saatua surmansa auto-onnettomuudessa koulupäivän lopulla, oppilaat ja koko kouluyhteisö istuttivat yhdessä puun opettajan muistolle. Tässä kouluyhteisön omassa sururituualissa halukkaat saivat myös vielä kirjoittaa kuolleelle opettajalle jäähyväisviestin ja polttaa sen ulos tehdyissä tulisijoissa. (Grief Resource Network. 2004, 12, 16.)

5. TUTKIMUKSEN SUUNTAVIIVOJA

Syksyllä 2008 on Osaan ja Kehityksen hankkeen puitteissa tarkoitus luoda uusia menetelmiä ja välineistöä erityisesti suru opettamiseen 9.-luokkien terveystiedon oppitunneille. Opetuksessa aiotaan teemaan liittyen käsitellä pitkälti erilaisia tunteiden tunnistamisen ja niiden hallinnan keinoja. Varsinainen opetuksen pilotointijakso aloitetaan syksyllä 2008 alkavan lukuvuotena. Jatkossa tarkoitukseni on opetusjakson jälkeen haastatella niin opettajia kuin oppilaitakin ja perehtyä erityisesti heidän kokemuksiinsa siitä, millaisia tietoja ja toimintavalmiuksia he ovat kokeneet välittäneensä tai saaneensa opetuksessa. Tutkimuskysymyksiä olisivat siis seuraavat:

3. Miten opettajat ja oppilaat ovat kokeneet suru-teeman käsittelyn terveystiedossa?
 - 1.2 Millaisia ajatuksia ja tunteita suru-teeman käsittely on herättänyt?
 2. Mitä tunteilla on opittu tai mikä on jäänyt mieleen, eli:
 - 2.2 Ovatko oppilaat kokeneet saaneensa välineitä surun käsittelyyn tulevaisuudessa?
 - 2.3 Ovatko opettajat kokeneet välittäneensä tai mahdollistaneensa oppilaiden uusien tietojen ja taitojen kehittymisen?

5. Miten opettajien ja oppilaiden näkemykset eroavat?

3.2 Miltä osin oppilaiden ja opettajien näkemykset ovat yhteneviä?

Lähteet:

Alpert, M. Dummit, S. Matzner, F. Munoz, D. M. Silva, R. R. Singh, S. 2000. Stress and Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *Am J Psychiatry* 157, 1229–1235. <http://www.ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/157/8/1229>

Ampujan uhrin sattumanvaraisia. 2007. Keski-suomalainen. 7.11.2007. [www-dokumentti] Viitattu 27.11.2007. Päivitetty 8.11.2007. [http://www.ksml.fi/uutiset/kotimaa/ampujan-uhrin-sattumamanvaraisia\(23728\).ece](http://www.ksml.fi/uutiset/kotimaa/ampujan-uhrin-sattumamanvaraisia(23728).ece)

Balk, D. E. 1996. Models for Understanding Adolescent Coping with Bereavement. *Death Studies*, 20, 367-387. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=2&hid=3&sid=c5b154c5-73ef-431b-83c0-73bcff9d0ae3%40sessionmgr104>

Barry, M. M. & McGovern, M. 2000. Death Education: Knowledge, Attitudes, and Perspectives of Irish Parents and Teachers. *Death Studies*, 24, 325-333.

Bartlett, J. A. Keller, S. E. Schleifer, S. J. 1999. Depression and immunity: clinical factors and therapeutic course. *Psychiatry Research* 85, 63-69.

Bower, J. E. Gruenewald, T. L. Kemeny, M. E. Reed, G. M. Taylor, S. E. 2000. Psychological Resources, Positive Illusions and Health. *American Psychologist*. 55, 99-109.

Bromberger, J. T. Everson-Rose, S. A. Kravitz, H. M. Meyer, P. M. Matthews, K. A. Pandey, D. Powell, L. H. Torrén, J. I. 2004. Depressive Symptoms, Insulin Resistance, and Risk of Diabetes in Women at Midlife. *Diabetes Care* 27, 2856-2862. <http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/27/12/2856>

Brook, J. S. Cohen, P. Johnson, J. G. Pine, D. S. 2002. Adolescent life events as predictors of adult depression. *Journal of Affective Disorders*. 68 (1), 49-57. http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6T2X-4564WSC-

N&_user=1234512&_coverDate=02%2F28%2F2002&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000052082&_version=1&_urlVersion=0&_userid=1234512&md5=226f32c84d1fb
c6ce45804937feb6171

Chentsova-Dutton, Y. Zisook, S. Shuchter, S. R. 1998. PTSD Following Bereavement. *Annals of Clinical Psychiatry*. 10, 157-163.
<http://www.springerlink.com/content/jq824lk515253643/fulltext.pdf>

Cullberg, J. 1973. Psykkinen trauma. Kriisiteoriasta ja kriisipsykoterapiasta. A-klinikkasäätiön julkaisu n:o 5. Suom. Y. Nuorvala, T. Summa & I. Österberg. Hämeenlinna. (Kirjapaino Jaarli)

Damasio, A. 2003. Spinozaa etsimässä – Ilo, suru ja tuntevat aivot. Suom. K. Pietiläinen. Helsinki: Terra Cognita. Hakapaino.

De Keijser, J. Dijkhuis, J. H. Schut, H. A. W. Van Den Bout, J. 1991. Post-traumatic stress symptoms in the first years of conjugal bereavement. *Anxiety Research*. 4, 225-234.

Dixon, W A. Reid, J K. 1999. Teacher Attitudes on Coping with Grief in the Public School Classroom. *Psychology in the Schools*. 36(3), 219–229. <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/61000267/PDFSTART>

Dyregrov, Atle. 1999. Katastrofipsykologian perusteet. Suom. T. Teva. 3. painos. Tampere: Vastapaino.

Elksnin, L. K. Elksnin, N. 2003. Fostering Social-emotional Learning in the Classroom. *Education*. 124 (1), 63–75.

Erkkilä, J. Holmberg, T. Niemelä, S. Ylönen, H. 2003. Surevan lapsen kanssa. 2.painos. Helsinki: SMS-tuotanto Oy.

Everson, S. A. Goldberg D. E. Kaplan G. A. Roberts R. E. 1998. Depressive Symptoms and Increased Risk of Stroke Mortality Over a 29-Year Period. *Arch Intern Med*. 158, 1133-1138.
<http://archinte.ama-assn.org/cgi/content/full/158/10/1133?ijkey=277dd1823ca1772feebbf3ff6a7b6ee4b988532>

Folkman, S. & Moskowitz, J. T. 2000. Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*. 55 (6), 647-654.

<http://www.uic.edu/classes/psych/Health/Readings/Folkman,%20Positive%20affect%20&%20coping,%20AmPsy,%202000.pdf>

Ford, D. E. Golden, S. H. Williams, J. E. 2004. Depressive symptoms and risk of type 2 diabetes: the Atherosclerosis Risk in Communities study. *Diabetes Care*. 27, 429-435.
<http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/full/27/2/429>

Fredrickson, B. L. Loftus, G. R. Nolen-Hoeksema, S. Smith E. E. 2003. Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology. 14. painos. USA: Wadsworth/Thomson Learning Inc.

Gould, J B. 1994. "A Picture is Worth a Thousand Words": A Strategy for Grief Education. *Death Studies*. 18, 65-74.

Hannukkala, M. 2007. Hyvä mielenterveys opittavissa ja opetettavissa. *Mielenterveys-lehti* 45, 24-25. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura. SMS-Tuotanto Oy.

Hannukkala, M. & Salonen, K. 2006. Hyvän mielen koulu. *Mielenterveys lapsuuden ja nuoruuden voimaksi*. 2. painos. Suomen Mielenterveysseura.

Heiskanen, T. Salonen, K. Sassi, P. 2006. *Mielenterveyden ensiapukirja*. Helsinki: Suomen mielenterveysseura. SMS-Tuotanto Oy.

Ilmoniemi, Risto. Aivojen rakenne ja toiminta. [www-dokumentti] Viitattu 26.11.2007.
<http://www.biomag.hus.fi/braincourse/L1.html>

Jalovaara, Esko. 2005. *Tunnetaidot tiedon rinnalle kasvatuksessa*. Tampere: Pilot-kustannus Oy.

Jokela, J. Luopa, P. Pietikäinen, M. 2005. Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996-2005. *Kouluterveyskysely 2005*. Stakesin Työpapereita sarja 25/2006. [www-dokumentti.] Viitattu 19.10.2007. <http://www.stakes.fi/verkojulkaisut/tyopaperit/T25-2006-VERKKO.pdf>

Jonas, B. S. & Lando, J. F. 2000. Negative Affect as a Prospective Risk Factor for Hypertension. *Psychosomatic Medicine* 62, 188-196.
<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/62/2/188>

Jonas, B. S. & Mussolino, M. E. 2000. Symptoms of Depression as a Prospective Risk Factor for Stroke. *Psychosomatic Medicine* 62, 463-471.
<http://www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/62/4/463>

Kalliopuska, M. 2005. *Psykologian sanasto*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Otava.
Keuruu.

Karlsson, L. Marttunen, M. Pelkonen, M. 2007. Nuorten itsetuhokäyttäytymisen tunnistaminen ja arviointi. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B* 8/2007.
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b08.pdf

Kaunonen, M. Paunonen-Ilmonen, M. Rask, K. 2002. Adolescent coping with grief after the death of a loved one. *International Journal of Nursing Practice*. 8, 137-142.
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=2&hid=16&sid=d93c758c-95e2-402b-8952-96312dfd5058%40sessionmgr109>

King, L. A. Miner, K. N. 2000. Writing About the Perceived Benefits of Traumatic Events: Implications for Physical Health. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 26 (2), 220-230.

Landsverk, J. A. Palinkas, L. A. Prussing, E. Reznik, V M. 2004. The San Diego East County School Shootings: A Qualitative Study of Community Level Post-traumatic Stress. *Prehosp Disast Med* 19 (1), 113-121. <http://pdm.medicine.wisc.edu/19-1%20pdfs/Palinkas%20stress.pdf>

Lasker, J. N. Lohmann, J. Stinson, K. M. Toedter, L. J. 1992. Parents' Grief following Pregnancy Loss: A Comparison of Mothers and Fathers. *Family Relations*. 41 (2), 218-223.
<http://www.jstor.org/view/01976664/ap020051/02a00140/3?frame=noframe&userID=82ea0588@jyu.fi/01c0a8346500501cdba70&dpi=3&config=jstor>

Lönnqvist, Jouko. 2005. Tee hyvä sijoitus: Anna aikaasi lapselle! Kansanterveyslehti. 9/2005. [www-dokumentti.] Viitattu 20.10.07. Päivitetty 28.11.2005. http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2005/9_2005/paakirjoitus/

McNeil, J. N. Silliman, B. Swihart, J J. 1991. Helping Adolescents Cope With the Death of a Peer: A High School Case Study. Journal of Adolescent Research 6, 132-145. <http://jar.sagepub.com/cgi/content/abstract/6/1/132>

Miettinen, Sonja. 2006. Eron aika. Tyttären kertomuksia ikääntyneen vanhemman kuolemasta. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta, yhteiskuntapolitiikan laitos. Yhteiskuntapolitiikan laitoksen tutkimuksia 4/2006 Helsinki: Yliopistopaino. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/3865/eron aika.pdf?sequence=1>

Moore, C. M. 1989. Teaching About Loss and Death to Junior High School Students. Family Relations. 38, 3-7.

Opetushallitus. 2007. Miten puhua luokissa? [www-dokumentti] Viitattu 22.11.1007. http://www.oph.fi/info/luokissa_puhuminen.pdf

Opetushallitus. 2004. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004. Määräys 1-3/011/2004 [www-dokumentti.] Viitattu 11.10.2007. http://www.oph.fi/ops/perusopetus/pops_web.pdf

Pojjula, S. 2005. Surutyö. 3. painos. Helsinki: Kirjapaja.

Puolimatka, T. 2004. Kasvatus, arvot ja tunteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Puusniekka, R. 2005. Lasten ja nuorten terveys – mitä on saatu aikaan, miten eteenpäin? Kouluterveyslehti. 19.4.2005. Stakes. [www-dokumentti.] Viitattu 19.10.2007. Päivitetty 7.11.2006. http://info.stakes.fi/kouluterveyslehti/FI/Uutisarkisto/2005/terveys2015_seminaari.htm

Psykologien kustannus Oy. 2005. Askeleittain. Sosiaalista kehitystä ja tunnetaitoja tukeva opetusohjelma. [www-dokumentti] Viitattu 28.11.2007. www.askeleittain.fi

Rochester City School District Grief Resource Network. 2004. When Grief Enters Your Classroom. A Guide for Teachers: What to Do and What to Say. Rochester. New York.
http://www.rcsdk12.org/pdfs/Grief_guide.pdf

Salonen, K. 2005. Kriisiterapia voi auttaa pientäkin lasta. Mielenterveys-lehti 44, 17-21. Helsinki: Suomen Mielenterveysseura. SMS-Tuotanto Oy.

Solomon, R. C. 2000. The Philosophy of Emotions. Teoksessa Hawiland-Jones, J. M. & L, Michael. Handbook of emotions. Second edition. USA: The Guilford Press.

Stakes. 2007. Mielenterveys. Tuloksia Kouluterveyskyselystä. 2007. PowerPoint-esitys. 16.10.2007. <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tietoa/terveys/mielenterveys.htm>
Suomen Mielenterveysseura. Lasten ja nuorten arkinen mielenterveysosaaminen 2006 – 2009. [www-dokumentti.] Viitattu 2.10.2007. Päivitetty 7.9.2007.
http://www.mielenterveysseura.fi/toiminta_hankkeet.asp?main=Hankkeet&page=52&

Suomen Mielenterveysseura. Lasten ja nuorten arkinen mielenterveysosaaminen 2006-2009. [www-dokumentti.] Viitattu 10.12.2007. Päivitetty 21.11.2007.
http://www.mielenterveysseura.fi/toiminta_hankkeet.asp?main=Hankkeet&page=52&

Suomen Mielenterveysseura. 2004. Yhdessä suru on helpompi kantaa. Opas lasten ja nuorten sururyhmien ohjaajalle. 2.painos. Helsinki: SMS-tuotanto Oy.

World Health Organization. Mental Health. [www-dokumentti.] Viitattu 2.10.2007.
http://www.who.int/mental_health/en/