

VAHVUUDET JA VAIKEUDET -MITTARI JA NUORTEN ALKOHOLINKÄYTTÖ

Marju Rantamäki

Syventävien opintojen kirjallinen työ

Tampereen yliopisto

Lääketieteen yksikkö

Huhtikuu 2016

TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Lääketieteen yksikkö

MARJU RANTAMÄKI: VAHVUUDET JA VAIKEUDET -MITTARI JA NUORTEN ALKOHOLINKÄYTTÖ

Kirjallinen työ, 38s

Ohjaaja: Professori Arja Rimpelä

Huhtikuu 2016

Avainsanat: SDQ, psykososiaalinen, nuoriso, alkoholi

SDQ-mittari, eli suomeksi Vahvuudet ja vaikeudet –mittari on lapsille ja nuorille tarkoitettu kysely, jolla tutkitaan psykososiaalista hyvinvointia ja seulotaan ongelmia eri psykopatologisilla osa-alueilla. Tämän tutkimuksen johdannossa kuvataan tarkemmin SDQ-mittarin rakennetta, toimintamekanismia ja käyttöä.

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että nuorten alkoholinkäyttö ja mielialahäiriöt ennustavat sekä tarkoituksellista itsetuhoisuutta että suisidaalista käyttäytymistä vuoden seurannassa.

Alkoholinkäytöllä ja suisidaalisella käytöksellä on osoitettu olevan yhteyttä erityisesti tytöillä. Vastaavasti on todettu, että nuoret, joilla on tarkoituksellista itsetuhoista käyttäytymistä käyttävät enemmän alkoholia kuin ne, joilla ei suisidaalista käyttäytymistä ei ole ollut.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää pääkaupunkiseudulla vuonna 2011 kerätyn Metrop-aineiston pohjalta, onko seitsemäsluokkalaisten alkoholinkäytön ja psykososiaalisten ongelmien välillä yhteyttä. Kyselyyn vastasi yhteensä 9517 nuorta.

Tytöistä 11 % ja pojista 12 % käytti alkoholia säännöllisesti ja vähintään kerran humalassa oli ollut tytöistä 7,5 % ja pojista 9,5 %. Alkoholinkäytöllä ja humalajuomisella oli yhteys kohonneisiin pisteisiin useilla SDQ-mittarin osa-alueilla. Suurin piste-ero alkoholia käyttävien ja raittiiden nuorten välillä oli hyperaktiivisuudessa kummallakin sukupuolella. Tytöillä piste-erot olivat poikia suuremmat kaikilla osa-alueilla.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella alkoholinkäytön ja psykososiaalisen hyvinvoinnin välillä on yhteys. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida kuitenkaan sanoa, aiheuttaako alkoholinkäyttö psykososiaalisia ongelmia vai toisinpäin.

Tämän opinnäytteen alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-ohjelmalla Tampereen yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti.

Sisällysluettelo

1 JOHDANTO.....	4
1.1 Vahvuudet ja vaikeudet -mittari.....	4
1.2 Vahvuudet ja vaikeudet -mittarin käyttö	5
1.3 Pätevyys ja luotettavuus.....	11
1.4 Hyödyt	14
1.5 Nuorten alkoholinkäyttö	15
2 TUTKIMUSMETODIT	17
2.1 Aineisto.....	17
2.2 Tutkimuksen muuttujat	17
2.3 Tilastollinen analyysi.....	18
3 TULOKSET	19
3.1 SDQ-pisteet.....	19
3.2 Alkoholinkäyttö.....	21
4 POHDINTA.....	33
4.1 Vahvuudet ja vaikeudet.....	33
4.2 Alkoholinkäyttö.....	34
4.3 Alkoholit ja psykososiaalinen hyvinvointi	34
4.4 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet	35
4.5 Yhteenveto	36
5 LÄHTEET	37

1 JOHDANTO

1.1 Vahvuudet ja vaikeudet -mittari

1.1.1 Mikä on Vahvuudet ja vaikeudet -mittari?

Vahvuudet ja vaikeudet -mittari (SDQ-mittari) on lapsille ja nuorille tarkoitettu kysely, jolla tutkitaan psykososiaalista hyvinvointia ja seulotaan ongelmia eri psykopatologisilla osa-alueilla (He ym. 2013). Kysely keskittyy lapsen tai nuoren käytökseen, tunne-elämään ja sosiaalisiin suhteisiin (Goodman ym. 1998). Kyselyn suorittaminen vaihtelee hieman tutkittavien lasten iästä ja tilanteesta riippuen; kyselyn voi täyttää lapsi tai nuori itse tai vaihtoehtoisesti opettaja, vanhempi tai muu aikuinen (He ym. 2013). Väittämät ovat eri vastaajille (lapsille, vanhemmille ja opettajille tai muille aikuisille) lähes identtisiä (Goodman 2001, Koskelainen ym. 2001).

Kyselyn loi Robert Goodman vanhojen samankaltaisten kyselytutkimusten pohjalle. Uuden kyselyn edellytykset olivat, että sen täytyisi olla tarpeeksi lyhyt mahtuakseen yhdelle paperille, sen täytyisi olla sopiva kaikenikäisille lapsille 4 ja 16 ikävuoden välillä, saman version tulisi sopia sekä opettajille että vanhemmille, samankaltainen versio tulisi olla myös lapsen/nuoren itse täytettäväksi, sekä vaikeudet että vahvuudet tulisi olla edustettuina kyselyssä, kaikista viidestä osiosta (käytös, tunneongelmat, hyperaktiiviteetti, kaverisuhteet, sosiaalinen käytös) tulisi olla yhtä monta kysymystä. (Goodman 1997) Nykyään se on käännetty yli 50 kielelle (Svedin & Priebe 2008). Kysely ja sen eri versiot ovat saatavilla ilmaiseksi osoitteesta www.sdqinfo.com (Rothenberger & Woerner 2004). Kysely on suunniteltu niin, että sen tuloksista hyötyy sekä tutkijat, klinikot että opetushenkilöt (Goodman 1997).

1.1.2 Vahvuudet ja vaikeudet -mittarin rakenne

Vahvuudet ja vaikeudet -mittari koostuu viidestä faktorista eli osiosta, joista kuhunkin kuuluu viisi väittämää; yhteensä kyselyssä on siis 25 väittämää. Eri osiot mittaavat vaikeuksia eri psykologisilla alueilla: emotionaaliset oireet, käytöshäiriöt, hyperaktiivisuus- ja tarkkaavaisuushäiriöt, suhteet ikätovereihin ja sosiaalinen käyttäytyminen. Ensimmäiset neljä osiota kartoittavat mahdollisia

ongelmia ja viimeinen osio mittaa lapsen hyviä sosiaalisia taitoja. (He ym. 2013)

Väittämät ovat joko negatiivisia ja ongelmia kuvaavia, kuten ”Tappelen tai riitelen usein. Voin pakottaa muut tekemään mitä haluan” tai positiivisia ja voimavaroja kuvaavia, kuten ”Ikäiseni yleensä pitävät minusta”. Jokaiseen väittämään on kolme vastausvaihtoehtoa: ”ei pidä paikkaansa”, ”pitää osittain paikkaansa” tai ”pitää täysin paikkaansa”. Kustakin väittämästä voi saada 0-2 pistettä. Negatiivisten väittämien kohdalla ”ei pidä paikkaansa”-vastauksesta saa nolla pistettä ja ”pitää täysin paikkaansa”-vastauksesta 2p kun taas positiivisten väittämien kohdalla pisteytys tapahtuu päinvastaisesti. Positiivisesti muotoiltuja väittämiä on yhteensä 10. Viisi niistä kuuluu sosiaalisen käyttäytymisen osioon ja loput viisi ovat jakautuneet hyperaktiivisuutta, kaverisuhteita ja käytöshäiriöitä mittaaviin osioihin. (Svedin & Priebe 2008, He ym. 2013)

Jokaisesta osiosta voi saada pisteitä 0-10. Kokonaispistemäärä, ”total difficulties scale” saadaan laskemalla yhteen pisteet neljästä ongelmia mittaavasta asteikosta (tunneongelmat, käytöshäiriöt, hyperaktiivisuus ja tarkkaavaisuushäiriöt ja suhteet ikätovereihin). Kokonaispisteet voivat vaihdella 0 ja 40 välillä. Mitä suuremman arvon kokonaispisteet saavat, sitä enemmän lapsella/nuorella on ongelmia.(He ym. 2013, Haynes ym. 2013)

Sosiaalisia kykyjä mittaavassa osiossa on vain positiivisia väittämiä ja siitä voi saada pisteitä 0-10. Korkeat pisteet viittaavat parempiin sosiaalisiin kykyihin. Tätä osiota ei huomioida kokonaispisteisiin, koska sosiaalisen käyttäytymisen puute ei tarkoita, että lapsella/nuorella olisi psykologisia ongelmia.(Goodman 1997)

Laajaan SDQ-mittariin liittyy lisäksi viisi täydentävää kysymystä, joiden avulla voidaan määrittää, liittyvätkö ongelmat elämään kotona, ystävyssuhteisiin, kouluun ja oppimiseen, vapaa-ajan aktiviteetteihin vai onko kyseessä kokonaisvaltainen ahdistus. Myös täydentävät kysymykset pisteytetään niin, että jokaisesta vastauksesta saa nolasta kahteen pistettä ja kokonaispistemäärä on välillä 0-10. Osio pisteytetään itsenäisesti muista SDQ-asteikoista. (Janssens & Deboutte 2009, He ym. 2013)

1.2 Vahvuudet ja vaikeudet -mittarin käyttö

1.2.1 Vahvuudet ja vaikeudet -mittarin käytön pääpiirteet

SDQ-mittari kehitettiin noin kaksi vuosikymmentä sitten, jonka jälkeen sitä on kehitetty runsaasti, käännetty yli 50 eri kielelle ja käytetty kehitys- sekä kliinisessä tutkimuksessa ja useissa kansainvälisissä sekä pienemmissä epidemiologisissa tutkimuksissa, mikä mahdollistaa myös SDQ-mittarin avulla tehtävän maidenvälisen vertailun lasten tunne- ja käytöshäiriöistä. (Goodman ym. 2003, Van Roy ym. 2008)

SDQ on laajasti käytetty tutkimusväline lasten ja nuorten mielenterveysongelmien seulonnassa, sillä SDQ voidaan suorittaa suurillekin populaatioille samanaikaisesti esimerkiksi kouluissa (Goodman ym. 2000). Myös Suomessa SDQ-mittaria on käytetty lasten ja nuorten psykiatristen oireiden kartoittamiseen (Koskelainen ym. 2000). Suomessa kyselyä on käytetty vuodesta 1998 lähtien (Linnakangas ym. 2010).

SDQ-mittarilla on runsaasti myös klinisiä käyttömahdollisuuksia; sen avulla voidaan arvioida oireiden vakavuutta ja mitata miten psykopatologiset ongelmat vaikuttaa lapseen tai nuoren elämään (Vostanis 2006).

Suomen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos suosittelee menetelmäkäsikirjassaan (2011) käyttämään SDQ-mittaria lasten ja nuorten psykiatristen oireiden kartoittamiseen lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa. Lisäksi SDQ-mittari on osa ADHD:n diagnosoinnin ja seulonnan Käypä Hoito – suositusta.

SDQ-mittaria on käytetty myös etiologisissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Scourfield ym. (2004) tutkivat kaksosten avulla geenien ja ympäristön vaikutuksia lapseen ja mielenterveysongelmien periytymistä.

1.2.2 Riskiryhmään kuuluvat lapset

SDQ-mittarin avulla on tutkittu mielenterveyden tilaa ja sairastuvuutta sellaisilla lapsilla, jotka ympäristönsä vaikutusten takia ovat suuren riskin ryhmässä saada psyyken ongelmia verrattuna normaaliväestöön. Ryhmään kuuluvat esimerkiksi lapset, joiden vanhemmilla on itsellään mielenterveysongelmia sekä lastensuojelun piirissä olevat ja huostaan otetut lapset. (Vostanis 2006)

Tutkimuksilla on pystytty mittaamaan assosiaatioita erilaisten epäsuotuisien sosiaalisten tilanteiden ja lapsen mielenterveyden välillä tai osoittamaan yhteys yleisten mielenterveysongelmien ja

spesifien ongelmien kuten masennuksen tai posttraumaattisten stressihäiriöiden välillä (Vostanis 2006).

SDQ-mittarin tulosten luotettavuuteen täytyy kiinnittää erityistä huomiota, jos kyselyyn vastaa vain yksi vanhempi, varsinkin jos tämän arviointikyky lapsen mielenterveydestä on mahdollisesti tai oletettavasti häiriintynyt johtuen vanhemman omasta mielenterveysongelmasta (Cowling ym. 2004, Cunningham ym. 2004).

Mikäli lapsella on ollut huostaanoton tai muun lastensuojelun toiminnan takia useampia huoltajia ja koteja, on tärkeää että arvio lapsen mielenterveyden tilasta saadaan mahdollisimman monelta taholta (Muris ym. 2004).

Janssens ja Deboutte (2009) vertasivat laajan SDQ-mittarin (25 kohtaa ja täydentävät kysymykset) ja ASEBA-mittarin (The Achenbach System of Empirically Based Assessment) soveltuvuutta lastensuojelun piirissä oleviin lapsiin psykopatologisten ongelmien selvittämiseksi. ASEBA on psykiatrian professorin Thomas M. Achenbachin kehittämä 118 kohtaa sisältävä kysely, jota on käytetty laajasti nuorten psykopatologian arvioimiseen useissa eri maissa (Janssens & Deboutte 2009).

Janssensin ja Deboutten (2009) tutkimukseen osallistui 16 belgialaista lastensuojelujärjestöä ja tutkimushenkilöitä kertyi yhteensä 292. Henkilöistä 57 % oli vanhempia kuin 11 vuotta ja 45 % heistä oli poikia. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista lapsista oli pienituloisista perheistä; puolet asuivat yksinhuoltajan kanssa ja noin kolmasosa perheistä eli köyhyysrajan alapuolella (tuloja keskimäärin 800 euroa 3,5 lasta kohden, kun köyhyysrajana pidetään 876,5 euron tuloja yhtä lasta kohden). Yli puolet vanhemmista (56 %) oli käynyt vain peruskoulun ja 15% oli lopettanut peruskoulun kesken.

Korrelaatiot lasten ja vanhemman/hoitajan täyttämien kyselyiden pisteiden välillä olivat verrattavissa ASEBA-mittarista saatuihin tuloksiin. Vanhemman ja hoitajan täyttämät kyselyt korreloivat paremmin SDQ-mittarissa kuin ASEBASSA, erityisesti SDQ-mittarin hyperaktiivisuus- ja kaverisuhde-osioissa. SDQ-mittarin kokonaispisteet eivät juuri vaihdelleet sen mukaan täyttikö kyselyn lapsi, vanhempi vai hoitaja. SDQ-mittarin todettiin olevan yhtä pätevä kuin ASEBA ja paras vaihtoehto, kun halutaan seuloa lastensuojeluun tulevien lasten tarvetta lisätuelle ja ammattiavulle. (Janssens & Deboutte 2009)

ASEBA-mittariin verrattuna laaja SDQ on lyhyt, sillä siinä on vain 25 kohtaa 118 sijasta. SDQ-mittariin sisältyy myös positiivisia väittämiä toisin kuin ASEBA:n ja se on vapaasti saatavilla ja

kokonaispisteet on yksinkertaisempi laskea. Sen sijaan SDQ-mittari saattaa suppeutensa vuoksi jättää huomiotta harvinaisemmat ongelmat. (Janssens & Deboutte 2009.)

Janssens ja Deboutte (2009) vertasivat tutkimuksessaan myös normaalia ja laajaa SDQ-mittaria keskenään sen perusteella, kumpi sopi paremmin lastensuojeluun tulevien lasten hoidon tarpeen arvioinnissa. Hoitajien ja vanhempien täyttämien kyselyiden perusteella laajennettu SDQ-mittari ennusti paremmin psykiatrisen ammattituen tarvetta kuin normaali SDQ-mittari. Sen sijaan lasten täyttämien kyselyiden perusteella tuen tarvetta ei voitu ennustaa normaalilla eikä laajennetulla mittarilla.

Janssensin ja Deboutten (2009) tutkimuksesta käy ilmi, että psyykkisten ongelmien seulonnassa on tärkeää kerätä tietoa sekä nuorelta itseltä että vanhemmilta ja terveydenhuollon ammattilaisilta, jotta mahdollista ammattituen tarvetta voidaan arvioida luotettavasti.

1.2.3 Lapsen tai nuoren itse täyttämä kysely

1.2.3.1 Itse täytettävän kyselyn käyttö

Suurin osa SDQ-mittarin avulla tehtävistä tutkimuksista käyttää vanhemmille, opettajille tai muille vanhemmille suunnattua kyselyä. Beckerin ym. (2004) mukaan itse täytetty kysely aikuisen täyttämän kyselyn lisänä edistää kuitenkin mahdollisen psykiatrisen diagnoosin saamista.

Goodmanin ym. (2004) mukaan nuoren itse täyttämä SDQ ei enää tuo tilanteeseen lisäinformaatiota, jos sekä vanhemman että opettajan täyttämä kysely on jo saatavilla.

Pelkkä lapsen tai nuoren itse täyttämä kysely ei aina ole luotettava, sillä lapset ja nuoret raportoivat yleisesti omista psyykkisistä häiriöistään paljon harvemmin kuin vanhemmat tai hoitajat. (Goodman ym. 1998, Janssens & Deboutte 2009)

Van Royn ym. (2008) mukaan itse täytetyn ja vanhemman täyttämän kyselyn tulosten välillä faktorilataukset eli osioiden ja väittämien väliset korrelaatiot vaihtelivat suuresti. Tulos olisi luotettavin, kun kyselyyn vastaisi sekä lapsi, vanhempi että opettaja (Van Roy ym. 2008).

1.2.3.2 Alakouluikäiset lapset

Muris ym. (2004) sekä Van Roy ym. (2008) tutkivat, onko itse täytettävä SDQ-mittari luotettava ja pätevä alakouluikäisillä lapsilla.

Sisäinen konsistenssi oli riittävä kokonaispisteissä sekä tunneongelmia, sosiaalista käyttäytyvistä ja hyperaktiivisuutta mittaavissa osioissa. Sen sijaan käytöshäiriöitä ja kaverisuhteita mittaavien osioiden konsistenssi oli huono, koska käytös-osio ja kaverisuhde-osio sulautuvat lasten itse vastatessa helposti yhdeksi. (Muris ym. 2004, Van Roy ym. 2008.)

Tämä vahvistaa sitä, että pienten lasten kohdalla yksittäiset kohdat voivat vaikuttaa muihinkin kuin vain tarkoitettuun osioon. Pienillä lapsilla voi olla ongelmia useammilla kuin vain yhdellä elämän osa-alueella ja tunne-/käytösvaikeuksia on vaikeampi eritellä toisistaan. Lisäksi vaihtoehtojen vähyyks (vain kolme) voi aiheuttaa ongelmaa. (Van Roy ym. 2008.)

Lapsille ehdotettiin käytettäväksi neliosioista mallia, jossa kaksi viimeksi mainittua osiota yhdistettiin ja tulos oli luotettavampi. Itsenäisesti täytetyn ja opettajan täyttämän SDD-mittarin välillä korrelaatio oli siedettävä. (Muris ym. 2004.)

Kun verrattiin 8–10-vuotiaiden ja 11–13-vuotiaiden lasten täyttämiä kyselyitä, todettiin, että useimmat psykometriset ominaisuudet nuoremmille lapsille suoritettussa kyselyssä oli verrattavissa vanhemmille lapsille suoritettuun kyselyyn, mutta mittarin luotettavuus oli nuoremmilla huonompi. Myös korrelaatio itsenäisesti täytetyn kyselyn ja opettajan täyttämän kyselyn välillä oli matalampi 8-10-vuotiailla kuin 11–13-vuotiailla. (Muris ym. 2004.)

1.2.3.3 Kehitysvammaiset ja fyysisesti sairaat lapset

Haynes ym. (2013) tutkivat, miten itse täytettävä SDQ-mittari sopii kehitysvammaisten lasten tunne- ja käytöshäiriöiden seulontaan. Kyseiset häiriöt ovat neljä kertaa yleisempiä kehitysvammaisilla lapsilla kuin terveillä (Einfeld ym. 2006) ja niiden seulonta on tärkeää, jotta kehityshäiriöihin liittyvää psykopatologiaa ja kuolemia voitaisiin vähentää. Yleensä kehitysvammaisten lasten mielenterveyttä on pyritty selvittämään vanhemmille, opettajille ja hoitajille suunnatuilla kyselyillä, koska on ajateltu, etteivät lapset pysty kommunikaatiovaikeuksien, huonon työmuistin ja heikon itsetietoisuuden takia vastaamaan heitä koskeviin kysymyksiin. (Haynes ym. 2013)

Haynesin ym. (2013) tutkimukseen osallistui 128 lasta, joiden keski-ikä oli 12 vuotta. SDQ-mittarin kysymyksiä muutettiin helpommin ymmärrettävään muotoon niin, että niiden sisältö pysyi samana. Tutkimushenkilö suoritti kyselyn suullisesti. Tutkimus osoitti, että kehitysvammaisten lasten mielenterveyshäiriöiden seulontaan sopii viisiosaista normaalia SDQ-mittaria paremmin kolmiosainen malli. Tässä mallissa yksi kohta (varastan tavaroita) jätettiin pois ja loput 24 kohtaa jaettiin uudestaan seuraavien otsikoiden alle: positiiviset ihmissuhteet, negatiivinen käyttäytyminen ja tunne-elämä. (Haynes ym. 2013)

SDQ-mittaria on käytetty myös fyysisesti sairastuneiden lasten mielenterveyden tutkimiseen. Mittaria on käytetty syöpää, astmaa, kroonista väsymysoireyhtymää, kroonista kipua ja nuoruusiän nivel tulehdusta sairastavien lasten tutkimiseen. (Vostanis 2006)

1.2.3.4 Yli 16-vuotiaat nuoret

Kysely suunniteltiin alun perin alle 16-vuotiaille lapsille, mutta Van Royn ym. (2006) mukaan SDQ-mittaria voisi käyttää myös vanhempien nuorten mielenterveyden kartoittamiseen. Muun muassa Suomessa ja Norjassa sitä on käytetty jopa 19-vuotiaille nuorille (Koskelainen ym. 2001, Svedin & Priebe 2008)

Svedin ja Priebe (2008) tutkivat Ruotsissa, miten SDQ soveltuu 17–19 -vuotiaille nuorille tunne- ja käytöshäiriöiden seulontamenetelmänä. Tutkimus suoritettiin Malmön lukion kolmannen vuoden opiskelijoille ja tutkimukseen osallistui 1015 henkilöä, joista 48 % oli poikia ja 52 % tyttöjä. Nuoret vastasivat kyselyyn itse. Kyselyn sisäinen konsistenssi ja toistettavuus olivat hyviä. Tytöt raportoivat tutkimuksessa poikia enemmän tunneongelmista kun taas pojilla näytti olevan enemmän käytöshäiriöitä ja ongelmia kaverisuhteissa. (Svedin & Priebe 2008.)

Myös Suomessa tehtiin SDQ-mittarin avulla 13–17 -vuotiaille suunnattu tutkimus, johon osallistui 1 458 nuorta. Tutkimus osoitti, että suomenkielinen itse täytettävä SDQ-mittari on psykometrisesti pätevä. Nuoret olivat avoimempia nimettömänä tehdyssä tutkimuksessa, jossa pisteiden keskiarvo oli hieman korkeampi kuin omalla nimellä tehdyssä tutkimuksessa. Tutkimus vahvisti SDQ-mittarin asemaa sekä epidemiologisen että kliinisen seulontatutkimuksen apuvälineenä. (Koskelainen ym. 2001.)

1.2.3.5 Kysymystenasettelu ja sukupuolierot

Kun Svedinin ja Priebe (2008) tutkimuksessa tarkasteltiin SDQ-mittarin väittämien niin sanottua faktorilatausta eli sitä, kuinka paljon kyseisen faktorin avulla voidaan selittää havaitun muuttujan vaihtelusta (muuttujan ja faktorin välinen korrelaatio [-1, 1]) havaittiin, että tytöillä käytös-osion väittämillä oli lähinnä vaikutusta hyperaktiivisuus- ja kaverisuhde-osioiden pisteisiin ja niihinkin vain vähän. Poikien vastauksien perusteella löydettiin neljä väittämää, joiden korrelaatio kyseisten osioiden tarkoitukseen oli erittäin vähäinen (<0,3) ja kaksi näistä korreloi paremmin johonkin toiseen osioon. Svedin ja Priebe (2008) pohtivat, johtuuko tämä siitä, että SDQ-mittarin kysymykset on tarkoitettu nuoremmille lapsille ja siksi yli 16-vuotiaat nuoret tulkitsevat ne eri tavalla kuin on tarkoitettu.

Myös Koskelainen ym. (2001) havaitsivat kysymystenasettelussa ongelmia, sillä tytöt ja pojat käsittivät jotkin väittämät eri tavalla. Pojat sekoittivat usein käytöshäiriöt tunneongelmiin ja hyperaktiivisuuteen. Tutkimuksen tulokset vahvistivat oletuksen, että käytöshäiriöt ja hyperaktiivisuus esiintyvätkin pojilla usein toistensa liitännäisongelmina.

(Ronning ym. 2004) ei havainnut itse täytettyjen SDQ-kyselyiden vastauksissa sukupuolieroja. Murisin ym. (2004) mukaa tytöt saivat enemmän pisteitä tunneongelmista ja sosiaalisesta käyttäytymisestä kun taas pojat saivat enemmän pisteitä käytöshäiriöistä. (Muris ym. 2004).

1.3 Pätevyys ja luotettavuus

1.3.1 Käyttökelpoisuus

SDQ-mittarin pätevyys ja luotettavuus on todettu hyväksi useissa eri maissa (Saksassa, Norjassa, Ranskassa, Ruotsissa, Kreikassa) tehdyissä tutkimuksissa ((Rothenberger & Woerner 2004, Svedin & Priebe 2008, Giannakopoulos ym. 2009, Sanne ym. 2009)

Myös suomalaisella aineistolla tehty Koskelaisen (2008) tutkimus osoittaa, että SDQ-mittarin psykometriset ominaisuudet ovat hyvät ja kysely on käyttökelpoinen menetelmä seulontaan, epidemiologiseen tutkimukseen ja kliiniseen käyttöön.

1.3.2 Luotettavuus

Van Royn ym. (2008) mukaan SDQ-mittarin sisäinen konsistenssi on kokonaispisteissä hyvä.

Sisäisen konsistenssin on todettu olevan huonoin käytöshäiriöitä ja kaverisuhteita mittaavissa osioissa, eli osioiden väittämät eivät korreloi vahvasti keskenään. (Goodman ym. 1998, Ronning ym. 2004, Svedin & Priebe 2008, Van Roy ym. 2008)

Huonon korrelaation on arveltu johtuvan yksittäisistä positiivisesti muotoilluista, päinvastaisesti pisteytettävistä väittämistä käytös-, kaverisuhde- ja hyperaktiivisuus-osioissa (Muris ym. 2004). Negatiiviset ja positiiviset väittämät sekaisin voivat hämmentää kyselyyn vastaajaa. Positiiviset väittämät sulautuvat helposti yhteen vastaajan mielessä riippumatta siitä mitä niiden kuuluisi mitata, jolloin niihin vastataan kaikkiin samalla tavalla vaikka ne kuuluisivat tosiasiasia eri osioihin. Positiivisista väittämistä muodostuu ”positive construal factor”, mikä on Van Royn ym. (2008) mukaan tunnettu haitallinen menetelmällinen ilmiö. Se tekee kyselyn rakenteesta epäselvän ja voi vähentää sen luotettavuutta. (Van Roy ym. 2008.)

Van Royn ym. (2008) tutkimuksen mukaan myös sosiaalisen käyttäytymisen väittämät korreloivat vahvasti muiden positiivisesti muotoiltujen väittämien kanssa ja vastaajan voi olla vaikea tulkita sosiaaliseen käyttäytymiseen liittyviä väittämiä, mikä saattaa aiheuttaa metodologista virhettä.

Toisaalta Van Royn ym. (2008) mukaan positiiviset väittämät nimenomaan kuuluvat SDQ-mittarin ”vahvuudet”-osioon. Positiiviset kohdat ovat tärkeitä negatiivisten seassa, jotta kysely olisi tarpeeksi laaja ja sen avulla saataisiin tutkittavista järkeviä ja kokonaisia kokonaiskuvia (Rothenberger & Woerner 2004).

SDQ-mittarien eri osioiden välillä oli vähäinen korrelaatio, mikä viittaa siihen että ne mittaavat jokainen itsenäisesti eri asioita kuten kuuluukin. Samoin tutkittavien pisteet sosiaalista käyttäytymistä mittaavasta osiosta ovat olleet toivotun laisesti päinvastaisia muihin osioihin, erityisesti käytöshäiriöitä ja hyperaktiivisuutta mittaaviin osioihin verrattuna. (Muris ym. 2004)

SDQ-mittarin luotettavuudessa saattaa ilmetä ongelmia, kun kyselyä käännetään vieraille kielille. Van Roy ym. (2008) havaitsivat norjalaisille lapsille suoritettussa tutkimuksessaan merkittävän korrelaativirheen kahden kohdan välillä (kohta 2. levottomuus ja kohta 10. jatkuva liikehdintä). Tämä havaittiin myös aiemmin norjalaisessa tutkimuksessa (Ronning ym. 2004), missä syyksi arveltiin sanojen samankaltaisuutta norjan kielessä. Nämä kohdat olisi kenties syytä yhdistää

yhdeksi tai muotoilla uudestaan niin, että ne eroavat enemmän toisistaan (Van Roy ym. 2008).

1.3.3 Validiteetti

Van Royn ym. (2008) mukaan yksi tärkeimmistä kyselyn rakenteen pätevyyttä mittaavista tekijöistä on, kuinka hyvin yksittäiset kysymykset mittaavat SDQ-mittarin viittä eri osa-aluetta. Yhdistävä validiteetti eli konvergentti ja erotteleva validiteetti ovat tärkeimmät aspektit pätevyyttä mitattaessa. Konvergentti validiteetti on todistettu toteamalla, että SDQ on verrattavissa muihin olemassa oleviin päteviin psykologisiin mittareihin kuten Rutter questionnaire ja the Child Behaviour Check List ja the Youth Self-report. (Van Roy ym. 2008.)

Goodman (97, 98, 2001) on tullut useamman tutkimuksen tehtyään siihen tulokseen, että SDQ on yhtä hyvä erottelemaan mahdollisia psykiatrisia tapauksia terveiden lasten joukosta kuin laajempi oirekysely CBCL (Child Behavior Checklist). Hänen mukaansa SDQ on jopa parempi löytämään tarkkaavaisuuden ongelmat kuin CBCL eli tässä osiossa SDQ-mittarin erottelukyky oli parempi kuin CBCL:n.

Van Royn ym. (2008) mukaan joidenkin osioiden välillä oli päällekkäisyyttä, mikä merkitsee erottelevan validiteetin puutetta. Erityisesti hyperaktiivisuus ja käytöshäiriöt korreloivat keskenään liian paljon. Samaa ongelmaa oli kaveriosion ja tunneosion välillä. Nämä tulokset vastaavat Koskelaisen ym. (2001) sekä Dickeyn ja Blumbergin (2004) tuloksia siitä, että kolmiosainen kysely (internalisoivat ja eksternalisoivat väittämät sekä sosiaalinen käyttäytyminen) olisi toimivampi.

1.3.4 Rakenneanalyysi

Faktorianalyysi on osoittanut erilaisia tuloksia riippuen tutkimuksesta. Useimmat tutkimukset tukevat SDQ-mittarin viisiosioista mallia erilaisissa populaatioissa. Viisiosaisen mallin hyvä sisäinen konsistenssi eri osioiden välillä, hyvä toistettavuus ja tyydyttävä ulkoinen validiteetti eli yleistettävyyys on todettu useissa tutkimuksissa; Australiassa, Pohjoismaissa, Etelä-Euroopassa, Brasiliassa, Lähi-idässä, Aasian maissa ja Afrikan maissa. (Vostanis 2006)

Van Roy ym. (2008) tutkivat, miten SDQ-mittarin viisiosainen rakenne sopii eri ikäisille. Tutkimuksen tulokset vahvistavat SDQ-mittarin viisiosaisen rakenteen pätevyyttä kaikissa ikäluokissa 10–19 vuoden välillä. Tutkimus oli ensimmäinen, joka tuki viisiosaista mallia myös yli

16-vuotiaille nuorille.

Van Royn ym. (2008) mukaan faktorilataukset eli osion ja yksittäisen väittämän väliset korrelaatiot eivät olleet täysin samanlaiset eri ikäryhmissä. Korrelaatiot olivat samanlaiset varhais- ja myöhäisnuoruudessa, mutta nuorempien lasten ryhmässä korrelaatiot olivat huomattavasti huonompia, mikä saattaa johtua siitä että pienet lapset eivät osaa vielä kunnolla erotella erilaisia ongelmia ja tunteita (Van Roy ym. 2008).

Dickey ja Blumberg (2004) ehdottivat viisiosaisen mallin tilalle kolmiosaista rakennetta, jossa tunne- ja kaverisuhteita mittaavat osiot olisi yhdistetty ”internalisoivaksi” osioksi, käytöshäiriöitä ja hyperaktiiviteettia mittaavat osiot ”eksternalisoivaksi” osioksi ja sosiaalinen käyttäytyminen muodostaisi kolmannen osion. Samaan tulokseen tulivat Koskelainen ym. (2001)

1.4 Hyödyt

1.4.1 Mittarin pituus

SDQ-mittarin on todettu olevan monilta osin parempi muihin samankaltaisiin mittareihin nähden. SDQ-mittarin asettelu on lyhyt ja ytimekäs, jolloin lapsen on helpompi keskittyä sen täyttämiseen. (Haynes ym. 2013, He ym. 2013) SDQ on helppo toteuttaa, eikä juurikaan tyhjiä vastauksia jää (Svedin & Priebe 2008).

Lyhyt ja ytimekäs kysely on edullinen myös kognitiivisesti kehitysvammaisten lasten mielenterveysongelmien seulonnassa. (Haynes ym. 2013, He ym. 2013) SDQ-mittarin tuloksia voidaan vertailla suoraan ns. tavallisten ja poikkeuksellisten lasten kesken (Haynes ym. 2013).

1.4.2 Mittarin riippumattomuus vastaajasta

SDQ-mittari on riippumaton vastaajan sukupuolesta, rodusta/etnisestä taustasta ja muista lähtökohdista (He ym. 2013). Hen ym. (2013) mukaan mittarin käyttö on riippumaton myös iästä, mutta Van Royn ym. (2008) tutkimuksen mukaan SDQ-mittarin tulokset eivät olleet

vertailukelpoisia eri ikäryhmissä.

1.4.3 Mittarin laaja käyttökelpoisuus

SDQ-mittarin identtiset versiot itse täytettäväksi ja vanhemman tai muun aikuisen täytettäväksi mahdollistavat tiedon keräämisen ja vertailun helposti useammasta lähteestä. (Haynes ym. 2013)

SDQ-mittarilla pystytään määrittämään samanaikaisesti sekä vaikeuksia että vahvuuksia ja se kattaa laajan kirjon ongelmia, sisältäen hyperaktiivisuus- ja tarkkaavaisuushäiriöt sekä ikätovereiden kanssa toimeen tulemisessa ilmenevät ongelmat (He ym. 2013).

SDQ-mittarin korkea tarkkuus ja vahva assosiaatio psykiatriisiin häiriöihin osoittaa, että se toimii hyvänä indikaattorina siihen, tarvitaanko kliinisiä jatkotoimenpiteitä ja interventiota. Positiivinen ennustearvo on erityisen suuri kun tutkitaan lapsia/nuoria, joilla on suuri riski mielenterveyshäiriöihin, joten SDQ-mittarilla voidaan saada hyviä tuloksia osana rutiinitutkimuksia sairaalassa oleville lapsille. (He ym. 2013)

1.5 Nuorten alkoholinkäyttö

1.5.1 Alkoholinkäytön yleisyys

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tekemän nuorten terveystapatutkimuksen (2015) mukaan nuorten alkoholinkäyttö on vähentynyt 2000-luvun alusta ja edelleen vuoden 2013 jälkeen.

STM:n nuorten terveystapatutkimuksen (2011) mukaan vuonna 2011 12-vuotiaista pojista 94 % ja tytöistä 95 % ei käyttänyt alkoholia. Saman tutkimuksen mukaan 14-vuotiaista pojista 66 % ja tytöistä 58 % ei käyttänyt alkoholia. Kerran kuukaudessa tai useammin alkoholia juovia 14-vuotiaita poikia oli 8 % ja tyttöjä 15 %, kun taas 12-vuotiaiden ryhmässä vastaavat luvut olivat huomattavasti pienemmät: 3 % ja 1 %. Samassa tutkimuksessa kukaan 12-vuotias ei ilmoittanut olleensa tosihumalassa. Sen sijaan 14-vuotiaista tytöistä 5 % ja pojista 2 % olivat olleet vähintään kerran kuukaudessa humalassa. (STM 2011)

1.5.2 Alkoholi ja mielenterveys

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että nuorten alkoholinkäyttö voi ennustaa mielenterveysongelmia ja suisidaalista käyttäytymistä. (Haavisto ym. 2005, Haw ym. 2005, Tuisku ym. 2012, Verdurmen ym. 2005). Alkoholinkäytöllä ja suisidaalisella käytöksellä on osoitettu olevan yhteyttä erityisesti tytöillä (Tuisku ym. 2012). Vastaavasti masentuneet nuoret, joilla on tarkoituksellista itsetuhoista käyttäytymistä, käyttivät Tuiskun ym. (2009) mukaan enemmän alkoholia kuin ne, joilla ei ollut suisidaalista käyttäytymistä. Sen sijaan Sourander ym. (2012) havaitsivat 10 vuoden seurantatutkimuksessaan 1998–2008, että alkoholia käyttävien nuorien osuus kaikista nuorista väheni 56 %:sta 37 %:iin, mutta SDQ-mittarin avulla arvioitu psykososiaalisten ongelmien ja käytösongelmien esiintyvyys pysyi pääosin samana. Tyttöjen sosiaalinen käytös jopa heikkeni.

2 TUTKIMUSMETODIT

2.1 Aineisto

Aineistona on käytetty MetrOP-tutkimusta. MetrOp on vuonna 2011 pääkaupunkiseudun (14 kuntaa) 7. luokkalaisille tehty kyselytutkimus, jonka tarkoituksena on kartoittaa koulumenestystä ja terveydentilaa. Osana MetrOP-tutkimusta oli myös SDQ-mittari. Tutkimus suoritettiin koulupäivän aikana tietokoneella opettajan valvonnassa. Henkilöllisyys varmennettiin kirjautumalla tietokoneille omilla käyttäjätunnuksilla ja salasanoilla. Kaikkiaan tutkimukseen osallistui 9569 nuorta ja vastausprosentti oli 82%. Vastaamatta jättäneet olivat poissa koulusta tutkimuspäivänä tai heidän vanhempansa eivät antaneet lupaa tutkimukseen. Aineistosta rajattiin pois myös ne henkilöt, jotka eivät olleet vastanneet sukupuoltaan. Tämän jälkeen tutkimusaineistoksi jäi 4827 tyttöä ja 4690 poikaa eli yhteensä 9517 oppilasta.

Eettinen toimikunta on antanut suostumuksen MetrOP-tutkimukselle. Eettinen toimikunta ohjeisti kouluja informoimaan vanhempia tutkimuksesta. Tästä huolimatta Helsingin ja Espoon kouluissa nuori sai osallistua tutkimukseen vain vanhempien luvalla.

2.2 Tutkimuksen muuttujat

Tutkimusaineisto jaettiin kahtia sukupuolen perusteella. Kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat ”tyttö” tai ”poika”.

MetrOP-kyselyn kohta 29 käsitti kaikki SDQ-mittariin kuuluvat kysymykset. Tässä tutkimuksessa SDQ-mittarin eri kysymykset jaoteltiin viiteen osioon: ”tunneongelmat”, ”käytöshäiriöt”, ”hyperaktiivisuus”, ”kaverisuhteet” ja ”sosiaalisuus” siten, että kuhunkin osioon kuului viisi kysymystä. Lisäksi on määritelty uusi muuttuja, ”kokonaispisteet”, joka on neljän ensimmäisen osion pisteiden yhteenlaskettu summa.

Alkoholin juomista käsiteltiin MetrOP-kyselyn kolmessa kysymyksessä. Ensimmäisen kysymyksen ”Oletko joskus juonut olutta, siideriä tai muita alkoholijuomia?” vastausvaihtoehdot olivat ”en” ja ”olen”. Jatkokysymyksiä varten aineisto jaettiin kahtia alkoholin kokeilua käsittelevän kysymyksen vastausten mukaan, eli oliko joskus kokeillut alkoholia vai ei. Ensimmäinen jatkokysymys oli ”Entä käytätkö nykyisin alkoholia? Laske mukaan myös pienet määrät kuten puoli

pulloa keskiolutta tai siideriä” ja vastausvaihtoehdot olivat ”En käytä alkoholia”, ”Harvemmin kuin kerran kuukaudessa”, ”Noin kerran kuukaudessa” ja ”Pari kertaa kuukaudessa tai useammin”. Viimeinen kysymys ”Oletko joskus juonut alkoholia niin paljon, että olet ollut humalassa?” käsitteli humalahakuista juomista ja vastausvaihtoehdot olivat ”En koskaan”, ”Kyllä, kerran”, ”Kyllä, 2-3 kertaa” ja ”Kyllä, useammin kuin 3 kertaa”.

2.3 Tilastollinen analyysi

Tilastollinen analyysi suoritettiin SPSS 16.00 ohjelmaa käyttäen. Aineisto jaettiin kahteen luokkaan sukupuolen mukaan ja aineistosta rajattiin pois ne henkilöt, jotka eivät olleet vastanneet sukupuolta koskevaan kysymykseen. Aineistosta laskettiin keskiarvot ja keskihajonnat eri SDQ-osioiden pistemäärille sen mukaan, oliko tutkittava kokeillut alkoholia, käyttikö hän edelleen alkoholia tai oliko hän joskus ollut humalassa. Alkoholin kokeilu ja alkoholin käyttö nykyään ristiintaulukoitiin. Tilastollista merkitsevyyttä testattiin Kruskal-Wallis testillä, Mann-Whitney testillä sekä Pearson Chi-Square-testillä. Tilastollisuuden merkitsevyyden rajana pidettiin p-arvoa $< 0,05$.

3 TULOKSET

3.1 SDQ-pisteet

Taulukko 1. SDQ-mittarin eri osa-alueiden pisteiden keskiarvot ja keskihajonnat tytöillä ja pojilla.

SDQ-mittarin osa-alue	Keskiarvo	SD
<hr/>		
Tunneongelmat		
Tytöt	3,07	2,22
Pojat	1,82	1,89
<hr/>		
Käytöshäiriöt		
Tytöt	1,76	1,52
Pojat	2,00	1,68
<hr/>		
Hyperaktiivisuus		
Tytöt	2,94	2,19
Pojat	2,81	1,09
<hr/>		
Kaverisuhteet		
Tytöt	1,98	1,64
Pojat	2,27	1,73
<hr/>		
Kokonaispisteet		
Tytöt	9,75	5,34
Pojat	8,91	5,37
<hr/>		
Sosiaalisuus		
Tytöt	7,31	1,74
Pojat	6,20	1,99
<hr/>		

Niistä henkilöistä, jotka olivat vastanneet sukupuolensa, tunneongelmia käsittelevään kysymykseen vastasi 4798 tyttöä, käytöshäiriöitä käsittelevään 4796, hyperaktiivisuutta käsittelevään 4800, kaverisuhteita käsittelevään 4797 ja sosiaalisuutta käsittelevään kysymykseen 4795 tyttöä. Kokonaispisteet saatiin laskettua 4789 tytölle. Pojista tunneongelmia käsittelevään kysymykseen vastasi 4618, käytöshäiriöitä käsittelevään 4608, hyperaktiivisuutta käsittelevään 4619, kaverisuhteita käsittelevään 4614 ja sosiaalisuutta käsittelevään 4615 poikaa. Kokonaispisteet saatiin laskettua 4599 pojalle.

Tyttöjen keskiarvo oli suurempi tunneongelmia (tyttöillä 3,07 ja pojilla 1,82) ja hyperaktiivisuutta (tyttöillä 2,94 ja pojilla 2,81) käsittelevissä kohdissa. Tämä tarkoittaa, että tytöillä oli enemmän ongelmia näillä osa-alueilla. Myös tyttöjen kokonaispisteiden keskiarvo oli poikia suurempi (tyttöillä 9,75 ja pojilla 8,91). Toisaalta tytöt saivat enemmän myös päinvastaisesti pisteytetystä sosiaalisuus-kohdasta (tyttöillä 7,31 ja pojilla 6,20).

Pojat saivat puolestaan enemmän pisteitä käytöshäiriöitä (pojilla 2,00 ja tytöillä 1,76) ja kaverisuhteita (pojilla 2,27 ja tytöillä 1,98) mittaavista osioista.

3.2 Alkoholin käyttö

Taulukko 2. Tyttöjen alkoholin kokeilu, säännöllinen käyttäminen ja humalahakuinen juominen.

	N	%
Oletko joskus juonut olutta, siideriä tai muita alkoholijuomia?		
En	3299	69,7
Olen	1433	30,3
Yhteensä	4732	100,0
Entä käytätkö nykyisin alkoholia?		
En käytä alkoholia	4184	88,7
Harvemmin kuin kerran kuussa	329	7,0
Noin kerran kuukaudessa	133	2,8
Pari kertaa kuukaudessa tai useammin	70	1,5
Yhteensä	4716	100,0
Oletko joskus juonut alkoholia niin paljon, että olet ollut humalassa?		
En koskaan	4370	92,5
Kyllä, kerran	176	3,7
Kyllä, 2-3 kertaa	88	1,9
Kyllä, useammin kuin 3 kertaa	91	1,9
Yhteensä	4725	100,0

Taulukko 3. Poikien alkoholin kokeilu, säännöllinen käyttäminen ja humalahakuinen juominen.

	N	%
Oletko joskus juonut olutta, siideriä tai muita alkoholijuomia?		
En	2794	62,0
Olen	1712	38,0
Yhteensä	4506	100
Entä käytätkö nykyisin alkoholia?		
En käytä alkoholia	3942	87,9
Harvemmin kuin kerran kuussa	337	7,5
Noin kerran kuukaudessa	113	2,5
Pari kertaa kuukaudessa tai useammin	94	2,1
Yhteensä	4486	100
Oletko joskus juonut alkoholia niin paljon, että olet ollut humalassa?		
En koskaan	4060	90,5
Kyllä, kerran	218	4,9
Kyllä, 2-3 kertaa	109	2,4
Kyllä, useammin kuin 3 kertaa	98	2,2
Yhteensä	4690	100,0

Taulukko 4. Alkoholin kokeilu, säännöllinen käyttäminen ja humalahakuinen juominen tytöillä ja pojilla yhteensä.

	N	%
Oletko joskus juonut olutta, siideriä tai muita alkoholijuomia?		
En	6093	66,0
Olen	3145	34,0
Yhteensä	9238	100
Entä käytätkö nykyisin alkoholia?		
En käytä alkoholia	8133	88,3
Harvemmin kuin kerran kuussa	666	7,2
Noin kerran kuukaudessa	246	2,7
Pari kertaa kuukaudessa tai useammin	165	1,8
Yhteensä	9210	100,0
Oletko joskus juonut alkoholia niin paljon, että olet ollut humalassa?		
En koskaan	8437	91,5
Kyllä, kerran	395	4,3
Kyllä, 2-3 kertaa	197	2,1
Kyllä, useammin kuin 3 kertaa	189	2,0
Yhteensä	9218	100,0

Alkoholin kokeilua koskevaan kysymykseen vastasi 4732 tyttöä ja 4506 poikaa. Tytöistä 30,3 % oli joskus kokeillut alkoholia, pojilla vastaava luku oli 38,0 %. Säännöllistä alkoholinkäyttöä koskevaan kysymykseen vastasi 4716 tyttöä ja 4486 poikaa ja humalahakuista juomista koskevaan kysymykseen vastasi 4725 tyttöä ja 4690 poikaa. Tytöistä 11,3 % ja pojista 12,1 % käytti alkoholia säännöllisesti. Vähintään kerran humalassa oli ollut 7,5 % tytöistä ja 9,5 % pojista. Nuorista 5,7 % oli ollut useammin kuin 3 kertaa humalassa, tytöt hieman enemmän kuin pojat.

Taulukko 5. Tyttöjen alkoholin kokeilu ja säännöllinen alkoholin käyttäminen ristiintaulukoituna.

Entä käytätkö nykyään alkoholia?		Oletko joskus juonut olutta, siideriä tai muita alkoholijuomia?		Yhteensä
		En	Olen	
	N	3276	920	4196
En käytä alkoholia	%	99,3	64,6	88,8
	N	15	311	326
Harvemmin kuin kerran kuussa	%	0,5	21,8	6,9
	N	3	128	131
Noin kerran kuussa	%	0,1	9,0	2,8
	N	5	65	70
Pari kertaa kuussa tai useammin	%	0,2	4,6	1,5
	N	3299	1424	4723
Yhteensä	%	100,0	100,0	100,0

Taulukko 6. Poikien alkoholin kokeilu ja säännöllinen alkoholin käyttäminen ristiintaulukoituna.

Entä käytätkö nykyään alkoholia?		Oletko joskus juonut olutta, siideriä tai muita alkoholijuomia?		Yhteensä
		En	Olen	
En käytä alkoholia	N	2764	1185	3949
	%	98,9	70,0	88,0
Harvemmin kuin kerran kuussa	N	17	319	336
	%	0,6	18,8	7,5
Noin kerran kuussa	N	9	102	111
	%	0,3	6,0	2,5
Pari kertaa kuussa tai useammin	N	4	87	91
	%	0,1	5,1	2,0
Yhteensä	N	2794	1693	4487
	%	100,0	100,0	100,0

Alkoholin käyttöä nykyään koskeva kysymys korjattiin niin, että ne jotka olivat vastanneet alkoholin kokeilua koskevaan kysymykseen ”en” ja jättäneet kysymyksen ”entä käytätkö nykyään alkoholia?” tyhjäksi, lisättiin siihen ryhmään, jotka vastasivat ”käytätkö nykyään alkoholi?”-kysymykseen ”en ollenkaan”. Kumpaankin kysymykseen oli korjauksen jälkeen vastannut 4723 tyttöä ja 4487 poikaa. 104 tyttöä ja 203 poikaa jättivät vastaamatta jompaankumpaan kysymyksistä.

Niistä tytöistä, jotka olivat joskus kokeilleet alkoholia 64,6 % ei käyttänyt alkoholia nykyään, 21,8 % joi alkoholia alle kerran kuukaudessa, 9,0 % noin kerran kuukaudessa ja 4,6 % kaksi kertaa kuukaudessa tai useammin. Niistä pojista, jotka olivat joskus kokeilleet alkoholia, 70 % ei käyttänyt alkoholia nykyään, 18,8 % joi alkoholia alle kerran kuukaudessa, 6,0 % noin kerran kuukaudessa ja 5,1 % kaksi kertaa kuukaudessa tai useammin.

3.3 Alkoholin käyttö ja psykososiaalinen hyvinvointi

Taulukko 7. Vahvuudet ja vaikeudet -kyselyn eri osioiden pisteet ja alkoholin kokeilu.

	Tytöt			Pojat		
	Keskiarvo	SD	P-arvo	Keskiarvo	SD	P-arvo
Oletko joskus juonut olutta, siideriä tai muita alkoholijuomia?						
En	2,80	2,08	0,00	1,71	1,83	0,00
Olen	3,67	2,38		1,98	1,93	
Tunneongelmat						
En	2,80	2,08	0,00	1,71	1,83	0,00
Olen	3,67	2,38		1,98	1,93	
Käytöshäiriöt						
En	1,43	1,26	0,00	1,64	1,50	0,00
Olen	2,50	1,78		2,54	1,77	
Hyperaktiivisuus						
En	2,46	1,92	0,00	2,39	1,96	0,00
Olen	4,03	2,35		3,43	2,12	
Kaverisuhteet						
En	1,95	1,56	0,19	2,28	1,76	0,43
Olen	2,04	1,62		2,23	1,67	
Kokonaispisteet						
En	8,63	4,74	0,00	8,03	5,14	0,00
Olen	12,24	5,70		10,18	5,41	
Sosiaalisuus						
En	7,50	1,67	0,00	6,36	1,97	0,00
Olen	6,88	1,80		5,99	2,00	

Aineistosta rajattiin pois ne henkilöt, jotka olivat jättäneet vastaamatta sukupuolensa tai kysymykseen ”oletko joskus juonut olutta, siideriä tai muita alkoholijuomia?”. Tunneongelmia käsittelevään kysymykseen rajautui lopulta 4722 tyttöä ja 4501 poikaa, ”käytöshäiriöt”-kysymykseen 4721 tyttöä ja 4471 poikaa, ”hyperaktiivisuus”-kysymykseen 4723 tyttöä ja 4481

poikaa, ”kaverisuhteet”-kysymykseen 4721 tyttöä ja 4476 poikaa ja ”sosiaalisuus”-kysymykseen 4717 tyttöä ja 4472 poikaa.

Alkoholikokeilun ja kaverisuhteiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä, muiden SDQ-osioiden kohdalla yhteys oli tilastollisesti merkitsevä. Kokonaispisteiden keskiarvo nousi tytöillä arvosta 8,63 arvoon 12,24 kun taas pojilla ero oli pienempi; arvosta 8,03 arvoon 10,18. Suurin vaikutus yksittäiseen SDQ-osioon oli tyttöjen hyperaktiivisuudessa, jossa alkoholikokeilu nosti keskiarvoa 1,57 pistettä. Muiden osioiden kohdalla alkoholin käytön ja SDQ-pisteiden välillä oli tilastollista merkitsevyyttä, mutta hyperaktiivisuuden kohdalla ei, p-arvo oli yli 0,05.

Taulukko 8. Tyttöjen vahvuudet ja vaikeudet -kyselyn pisteet ja alkoholin säännöllinen käyttö.

		En käytä	Harvemmin	Noin kerran	Pari kertaa	P-arvo
Entä käytätkö nykyisin alkoholia?		alkoholia	kuin kerran	kuukaudessa	kuukaudessa	
			kuussa		tai useammin	
Tunneongelmat	Keskiarvo	2,94	3,85	4,07	4,70	0,00
	SD	2,14	2,38	2,56	2,94	
Käytöshäiriöt	Keskiarvo	1,59	2,80	3,16	3,91	0,00
	SD	1,37	1,68	2,15	2,61	
Hyperaktiivisuus	Keskiarvo	2,72	4,37	4,74	5,86	0,00
	SD	2,05	2,43	2,19	2,65	
Kaverisuhteet	Keskiarvo	1,96	2,08	2,03	2,20	0,56
	SD	1,57	1,62	1,75	1,74	
Kokonaispisteet	Keskiarvo	9,22	13,09	14,02	16,67	0,00
	SD	4,99	5,58	6,01	7,67	
Sosiaalisuus	Keskiarvo	7,33	6,74	6,73	6,43	0,00
	SD	1,70	1,84	1,76	2,20	

Taulukko 9. Poikien vahvuudet ja vaikeudet -kyselyn pisteet ja alkoholin säännöllinen käyttö.

		En käytä alkoholia	Harvemmin kuin kerran kuussa	Noin kerran kuukaudessa	Pari kertaa kuukaudessa tai useammin	P-arvo
Tunneongelmat	Keskiarvo	1,76	2,20	1,96	2,60	0,00
	SD	1,85	2,08	1,82	2,45	
Käytöshäiriöt	Keskiarvo	1,82	2,97	3,21	3,87	0,00
	SD	1,57	1,63	2,06	2,20	
Hyperaktiivisuus	Keskiarvo	2,62	3,78	4,26	4,58	0,00
	SD	2,02	2,02	2,24	2,30	
Kaverisuhteet	Keskiarvo	2,25	2,25	2,38	2,79	0,06
	SD	1,72	1,70	1,76	1,89	
Kokonaispisteet	Keskiarvo	8,45	11,21	11,80	13,87	0,00
	SD	5,18	5,45	5,57	6,31	
Sosiaalisuus	Keskiarvo	6,30	5,84	5,44	5,34	0,00
	SD	1,95	1,95	2,27	2,50	

Alkoholin käyttöä nykyään koskeva kysymys korjattiin niin, että ne jotka olivat vastanneet alkoholin kokeilua koskevaan kysymykseen ”en” ja jättäneet kysymyksen ”entä käytätkö nykyään alkoholia?” tyhjäksi, lisättiin siihen ryhmään, jotka vastasivat ”käytätkö nykyään alkoholi?”-kysymykseen ”en ollenkaan”. Lisäksi aineistosta rajattiin pois ne henkilöt, jotka eivät olleet vastanneet sukupuoltaan, SDQ-osioihin tai kumpaankaan alkoholia koskevaan kysymykseen. Rajausten jälkeen analysoitavaksi jäi 4723 tyttöä ja 4465 poikaa.

Tyttöjen alkoholin käytön ja kaverisuhteiden välillä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Muiden SDQ-osioiden kohdalla oli tilastollinen merkitsevyys. Tunneongelmia käsittelevän kohdan keskiarvo oli 2,94 niillä tytöillä, jotka eivät käyttäneet säännöllisesti alkoholia. Pisteiden keskiarvo nousi niin, että se oli 4,70 tytöillä, jotka käyttivät alkoholia pari kertaa kuukaudessa tai useammin.

Tyttöjen käytöshäiriöt keskiarvo nousi 1,59 pisteestä 3,91 pisteeseen ja sosiaalisuus laski 7,33 pisteestä 6,43 pisteeseen. Alkoholin säännöllinen käyttäminen vaikutti tytöillä eniten hyperaktiivisuuteen, jonka keskiarvo oli 2,72 niillä, jotka eivät käyttäneet alkoholia ja 5,86 niillä, jotka käyttivät sitä pari kertaa kuukaudessa tai useammin. Tyttöjen kokonaispisteiden keskiarvo oli 9,22 niillä, jotka eivät käyttäneet alkoholia ja 16,67 niillä, jotka käyttivät alkoholia pari kertaa kuussa tai useammin.

Poikien tilastoissa tilastollinen merkitsevyys havaittiin muissa kuin kaverisuhteita käsittelevissä osissa. Poikien keskiarvo oli tunneongelmia käsittelevässä kohdassa 1,76 niillä, jotka eivät käyttäneet alkoholia säännöllisesti ja 2,60 niillä, jotka käyttivät sitä pari kertaa kuussa tai useammin. Huomionarvoista on, että keskiarvo oli pienempi (1,96) niillä pojilla, jotka käyttivät alkoholia noin kerran kuussa kuin niillä, jotka käyttivät alkoholia harvemmin kuin kerran kuussa (2,20). Alkoholin säännöllinen käyttö vaikutti pojilla eniten käytöshäiriöihin, jonka keskiarvo nousi arvosta 1,82 arvoon 3,87. Hyperaktiivisuuden keskiarvo arvosta 2,62 arvoon 4,58.

Kokonaispisteiden keskiarvo nousi pojilla arvosta 8,45 arvoon 13,87. Sosiaalisuuspiteet laskivat arvosta 6,30 arvoon 5,34.

Tyttöjen kokonaispisteet nousivat alkoholin säännöllisen käytön myötä 7,45 pistettä ja poikien 5,42 pistettä. Tytöillä suurin yksittäinen muutos SDQ-pisteissä oli hyperaktiivisuudessa, jonka keskiarvo oli 3,14 pistettä suurempi niillä, jotka käyttivät runsaasti alkoholia kuin niillä, jotka eivät käyttäneet alkoholia. Pojilla suurin vaikutus oli käytöshäiriöihin, jonka keskiarvo nousi 2,05 pistettä.

Taulukko 10. Tyttöjen vahvuudet ja vaikeudet -kyselyn pisteet ja humalahakuinen juominen alkoholia käyttävien joukossa.

		En koskaan	Kyllä, kerran	Kyllä, 2-3 kertaa	Kyllä, useammin kuin 3 kertaa	P-arvo
Oletko joskus juonut alkoholia niin paljon, että olet ollut humalassa?						
Tunneongelmat	Keskiarvo	3,53	3,89	4,07	4,43	0,01
	SD	2,30	2,53	2,28	2,94	
Käytöshäiriöt	Keskiarvo	2,25	2,88	3,06	4,31	0,00
	SD	1,59	1,86	1,70	2,46	
Hyperaktiivisuus	Keskiarvo	3,71	4,42	5,15	6,10	0,00
	SD	2,22	2,40	2,52	2,34	
Kaverisuhteet	Keskiarvo	2,02	2,10	1,89	2,29	0,44
	SD	1,63	1,59	1,41	1,79	
Kokonaispisteet	Keskiarvo	11,51	13,28	14,17	17,13	0,00
	SD	5,32	5,72	5,58	7,20	
Sosiaalisuus	Keskiarvo	6,99	6,61	6,68	6,20	0,00
	SD	1,77	1,74	1,68	2,15	

Taulukko 11. Poikien vahvuudet ja vaikeudet -kyselyn pisteet ja humalahakuinen juominen alkoholia käyttävien joukossa.

Oletko joskus juonut alkoholia niin paljon, että olet ollut humalassa?		En koskaan	Kyllä, kerran	Kyllä, 2-3 kertaa	Kyllä, useammin kuin 3 kertaa	P-arvo
Tunneongelmat	Keskiarvo	1,90	2,25	2,09	2,68	0,01
	SD	1,86	2,07	2,01	2,38	
Käytöshäiriöt	Keskiarvo	2,29	3,14	3,23	3,95	0,00
	SD	1,64	1,81	1,90	2,10	
Hyperaktiivisuus	Keskiarvo	3,23	3,79	4,05	4,85	0,00
	SD	2,05	2,04	2,31	2,25	
Kaverisuhteet	Keskiarvo	2,22	2,18	1,89	2,77	0,01
	SD	1,68	1,63	1,46	1,87	
Kokonaispisteet	Keskiarvo	9,64	11,35	11,26	14,26	0,05
	SD	5,18	5,56	5,66	5,95	
Sosiaalisuus	Keskiarvo	6,07	5,79	5,90	5,50	0,00
	SD	1,95	1,98	2,24	2,44	

Humalahakuista juomista koskevaa kysymystä käsiteltäessä rajattiin aineistosta ulos ne henkilöt, jotka olivat vastanneet kieltävästi edelliseen alkoholin kokeilua koskevaan kysymykseen tai olivat jättäneet vastaamatta sukupuolta, säännöllistä alkoholinkäyttöä tai SDQ-kyselyä koskeviin kysymyksiin. Jäljelle jäi 1416 tyttöä ja 1680 poikaa.

Tyttöjen kaverisuhteet-osion pisteillä ja humalahakuisella juomisella ei havaittu tilastollista merkitsevyyttä. Muissa osiossa tilastollinen merkitsevyys oli.

Tunneongelmia käsittelevän kohdan keskiarvo oli 3,53 niillä tytöillä, jotka eivät olleet juoneet itseään humalaan. Pisteiden keskiarvo nousi niin, että se oli 4,43 henkilöillä, jotka olivat olleet

humalassa useammin kuin 3 kertaa. Tyttöjen käytöshäiriöiden keskiarvo nousi 2,25 pisteestä 4,31 pisteeseen. Humalahakuinen juominen (samoin kuin alkoholin säännöllinen käyttäminen, taulukko 6) vaikutti tytöillä eniten hyperaktiivisuuteen, jonka keskiarvo oli 3,71 niillä, jotka eivät olleet juoneet itseään humalaan ja 6,10 niillä, jotka olivat olleet humalassa useammin kuin 3 kertaa. Tyttöjen kokonaispisteiden keskiarvo oli 11,51 niillä, jotka eivät olleet juoneet itseään humalaan ja 17,13 niillä, jotka olivat olleet humalassa useammin kuin 3 kertaa. Sosiaalisuus pisteet laskivat arvosta 6,99 arvoon 6,20.

Poikien tilastoissa havaittiin tilastollinen merkitsevyys humalahakuisen juomisen ja kaikkien SDQ-mittarin osa-alueiden välillä.

Poikien keskiarvo oli tunneongelmia käsittelevässä kohdassa 1,90 niillä, jotka eivät juoneet itseään humalaan ja 2,68 niillä, jotka olivat olleet humalassa useammin kuin 3 kertaa. Niiden poikien keskiarvo, jotka olivat olleet humalassa kerran, oli yllättäen suurempi (2,25) kuin niiden, jotka olivat olleet humalassa 2-3 kertaa (2,09). Eniten pisteet nousivat käytöshäiriöiden kohdalla (arvosta 2,29 arvoon 3,95) ja lähes yhtä paljon nousivat hyperaktiivisuuspisteet (arvosta 3,23 arvoon 4,85). Kaverisuhde-ongelmien keskiarvo nousi arvosta 2,22 arvoon 2,77. Kokonaispisteiden keskiarvo nousi pojilla arvosta 9,64 arvoon 14,26. Päinvastaisesti pisteytetyt sosiaalisuus-pisteet laskivat arvosta 6,07 arvoon 5,50.

Tyttöjen kokonaispisteet nousivat alkoholin säännöllisen käytön myötä 5,77 pistettä ja poikien 4,25 pistettä. Tytöillä suurin yksittäinen muutos SDQ-pisteissä oli hyperaktiivisuudessa, jonka keskiarvo oli 2,32 pistettä suurempi niillä, jotka käyttivät runsaasti alkoholia kuin niillä, jotka eivät käyttäneet alkoholia. Pojilla suurin vaikutus oli käytöshäiriöihin, jonka keskiarvo nousi 1,6 pistettä.

4 POHDINTA

4.1 Vahvuudet ja vaikeudet

Tässä tutkimuksessa tytöillä oli selvästi enemmän erityisesti tunneongelmia kuin pojilla ja tyttöjen kokonaispisteet olivat poikia suuremmat. Toisaalta tytöt olivat sosiaalisempia kuin pojat. Pojilla oli enemmän käytöshäiriöitä ja ongelmia kaverisuhteissa, mutta näissä osioissa sukupuolten välinen ero oli hyvin pieni. Myöskään hyperaktiivisuudessa ei ollut juurikaan eroa tyttöjen ja poikien välillä.

Sourander ym. (2012) tekivät seurantatutkimuksen, jossa verrattiin seitsemäsluokkalaisten SDQ-pisteitä vuonna 1998 ja 2008. Tutkimukseen osallistui vuonna 1998 noin 730 oppilasta ja vuonna 2008 noin 740 oppilasta. Souranderin ym. tutkimukseen verrattuna tässä tutkimuksessa seitsemäsluokkalaisten pisteet olivat päinvastaisesti pisteytettyä sosiaalisuutta lukuun ottamatta joka osa-alueella aavistuksen pienemmät sekä tytöillä että pojilla. Tyttöjen kokonaispisteiden keskiarvo oli vuonna 1998 11.8, vuonna 2008 11.6 ja tässä tutkimuksessa 9.75. Poikien kokonaispisteiden keskiarvo oli vuonna 1998 10.8, vuonna 2008 10,4 ja tässä tutkimuksessa 8.9.

Verrattuna Souranderin ym. (2012) tutkimukseen, tytöillä oli tässä tutkimuksessa vähemmän tunneongelmia, kun taas poikien tunneongelmat ovat samalla tasolla kuin Souranderin tutkimuksessa ollen kuitenkin tässäkin tutkimuksessa huomattavasti tyttöjä vähäisemmät. Sekä pojilla että tytöillä oli tässä tutkimuksessa vähemmän käytöshäiriöitä ja kaverisuhdeongelmia kuin Souranderin ym. (2012) tutkimuksessa. Tyttöjen sosiaalisuus heikkeni Souranderin ym. (2012) seurantatutkimuksen aikana, mutta tässä tutkimuksessa tulos on sama kuin vuonna 1998 tehdyn kyselyn perusteella. Poikien sosiaalisuuspisteet pysyivät Souranderin ym. (2012) seurantatutkimuksen aikana samana, mutta ovat tässä tutkimuksessa suuremmat ollen edelleen pienemmät kuin tytöillä. Suurin ero kummallakin sukupuolella on hyperaktiivisuudessa, jonka keskiarvo on tytöillä 0,8 pistettä vähemmän ja pojilla 0,7 pistettä vähemmän kuin Souranderin tutkimuksessa.

Tutkimukset eivät ole kuitenkaan keskenään täysin vertailukelpoisia, sillä tämä tutkimus on suoritettu pääkaupunkiseudulla, kun taas Souranderin ym. (2012) tutkimus Salossa ja Rovaniemellä. Pääkaupunkiseutu ja Rovaniemi ovat nuoren kannalta hyvin erilaisia paikkoja kasvaa. Aineistot

olivat myös hyvin eri kokoiset; Souranderin ym. (2012) tutkimuksissa vastanneita oli noin 740, kun taas Metrop-kyselyyn vastasi 9500 seitsemäsluokkalaista.

4.2 Alkoholinkäyttö

Seitsemäsluokkalaisten alkoholinkäyttöä verrattiin Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tekemän nuorten terveystapatutkimuksen (2011) tuloksiin. STM:n tutkimuksessa tutkittavat henkilöt olivat 12- ja 14-vuotiaita, kun taas tässä tutkimuksessa tutkittavat olivat pääasiassa 13-vuotiaita. Tulokset olivat kuitenkin samankaltaiset ikä huomioiden.

STM:n tutkimuksen (2011) mukaan vuonna 2011 12-vuotiaista pojista 94 % ja tytöistä 95 % ei käyttänyt alkoholia. Saman tutkimuksen mukaan 14-vuotiaista pojista 66 % ja tytöistä 58 % ei käyttänyt alkoholia. Tämän tutkimuksen tulokset olivat samankaltaiset; 13-vuotiaista pojista 88 % ja tytöistä 89 % ei käyttänyt alkoholia tutkimushetkellä.

STM:n terveystapatutkimuksen (2011) mukaan vuonna 2011 kerran kuukaudessa tai useammin alkoholia juovia 14-vuotiaita poikia oli 8 % ja tyttöjä 15 %, kun taas 12-vuotiaiden ryhmässä vastaavat luvut olivat huomattavasti pienemmät: 3 % ja 1 %. Tässä tutkimuksessa 13-vuotiaista pojista ja tytöistä noin 4 % joi alkoholia kerran kuukaudessa tai useammin, sukupuolten välillä ei ollut eroa kuten STM:n tutkimuksessa.

STM:n mukaan vuonna 2011 kukaan 12-vuotias ei ilmoittanut olleensa tosihumalassa. Sen sijaan 14-vuotiaista tytöistä 5 % ja pojista 2 % olivat olleet vähintään kerran kuukaudessa humalassa. Tässä tutkimuksessa ei mitattu humalajuomisen tiheyttä, vaan yksittäisiä kertoja. Sekä tytöistä että pojista 4 % oli ollut kerran humalassa, 2 % oli ollut 2-3 kertaa ja 2 % oli ollut useammin kuin kolme kertaa humalassa. Erona STM:n tutkimuksen (2011) tuloksiin oli se, että tässä tutkimuksessa sukupuolten välillä ei ollut humalajuomisessa eroa.

4.3 Alkoholi ja psykososiaalinen hyvinvointi

Tässä tutkimuksessa havaittiin korrelaatio alkoholinkäytön ja suurempien SDQ-pisteiden välillä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että nuorten alkoholinkäyttö voi ennustaa mielenterveysongelmia ja itsetuhoista käytöstä (Haavisto ym. 2005, Haw ym. 2005, Tuisku ym.

2012, Verdumen ym. 2005). Toisaalta masentuneet nuoret, joilla on tarkoituksellista itsetuhoista käyttäytymistä, käyttivät Tuiskun ym. (2009) mukaan enemmän alkoholia kuin ne, joilla ei ollut suisidaalista käyttäytymistä. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida sanoa, johtuiko alkoholinkäyttö huonosta psykososiaalisesta tilanteesta vai toisin päin.

Kun verrattiin SDQ-pisteitä niillä oppilailla, jotka eivät olleet kokeilleet alkoholia ja niillä jotka olivat, huomattiin että suurin muutos oli kummallakin sukupuolella hyperaktiivisuudessa. Myös käytöshäiriöiden ja tunneongelmien osalta pisteet olivat alkoholia kokeilleilla suuremmat ja sosiaalisuudessa pienemmät kummallakin sukupuolella. Kaverisuhteiden osalta ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä.

Kokonaisuudessaan alkoholin kokeileminen vaikutti enemmän tyttöjen kuin poikien pisteisiin. Tästä voidaan päätellä, että tytöillä on joko suurempi taipumus käyttää alkoholia psyykkisen stressin seurauksena, tai että alkoholinkäytöllä on suurempi vaikutus tyttöjen psykososiaaliseen hyvinvointiin. Poikien kohdalla alkoholin kokeilu saattaa olla useammin rehvastelua ja näyttämisen halua kuin psyykkisen huonon olon turruttamista. Myös Tuiskun ym. (2012) tutkimuksessa havaittiin, että alkoholinkäytöllä ja suisidaalisella käytöksellä oli yhteys erityisesti tytöillä.

Kun verrattiin SDQ-pisteitä ja alkoholinkäytön määrää, kummallakin sukupuolella SDQ-pisteet olivat sitä suuremmat, mitä useammin tutkittava käytti alkoholia. Tyttöjen pisteissä havaittiin myös tässä vertailussa suurempia muutoksia kuin poikien pisteissä. Suurin sukupuolien välinen ero oli hyperaktiivisuudessa, jossa tyttöjen pisteiden keskiarvo nousi kokonaisen pisteen enemmän kuin pojilla.

Myös humalahakuisella juomisella oli samansuuntainen yhteys SDQ-pisteisiin. Tässäkin muutokset tyttöjen pisteissä olivat suuremmat kuin pojilla. Erityisesti ero näkyi nytkin hyperaktiivisuudessa.

4.4 Tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet

Yksi tutkimuksen vahvuuksista on sen suuri aineisto. Tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää hyvin Etelä-Suomen kaupunkeihin, joissa nuorilla on samanlaiset elinolosuhteet kuin pääkaupunkiseudullakin: tiheästi rakennetut asuinalueet, suuret koulut ja monipuoliset harrastukset.

Tutkimuksen tuloksia ei voida kuitenkaan täysin yleistää kaikkiin Suomen kaupunkeihin eikä Suomen ulkopuolelle. Tutkimuksesta puuttuu myös informaatio niistä nuorista, jotka eivät olleet koulussa sinä päivänä kun kysely täytettiin. Poissaolijoiden joukossa saattaa olla enemmän psyykkisiä ongelmia omaavia nuoria kuin koko aineistossa.

4.5 Yhteenveto

Alkoholinkäytöllä ja psyykkisellä oireilulla näyttäisi olevan yhteyttä toisiinsa. Yhteys korostuu etenkin tytöillä. Se, millä tavalla ja kuinka paljon alkoholinkäyttö vaikuttaa psyykkeeseen tai psyyke alkoholinkäyttöön, vaatii vielä lisätutkimuksia.

5 LÄHTEET

ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, lapset ja nuoret). Käypä hoito 8.10.2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatryhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2014. Saatavissa: <<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50061>>. Viitattu 16.10.2014.

Becker A, Hagenberg N, Roessner V, et al. 2004. Evaluation of the self-reported SDQ in a clinical setting: do self-reports tell us more than ratings by adult informants? *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13 (Suppl 2), 17-24.

Cowling V, Luk ESL & Mileskin C. 2004. Children of adults with severe mental illness: mental health, help seeking and service use. *Psychiatr Bull* 28, 43-46.

Cunningham J, Harris G, Vostanis P, et al. 2004. Children of mothers with mental illness: attachment, emotional and behavioural problems. *Early Child Dev Care* 174, 639-650.

Dickey W.C & Blumberg S.J. 2004. Revisiting the factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire: United States, 2001. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43, 1159-1167.

Einfeld S. L., Piccinin A. M., Mackinnon A., Hofer S.M., Taffe J., Gray K. M., et al. 2006. Psychopathology in young people with intellectual disability. *Journal of the American Medical Association* 296, 1981-1989.

Giannakopoulos G, Tzavara C, Dimitrakaki C, Kolaitis G, Rotsika V & Tountas Y. 2009. The factor structure of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in Greek adolescents. *Annals of General Psychiatry* 8(1), 20.

Goodman R. 1997. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 38, 581-586.

Goodman R, Meltzer H & Bailey V. 1998. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *European Child & Adolescent Psychiatry* 7, 125-130.

Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R & Meltzer H. 2000. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry* 177, 534-539.

Goodman R. 2001. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 40, 1337-1345.

Goodman R, Meltzer H & Bailey V. 2003. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a pilot study on the validity of the self-report version. *International Review of Psychiatry* 15, 173-177.

Goodman R, Ford T, Corbin T & Meltzer H. 2004. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) multi-informant algorithm to screen looked after children for psychiatric

disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 13 (Suppl 2), 25-31.

Haavisto A, Sourander A, Multimäki P, Parkkola K, Santalahti P, Helenius H, et al. 2005. Factors associated with ideation and acts of deliberate self-harm among 18-year-old boys. A prospective 10-year follow-up study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40:912 – 21.

Haw C, Hawton K, Casey D, Bale E & Shepherd A. 2005. Alcohol dependence, excessive drinking and deliberate self-harm: Trends and patterns in Oxford, 1989 – 2002. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40:964– 71.

Haynes A, Gilmore L, Shochet I, Campbell M & Roberts C. 2013. Factor analysis of the self-report version of the strengths and difficulties questionnaire in a sample of children with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities* 34, 847-854.

He JP, Burstein M, Schmitz A & Merikangas KR. 2013. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): the factor structure and scale validation in U.S. adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology* 41, 583-595.

Heiervang E, Stormark KM, Lundervold AJ, Heimann M, Goodman R, Posserud MB, et al. 2007. Psychiatric disorders in Norwegian 8- to 10-year-olds: an epidemiological survey of prevalence, risk factors, and service use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 46, 438-447.

Janssens A & Deboutte D. 2009. Screening for psychopathology in child welfare: the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) compared with the Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA). *European Child & Adolescent Psychiatry* 18, 691-700.

Kinnunen J, Pere L, Lindfors P, Ollila H & Rimpelä A. 2015. Nuorten terveystapatutkimus 2015. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2015. Raportteja ja muistioita (STM): 2015:31.

Koskelainen M, Sourander A & Kaljonen A. 2000. The Strengths and Difficulties Questionnaire among Finnish school-aged children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 9, 277-284.

Koskelainen M, Sourander A & Vauras M. 2001. Self-reported strengths and difficulties in a community sample of Finnish adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* 10, 180-185.

Linnakangas R, Lehtoranta P, Järvikoski A & Suikkanen A. 2010. Perhekuntoutus puntarissa, Kelan psykiatrisen perhekuntoutuksen kehittämishankkeen arviointi. ISBN 978-951-669-829-1.

Metso L, Ahlstrom S, Huhtanen P, Leppänen M & Pietilä E. 2009. Alcohol and drug use among adolescents in Finland 1995–2007. ESPAD survey results. The National Institute for Health and Welfare (THL), Report 6/2009, Helsinki, pp 108 (in Finnish)

Muris P, Meesters C, Eijkelenboom A & Vincken M. 2004. The self-report version of the Strengths and Difficulties Questionnaire: its psychometric properties in 8- to 13-year-old non-clinical children. *British Journal of Clinical Psychology* 43, 437-448.

Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T & Laatikainen T (toim.) 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa - Menetelmäkäsikirja. Opas 14. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Raisamo S, Pere L, Lindfors P, Tiirikainen M & Rimpelä A. 2011. Nuorten terveystapatutkimus 2011. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita: 2011: 10.

- Ronning JA, Handegaard BH, Sourander A & Morch WT. 2004. The Strengths and Difficulties Self-Report Questionnaire as a screening instrument in Norwegian community samples. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13, 73-82.
- Rothenberger A & Woerner W. 2004. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)--evaluations and applications. *European Child & Adolescent Psychiatry* 13, 1-2.
- Sanne B, Torsheim T, Heiervang E & Stormark K.M. 2009. The Strengths and Difficulties Questionnaire in the Bergen Child Study: A conceptually and methodically motivated structural analysis. *Psychological Assessment* 21, 352-264.
- Scourfield J, Van den Bree M, Martin N & McGuffin P. 2004. Conduct problems in children and adolescents: a twin study. *Archives of General Psychiatry* 61, 489-496.
- Sourander A, Koskelainen M, Niemelä S, Rihko M, Ristkari T & Lindroos J. 2012. Changes in adolescents mental health and use of alcohol and tobacco: a 10-year time-trend study of Finnish adolescents. *European Child Adolescent Psychiatry*. Dec;21(12):665-71.
- Svedin CG & Priebe G. 2008. The Strengths and Difficulties Questionnaire as a screening instrument in a community sample of high school seniors in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry* 62, 225-232.
- Tuisku V, Pelkonen M, Kiviruusu O, Karlsson L, Ruuttu T & Marttunen M. 2009. Factors Associated with deliberate self-harm behaviour among depressed adolescent outpatients. *J Adolesc* 32: 1125 – 36.
- Tuisku V, Pelkonen M, Kiviruusu O, Karlsson L & Marttunen M. 2012. Alcohol use and psychiatric comorbid disorders predict deliberate self-harm behaviour and other suicidality among depressed adolescent outpatients in 1-year follow-up. *Nord J Psychiatry*. Sep;66(4):268-75.
- Van Roy B, Groholt B, Heyerdahl S & Clench-Aas J. 2006. Self-reported strengths and difficulties in a large Norwegian population 10-19 years : age and gender specific results of the extended SDQ-questionnaire. *European Child & Adolescent Psychiatry* 15, 189-198.
- Van Roy B, Veenstra M & Clench-Aas J. 2008. Construct validity of the five-factor Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) in pre-, early, and late adolescence. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 49, 1304-1312.
- Verdurmen J, Monshouwer K, van Dorsselaer S, ter Bogt T & Vollebergh W. 2005. Alcohol use and mental health in adolescents: interactions with age and gender-findings from the Dutch 2001 Health Behaviour in School-Aged Children survey. *Journal of Studies on Alcohol*. 66(5):605-9.
- Vostanis P. 2006. Strengths and Difficulties Questionnaire: research and clinical applications. *Current Opinion in Psychiatry* 19, 367-372.

