

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarjan julkaisu
KANSI- JA NIMIÖLEHTITIEDOT

Tekijä/tekijät:

Sari Fröjd, Pia Charpentier, Tiina Luukkaala, Mirjami Pelkonen, Klaus Ranta, Minna Ritakallio, Bettina von der Pahlen, Mauri Marttunen, Riittakerttu Kaltiala-Heino

Julkaisun nimi:

9-luokkalaisten mielenterveys Tampereella ja Vantaalla: perusraportti

Julkaisun tekopaikka ja -vuosi

(esim. Tampereen yliopistollinen sairaala, Lastenkliniikka, Tampere 2002)

Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos
Kansanterveyslaitos, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalue
HUS, Peijaksen sairaanhoitoalue
Tampere 2004

Tämä lomake, kuvailusivu, esitys kirjoituksen sarjaan ottamisesta ja jakelutarrat lähetetään PSHP:n julkaisusarjan toimituskunnan sihteerille osoitteeseen:

PSHP:n tutkimusyksikkö
Pirjo Heikkilä
PL 2000
33521 TAMPERE

(käyntiosoite: Finn-Medi 5, 7 krs.)

PIRKANMAAN SAIRAANHOITOPUIRIN JULKAISUSARJA
THE PUBLICATION SERIES OF PIRKANMAA HOSPITAL DISTRICT

Julkaisun nimi: 9-luokkalaisten mielenterveys Tampereella ja Vantaalla: perusraportti	
Tekijä/tekijät: Sari Fröjd, Pia Charpentier, Tiina Luukkaala, Mirjami Pelkonen, Klaus Ranta, Minna Ritakallio, Bettina von der Pahlen, Mauri Marttunen, Riittakerttu Kaltiala-Heino	
Julkaisun numero:	Kokonaissivumäärä:
ISSN	ISBN
Julkaisupaikka: Tampere	
Julkaisija:	
Julkaisun luokitus:	
<input type="checkbox"/> Alueelliset hoito-ohjelmat ja menettelytapaohjeet <input type="checkbox"/> Kehittämisprojektien loppuraportit <input checked="" type="checkbox"/> Selvitykset ja tutkimukset <input type="checkbox"/> Muut	
Tiivistelmä:	
<p>Tämä on perusraportti Riittakerttu Kaltiala-Heinon (TAY, terveystieteen laitos) ja Mauri Marttusen (Kansanterveyslaitos) johtamasta Nuorten mielenterveys -hankkeesta, jonka avulla tutkitaan mielenterveyden ongelmien yleisyyttä sekä riski- ja suojaavia tekijöitä nuoruusikäisessä väestössä. Perusraporttia varten Tampereen (lopullinen N= 1483, vastausprosentti 95) ja Vantaan (lopullinen N=1795, vastausprosentti 85) yhdeksäsluokkalaisille tehtiin koulussa lomakehaastattelu. Tutkimus jatkuu seurannoilla kahden ja viiden vuoden kuluttua. Raporttimme tavoitteena on antaa perustietoa nuorten mielenterveysasioista koulun ja kouluterveydenhuollon sekä nuorten terveystieteen kehittäjien käyttöön. Koska aineiston keruu tehdään PSHP:n ja HUS:n alueella, selvitys soveltuu erityisen hyvin juuri näiden alueiden palvelujen kehittämiseen.</p> <p>Esitämme tässä raportissa lyhyet kuvaukset tutkittujen ilmiöiden luonteesta ja merkityksestä nuoren kehitykselle sekä keskeisimmät nuorten mielenterveyteen liittyvät tulokset. Tutkitut mielenterveyden häiriöt tai niiden oireet (masennus, sosiaalinen ahdistus, syömis- ja käytöshäiriöoireet, itsetuhokäyttäytyminen) olivat käytöshäiriöoireita ja itsetuhokäyttäytymistä lukuun ottamatta tytöillä yleisempiä kuin pojilla. Masennus oli vantaalaisilla yleisempää kuin tamperelaisilla, kun taas itsetuhokäyttäytyminen, syömishäiriöoireet ja sosiaalinen ahdistus olivat yhtä yleisiä molemmissa kaupungeissa. Syömishäiriöoireista ahmiminen ja oksentaminen olivat koko aineistossa huomattavasti oletettua yleisempiä.</p> <p>Kouluun liittyvistä tekijöistä tutkittiin kouluruoan syömistä, koulumenestystä ja koulukiusaamista. Tytöillä ja pojilla koulumenestyksen ja psyykkisen pahoinvoinnin yhteys oli erilainen. Molemmilla sukupuolilla kouluruoan syömättä jättäminen ja sekä koulukiusaajana että kiusauksen uhrina ja erityisesti kiusaaja-uhrina olemisen olivat selvästi yhteydessä psyykkiseen pahoinvointiin.</p>	

Elämäntavoista kartoitettiin päihteiden käyttöä. Puolet nuorista oli tupakoimattomia, ja neljäsosa raittiita. 15% nuorista oli kuitenkin selvästi jo päässyt humalahakuisen juomisen makuun. Alkoholinkäytön yleisyydessä ei poikien keskuudessa esiintynyt kaupunkien välistä eroa mutta vantaalaistytöt olivat innokkaampia alkoholinkäyttäjiä kuin tamperelaistytöt. Huumeiden käyttö oli harvinaista.

Oppilashuoltohenkilökunnan ja opettajien kannattaa kiinnittää huomiota oppilaiden kouluruokailuun ja koulukiusaamiseen. Masennusoireet ovat yleisiä ja hoidettavissa olevia; niitä kannattaa siis seuloa terveiden nuorten joukosta. R-BDI on kouluterveydenhoitajalle suositeltava väline koululaisten masennusoireiden kartoittamiseen.

Hinta: (sis. alv 8%)

Julkaisu tulostettavissa osoitteesta:
<http://www.pshp.fi/tuty/julkaisu/index.htm>

Julkaisu tilattavissa osoitteesta:
<http://www2.juvenes.fi/verkkokauppa/>

**Julkaisu ostettavissa
Juvenes Kirjakaupoista:**

Yliopiston Kirjakauppa
Kalevantie 4, 33014 Tampereen Yliopisto
puh. (03) 2142822, 2158580
Korkeakoulun Kirjakauppa
Korkeakoulunkatu 1, 33720 Tampere
puh. (03) 3170701, 3652351
Pyynikintien Kirjakauppa
Pyynikintie 2, 33230 Tampere
puh. (03) 2146165

9-luokkalaisten mielenterveys Tampereella ja Vantaalla: perusraportti

1. NUORTEN MIELENTERVEYS -TUTKIMUS	2
Taustaa	2
Tutkimuksen otos ja menetelmät	3
2. MASENNUS	4
2.1. Nuorten masennus Tampereella ja Vantaalla vuonna 2002-2003	4
3. SOSIAALINEN AHDISTUNEISUUS	5
3.1. Sosiaalinen ahdistuneisuus vuonna 2002-2003 tamperelais- ja vantaalaisnuorilla	6
4. SYÖMISHÄIRIÖT	7
4.1. Syöminen ja sen ongelmat vuoden 2002-2003 Tampereen ja Vantaan kyselytutkimuksen valossa	8
Perheen ateriointi	8
Mitä nuoret ajattelevat painostaan	8
Syömishäiriöoireet	8
5. KÄYTÖSHÄIRIÖOIREILU	9
5.1. Käytöshäiriöoireet vuonna 2002-2003 Tampereella ja Vantaalla	10
Aggressiivinen käyttäytyminen	10
Rikekäyttäytyminen	12
6. ITSETUHO-KÄYTTÄYTYMINEN	13
6.1. Tamperelais- ja vantaalaisnuorten itsemurha-ajatukset vuonna 2002-2003	14
7. PÄIHTEET	14
7.1. Tupakka, alkoholi ja huumeet Tampereella ja Vantaalla vuonna 2002-2003	15
Tupakointi	15
Alkoholi	15
Huumeet	16
8. KOULUTYÖ JA MIELENTERVEYS	17
Koulukiusaaminen ja sen yhteydet mielenterveyteen	17
Kouluruokailu ja sen yhteydet mielenterveyteen	18
Koulumenestys ja sen yhteydet mielenterveyteen	19
9. YHTEENVETOA JA POHDINTAA	20
Hyvät uutiset	20
Tampereen ja Vantaan erot	20
Tyttöjen ja poikien väliset erot	20
Suositukset	21
LÄHTEET	22
TYÖRYHMÄMME JULKAISEMAA KIRJALLISUUTTA NUORTEN MIELENTERVEYDESTÄ	22

1. NUORTEN MIELENTERVEYS -TUTKIMUS

Taustaa

Yhdeksän ja kuudentoista ikävuoden välissä lähes kolmasosa tytöistä ja yli 40% pojista sairastuu johonkin mielenterveyden häiriöön tai useampaan häiriöön samanaikaisesti. Nuoruusiän tultaessa tyttöjen masennus ja sosiaalinen fobia yleistyvät merkittävästi. 15-16-vuotiailla puolestaan yleistyvät päihdehäiriöt. Suurimpaan osaan nuoruusiän häiriöitä liittyy huomattavan usein merkittävää toimintakyvyn laskua. Suomalaisessa yläasteikäisten kyselytutkimuksessa jopa 40% 14-16-vuotiaista suomalaisnuorista ilmoitti joitakin mielenterveyden ongelmien oireita ja ongelmakäyttäytymisen muotoja (1). Nuoruusiän mielenterveyden ongelmiin liittyy usein vahingollisia terveystähtäytymisen muotoja kuten tupakointia, runsasta alkoholin käyttöä, huumeiden kokeilua ja vähäistä liikuntaa.(2, 3, 4).

Nuoruusiän psyykkisten oireiden on aikaisemmin usein arveltu liittyvän nuoruusiän normatiiviseen kriisiin ja olevan itsestään korjautuvia. Kaikki häiriöt eivät kuitenkaan korjaudu iän mukana. Esimurrosiän tai murrosiän aikana psyykkisesti sairastuneella on kolminkertainen riski sairastua uudelleen vielä nuoruusiän aikana. (5) Lisäksi nuoruusiässä sairastettu mielialahäiriö ennustaa useita sekä mielenterveydellisiä, psykososiaalisia että koulutuksellisia ongelmia vielä varhaisaikuisuudessakin (6, 7). Toisaalta esimerkiksi käytöshäiriöissä nuorissa on eroteltavissa kaksi ryhmää: toisen ongelmat ovat alkaneet jo lapsuusiässä paheten ja jatkuen yli nuoruusiän, toisen oireilu rajoittuu nuoruusiän (8).

Useiden tutkimusten mukaan suurin osa (60-80%) lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmista jää ainakin aluksi hoitamatta, vaikka niihin liittyisi merkittäväkin toimintakyvyn laskua. Avun hakeminen viivästyy helposti niin, että alkuperäiseen häiriöön on jo ehtinyt liittyä muita haittoja, esimerkiksi alkoholin väärinkäyttöä (9, 10). Suomalaisissa tutkimuksissa alle puolet nuorista, joilla oman tai vanhempien käsityksen mukaan oli jokin vakava mielenterveys- tai käytöshäiriö, oli käyttänyt terveydenhuollon palveluja. Alle kolmannes palveluja käyttäneistä oli käyttänyt nimenomaan mielenterveyspalveluja. (11, 12).

Keskeinen nuorten mielenterveyden ongelma on masennus, depressio. Masennus haittaa nuoren koulutyötä monin tavoin. Nuoruusiän masennukseen liittyy vaikeuksia sosiaalisissa suhteissa, käytöshäiriöitä ja oppimisvaikeuksia tai alisuoriutumista koulussa. Vaikeudet saattavat jatkua vielä depression paranemisen jälkeenkin.(13, 14). Huolestuttavinta on kuitenkin depression aiheuttama itsemurhariski: masennus liittyy yli puoleen nuorten itsemurhasta. (15, 16). Nuorten masennuksen ennusteen parantaminen edellyttää ongelman varhaista tunnistamista. Sekä koulujen opetushenkilökunta että nuorten terveydenhuollosta vastaavat ammattilaiset tarvitsevat lisäkoulutusta havaitakseen masennukseen viittaavat oireet.

Toinen keskeinen nuorten mielenterveyden ongelmaryhmä ovat käytöshäiriöt ja aggressiivinen käytös, jotka muodostavat huomattavan ongelman sosiaali- ja terveyspalveluille. Aina ei ole selvää, kenen kuuluisi toimia. Palvelujärjestelmä ei parhaalla mahdollisella tavalla vastaa näiden nuorten tarpeisiin. Huono ennuste, samanaikaissairastavuus ja romahdusmainen vaikutus toimintakykyyn tekevät kuitenkin käytöshäiriöistä vakavan mielenterveysongelman. (17). Myös kouluissa käytöshäiriöt ja aggressiivisuus aiheuttavat hämminkiä: milloin pitäisi toimia? Missä menee normaalin nuoruuden koheltamisen ja mielenterveyden häiriöön viittaavan ongelmakäyttämisen raja?

Muita tärkeimpiä nuorten mielenterveyden häiriöitä ovat yleisyytensä puolesta ahdistuneisuushäiriöt ja päihdehäiriöt. Syömishäiriöt eivät ole niin yleisiä, mutta ne ovat pitkäaikaisuutensa ja vakavien komplikaatioiden mahdollisuuden takia merkittävä häiriöryhmä nuorilla. Itsetuhoisuus liittyy kaikkiin näihin häiriöryhmiin.

Tutkimuksen otos ja menetelmät

Tampereen ja Vantaan 9-luokkalaiset osallistuivat lukuvuoden 2002-2003 aikana (Tampereella lokakuussa ja Vantaalla tammikuussa) luokkakyselynä toteutettuun Nuorten mielenterveys -tutkimukseen. Tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa mielen-terveyden ongelmien yleisyyttä sekä riski- ja suojaavia tekijöitä nuoruusikäisessä väestössä. Tutkimus jatkuu seurannoilla kahden ja viiden vuoden kuluttua. Seuranta-asetelma antaa aikaisempia suomalaisia tutkimuksia paljon paremmat mahdollisuudet arvioida suojaavia tekijöitä ja riskitekijöitä, koska ajan kuluessa voidaan nähdä syy-seuraussuhteiden suuntia. Aikaisemmat suomalaiset nuorisotutkimukset eivät liioin ole keskittyneet erityisen laajasti mielenterveyden kysymyksiin.

9-luokkalaisten keskuudessa tapahtunut perusaineiston keräys onnistui erinomaisesti (Tampereella vastausaktiivisuus oli yli 95 %, lopullinen N=1483, ja Vantaallakin yli 85 %, lopullinen N=1795). Kiitämme kouluja yhteistyöinnostuksesta ja mahdollisuuden antamisesta tämän tutkimuksen tekemiseen. Esimerkiksi postikyselynä emme mitenkään olisi voineet saada yhtä edustavaa aineistoa. Tieteellisen luotettavuuden kannalta on tärkeää saada mahdollisimman suuri osa kohderyhmästä mukaan. Suomalaisilla nuorilla tämä on mahdollista nimenomaan peruskoulun kautta.

Esitämme tässä raportissa keskeisimpiä nuorten mielenterveyteen liittyviä tuloksia Tampereen ja Vantaan aineistosta. Tutkittavista ilmiöistä kerrotaan niiden yleisyys vastanneiden joukossa prosentteina. Lisäksi ilmoitamme sellaiset ristiintaulukoimalla saadut yhteydet, jotka ovat tilastollisen testauksen (Pearsonn Chi square tai Fisher's exact test) avulla osoittautuneet tilastollisesti merkitseviksi. Raportissa puhutaan useasti havaitsemistamme asioiden välisistä yhteyksistä. On tärkeää huomata, että tutkimuksen tässä vaiheessa, kun on kerätty vasta ensimmäinen poikkileikkausaineisto, yhteydet eivät tarkoita samaa kuin syy-seuraus-suhde. Näin ollen esimerkiksi se, että kouluruoan syöminen on yhteydessä humalajuomiseen, ei vielä välttämättä tarkoita sitä, että kouluruoan syömättä jättäminen *aiheuttaa* humalajuomisen lisääntymistä tai päinvastoin. Asioiden yhteys saattaa johtua siitä, että joku perustavammanlaatuinen

nuoreen, perheeseen, kouluun, toveripiiriin tai muuhun nuoren elämäntilanteeseen liittyvä seikka aiheuttaa molemmat toisiinsa liittyvät ilmiöt.

2. MASENNUS

Masennus (depressio) on merkittävä kansanterveyden ongelma niin nuorilla kuin aikuisillakin. Sen esiintyvyys kasvaa voimakkaasti nuoruusiässä. Lapsilla masennus on pojilla yhtä yleistä kuin tytöillä mutta nuoruusiästä alkaen masennuksen esiintyvyys tytöillä kasvaa noin kaksinkertaiseksi poikiin verrattuna ja tämä ero säilyy aikuisuudessa. Lapsilla masennuksen esiintyvyys on parin prosentin luokkaa, mutta nuorilla kliinisen (lääkärin tutkimuksessa todettavan) depression esiintyvyys on kansainvälisissä tutkimuksissa ollut jopa lähes 10 %. (18, 19, 20)

Väestötutkimuksissa nuorten masennusta mitataan erilaisilla itsearviointimittareilla, jotka ovat masennusoireita kuvaavien kysymysten sarjoja. Näin mitaten saadaan hieman korkeampia masennuslukuja kuin varsinaisen psykiatrisen arvion avulla. Itsearviointimittarilla masentuneita on eri tutkimuksissa ollut 10-15 % nuoruusikäisistä. (21, 22)

2.1. Nuorten masennus Tampereella ja Vantaalla vuonna 2002-2003

Tässä tutkimuksessa masennusta mitattiin Beckin lyhyen, 13-osioisen depressiokyselyn suomalaisella versiolla R-BDI:llä (23), jonka käytöstä suomalaisilla yläasteikäisillä on jo kertynyt aiempaa kokemusta useammista tutkimusryhmämme projekteista (24). BDI:n avulla ei voi suoraan tunnistaa hoitoa vaativaa vakavaa masennusta, mutta korkeat pisteet saavien mieliala on niin merkittävästi poikkeava, että heidän joukostaan löytyvät hoidon tarpeessa olevat. Suurin osa tällä mittarilla keskivaikeaan tai vakavaan masennukseen viittaavat pisteet saaneista tarvitsee hoitoa, kaikki ainakin arviota ja seuranta.

Aineistomme nuorista 2 % sai vakavaa masennusta ja 8 % keskivaikeaa masennusta ilmaisevat pisteet. Kutsumme tästä eteenpäin sekä keskivaikeaa että vaikeaa masennusta osoittavien pistemäärien saaneita masentuneiksi. Masennus oli tavallisempaa tytöillä (14 %) kuin pojilla (6 %). Sukupuolten välinen ero on samanlainen kuin aikaisemmissakin kotimaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa. Vantaalaisilla nuorilla oli masennusta enemmän (12 %) kuin tamperelaisilla (8 %). Tämä sama paikkakuntaero voitiin havaita sekä tyttöjen että poikien joukossa.

Masennukseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota kouluterveydenhuollossa, koska se alentaa nuorten koulusuoriutumista ja sosiaalista toimintakykyä paitsi masennuksen aikana myös pitkään toipumisen jälkeen. Masennuksella on siten kauaskantoiset vaikutukset jopa aikuisuuden koulutukseen, työelämään asettumiseen ja ihmissuhteisiin.

Masennus alentaa kouluasuoriutumista monella eri tavalla. Taudinkuvaan kuuluva sosiaalinen vetäytyminen vaikeuttaa ryhmätyöskentelyä ja heikentää motivaatiota. Masennuksen mukanaan tuoma aloitekyvyttömyys ja itseluottamuksen puute sekä muistivaikeudet ymmärrettävästi heikentävät oppimistuloksia. Usein masennukseen liittyy univaikeuksia, jotka heijastuvat koulutyöhön väsymyksenä, joka huonontaa oppimista.

Masennuksen tunnistamisen avuksi kannattaisi kouluterveydenhuollossakin ottaa käyttöön masennusmittareita kuten BDI, jonka käyttöä on kuvattu Duodecimin kustantamassa Kouluterveydenhuolto-kirjassa.

3. SOSIAALINEN AHDISTUNEISUUS

Sosiaalinen ahdistuneisuus on ahdistuneisuutta, joka liittyy olemiseen sosiaalisissa tilanteissa eli toisten huomion kohteena olemiseen. Samasta ilmiöstä lievässä muodossaan käytetään usein ilmaisua sosiaalinen jännittäminen. Sosiaalisessa tilanteessa henkilö pelkää joutuvansa käyttäytymisensä takia noloon tilanteeseen tai nöyryytetyksi.

Sosiaalinen ahdistuneisuus voi esiintyä kapea-alaisesti esiintymispelkona tai jännittämisenä julkisissa esiintymistilanteissa, tai laaja-alaisemmin useissa sosiaalisissa tilanteissa kuten tutustumis- tai seurustelutilanteissa, uusia ihmisiä tavattaessa tai monissa julkisissa tiloissa, kuten esimerkiksi ruokaloissa.

Sosiaalisen ahdistuneisuuden vaikea muoto, sosiaalisten tilanteiden pelko, johtaa usein ahdistusta tuottavien tilanteiden kokonaan välttämiseen tai niiden sietämiseen vain vahvaa ahdistusta ja kärsimystä kokien. Sosiaalisten tilanteiden pelko voi johtaa nuorilla opiskelun tai harrastuksien estymiseen, itselle epäsuotuisiin koulutusvalintoihin tai ystävyysuhteiden kehittymättä jäämiseen. Tällöin sosiaalisten tilanteiden pelko haittaa selvästi nuoren kehittymistä hänelle tärkeillä elämäntilanteilla ja on siten haittaa aiheuttava, psykiatrista hoitoa vaativa häiriö. Hoitoon nuori pitäisi ohjata myös silloin, kun sosiaalisissa tilanteissa esiintyvä ahdistuneisuus on niin vaikeaa, että se haittaa nuoren elämänlaatua. Usein tällainen ahdistuneisuus syvenee ja siihen alkaa liittyä sosiaalisten tilanteiden vähittäistä välttämistä.

Sosiaalinen ahdistuneisuus lisääntyy nuoruusiässä, ja myös hoitoa vaativa sosiaalisten tilanteiden pelko puhkeaa usein varhaisella nuoruusiällä. Nykykäsityksen mukaan sen arvellaan olevan riskitekijä myöhemmille masennustiloille. Kansainvälisissä tutkimuksissa nuorten väestötöissä sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsii noin 2-3 % nuorista. Tämän lisäksi noin 25-45 % nuorista raportoi ainakin yhden merkittävän sosiaalisen pelon. (25, 26, 27, 28, 29)

Suomessa nuorten sosiaalista ahdistuneisuutta on Tampereen yliopiston tekemissä tutkimuksissa selvitetty aiemmin kolmessa 13-15 -vuotiaiden yläastetta käyvien

koululaisten väestöaineistossa: 1) Kangasalalla ja Tampereella, 2) Porissa, ja 3) Ylöjärvellä.

Tutkimuksissa sosiaalista ahdistuneisuutta mitattiin nuorten täyttämällä 17-kysymyksisellä itsearviointimittarilla The Social Phobia Inventory (SPIN, 30). Mittari mittaa pelkoa, välttämistä ja fyysisiä ahdistuneisuusoireita sosiaalisissa tilanteissa. Nuorista noin 8-12 % saa vähintään 24 pistettä 68 pisteestä, jolloin kyseessä on kohonnut sosiaalinen ahdistuneisuus, ja noin 3-5 % $\geq 30 / 68$ pistettä, jolloin kyseessä on korkea sosiaalinen ahdistuneisuus, joka saattaa viitata sosiaalisten tilanteiden pelon esiintymiseen.

Väestöaineistoissa:

- 1) **Kangasala, Tampere**, 2000; (n=901): 7.-9 -luokkalaisista 12 % raportoi kohonnutta sosiaalista ahdistuneisuutta, ja 5 % korkea sosiaalista ahdistuneisuutta;
- 2) **Pori**, 2002 (n=2197): 7.-9. -luokkalaisista 10 % raportoi kohonnutta sosiaalista ahdistuneisuutta, ja 5 % korkea sosiaalista ahdistuneisuutta;
- 3) **Ylöjärvi**, 2001 (n=752): 7.-9. -luokkalaisista 9 % raportoi kohonnutta sosiaalista ahdistuneisuutta, ja 3 % korkea sosiaalista ahdistuneisuutta.

3.1. Sosiaalinen ahdistuneisuus vuonna 2002-2003 tamperelais- ja vantaalaisnuorilla

Tyttöjen poikia suurempi osuus kohonneen ja korkean sosiaalisen ahdistuneisuuden ryhmissä tulee esiin molemmissa kaupungeissa (Taulukko 1). Vantaan 9. -luokkalaisilla kohonnutta sosiaalista ahdistuneisuutta on enemmän kuin tamperelaisilla, mutta kun tarkasteluun rajataan vain korkea sosiaalinen ahdistuneisuus, joka saattaa viitata hoitoa vaativaan häiriöön, eroa ei juurikaan enää ole havaittavissa. Kaikkiaan korkean sosiaalisen ahdistuneisuuden ryhmässä tulokset ovat hyvin samankaltaisia kuin muissa suomalaisissa suurissa kaupungeissa.

Taulukko 1. Tamperelaisten ja Vantaalaisten 15–16 vuotiaiden koululaisten sosiaalinen ahdistuneisuus vuonna 2002 (n=3211).

	N	Sosiaalinen ahdistuneisuus	
		Kohonnut SPIN ≥ 24 pistettä %	Korkea SPIN ≥ 30 pistettä %
Tampere	1454	7,6	4,0
Tytöt	688	9,4	5,1
Pojat	766	6,0	3,0
Vantaa	1757	9,7	4,3
Tytöt	895	11,1	5,1
Pojat	862	8,4	3,5

4. SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöt kuuluvat nuorten naisten yleisimpiin mielenterveysongelmiin. Tutkimusten mukaan länsimaissa n 2% väestöstä sairastaa syömishäiriötä, nuorista naisista noin 4%. Erityisessä sairastumisriskissä ovat laihaa vartaloa edellyttävien urheilulajien harrastajat, perfektionistiset ja suoritusorientoituneet nuoret naiset. Tavallisin syömishäiriöihin sairastumisikä on 12-18 vuotta. Anoreksiaan sairastutaan tyypillisesti nuorempana, jopa 9-vuotiaana ja bulimiaan hieman vanhempana, noin 16-17-vuotiaana. (31, 32)

Tunnetuimmat syömishäiriöt ovat anoreksia nervosa eli laihuushäiriö ja bulimia nervosa eli ahmimishäiriö. Anoreksia alkaa tyypillisesti laihduttamisesta, jota on saattanut edeltää pyöreydestä kiusatuksi tuleminen tai muusta syystä tyytymättömyys omaan kehoon. Yleensä nuori jättää aluksi pois herkut ja vähitellen yhä useampia ruoka-aineita, minkä seurauksena hänen painonsa laskee aiheuttaen nälkiintymistilan. Nälkiintymistilan seurauksena hänen kuukautisensa loppuvat ja siitä puolestaan seuraa luukato jo muutaman kuukauden kuluttua sairauden alkamisesta. Liiallisesta laihuudestaan huolimatta nuori tyypillisesti joko pitää itseään lihavana tai normaalipainoisena, tai pelkää äkillisesti lihavaksi tulemista. Tämän vuoksi hän ei uskalla nostaa painoaan eikä lisätä syömänsä ruoan määrää, mistä seuraa sairauden pitkittyminen.

Bulimialle ovat tyypillisiä ahmimiskohtaukset, joita seuraa erilaisten lihomista estävien kompensatiokkeinojen käyttö. Tällaisia ovat ahmitun ruoan oksentaminen, ulostus- ja nesteenpoistolääkkeiden väärinkäyttö sekä liiallinen liikunta. Ahmimiskohtausten aikana bulimiaan sairastunut ahmii suuremman määrän ruokaa kuin terve ihminen missään olosuhteissa pystyisi ahmimaan, esimerkiksi muovikassillisen ruokaa. Ahmimiskohtausten tiheys vaihtelee voimakkaasti. Toiset ahmivat 1-2 kertaa viikossa tai harvemmin, toiset kerran päivässä tai useammin. Ahmimiskohtauksille on tyypillistä tunne kontrollin menettämisestä. Sairastunut kokee, ettei hän pysty estämään ahmimiskohtauksen tuloa. Kohtauksiin liittyy usein myös epätodellinen ja sekava olo. Bulimiapotilas kokee arvonsa ihmisenä riippuvan hänen kehonsa muodosta. Tämän vuoksi ahmimiskohtausten aiheuttama lihomisen vaara sekä oireiden koettu hallitsemattomuus aiheuttaa tavallisesti sairastuneessa voimakasta ahdistusta ja masennusta.

Kahdeksan kymmenestä syömishäiriöisestä paranee. Noin puolet paranee täysin ja noin kolmasosalle jää joitakin psyykkisiä oireita, esim. syömisen liiallinen kontrollointi. Syömishäiriöiden hoito vaatii erityisosaamista, minkä vuoksi Suomeenkin syntyy jatkuvasti uusia näiden sairauksien hoitoon erikoistuneita yksiköitä. Lapinlahden sairaalassa syömishäiriöiden hoitoon on erikoistuttu jo noin 15 vuoden ajan ja myös Lasten ja nuorten sairaalassa on tarjottu erikoistunutta hoitoa useiden vuosien ajan. Uusia yksiköitä on tullut Vaasaan ja Pietarsaareen sekä yksityisellä puolella Elämän Nälkään Ry:n Syömishäiriökeskuksen Helsingin ja Turun toimipisteet. Nuorisopsykiatrian poliklinikat kaikissa sairaanhoito-piireissä hoitavat nuorten syömishäiriöitä, usein yhteistyössä sisätautien klinikan kanssa.

Syömishäiriöistä paranemisen ennuste on paras, jos hoito aloitetaan mahdollisimman pian sairauden puhkeamisen jälkeen. Tämän vuoksi nuorten kanssa työskentelevien aikuisten on tärkeää tuntea syömishäiriöiden oireet ja pyrkiä tunnistamaan sairastumassa oleva nuori sekä ohjaamaan hänet hoidon piiriin. Ensimmäinen hoitokontakti on useimmilla nuorilla kouluterveydenhoitajan luona, joka voi lähettää nuoren erikoissairaanhoidon piiriin hoitoon, jos tilanne ei lähde korjaantumaan parin kuukauden sisällä.

4.1. Syöminen ja sen ongelmat vuoden 2002-2003 Tampereen ja Vantaan kyselytutkimuksen valossa

Perheen ateriointi

Tilanne, jossa perheessä ei nautittu yhteistä ateriaa, vaan kaikki perheenjäsenet ottavat itselleen syötävää oli yleisempi tyttöjen kuin poikien perheissä (24 % vs. 17 %). Yhteisen aterian söivät 27 % tyttöjen ja 36 % poikien perheistä. Tamperelaisten ja vantaalaisten välillä ei ollut varsinaista eroa perheen ruokailutottumuksissa. Vantaalla hieman tamperelaisia useammin perheenjäsenet syövät itseksensä.

Mitä nuoret ajattelevat painostaan

Pojat kokivat tyttöjä useammin olevansa joko sopivan painoisia (62 % vs. 49 %) tai alipainoisia (20 % vs. 9 %). Tytöt puolestaan kokivat poikia useammin olevansa hieman (38 % vs. 15 %) tai paljon (5 % vs. 2 %) liikapainoisia. Tamperelaisten ja vantaalaisten välillä ei ollut tässä eroja.

Syömishäiriöoireet

Tytöt olivat laihduttaneet useammin kuin pojat (29 % vs. 10 %). Laihduttamisen jälkeen lihomisen pelko jäi yli puolelle laihduttaneista tytöistä (63 %) ja reilulle kolmannekselle pojista (39 %). Tytöt olivat ahmineet poikia useammin (22 % vs. 17 %) ja ahmiessaan kokeneet menettävänsä syömisestä hallinnan (38 % vs. 21 %). Ahmimisen lihottavaa vaikutusta oli pyritty lievittämään dieetin (44 % tytöistä, 11 % pojista), rankan liikunnan (38 % tytöistä, 24 % pojista), oksentamisen (14 % tytöistä, 3 % pojista) sekä ulostus ja nesteenpoistolääkkeiden (4 % tytöistä, 2 % pojista) avulla. Ahmimisen seurauksena tytöt tunsivat poikia useammin itsensä epäonnistuneiksi ihmisiksi (43 % vs. 12 %) sekä tunsivat ahmimisesta häpeää ja syyllisyyttä (49 % vs. 10 %).

Tytöistä seitsemällä prosentilla oli epäilty anoreksiaa, kahdella bulimiaa ja kahdella prosentilla molempia. Pojilla vastaavasti 1 %:lla anoreksiaa, 0,4 %:lla bulimiaa ja 0,4 %:lla molempia. Syömishäiriöiden vuoksi hoidossa on ollut tytöistä 2 % ja pojista 0,3 %. Syömis-häiriöoireita oli tamperelais- ja vantaalaisvastaajilla yhtä paljon.

Ruokailutottumuksissa tamperelaisten ja vantaalaisten välillä suurin ero oli siinä, kuinka moni koululainen syö koulussa tarjottavan ruoan. Tamperelaiset nuoret söivät sen vantaalaisia useammin. Lisäksi Vantaalla hieman Tamperetta useammin jokainen perheenjäsen huolehti itse omista syömisistään. Syömishäiriöiden kannalta tämä seikka on mielenkiintoinen, koska syömisen ongelmista kärsivä nuori saattaa kätkeä oireensa pitkään, jos perhe ei aterioid yhdessä, tai yhteisten aterioiden välttäminen saattaa joskus jo olla merkki alkavasta häiriöstä. Erityisesti tämä tulkinta nousee mieleen kun huomaa, että nimenomaan tyttöjen perheissä yhteisiä aterioita nautitaan harvemmin. Muut syömishäiriöihin yhdistetyt ilmiöt kuten huoli painosta, laihduttaminen, ahmiminen ja siihen liittyvät kompensatiokeinot ja syyllisyydentunteet sekä lääkärin toteamat syömishäiriöt esiintyivät yhtä voimakkaana molemmilla paikkakunnilla.

Lääkärin toteamat syömishäiriöt ovat tässä aineistossa esiintyvyydeltään samaa luokkaa kuin muissakin tutkimuksissa. Erityisen yllättävää kuitenkin oli ahmimisen ja oksentamisen yleisyys (noin 20 %) verrattuna muualla länsimaissa toteutettuihin esiintyvyystudkimuksiin (4 %). Samoin tyttöjen laihduttaminen oli sangen yleistä tässä aineistossa (44 %). Nämä havainnot vahvistavat yleisesti vallitsevaa mielipidettä siitä, että koululaisille tulisi antaa tietoa oksentamisen vaarallisuudesta sekä tehottomuudesta painonhallintakeinona. Ahmitusta ruoasta nimittäin 50 % imeytyy elimistöön, vaikka tyhjentäytyminen suoritettaisiin välittömästi ahmimisen jälkeen. Ahmimisen tarpeeseen vaikuttaa keskeisesti myös nuorten yleisesti harrastama ankara laihduttaminen. Niukka syöminen päivän mittaan ja siitä seuraava nälkiintymistila aiheuttaa fysiologisista syistä ahmimisen tarpeen terveelläkin henkilöllä. Syömishäiriöön taipuvaisella nuorella tämä voi laukaista bulimian. Nuorten keskuudessa vallitsee runsaasti väärää tietoa laihduttamisesta ja painonhallinnasta. Tämän vuoksi olisi tärkeää tarjota nuorille opastusta laihduttamisen vaaroista, oksentamisen hyödyttömyydestä ja vaarallisuudesta sekä järkevistä ja terveellisistä painonhallinnasta.

5. KÄYTÖSHÄIRIÖOIREILU

Käytöshäiriöt ovat yksi tavallisimmista lapsilla ja nuorilla esiintyvistä mielenterveyshäiriöistä. Käytöshäiriötä luonnehtii toistuva ja pysyvä malli käyttäytyä epäsosiaalisesti: nuori rikkoo toistuvasti iänmukaisia sosiaalisia normeja ja odotuksia. Tyypillisiä piirteitä ovat uhitteleva, aggressiivinen ja väkivaltainen käyttäytyminen,

raivokohtaukset ja tottelemattomuus, ilkivalta ja rikkeiden tekeminen, koulunkäyntiongelmia ja koulukiusaaminen, ihmissuhdeongelmia, välinpitämättömyys yhteiskunnallisia velvoitteita ja sanktioita kohtaan sekä erilaiset konfliktit sosiaalisissa verkostoissa. Käytöshäiriöisillä nuorilla on huomattava riski aikuisiän persoonallisuushäiriöihin, päihdehäiriöihin ja syrjäytymiseen. Lisäksi käytöshäiriöinen nuori ajautuu muita tavallisemmin rikosuralle. (17, 33)

5.1. Käytöshäiriöoireet vuonna 2002-2003 Tampereella ja Vantaalla

Tässä tutkimuksessa käytöshäiriöoireilua arvioitiin YSR-mittaristolla (Youth Self Report, 34) YSR:n avulla ei voida suoraan tunnistaa hoitoa vaativaa vakavaa käytöshäiriökäyttäytymistä, mutta korkeat pisteet saavien oireilu on niin merkittävästi muista poikkeavaa, että heidän joukostaan löytynevät hoidon tarpeessa olevat. Mittaristo jaottelee käytöshäiriöoireilun aggressiiviseen käyttäytymiseen ja rikekäyttäytymiseen. Tässä raportissa tarkastelemme keskeisiä aggressiivisen ja rikekäyttäytymisen osa-alueita.

Aggressiivinen käyttäytyminen

Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että väkivaltaista käytöstä esiintyy merkittävässä määrin myös koulussa. Noin joka viides nuoriin kohdistunut väkivallanteko on tapahtunut nuoren koulumatkalla tai koulussa. Suuri osa nuoriin kohdistuvasta väkivallasta on toisten nuorten aiheuttamaa: melkein 85 prosenttia nuoriin kohdistuneista väkivallanteoista on ollut alle 20-vuotiaiden aiheuttamia. Kun 15-16 -vuotiaita tyttöjä ja poikia vertailtiin vuonna 1998 ja vuonna 2001 tehdyissä nuorisorikollisuuskyselyissä, havaittiin, että pojat kokevat enemmän sekä väkivaltaa että sen uhkaa. Tyttöjen aggressiivisuus ilmenee useammin suullisessa ja epäsuorassa muodossa, joten voidaan sanoa että poikien elämä on väkivaltaisempaa kuin tyttöjen.

Myös nyt tutkitussa aineistossa tyttöjen ja poikien aggressiivisuus näyttäytyi erilaisena. Pojat kiusasivat muita, kerskailivat ja leuhkivat useammin kuin tytöt. He myös rikkoivat toisten tavaroita ja uhkailivat satuttavansa muita useammin kuin tytöt. Pojista joka kolmas oli joskus käynyt toisen kimppuun, tytöistä joka viides. Pojat olivat oman arvionsa mukaan useammin tottelemattomia kuin tytöt. Tytöt sen sijaan huusivat poikia enemmän. Tytöt pitivät itseään useammin kiivasluonteisena ja muita nuoria äänekkäämpinä kuin pojat ja kokivat poikia useammin olevansa itsepäisiä ja kateellisia muille. Tytöt myös kokivat useammin, että heillä oli äkillisiä mielialanvaihteluita. Kaikki nämä käyttäytymis-muodot kuuluvat toki normaaliin kehitykseen, mutta jos ne ovat nuoren hallitsevia piirteitä ja niitä esiintyy vieläpä jatkuvasti useita, ne aiheuttavat sosiaalista haittaa. Huomiota kiinnittää, että tytöt raportoivat enemmän sellaisia ilmiöitä, jotka kuvaavat sisäistä maailmaa (olen kateellinen, mielialani vaihtelee), kun taas pojat tunnistivat itsessään vuorovaikutuksessa avoimesti ilmeneviä aggressiivisia piirteitä (rikkoo toisten tavaroita, käy päälle, uhkailee). Nämä nuorten kuvaukset ovat samansuuntaisia kuin aikaisemman havainnot tyttöjen ja poikien aggressiivisuuden erilaisesta luonteesta.

Avointa aggressiivisuutta mitattiin kyselyssämme seuraavilla väittämillä:

- Sytyttelen tulipaloja
- Rikon muiden tavaroita
- Käyn herkästi toisten kimppuun
- Olen ilkeä, kiusaan muita
- Uhkailen satuttavani muita ihmisiä

Tavaroiden rikkominen ja toisten kimppuun käyminen sekä sillä uhkailu ovat helposti aggressiivisiksi käsitettäviä ilmiöitä. Tulipalojen sytyttelyn voisi toki tulkita ilkeiksi tekoiksi, mutta tutkimuksissa on havaittu, että ilmiöllä on vahva yhteys vihamielisiin tunteisiin ja nuoren kykyyn käsitellä niitä. Kyseessä on siis ilkeä huomattavasti vakavampi asia, koska tulien sytyttely viittaa usein vakavaan mielenterveyden häiriöön. Kiusaamisesta ilmiönä ja sen useudesta kysyttiin lomakkeessa erikseenkin, mutta nyt käsiteltävässä YSR -kysymyssarjassa esiintyvä väittämä kuvaa kiusaamista vihamielisyyden ilmauksena ja nuoren käsitystä itsestään onko hän sellainen ihminen, joka kiusaa.

Vastausvaihtoehdot kuvasivat kyseisen käyttäytymisen yleisyyttä: en koskaan / joskus / usein. Tarkastelemme tässä niiden osuutta, jotka valitsivat vastausvaihtoehdon "usein". Koko aineistossa tulipaloja kertoi sytyttävänsä usein 0,6 % vastaajista. Muiden tavaroita rikkoi usein 1,0 %, usein toistuvaa toisten kimppuun käymistä kuvasi 2,9 %, usein tapahtuvaa muiden kiusaamista raportoi 1,6 %, ja 2,4 % kertoi usein uhkailevansa muita satuttamisella.

Koko aineistossa avointa aggressiivista käyttäytymistä edustavat ilmiöt erikseen tarkasteltuna olivat yhtä yleisiä Vantaalla ja Tampereella. Ainoastaan muiden tavaroiden rikkominen oli hieman yleisempää vantaalaisten (1,2 %) nuorten keskuudessa kuin tamperelaisten (0,7 %). Kun siirrytään tarkastelemaan niitä nuoria, joilla esiintyi *useita* avoimeen aggressiivisuuteen liittyviä käyttäytymistapoja, tamperelaisten poikien osuus oli suurempi kuin vantaalaisten (vähintään yksi "usein" -vastaus viidestä Tre 7,4 %, Vantaa 6,4 %. Vähintään kaksi "usein" -vastausta viidestä Tre 3,2 %, Vantaa 2,6 %). Tamperelaisten ja vantaalaisten tyttöjen välillä ei eroa ollut havaittavissa.

Nuorten kokemat erilaiset elämän muutokset kuten muutto, uuden koulun aloittaminen ja vanhempien vaikeudet voivat olla taustalla, kun nuori käyttäytyy aggressiivisesti. Varsinkin kotona opitut ja sisäistetyt tavat ja mallit ratkaista konfliktitilanteita heijastuvat nuorten käytöksessä. Fyysistä väkivaltaa käyttävien vanhempien lapset käyttävät itse herkästi väkivaltaa omia lapsia kasvattaessaan. Valtaosa väkivallasta kohdistuu omaisiin ja yleensäkin lähellä oleviin ihmisiin. Lisäksi aggression jatkuvuuteen sukupolvesta toiseen on vahvoja viitteitä.

Aggressiivisuus myös itsessään lisää ongelmia ihmisten välisessä kanssakäymisessä. Aggressiivinen käyttäytyminen on suhteellisen pysyvä ominaisuus niissä henkilöissä, joissa se ilmenee tilanteesta riippumatta. Hermostolliset ja fysiologiset tekijät voivat omalta osaltaan lisätä aggressiivisen käyttäytymisen todennäköisyyttä.

Yksittäiset aggressiivisen käyttäytymisen muodot olivat tutkituilla nuorilla melko yleisiä. Aggressiivinen käyttäytyminen sinänsä ei automaattisesti kerro mistään psykiatrisesta häiriöstä, mutta jatkuva ja monimuotoisena ilmenevä aggressiivisuus on kuitenkin huolestuttavaa ja edellyttää nuoren tilanteen arvioimista ja mahdollisesti hoitokontaktia. Nuoren pitkäaikainen ja monenlaisena ilmenevä aggressiivisuus on yleisimmin yhteydessä käytöshäiriödiagnosiin, mutta se voi myös liittyä päihdehäiriöihin ja masennukseen tai viitata jopa psykoosiin (mielisairauden) riskiin. Aggressiivisen nuoren arvioinnin tulee sisältää niin nuoren haastattelu ja tarkemmat testaukset kuin perheen tilanteen kartoitus ja nuoren käyttäytymisen arviointi eri tilanteissa (kotona, koulussa, vapaa-aikana). Vaikeat aggressio-ongelmat saattavat vaatia lastensuojelun ja nuorisopsykiatrien hoidon toimenpiteitä.

Rikekäyttäytyminen

Kansainvälisessä kirjallisuudessa nuorten rikekäyttäytymistä kuvataan käsitteen "delinquent behaviour" kautta (35, 36, 37). Rikekäyttäytymisen piiriin kuuluu sekä varsinaisiksi rikoksiksi luokiteltavia ilmiöitä (kuten varastaminen) että muita nuoren sopeutumattomuutta ympäröivään yhteisöön kuvaavia ilmiöitä (kuten karkailu ja koulupinnaus).

Tässä tutkimuksessa rikekäyttäytymistä mitattiin väittämillä

- Karkailen kotoa
- Varastan kotoa
- Varastan kodin ulkopuolelta
- Pinnaan joiltakin tunneilta tai koulusta

Vastausvaihtoehdot kuvasivat kyseisen käyttäytymisen yleisyyttä: en koskaan / joskus / usein. Tarkastelemme tässä niiden osuutta, jotka valitsivat vastausvaihtoehdon "usein". Tavallisin rike oli koulupinnaus: "usein" -vastanneiden osuus 4,5 %. Muiden rikkeiden tekemistä "usein" raportoitiin seuraavasti: kotoa karkailua 0,9 %, varastelua kotoa 1,1 % ja varastelua kodin ulkopuolelta 0,9 %.

Tamperelaisten ja vantaalaisten tyttöjen rikekäyttäytyminen oli hyvin samankaltaista. Poikkeuksena tästä oli luvatta koulusta poissaolo: vantaalaisista tytöistä 6,4 % ilmoitti olleensa usein poissa koulusta, tamperelaisista tytöistä vain 2,9 % ilmoitti olleensa usein luvatta pois koulusta.

Myös poikien rikekäyttäytyminen oli hyvin samankaltaista molemmissa kaupungeissa. Hiukan eroa löytyi kodin ulkopuolelta varastelusta (Vantaa 1,5 %, Tampere alle 1 %) ja luvatta koulusta poissaolosta (Vantaa 5 %, Tampere 3 %).

Tarkasteltaessa sukupuolten välisiä eroja koko aineistossa pojat olivat varastelleet kotoa usein lähes kolme kertaa useammin kuin tytöt (pojat 1,6 %, tytöt 0,6 %). Varastelussa kodin ulkopuolelta ei ollut eroa sukupuolten välillä. Tytöt olivat olleet usein luvatta poissa koulusta poikia enemmän (5 % vs. 4 %), pojat taas olivat karkailleet toistuvasti useammin kuin tytöt (1,2 % vs. 0,6 %). Lisäksi pojat viettivät tyttöjä enemmän usein aikaansa epäsosiaalisten kavereiden kanssa (pojat 7 % tytöt 6 %), mitä voidaan pitää

yhtenä altisteena nuoren omalle epäsosiaaliselle käyttäytymiselle ja/tai toisaalta yhtenä oireena omasta epäsosiaalisesta käyttäytymisestä.

Saadut tutkimustulokset eroavat aikaisemmista tutkimuksista, joissa poikien on yleensä todettu tekevän tyttöjä huomattavasti enemmän rikkeitä. Tässä tutkimuksessa sukupuolten välinen ero oli merkittävä vain kotoa varastelussa ja epäsosiaalisten kavereiden kanssa liikkumisessa. Ero tutkimustulosten välillä voi johtua esim. käytetyistä tutkimusmenetelmistä ja siitä, miten rikekäyttäytyminen on kussakin tutkimuksessa määritelty. Toisaalta suomalainen yhteiskunta on varsin tasa-arvoinen, ja toisinaan on esitetty, että se saa myös tytöille haitallisia muotoja: tytöt tasa-arvoistuvat omaksumalla aikaisemmin vain pojille tyypillisiä ongelmakäyttäytymisen muotoja.

Runsaasti rikkeitä tekevät nuoret ovat muita suuremmassa riskissä syrjäytyä jatko-opiskelusta ja työelämästä. Nuoruusiän rikekäyttäytyminen voi johtaa myös vuosia kestäväan rikoskierteeseen. Usein toistuva rötöstely on yhteydessä käytöshäiriöön mutta rikkeiden ja rikosten teko voi kertoa myös masennuksesta. Käytöshäiriöiden puolestaan on todettu ennustavan myös aikuisiän psyykkistä oireilua kuten epäsosiaalista persoonallisuutta, masennusta ja päihderiippuvuutta. Tutkimuksien mukaan varhainen puuttuminen nuoren rikekäyttäytymiseen voi katkaista tämän kierteen. Nuoren ympärillä olevat aikuiset ovat avainasemassa rikekäyttäytymiseen puuttumisessa. Jatkossa tarvitaankin aikaisempaa laaja-alaisempaa yhteistyötä vanhempien, opettajien, kouluterveydenhuollon ja sosiaaliviranomaisten välillä.

6. ITSETUHOKÄYTTÄYTYMINEN

Mielenterveyden häiriöt yleistyvät nuoruudessa lapsuuteen verrattuna, niin myös nuorten itsetuhokäyttäytyminen. Itsetuhoisuudella tarkoitetaan joko epäsuoraa tai suoraa itsetuhokäyttäytymistä. Epäsuoraa itsetuhokäyttäytymistä on erilainen itseä vaarantava käyttäytyminen (esim. vakava riskikäyttäytyminen liikenteessä tai itsestä huolehtimisen laiminlyöminen). Suoraa itsetuhokäyttymistä ovat selkeät kuolemantoiveet, itsemurhasuunnitelmat, itsemurhayritykset ja itsemurhat. Tässä tutkimuksessa kysyttiin nuorten kuolemantoiveita ja itsemurhasuunnitelmia. Sekä itsemurhaa ajatelleiden että itsemurhaa yrittäneiden nuorten määrä vaihtelee riippuen *tutkimusmenetelmistä* (kysymysten muotoilusta ja siitä käytetäänkö kyselylomakkeita vai haastattelukysymyksiä), nuorten *iästä* (itsetuhokäyttäytymisen "huippu" on noin 15-17 vuoden iässä), *sukupuolesta* (itsemurhayritykset ovat tytöillä yleisempiä kuin pojilla, kun taas itsemurhat ovat pojilla yleisempiä) ja *aineiston valikoitumisesta*. Suomalaista tutkimustietoa aiheesta on vasta niukasti, mutta kansainvälisesti on arvioitu, että jopa noin neljäsosalla nuorista on jonkinasteista itsemurha-ajattelua ja 2 – 12 % on yrittänyt itsemurhaa. (38, 39)

Mielenterveyden häiriöt, erityisesti depressiot ja päihdeongelmat sekä aikaisemmat itsemurhayritykset ovat merkittävimpiä itsetuhoisuuden riskitekijöitä. Myös perheen pahoinvointi ja kuormittavat elämäntapahtumat ovat tunnettuja riskitekijöitä. Itsemurhaa ajatelleilla nuorilla on kohonnut riski sairastua myöhemmin elämässään johonkin mielenterveyden häiriöön. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös todettu

jatkumo itsemurha-ajatuksista -yrityksiin ja itsemurhiin. Suomessa, kuten monissa läntisissä maissa, erityisesti nuorten miesten itsemurhat ovat merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Vuonna 2001 kaikista 15-19 -vuotiaiden suomalaisten nuorten miesten kuolemista neljännes oli itsemurhia. Mielenterveyden häiriö ja aikaisempi itsemurhayritys ovat keskeisimmät itsemurhien riskitekijät. (40)

Riskinuorten tunnistaminen sekä nuorten mielenterveyden häiriöiden asianmukainen ja mahdollisimman varhainen hoito ovat keskeisiä itsemurhien ennaltaehkäisytoimenpiteitä. Kaikki itsetuhoisuuden ilmaukset on otettava vakavasti. Oletus, että "se joka puhuu, ei tee", ei pidä paikkaansa.

6.1. Tamperelais- ja vantaalaisnuorten itsemurha-ajatukset vuonna 2002-2003

Tutkituista nuorista 2 % ilmaisi selkeitä itsemurhasuunnitelmia, ja lisäksi 6 % nuorista ilmaisi kuolemantouheita. Siten lähes joka kymmenes tutkituista nuorista (lukumääräisesti yhteensä lähes 300 nuorta) on riskinuria myöhemmän itsetuhoisuuden ja psyykkisen sairastavuuden suhteen. Itsetuhoisia nuoria oli yhtä paljon Tampereella ja Vantaalla.

Itsetuhoisia ajatuksia raportoivat nuoret kärsivät monenlaisista pahanolon oireista, mm. masennus, pelokkuus ja käyttäytymisen ongelmat. Itsetuhoiset nuoret kokivat terveytensä huonona, mutta vain osa heistä oli hakenut apua vaikeuksiinsa.

Itsetuhoisuuteen liittyi joitakin huomionarvoisia elämäntapahtumayhteyksiä. Vanhempien avioerojen suhteen itsetuhoisten ja ei-itsetuhoisten nuorten välillä ei ollut eroja, sen sijaan itsetuhoiset nuoret olivat kokeneet vanhemman kuoleman useammin, ja heillä oli enemmän kokemuksia muutoista. Muutot paikkakunnalta toiselle merkitsevät nuorelle usein ystävyysuhteiden katkeamisia, ja joka tapauksessa sosiaalinen verkosto muuttuu; kenties se jää uudella paikkakunnalla helposti liian ohueksi. Vanhempien avioerossa suhde pois muuttavaan vanhempaan voi säilyä, mutta vanhemman kuolema on nuorelle valtava menetys ja yleensä syvä kriisi.

Itsetuhoiset nuoret ovat nuorisopsykiatrisen tutkimuksen tarpeessa, jolloin voidaan selvittää kunkin nuoren yksilöllinen hoidon tarve. Kouluterveydenhuollossa tulee suoraan kysyä itsetuhoisista ajatuksista nuorilta, joilla on masennusoireita tai joiden toimintakyky voimakkaasti laskee tai joilla sosiaaliset suhteet ikätovereihin jäävät pois.

7. PÄIHTEET

ESPAD –tutkimuksessa (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) tarkasteltiin nuorten päihteiden käytön muutoksia vuosien 1995 ja 1999 välillä. Tutkimuksen mukaan tupakoinnissa ja alkoholinkäytössä ei tapahtunut muutoksia.

Huumeiden käytön lisääntymisestä huolimatta alkoholi säilyi 15-16-vuotiaiden suomalaisnuorten valtapäihteenä. Elinaikanaan jotain laitonta huumetta kokeilleiden tyttöjen ja poikien osuudet lisääntyivät kuitenkin merkittävästi. Muutos selittyi kannabista kokeilleiden määrän kasvulla, muita laittomia huumeita kokeilleiden osuus on hyvin pieni. Sekä tyttöjen että poikien alkoholin ja pillereiden yhteiskäyttö sen sijaan väheni tarkastelujakson aikana. (41)

Päihteiden monikäyttö on varsin tavallista. Humalakokemukset ovat yhteydessä muiden päihteiden kokeiluun. Tupakointi ja alkoholin käyttö liittyvät yhteen: lähes jokainen päivittäin tupakoiva nuori on myös ollut joskus humalassa. Suurin osa (87 %) kovia huumeita kokeilleista oli ESPAD -aineistossa kokeillut myös kannabista. Lisäksi eri päihteiden käyttö kasautui samoille nuorille. (41)

Suomessa humalahakuinen juominen on korostunut ja tämä näkyy myös nuorten juomakulttuurissa. Myös aggressiivinen ja väkivaltainen käyttäytyminen liitetään vahvasti alkoholiin. Syitä alkoholin käytön aloittamiseen ja ylläpitämiseen voivat olla esimerkiksi ongelmat kotona, syrjäytyminen, kaverisuhteet, koulupaineet, jne. Ongelmat kotona voivat johtua vaikkapa lapsen ja vanhempien huonoista väleistä tai vanhempien liiasta alkoholin käytöstä. Valitettavasti osa nuorista saa esimerkin alkoholin käyttöön kotoaan, omilta vanhemmiltaan. Mitä nuorempina alkoholin käyttö aloitetaan, sitä vakavammasta ongelmasta on kyse. Toisaalta ongelmana on sekä somaattisten (esim. sydän- ja verisuonitaudit) että psyykkisten (esim. masennus) sairauksien riskin kasvaminen. Toisaalta ongelmia aiheuttaa tämänikäisillä alkoholin vaikutus nuoruusiän kehitykseen ja sitä kautta syrjäytymisriskin kasvuun.

7.1. Tupakka, alkoholi ja huumeet Tampereella ja Vantaalla vuonna 2002-2003

Tupakointi

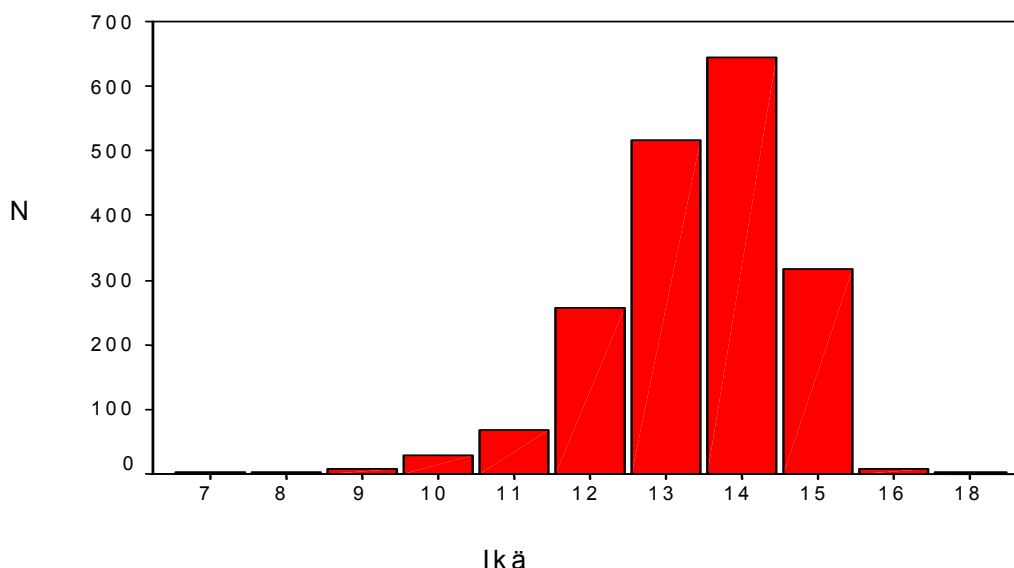
Lähes puolet nuorista ei ollut koskaan tupakoinut tai oli kokeillut vain kerran. Noin kolmasosa tutkimuksen kaikista nuorista oli polttanut yli 50 savuketta siihenastisen elämänsä aikana. Niistä nuorista, jotka ylipäänsä tupakoivat, lähes puolet tupakoi kerran päivässä tai useammin. Tupakoivien nuorten joukossa sekä Tampereella (50 %) että Vantaalla (47 %) pojat tupakoivat useammin päivittäin kuin tytöt (Tampere 43 %, Vantaa 44 %).

Alkoholi

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että noin neljännes vastaajista (27 %) ei käyttänyt alkoholia lainkaan. Tytöt olivat hiukan useammin kokeilleet sekakäyttöä kuin pojat (7 % verrattuna 6 %). 42 % nuorista *ei ollut koskaan* juonut itseään tosi humalaan. 15 % oli kuitenkin juonut itsensä tosi humalaan useammin kuin 10 kertaa. Yli 10 kertaa tosi humalaan juomista ei enää voida tulkita kokeiluksi, vaan sitä voidaan jo pitää omaksuttuna humalahakuisena juomatapana.

Ensimmäinen tosi humala koettiin keskimäärin 13,4 -vuotiaana (Kuva 1). Vantaalla 18 % ja Tampereella 16 % pojista oli ollut tosi humalassa useammin kuin 10 kertaa. Tytöt olivat kokeneet tosi humalan harvemmin kuin pojat, mutta tytöt Vantaalla olivat useammin olleet yli kymmenen kertaa tosi humalassa kuin tytöt Tampereella (15 % vs. 12 %).

Kuva 1. Kuinka vanhana joi itsensä ensimmäistä kertaa tosi humalaan.



Alkoholin juominen kerran viikossa tai useammin oli yleisempää poikien kuin tyttöjen keskuudessa (13 % vs. 10 %). Viikoittainen alkoholinkäyttö oli pojilla yhtä yleistä molemmissa kaupungeissa, mutta tyttöjen joukossa todettiin kaupunkien välinen ero: vantaalaisista tytöistä 13 % ja tamperelaisista tytöistä 8 % käytti alkoholia vähintään viikoittain. Viikoittainen alkoholinkäyttö, vaikka vähäisenkin, on tämänikäisillä huoletuttavaa ja liittyy tutkimustemme mukaan useisiin eri mielenterveysongelmiin.

Huumeet

Huumeiden käyttö oli tutkimuksen nuorilla varsin harvinaista. Koululaisista 97 prosentilla ei ollut kokemusta kovista huumeista, 87 prosentilla ei ollut hasiksenkäyttökokemuksia, 93 % ei ollut haistellut tinneriä tai liimaa ja lähes 90 %:lla ei ollut kokemusta alkoholin ja pillereiden yhteiskäytöstä. Pojista 1 % oli käyttänyt kovia huumeita 5 kertaa tai enemmän. Poikien joukossa kaupunkien välillä ei ollut eroa. Tamperelaisten tyttöjen ja vantaalaisten tyttöjen välillä kovien huumeiden kokeilussa oli eroa, sillä tamperelaisista tytöistä kaksi kertaa useampi oli käyttänyt kovia huumeita yli 5 kertaa (Tampere 0,6 %, Vantaa 0,3 %). Hasista yli viisi kertaa kokeilleiden poikien osuus oli Vantaalla 5,4 % ja Tampereella 3,5 %; tyttöillä vastaavasti 4,4 % (Vantaa) ja 2,9 % (Tampere).

Viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana huumaavia aineita (hasista, tinneriä, liimaa, alkoholia ja pillereitä yhdessä, lääkkeitä, ekstaasia, heroiniä, kokaiinia, amfetamiinia LSD:tä tms.) oli käyttänyt ainakin kerran 20 % vastaajista, yli 5 kertaa 2,4 %. Viimeksi kuluneiden 30 päivän huumekokeiluissa tai -käytössä ei ilmennyt eroja sukupuolen eikä kaupungin mukaan.

8. KOULUTYÖ JA MIELENTERVEYS

Koulukiusaaminen ja sen yhteydet mielenterveyteen

Viime vuosina kouluilla on tehty paljon työtä koulukiusaamisen ennaltaehkäisemiseksi ja kiusaamistapauksiin puuttumiseksi. Kiusatuksi tuleminen on ikävä kokemus, joka voi aiheuttaa suurtakin kärsimystä ja jättää aikuisikään asti ulottuvat jäljet. Kiusaaminen ei kuitenkaan ole vain uhrin ongelma eikä johdu vain uhrin yksilöllisistä ominaisuuksista. Jatkuva kiusaaminen koskee koko yhteisöä, jossa sitä tapahtuu ja suvaitaan. Yhteisön jäsenillä on erilaisia rooleja kiusaamisen suhteen: kiusaaja, uhri, myötäilijä jne. Sama henkilö voi toimia useissa eri rooleissa. Tutkimukset ovat yleensä keskittyneet uhreihin ja kiusattuihin. (42) Sekä kiusaamisen että kiusattuna olemisen ja erityisesti molemmissa rooleissa toimimisen on havaittu olevan yhteydessä masentuneeseen mielialaan ja itsetuhoisuuteen. (43)

Kiusaaminen näyttäytyi nyt tutkitussa aineistossa Tampereella ja Vantaalla hyvin samanlaisena ilmiönä: kiusaaminen oli yhtä yleistä eikä rooleihin (kiusaaja, uhri, kiusaaja-uhri) jakautumisessakaan ollut eroa. Suurin osa (91 %) sekä tytöistä (94 %) että pojista (88 %) koki, ettei heitä kiusata juuri koskaan eivätkä he itse kiusaa muita. Kiusaamiskokemukset olivat pojilla selvästi yleisempiä kuin tytöillä. Vähintään kerran viikossa kiusatuksi joutui noin 2 % tytöistä ja 5 % pojista. Pojat tunnustivat myös kiusaavansa muita useammin kuin tytöt: vähintään kerran viikossa muita kiusasi 5 % pojista ja 2 % tytöistä. Sekä kiusaamisen uhrina että kiusaajana toimi noin prosentti pojista ja sitäkin pienempi osuus tytöistä (0,2 %).

Eri roolit kiusaamistapahtumassa olivat eri tavoin yhteydessä vastanneiden mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön. Masentuneisuus ja sosiaalinen ahdistuneisuus liittyivät kiusattuna, uhrina olemiseen sekä molemmissa rooleissa, kiusaaja-uhrina toimimiseen. Humalajuominen puolestaan oli yhteydessä pelkästään kiusaajana ja erityisesti kiusaaja-uhrina toimimiseen.

Niistä, jotka eivät juuri koskaan kiusanneet toisia tai joutuneet kiusatuiksi masennusta esiintyi yhdeksällä prosentilla. Kiusatun roolissa olijoilla masennusta esiintyi neljänneksellä (25 %), kiusaajista lähes viidenneksellä (18 %), mutta kiusaaja-uhreista 37 prosentilla. Sosiaalista ahdistusta niistä, jotka eivät kiusaa eivätkä tule kiusatuiksi esiintyi neljällä prosentilla. Uhreista sosiaalista ahdistusta oli lähes viidenneksellä (18 %), kiusaajista miltei joka kymmenennellä (7 %) mutta kiusaaja-uhreista yli neljänneksellä (28 %).

Niistä, jotka eivät juuri koskaan kiusaa muita tai tule kiusatuiksi, 3 % joi itsensä vähintään kerran viikossa tosi humalaan. Niistäkin, joita muut kiusaavat mutta, jotka eivät itse kiusaa muita vain 4 % harrasti viikoittaista humalajuomista. Sen sijaan pelkästään kiusaajan roolissa toimivista 16 % ja kiusaaja-uhrina olevista 19 % humaltui vähintään kerran viikossa.

On ymmärrettävää, että kiusattu masentuu tai ahdistuu. Toisaalta voi olla, että masentunutta/ahdistunutta helpommin kiusataan. Kiusattu tarvitsee siis apua. Kiusaaja tuntuu kuitenkin tarvitsevan sitä vielä selvemmin. Kiusaaminen on joillekin nuorille tapa tuoda esiin pahaa oloa. Kaikkein useimmin psyykkistä hätää näyttäisivät kärsivät ne, jotka sekä toimivat kiusaajana että joutuvat itsekin kiusatuksi. Heitä on vähän mutta heidän tilanteensa kaipaa pikaista puuttumista. Kouluterveydenhoitajan ja lääkärin kannattaakin siis vaikkapa terveystarkastuksen yhteydessä kysellä kiusaamiskokemuksista. Ponnisteluja koulukiusaamisen kitkemiseksi tulee toki muutenkin jatkaa koko koulu yhteisön hyvinvoinnin vuoksi.

Kouluruokailu ja sen yhteydet mielenterveyteen

Kouluruokailu on tärkeä osa nuoren koulupäivää. Kyse ei ole pelkästään ravinnon nauttimisesta. Kouluruokailu opettaa parhaimmillaan sekä syömään terveellisesti että käyttäytymään kauniisti. Yhdessä ruokailu on myös sosiaalinen tapahtuma. Lisäksi kouluruokailu näyttää olevan yhteydessä koululaisen hyvinvointiin monella muullakin tavalla.

Tamperelaiset yhdeksäsluokkalaiset söivät useammin kouluruokaa kuin vantaalaiset: 82 % tamperelaisista, mutta vain 74 % vantaalaisista söi tarjotun kouluaterian. Yli joka kymmenes (14 %) vantaalainen jätti kouluruoan kokonaan väliin. Pojat olivat innokkaampia kouluruoan syöjiä kuin tytöt. 84 % pojista mutta vain 72 % tytöistä söi yleensä tarjotun kouluruoan. 10 % pojista ja 14 % tytöistä ei lainkaan syönyt kouluruokaa, loput tyytyivät salaattiin tai leipään.

Kouluruoan syömisen on aiemmissa tutkimuksissa havaittu olevan yhteydessä terveisiin elämäntapoihin (tupakoimattomuus, humalajuomisen välttäminen, liikunnan harrastaminen) sekä koulunkäynnin mielisiksi kokemiseen. Tässä tutkimuksessa halusimme selvittää kouluruoan syömättä jättämisen ja mielenterveysasioiden yhteyksiä.

Kouluruoan syömättä jättäminen oli tamperelaisilla ja vantaalaisilla nuorilla yhteydessä masennukseen, sosiaaliseen ahdistuneisuuteen ja humalajuomiseen. Sekä masentuneisuus että sosiaalinen ahdistuneisuus oli noin kolme kertaa yleisempää kouluruokaa syömättömillä kuin sitä nauttivilla (syömättömistä 27 % on masentuneita, 11 % ahdistuneita; ruoan nauttivista 7 % masentuneita, 3 % ahdistuneita). Tosi humalassa yli kymmenen kertaa olleita ja viikoittain itsensä humalaan juovia oli noin kaksinkertainen kouluruokaa syömättömien joukossa sen nauttiviin verrattuna.

Koulumenestys ja sen yhteydet mielenterveyteen

Tamperelaisten ja vantaalaisten kesken ei ollut merkitseviä eroja koulumenestyksessä. Keskiarvo jäi alle seitsemän noin viidenneksellä oppilaista. Vähintään yhdeksän keskiarvo oli joka kymmenennellä oppilaalla. Matalimman keskiarvot olivat merkitsevästi yleisempiä pojilla ja korkeimmat tytöillä.

Tyttöjen keskuudessa hyvä koulumenestys näytti olevan mielenterveyteen liittyviltä ongelmilta suojaava tekijä: masentuneita oli eniten (30%) alle seitsemän keskiarvon saaneilla ja masentuneiden osuus väheni keskiarvon noustessa. Sama ilmiö toistui tarkasteltaessa humalajuomista: yli kymmenen kertaa tosi humalaan itsensä juoneita tyttöjä oli eniten (31%) niiden joukossa, joiden keskiarvo ei yltänyt seitsemään ja keskiarvon noustessa yli kymmenen kertaa tosi humalan kokeneiden osuus laski. Edelleen viikoittainen humalajuominen oli yleisintä (10%) alle seitsemän keskiarvon saaneilla tytöillä. Sosiaalisella ahdistuneisuudella sen sijaan ei ollut merkitsevää yhteyttä tyttöjen koulumenestykseen, vaikka ahdistuneita löytyikin hiukan enemmän niiden joukosta, joilla keskiarvo oli 6,5 tai sen alle.

Pojilla mielenterveyden, päihteiden ja koulumenestyksen yhteys oli monimutkaisempi. Eniten ongelmia oli niillä, joiden koulu ei suju ja toisaalta niillä, jotka menestyvät koulussa erityisen hyvin. Sekä masentuneiden, että sosiaalisesti ahdistuneiden osuus oli suurin (masentuneita 13 % ja ahdistuneita 8 %) niiden poikien joukossa, joiden keskiarvo oli vähintään 9,0. Erityisen paljon ahdistuneita oli korkeimpia keskiarvoja saaneiden joukossa (17 % niistä pojista, joiden keskiarvo oli 9,5-10 oli sosiaalisesti ahdistuneita). Toisaalta poikien masennus oli yhteydessä myös mataliin keskiarvoihin. 10 % alle seiskan keskiarvon saaneista pojista oli masentuneita. Humalajuominen oli yleisintä alle seitsemän keskiarvon saaneilla. Yli kolmannes (34 %) pojista, joiden keskiarvo oli alle seitsemän, oli ollut tosi humalassa elämänsä aikana jo yli kymmenen kertaa. Joka kymmenes alle seitsemän keskiarvon saaneista pojista myös ryyppäsi itsensä tosi humalaan vähintään kerran viikossa.

Vaikuttaa siis siltä, että tytölle on hyväksi menestyä koulussa. Ilmeisesti sekä toverit, vanhemmat että opettajat antavat positiivista palautetta hyvästä koulumenestyksestä tytöille. Toisaalta hyvä koulumenestys voi suorastaan ilmentää tytön tasapainoista mieltä ja hyvinvointia: voimia riittää koulutyöhön. Hyvin menestyvä poika ei välttämättä puolestaan liene toveriensa suosikki. Joskus voi olla että pojan vanhemmat ja jopa opettajakin ehkä tiedostamattaankin antavat negatiivista palautetta "kirjaviisaudesta". Ehkäpä tästä löytyy yksi selittäjä poikien vähäisemmälle korkeakoulutuksen saavuttamiselle? Toisaalta saattaisi olla, että osa masennukseen ja ahdistuneisuuteen taipuvaisista pojista koettaa koulumenestyksellä löytää itsetunnon tukea, kun ei ehkä oireidensa takia voi saada positiivisia kokemuksia toverisuhteista.

9. YHTEENVETO JA POHDINTAA

Hyvät uutiset

Nuorten hyvinvoinnista esitetään usein huolestuneita kannanottoja. Tässäkin selvityksessä kyselimme monia negatiivisia asioita: mielenterveyden häiriöitä tai niiden oireita, koulukiusaamista ja huonoja terveystottumuksia. On kuitenkin hyvä joskus palauttaa mieliin, että suurin osa nuoristamme voi hyvin. Kyselyymme vastanneista nuorista lähes puolet oli tupakoimattomia, yli neljännes oli raittiita ja noin 90 % ei koskenut huumeisiin. Yli 90 % koki ettei heitä juuri koskaan kiusata koulussa, eivätkä he itsekään juuri koskaan kiusaa muita. Joka kymmenes oppilas menestyy koulussa niin hyvin, että saa keskiarvoksi vähintään yhdeksän. Iloitkaamme näistä tuloksista!

Tampereen ja Vantaan erot

Sakari Karvosen ja kumppaneiden tuoreessa raportissa (44) todettiin, että suomalaisnuorten fyysinen hyvinvointi ja terveystottumukset vaihtelevat suuresti kunnasta toiseen. Nyt tekemässämme, mielenterveyteen liittyvässä tutkimuksessa havaittiin varsin vähän eroja tamperelais- ja vantaalaisnuorten kesken. Tutkitut mielenterveyden häiriöt (masennus, sosiaalinen ahdistus, syömishäiriöt) olivat yhtä lukuun ottamatta yhtä yleisiä Tampereella ja Vantaalla: Vantaalaisilla nuorilla oli masennusta enemmän (12 %) kuin tamperelaisilla (8 %).

Terveystottumuksissa eroja löytyi enemmän, useimmat tamperelaisten eduksi: Tampereella nuoret söivät kouluruoan useammin, pienempi osa oli omaksunut humalahakuisen juomatavan (ollut yli 10 kertaa tosi humalassa) tai kokeillut hasista yli viisi kertaa ja pienempi osa tytöistä käytti alkoholia joka viikko. Toisaalta tamperelaistytöistä useampi oli kokeillut kovia huumeita kuin vantaalaistytöistä.

Mistä erot kuntien välillä voisivat johtua? Kuntatason eroja on maailmallakin tutkittu hyvin niukasti, Suomessa vielä vähemmän. Aluksi mainitussa Karvosen ja kumppaneiden tutkimuksessa havaittiin, että kuntatason erot selittivät paremmin nuorten terveyskäyttäytymistä kuin terveyttä. Havaittuihin kuntatason eroihin masennuksen esiintyvyydessä tekijät eivät löytäneet selittäviä syitä kuntien erilaisista ominaisuuksista.

Tyttöjen ja poikien väliset erot

Kuten aiemmissa, mielenterveyden häiriöitä koskevissa tutkimuksissakin, masennus, sosiaalinen ahdistuneisuus ja syömishäiriöt olivat yleisempiä tytöillä kuin pojilla. Sekä tytöillä että pojilla esiintyi aggressiivisuutta kuvaavia käyttäytymispiirteitä mutta tyttöjen ja poikien aggressiivisuus näyttäytyi erilaisena: tytöt raportoivat enemmän sellaisia ilmiöitä, jotka kuvaavat sisäistä maailmaa (olen kateellinen, mielialani

vaihtelee), kun taas pojat tunnustivat avoimesti ilmeneviä aggressiivisia piirteitä (rikkoo toisten tavaroita, käy päälle, uhkailee). Nämä nuorten kuvaukset ovat samansuuntaisia kuin aikaisemmat havainnot tyttöjen ja poikien aggressiivisuuden erilaisesta luonteesta.

Sen sijaan rikekäyttäytymisestä nyt saadut tutkimustulokset eroavat aikaisemmista tutkimuksista, joissa poikien on yleensä todettu tekevän tyttöjä huomattavasti enemmän rikkeitä. Tässä tutkimuksessa sukupuolten välinen ero oli merkittävä vain kotoa varastelussa ja epäsosiaalisten kavereiden kanssa liikkumisessa. Ero tutkimustulosten välillä voi johtua esim. käytetyistä tutkimusmenetelmistä ja siitä, miten rikekäyttäytyminen on kussakin tutkimuksessa määritetty. Toisaalta suomalainen tasa-arvoisuus on saattanut tässä kääntyä tyttöjä vastaan: tytöt ovat tasa-arvoistuneet omaksumalla aikaisemmin vain pojille tyypillisiä ongelmakäyttäytymisen muotoja.

Vaikka tyttöjen ja poikien erot päihteiden käytössä ovatkin aiempien tutkimusten mukaan tasoittumassa, yhdeksäsluokkalaiset poikien tupakointi ja alkoholinkäyttö ovat tässä aineistossa tyttöjä huolestuttavammalla tolalla: pojat tupakoivat päivittäin ja juovat alkoholia viikoittain useammin kuin tytöt.

Kouluun liittyvistä asioista koulukiusaaminen ja sen uhriksi joutuminen on pojilla tyttöjä tavallisempaa. Pojille edullinen tulos sen sijaan on se, että he syövät kouluruokaa innokkaammin kuin tytöt.

Suosituks

Koulu ei ole lapsille ja nuorille ainoastaan oppimisympäristö. Se on yhteisö, jonka jäsenyydellä on monenlaisia terveysvaikutuksia. Oppiminen itsessään voi antaa onnistumisen elämyksiä ja siten olla hyvän mielenterveyden rakennusosa. Opettaja voi toimia rajoja asettavana aikuisena, jota lapsella ei ehkä kotona ole tarjolla. Koulussa myös opetetaan asioita, joiden tietäminen auttaa lasta ja nuorta oman terveyden säilyttämisessä. Lisäksi koululaisilla on käytettävissään juuri heidän ongelmiansa ennaltaehkäisyyn ja hoitoon erikoistunut terveydenhuollon toimipiste: kouluterveydenhuolto. Sekä opettajia, oppilaiden vanhempia että kouluterveydenhuollon edustajia varten olemme koonneet tähän viimeiseen lukuun ohjeita, jotka perustuvat tämän tutkimuksen tuloksiin, kirjallisuuteen ja käytännön kokemuksiin.

1. Muista masennuksen mahdollisuus! Masennus alentaa koulusuoriutumista ja sosiaalista toimintakykyä. Masennus ei silti aina näy päällepäin. Erityisesti lapsilla ja nuorilla myös hermostuneisuus ja äkkipikaisuus voivat kieliä masennuksesta.

Masennuksen tunnistaminen ja hoito ehkäisee itsemurhia. Itsemurha-ajatukset eivät ole harvinaisia lapsilla ja nuorillakaan. Ajatuksista saat selon vain kysymällä niistä: itsemurha-ajatusten vaivaama lapsi tai nuori helpottuu, kun voi puhua niistä ja saada apua. Ei ole mitään syytä olettaa, että puhuminen innostaisi itsemurhaan tai että puhumatta jättäminen suojaisi siltä. Jos epäily herää, kysy (mutta valmistaudu kestäämään se, että lapsi tai nuori ilmaisee haluavansa kuolla), kuuntele ja auta etsimään apua!

Kouluterveydenhuollossa masennuksen ja itsetuhoisuuden tunnistamisen avuksi kannattaa ottaa käyttöön hyväksi havaittu, helposti tulkittava masennusmittari (kuten BDI, jonka käyttöä on kuvattu Duodecimin kustantamassa Kouluterveydenhuolto-kirjassa).

2. Ehkäise syömishäiriöitä. Perheen yhteinen ateria kotona antaa tilaisuuden kiinnittää huomiota nuoren syömiseen. Säännöllinen ateriarytmi (aamiainen kotona, kouluruoan syöminen koulussa) auttaa ehkäisemään ahmimista. Sekä koulussa että kotona on syytä muistuttaa nuoria siitä, että terveellinen laihduttaminen ei tarkoita aterioista pidättäytymistä eikä oksentaminen ole terveellinen (eikä edes tehokas) laihdutuskeino.

3. Kiinnitä huomiota aggressiiviseen käytökseen! Joskus kyseessä voi olla vaikkapa elämänmuutoksen aiheuttama oireilu, joskus taitojen puute: turhautumista ja konflikteja ei ole opittu ratkaisemaan rakentavalla tavalla. Jatkuva ja monimuotoisena ilmenevä aggressiivisuus on kuitenkin huolestuttavaa ja edellyttää nuoren tilanteen arvioimista ja mahdollisesti hoitokontaktia.

4. Puutu rikkeisiin! Runsaasti rikkeitä tekevät nuoret ovat muita suuremmissa riskissä syrjäytyä jatko-opiskelusta ja työelämästä. Nuoruusiän rikekäyttäytyminen voi johtaa myös vuosia kestäväan rikoskierteeseen. Varhainen puuttuminen nuoren rikekäyttäytymiseen voi katkaista tämän kierteen. Nuoren ympärillä olevat aikuiset ovat avainasemassa rikekäyttäytymiseen puuttumisessa.

5. Selvitä koulukiusaamistapaukset! Kaikissa kouluissa esiintyy koulukiusausta. Kun sitä esiintyy, siihen on puututtava. Kiusaaminen on ryhmäilmiö, jossa myös katsojilla on osuutensa. Koko luokan kanssa on hyvä keskustella siitä, kuinka kiusaaminen saadaan loppumaan. Kiusaajalla tai kiusatulla saattaa olla ongelmia, jotka on selvitettävä ja joihin on tarvittaessa etsittävä apua. Kiusaajan on silti otettava vastuu teostaan.

LÄHTEET

1. Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Rantanen P, Rimpelä M. Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Soc Sci & Med* 2003; 57:1055-64

2. Kandel D, Johnson J, Bird H, Canino G, Goodman S, Lahey B, Regier D, Schwab-Stone M. Psychiatric Disorders Associated with Substance Use Among Children and Adolescents: Findings from the Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. *J Abnorm Child Psychology* 1997; 25(2):121-32

3. Laukkanen E, Shemeikka S, Notkola I-L, Koivumaa-Honkanen H, Nissinen A. Externalizing and internalizing problems at school as signs of health-damaging behaviour and incipient marginalization. *Health Prom Internat* 2002; 17(2):139-46

4. Torikka A, Kaltiala-Heino R, Rimpelä A, Rimpelä M, Rantanen P. Depression, drinking, and substance use among 14- to 16-year-old Finnish adolescents. *Nord J Psychiatry* 2001, 55: 351-7
5. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 837-44
6. Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J. Depressive Symptoms in Adolescence as Predictors of Early Adulthood Depressive Disorders and Maladjustment. *Am J Psychiatry* 2002; 159(7):1235-7
7. Fergusson D, Woodward L. Mental Health, Educational and Social Role Outcomes of Adolescents with Depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59(3):225-31
8. Vermeiren R. Developmental theory on juvenile delinquency. In *Delinquents disordered? Psychopathology and neuropsychological deficits in delinquent adolescents*. Universiteit Antwerpen 2002
9. Kessler R, Avenevoli S, Merikangas K. Mood Disorders in Children and Adolescents: An Epidemiologic Perspective. *Biol Psych* 2001; 49:1002-14
10. Pezawas L, Wittchen H-U, Pfister H, Angst J, Lieb R, Kasper S. Recurrent brief depressive disorder reinvestigated: a community sample of adolescents and young adults. *Psychol Med* 2003; 33(3):407-18
11. Lukkari O, Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P. Nuorten kokema avuntarve ja hoitoon hakeutuminen masentuneisuuden vuoksi. *Suom Lääkäril* 1998; 53 (15): 1765-8
12. Sourander A, Helstelä L, Ristikari T, Ikäheimo K, Helenius H, Piha J. Child and adolescent mental health service use in Finland. *Soc Psych & Psych Epidem* 2001; 36:294-8
13. Puig-Antich J, Lukens E, Davies M, Goetz D, Brennan-Quattrock J, Todak G. Psychosocial functioning in prepubertal major depressive disorders: II. Interpersonal relationships after sustained recovery from affective episode. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42(5): 511-17
14. Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Are adolescents changed by an episode of major depression? *J Am Acad Child & Adolesc Psychiatry* 1994; 33(9):1289-98
15. Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J. Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R Axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48(9):834-9

16. Pelkonen M, Marttunen M, Pulkkinen E, Laippala P, Aro H. Characteristics of out-patient adolescents with suicidal tendencies. *Acta Psych Scand* 1997; 95(2): 100-7
17. AACAP Official Action, Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child&Adolesc Psychiatry* 1997; 36(suppl): 122-39
18. Fleming J, Offord D. Epidemiology of childhood depressive disorders: a critical review. *J Am Acad Child & Adolesc Psychiatry* 1990; 29(4): 571-80
19. Garrison C, Addy C, Jackson K, McKeown R, Waller J. Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *Am J Epidemiology* 1992; 135(7): 792-802
20. Lewinsohn P, Hops H, Roberts E, Seeley J, Andrews J. Adolescent psychopathology:I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in High School students. *J Abnorm Psychol* 1993; 102(1): 133-44
21. Ehrenberg M, Cox D, Koopman R. The prevalence of depression in high school students. *Adolescence* 1990; 100: 905-12
22. Olsson G, von Knorring A-L. Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences. *Acta Psych Scand* 1997; 95: 277-82
23. Raitasalo R. Elämänhallinta sosiaalipolitiikan tavoitteena. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 1. Helsinki 1995
24. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Laippala P. Finnish Modification of the 13-item Beck Depression Inventory in screening an adolescent population for depressiveness and positive mood *Nord J Psychiatry* 1999;53: 451-7
25. Beidel D, Turner S, Morris T. Psychopathology of childhood social phobia. *J Am Acad Child &Adolesc Psychiatry* 1999; 38:643-50
26. La Greca AM, Stone WL. The Social Anxiety Scale for Children-Revised: Factor structure and concurrent validity. *J Clin Child Psychol* 1993; 22:17-27
27. Wittchen H-U, Stein M, Kessler R. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med* 1999; 29:309-23
28. Wittchen H-U, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *The Psychiatric Clinics of North America* 2001; 24:617-41
29. Zimmermann P, Wittchen H-U, Höfler M, Pfister H, Kessler RC, Lieb R. Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychol Med* 2003; 33:1211-22

30. Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Foa E, Weisler RH Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *Br J Psychiatry* 2000; 176:379-86
31. Keski-Rahkonen A, Hoek H, Treasure J. Näkökulmia anoreksian ja bulimian esiintyvyyteen ja riskitekijöihin. *Duodecim* 2001;47:863-8
32. Kaltiala-Heino R, Rissanen A, Rantanen P, Rimpelä M. Bulimia in middle adolescence: more common than thought? *Acta Psychiatr Scand* 1999;100:33-9
33. Ritakallio M, Kaltiala-Heino R, Pelkonen M, Marttunen M. Voiko nuorten käytöshäiriöitä ehkäistä? *Duodecim* 2003;119:1752-60
34. Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA school-age forms and profiles. Burlington VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families 2001
35. Junger-Tas, J., Terlouw, G. and Klein, M. (toim). Delinquent behavior among young people in the western world: first results of the international self-report delinquency study. Amsterdam: RDC, Ministry of Justice 1994
36. Kivivuori, J. Nuoret rikosten tekijöinä ja uhreina. Oikeuspoliittinen tutkimuslaitos. Julkaisuja 188. Helsinki: Hakapaino Oy 2002
37. Rutter, M., Giller, H. and Hagell, A. Antisocial Behavior by Young People. New York: Cambridge University Press 1998.
38. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *Br Med J* 1999; 319(7): 348-51
39. Torikka A, Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Rimpelä A, Rantanen P, Rimpelä M. Drinking, other substance use and suicidal ideation in middle adolescence: a population study. *J Substance Use* 2002; 7:237-43
40. Lönnqvist J, Henriksson M, Isometsä E, Marttunen M, Heikkinen M. Itsetuhokäyttäytyminen ja itsemurhat. Kirjassa Lönnqvist ym. (toim) *Psykiatria*. Kustannusosakeyhtiö Duodecim, Helsinki, 2001.
41. Ahlström S, Metso L, Tuovinen E-L. ESPAD 1995 and 1999 Country Report Finland. *Stakes Themes* 1/2001
42. Salmivalli Christina. Koulukiusaaminen ryhmäilmionä. *Gaudeamus*. Tammer-Paino Oy. Tampere 1998
43. Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Rimpelä R. Koulukiusaaminen, masentuneisuus ja itsetuhoajatukset. *Suom Lääkäril* 1998; 24: 2543-9

44. Karvonen, Sakari; Rimpelä, Matti; Luopa, Pauliina. Kuntien väliset erot lasten ja nuorten terveydessä ja terveystottumuksissa. Peruseraportti 2000-2002. Stakes Tutkimuksia 131. Gummerus Saarijärvi 2003.

TYÖRYHMÄMME JULKAISEMAA KIRJALLISUUTTA NUORTEN MIELENTERVEYDESTÄ

Aalto-Setälä T, Marttunen M, Pelkonen M. Nuorten päihdehäiriöiden varhaistunnistaminen. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto. <http://www.ktl.fi/oppaita/depressio/paihdehairiot> 2003

Haarasilta L, Marttunen M. Nuorten depression varhaistoteaminen. Promo 17. Terveiden edistämisen lehti. Huhtikuu 2/2001.

Haarasilta L, Marttunen M. Nuorten depressioiden varhaistunnistus: Teoriasta käytäntöön. Kansanterveys - The Bulletin of National Public Health Institute 2000(10): 4-9.

Haarasilta L, Aalto-Setälä T, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten depressio: esiintyvyys, komorbiditeetti ja palvelujen käyttö. Suom Lääkäril 2000;55:2635-40.

Haarasilta L, Marttunen M. Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto, Terveiden edistämisen keskus. Helsinki 2000. ISBN 951-740-182-5
<http://www.ktl.fi/publications/2001/nuortendepressio>

Haarasilta L, Marttunen M. Nuorten masennus. Tietoa nuorille ja heidän perheilleen. Kansanterveyslaitos, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto, Terveiden edistämisen keskus. Helsinki 2000. ISBN 951-740-184-1
<http://www.ktl.fi/publications/2001/nuortenmasennus>

Haarasilta L, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten itsetuhokäyttämisen tunnistaminen ja arviointi. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto. <http://www.ktl.fi/oppaita/2002/nuortenitsetuhokayttaytyminen>

Kaltiala-Heino R, Poutanen P, Kilkku N, Rimpelä M. Runsaiden koulupoissaolojen yhteys mielenterveyden ongelmiin yläasteikäisillä nuorilla. Suom Lääkäril 2003;14:1677-84

Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Rimpelä A. Koulukiusaaminen, depressiivisyys ja itsetuhoajatukset. Suom Lääkäril 1998;53:2643-9

Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P. Mielialakysely (R-BDI) Nuorten mielialan mittaamisessa. Suom Lääkäril 1998;34:3891-8

Lukkari O, Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P. Nuorten kokema avun tarve ja hoitoon hakeutuminen masentuneisuuden vuoksi. Suom Lääkäril 1998;53:1765-8

Marttunen M: Nuorten depressio hoidettava ajoissa. Kansanterveys - The Bulletin of National Public Health Institute 1996(6):13.

Marttunen M: Masentunut nuori masentuu aikuisenakin. Kansanterveys - The Bulletin of National Public Health Institute 1998(10):11.

Marttunen M: Mielialahäiriöiden tunnistaminen nuoruusiässä. Suom Lääkäril 1996; 51:2701-7.

Marttunen M, Pelkonen M. Nuorten masennustilat - vakavampia kuin on uskottu. Suom Lääkäril 1998;53:3387-92.

Marttunen M, Haarasilta L. Nuorten masennus. Therapia Fennica 2003 (in press).

Pelkonen M, Marttunen M. Käytösongelmaisten nuorten avohoito keskeytyy usein. Kansanterveys 1999(7):11.

Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Nuoruusiän masennusoireet ja psykososiaaliset vaikeudet altistivat varhaisaikuisuuden masennukselle. Kansanterveys 2002 (7):2.

Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten ahdistuneisuushäiriöt. Duodecim 2001;117:1225-32.

Ritakallio M, Kaltiala-Heino R, Pelkonen M, Marttunen M. Miten ehkäistä nuorten käytöshäiriöitä? Katsausartikkeli. Duodecim 2003, 119, 1752-60.

Torikka A, Rimpelä M, Kaltiala-Heino R, Rantanen P. Masentuneisuus ja päihteiden käyttö nuoruusiässä. Suom Lääkäril 1999: 54:3377-81