

**SOSIAALISEN TUEN YHTEYS NUORTEN KOETTUUN OIREILUUN
WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia**

Emmi Reinilä

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Syksy 2019

TIIVISTELMÄ

Reinilä, E. 2019. Sosiaalisen tuen yhteys nuorten koettuun oireiluun. WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 61 s., 9 liitettä.

Nuorten oireilu on yleistä. Vuonna 2014 maailmanlaajuisesti joka kolmas nuori oireili toistuvasti, eli koki kahta tai useampaa oiretta useammin kuin kerran viikossa. Koetulla oireilulla on havaittu olevan sekä lyhyen että pitkän aikavälin vaikutuksia hyvinvointiin. Nuorten oireilun tausta voi olla moninainen. Se voi olla seurausta esimerkiksi nuoruuden kypsymättömyydestä tai patologisista sairauksista. Myös sosiaaliseen kontekstiin liittyvät tekijät voivat lisätä nuorten oireilua. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten sosiaalinen tuki on yhteydessä koettuun oireiluun 13- ja 15-vuotiailla nuorilla.

Tutkimuksen aineistona käytettiin vuonna 2014 Suomessa kerättyä WHO-Koululaistutkimuksen osa-aineistoa. Aineistossa oli mukana 13- ja 15-vuotiaat suomenkielissä kouluissa opiskelevat nuoret (n=3853). Koettua oireilua tarkasteltiin toistuvana oireiluna, eli kahta tai useampaa oiretta koettiin useammin kuin kerran viikossa. Sosiaalista tukea tarkasteltiin perheeltä (perheen tuki, kommunikointi, äidin ja isän kiinnostus), opettajilta, ystäviltä sekä luokkatovereilta saadun tuen näkökulmasta. Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmistolla. Tilastollisissa analyyseissä käytettiin frekvenssijakaumia, ristiintaulukointia, khiin neliötestiä sekä binääristä logistista regressioanalyysiä.

Tulosten mukaan noin joka kolmas 13- ja 15-vuotias nuori oireili toistuvasti. Tytöillä toistuva oireilu oli yleisempää kuin pojilla. Sosiaalinen tuki oli yhteydessä toistuvaan oireiluun sekä pojilla että tytöillä molemmissa ikäryhmissä lähes kaikkien tarkasteltujen sosiaalisen tuen muotojen suhteen. Heikompaa sosiaalista tukea kokeneet nuoret oireilivat toistuvasti yleisemmin kuin vahvempaa sosiaalista tukea kokeneet nuoret. Pojilla toistuvan oireilun todennäköisyyttä lisäsivät heikompi tuki perheeltä, opettajilta ja luokkatovereilta sekä vaikea kommunikointi vanhemman kanssa ja isän heikompi kiinnostus. Tytöistä heikompaa tukea perheeltä, opettajilta, ystäviltä ja luokkatovereilta sekä vaikeaa kommunikointia vanhemman kanssa kokeneet oireilivat todennäköisemmin kuin vahvempaa tukea kokeneet.

Tämän tutkimuksen perusteella nuorten kokema sosiaalinen tuki on yhteydessä koettuun oireiluun. Tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa. Tulevaisuudessa nuorten oireilua ja heidän saamaansa sosiaalista tukea tulisi tarkastella myös pitkittäistutkimusten avulla kausaaliteetin tutkimiseksi. Sosiaalisen tuen merkitystä olisi tärkeää korostaa niin kasvatuksessa, koulutuksessa kuin terveyden edistämisen ohjelmissa nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi ja mahdollisesti myös oireilun vähentämiseksi.

Asiasanat: opettajat, nuori, sosiaalinen tuki, terveys, vanhemmat, ystävät

ABSTRACT

Reinilä, E. 2019. The association between social support and adolescents' subjective health complaints. Results of the HBSC study. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 61 pp., 9 appendices.

The subjective health complaints among adolescents are common. Worldwide every third adolescent experienced multiple health complaints in 2014, which means they experienced two or more symptoms more than once a week. Subjective health complaints have both short and long-term effects on well-being. The causes of subjective health complaints can be diverse. For example, adolescence's immaturity or pathological diseases can cause them. The factors relating to the social context can also increase adolescents' health complaints. The aim of this study was to examine the association between social support and subjective health complaints among 13- and 15-year-old adolescents.

The data used in this study was a part of the Health Behavior of School-aged Children study (HBSC) collected in 2014 in Finland. The data included 13- and 15-year-olds students from Finnish-speaking schools (n= 3853). The subjective health complaints were examined as multiple health complaints i.e. two or more health complaints were experienced more than once a week. The social support was examined from the perspective of the support perceived from family (family support, communication, mother's and father's interest), teachers, friends and classmates. The data was analyzed with IBM SPSS Statistics 24 software. Analyzes included frequency distribution, cross-tabulation, chi-square test and binary logistic regression.

About every third 13- and 15-year-old had repeated health complaints. Multiple health complaints were more common among girls than boys. Social support was associated with multiple health complaints in boys and girls in both age groups with almost all forms of social support examined. Adolescents who perceived lower social support had more multiple health complaints than adolescents who perceived higher social support. In boys, the likelihood of experiencing multiple health complaints was increased, if they perceived lower support from family, teachers and classmates, felt communication with parent difficult or felt than father's interest was lower. Girls, who perceived lower social support from family, teachers, friends and classmates or felt communication with parent difficult, were more likely to have multiple health complaints than those girls who perceived higher social support.

According to this study, adolescents' perceived social support is associated with subjective health complaints. The results were in line with previous studies. In the future longitudinal study is needed to examine the causality between social support and health complaints. The meaning of social support should be emphasized in parenting, education and health promotion to promote adolescents' wellbeing and potentially to prevent subjective health complaints.

Key words: adolescent, friends, health, parents, social support, school teachers

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
2 NUORTEN KOETTU OIREILU	3
2.1 Koetun oireilun määritelmä	3
2.2 Nuorten oireilun yleisyys.....	4
2.3 Nuorten oireilun syyt.....	5
3 SOSIAALINEN TUKI.....	7
3.1 Sosiaalisen tuen määritelmä ja mittaaminen.....	7
3.2 Sosiaalisen tuen muodot ja lähteet nuorilla	8
4 SOSIAALISEN TUEN YHTEYS NUORTEN HYVINVOINTIIN	12
4.1 Nuorten hyvinvointi ja sosiaalinen tuki.....	12
4.2 Nuorten oireilu ja sosiaalinen tuki	16
4.2.1 Aiemmissä tutkimuksissa käytetyt mittarit	21
4.2.2 Aiempien tutkimusten laatu ja yhteenveto.....	22
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	26
6 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT	27
6.1 Aineiston kuvaus	27
6.2 Mittareiden kuvaus	28
6.3 Aineiston analyysimenetelmät	31
7 TULOKSET.....	33
7.1 Nuorten koettu oireilu.....	33
7.2 Nuorten kokema sosiaalinen tuki	34

7.3	Sosiaalisen tuen ja koetun oireilun yhteys	37
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	43
8.1	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	48
8.2	Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheita	50
	LÄHTEET	52
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Nuorten oireilu on yleistä. Vuonna 2014 maailmanlaajuisesti keskimäärin joka kolmas 13-vuotias ja neljä kymmenestä 15-vuotiaasta oireili toistuvasti, eli koki kahta tai useampaa oiretta useammin kuin kerran viikossa, kansainvälisen Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) -tutkimuksen mukaan (Ottová-Jordan ym. 2016). Suomessa vuonna 2015 toteutetun Kouluterveyskyselyn mukaan lähes joka viides 8.- ja 9.-luokkalaisista oli kokenut päivittäin vähintään kahta erilaista oiretta, kuten niska-hartiasärkyä, vatsakipua, alaselkäkipua tai ärtyneisyyttä (Wiss ym. 2017). Nuorilla fyysinen ja psyykinen oireilu voivat aiheuttaa poissaoloja koulusta sekä yleisesti vaikuttaa negatiivisesti nuoren hyvinvointiin (Roth-Isigkeit ym. 2005; Saps ym. 2009). Nuorten oireilulla voi olla myös pitkäkestoisia terveysvaikutuksia, jotka saattavat jatkua aikuisuuteen asti esimerkiksi mielenterveysongelmien muodossa (Kinnunen ym. 2010).

Nuorten oireilun taustalla voi olla useita syitä. Se voi olla seurausta murrosiän normaalista kypsyvämmästä (Aalberg 2016), patologisista sairauksista (Eriksen & Ihlebæk 2002) tai tunne-elämän tai psykososiaalisen elämäntilanteen vaikeuksista (Erkolahti & Ebeling 2016b). Syiden monimuotoisuuden vuoksi oireilua kuvataan tutkimuskirjallisuudessa ajoittain koetun oireilun käsitteellä, jolla tarkoitetaan yksilön oireilua joko diagnoosin kanssa tai ilman (Haugland & Wold 2001). Käsite on neutraali, sillä se ei ota kantaa oireilun etiologiaan eikä kausaalisten biologisten tai psyykkisten mekanismien suuntaan (Eriksen & Ursin 2002).

Käyttäytymiseen ja sosiaaliseen kontekstiin liittyvät tekijät voivat lisätä nuorten oireilua (Ottová-Jordan ym. 2015). Esimerkiksi kiusaamisen (Gini & Pozzoli 2009; Gini & Pozzoli 2013) ja yksinäisyyden (Lyyra ym. 2018) on havaittu olevan yhteydessä nuorten oireiluun. Myös ympäröivällä kulttuurilla ja tavoilla voi olla suuri rooli oireilun aiheuttajina. Esimerkiksi perheen sisäiset negatiiviset ja niukat tunneilmaisut saattavat lisätä oireilua (Erkolahti & Ebeling 2016a). Psykososiaaliset tekijät voivat vaikuttaa erillisten oireiden esiintyvyyden lisäksi erilaisten oireiden kokonaismäärään (Erkolahti & Ebeling 2016b).

Myös sosiaalisen tuen on havaittu olevan yhteydessä lasten ja nuorten hyvinvointiin (Chu ym. 2010). Sosiaalisella tuella tarkoitetaan sosiaalisista suhteista saatavia voimavaroja, joilla on vaikutusta myös yksilön terveyteen ja hyvinvointiin (Cohen & Syme 1985). Lapsuudessa ja nuoruudessa sosiaalista tukea saadaan usein lähiaikuisilta ja ystäviltä, mutta nuoruudessa erityisesti ikätoverien tuki nousee merkittävään asemaan (Bokhorst. ym. 2010).

Sosiaalisen tuen ja nuorten oireilun yhteyttä on tutkittu kansainvälisesti painottuen pääosin vanhemmilta ja vertaisilta saadun tuen näkökulmaan (Simetin ym. 2009; Freeman ym. 2011; Ottova ym. 2012; Almqvist ym. 2013; Petanidou ym. 2013; Bergström ym. 2014; Lazzeri ym. 2014; Petanidou ym. 2014; Fridh ym. 2015; Ottová-Jordan ym. 2015; Hagquist ym. 2016). Suomessa aihetta ei ole tutkittu lähivuosina. Tässä tutkimuksessa sosiaalista tukea tarkastellaan perheeltä, ystäviltä, luokkatovereilta ja opettajalta saadun tuen näkökulmasta. Aihe on merkittävä, sillä nuorten oireilu on yleistä ja oireilulla voi olla merkittäviä lyhyen ja pitkän aikavälin seurauksia nuoren elämään ja hyvinvointiin. Ympäristöstä saatavan sosiaalisen tuen avulla oireilua voidaan pyrkiä ennaltaehkäisemään tai vähentämään, esimerkiksi kasvatuksen, koulutuksen ja terveyden edistämisen ohjelmien kautta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten sosiaalinen tuki on yhteydessä 13- ja 15-vuotiaiden nuorten koettuun oireiluun. Tutkimuksen aineistona käytetään Suomessa vuonna 2014 kerätyn WHO-Koululaistutkimuksen osaineistoa.

2 NUORTEN KOETTU OIREILU

2.1 Koetun oireilun määritelmä

Koettu oireilu viittaa yksilön kokemiin oireisiin joko diagnoosin kanssa tai ilman (Haugland & Wold 2001). Se voi vaihdella satunnaisesta säännölliseen oireiluun ja se voi pahimmillaan heikentää yksilön jokapäiväistä toimintakykyä (Ottová-Jordan ym. 2015). Oireilulla voi olla yksilön terveyteen pitkään kestäviä vaikutuksia, jotka saattavat jatkua aikuisuuteen asti esimerkiksi mielenterveysongelmien muodossa (Steinhausen & Wikler Metzke 2007; Kinnunen ym. 2010). Nuorilla fyysinen ja psyykkinen oireilu voivat aiheuttaa poissaoloja koulusta ja aggressiivista käyttäytymistä sekä yleisesti vaikuttaa negatiivisesti nuoren hyvinvointiin (Roth-Isigkeit ym. 2005; Saps ym. 2009; Erkolahti & Ebeling 2016b). On myös havaittu, että useammin oireita kokevat nuoret tuntevat itsensä harvemmin erittäin terveeksi (Välimaa 2000).

Koettua oireilua kutsutaan usein psykosomaattiseksi oireiluksi, jos oireilun taustalta ei löydetä fyysistä sairautta (Natvig ym. 1999). Tällöin kipuilu voi kertoa tunne-elämän tai psykososiaalisen elämäntilanteen vaikeuksista (Ebeling & Erkolahti 2016b). Psykosomaattinen oireilu jaetaan määritelmänsä mukaan fyysiseen (päkipu, mahakipu, selkäkipu ja huimaus) ja psyykkiseen oireiluun (alakuloisuus, hermostuneisuus, ärtyneisyys ja univaikeudet) (Natvig ym. 1999). Äärimmäisessä muodossaan psykosomaattisia oireita kuvataan somatisaatiohäiriönä (Eriksen & Ihlebæk 2002). Huttunen (2017) mukaan somatisaatiohäiriössä henkilö on kärsinyt vähintään kahden vuoden ajan erilaisista ruumiillisista oireista, jotka eivät ole selitettävissä minkään ruumiillisen sairauden perusteella. Somatisaatiohäiriö (ICD-10-diagnosikoodi F45.0) on diagnostisena käsitteenä suhteellisen uusi, vaikka oirekuvana se onkin vanha ja siitä on aikojen saatossa käytetty useita eri nimikkeitä (Huttunen 2017).

Nuorten oireilua nimitetään tutkimuskirjallisuudessa vaihdellen koetuksi oireiluksi ja psykosomaattiseksi oireiluksi, vaikka sisällöllisesti nämä käsitteet eroavatkin toisistaan. Koettu oireilu on neutraali termi, sillä se ei ota kantaa oireiden etiologiaan eikä kausaalisten biologisten tai

psykkisten mekanismien suuntaan (Eriksen & Ursin 2002). Tässä tutkimuksessa oireilu käsitetään koetuksi oireiluksi, sillä tutkimuksessa ei kartoiteta nuorten oireilun taustalla olevia syytekijöitä tai kausaaliteettien suuntaa.

2.2 Nuorten oireilun yleisyys

Maailmanlaajuisesti keskimäärin 33 %:lla 13-vuotiaista ja 39 %:lla 15-vuotiaista oli toistuvia oireita vuonna 2014 kansainvälisen HBSC -tutkimuksen mukaan 44 maan osalta (Ottová-Jordan ym. 2016). Suomessa toteutetun Kouluterveyskyselyn mukaan vuonna 2015 vajaa viidesosa 8.- ja 9.-luokkalaisista oli kokenut päivittäin vähintään kahta erilaista oiretta, kuten niskahartiasärkyä, vatsakipua, alaselkikipua tai ärtyneisyyttä (Wiss ym. 2017). Vuonna 2017 yksittäisistä oireista päänsärkyä ja univaikeuksia koki noin joka kolmas 8.- ja 9.-luokkalainen viikoittain (THL 2018a). Simonsen ym. (2016, 19–24) ovat tutkineet 11-, 13- ja 15-vuotiaiden suomalaisnuorten koetun oireilun kehitystä vuosien 1994–2014 aikana. Oireilu jaettiin tarkastelussa somaattiseen eli fyysiseen ja psyykkiseen oireiluun. Kahta tai useampaa somaattista oiretta useammin kuin kerran viikossa kokevien lasten ja nuorten osuus on kasvanut Suomessa vuosina 1994–2014, ja tulos on hälyttävä etenkin tyttöjen osalta (Simonsen ym. 2016, 19–24).

Nuorten oireilussa on eroa iän, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman suhteen. Tytöt raportoivat enemmän oireilua kuin pojat, mikä on havaittu sekä kansainvälisesti (Holstein ym. 2009; Ottová-Jordan ym. 2015) että Suomessa (Wiss ym. 2017). Oireilun on myös havaittu lisääntyvän lapsilla ja nuorilla iän myötä (Holstein ym. 2009; Ottová-Jordan ym. 2015). Tyttöjen runsaampaa oireilua on selitetty muun muassa sillä, että tyttöjen voi olla sosiaalisesti hyväksyttävämpää raportoida oireita verrattuna poikiin, ja ero oireiden hyväksyttävyydessä tyttöjen ja poikien välillä voi lisääntyä iän myötä (Hetland ym. 2002).

Tutkimusten mukaan matalan tulotason perheissä nuoret oireilevat toistuvasti useammin verrattaessa korkeamman tulotason perheisiin (Holstein ym. 2009; Ottová-Jordan ym. 2016). Myös Suomessa toteutetussa Kouluterveyskyselyssä havaittiin, että kahta tai useampaa oiretta päivittäin esiintyi jopa neljä kertaa useammin sellaisilla nuorilla, joilla oli perheessä taloudellisia vai-

keuksia (Wiss ym. 2017). Kansainvälisessä vertailussa on havaittu lisäksi yhteiskunnan taloudellisen tilanteen vaikuttavan oireilun yleisyyteen siten, että oireilu lisääntyy merkittävästi maiden sisäisten tuloerojen lisääntyessä (Holstein ym. 2009). Makrotason tekijöiden, kuten bruttokansantuotteen, merkityksen oireiluun on kuitenkin havaittu olevan pienempi kuin yksilötason tekijöiden, kuten kiusaamisen tai sukupuolen (Ottová-Jordan ym. 2015).

2.3 Nuorten oireilun syyt

Nuoruus on voimakkaan fyysisen ja psyykkisen kehityksen aikaa, minkä vuoksi se on erityisen altis ajanjakso psykosomaattiselle oireilulle (Aalto-Setälä & Marttunen 2007; Ottova ym. 2012). Muutokset nuoruuden kehityskulussa liittyvät osin fyysiseen kasvuun, ajattelun kehittämiseen sekä sosiaalisiin tekijöihin, kuten läheisten ihmisten odotuksiin ja yhteiskunnan rakenteisiin (Nurmi ym. 2014, 142). Varhaisnuoruudessa nuori on vielä kypsymätön lapsi ja kypsyttömyyden seurauksena nuori ei välttämättä pysty hallitsemaan sisäistä levottomuuttaan ja impulsseja riittävästi, mikä voi ilmetä ohimenevänä psyykkisenä ja fyysisenä oireiluna (Aalberg 2016). Täten voi olla haastavaa tunnistaa, onko oireilussa kyse normaalista iänmukaisesta kehityksestä ja siihen liittyvästä kuohunnasta (Aalto-Setälä & Marttunen 2007).

Koska oireilun taustalla voi olla myös patologisia sairauksia, tulisi oireet tutkia aina huolella (Eriksen & Ihlebæk 2002; Aalto-Setälä & Marttunen 2007). Esimerkiksi psykosomaattisen oireilun ja mielenterveys sairauksien välillä erotusdiagnostiikka voi olla kuitenkin vaikeaa (Erkolahti & Ebeling 2016b), sillä useat oireet, kuten unettomuus, väsymys ja kivut, voivat esiintyä kummassakin yhteydessä (Eriksen & Ihlebæk 2002). Nuorilla mielenterveyden ongelmat usein peittyvätkin somaattisen oireilun taakse (Aalto-Setälä & Marttunen 2007).

Tutkimukset osoittavat, että käyttäytymiseen ja sosiaaliseen kontekstiin liittyvät tekijät voivat edistää oireilun kehitystä (Ottová-Jordan ym. 2015). Esimerkiksi kiusaamisen on todettu kahdessa kansainvälisessä meta-analyysissä vaikuttavan oireiluun: kiusatuilla ja kiusaamiseen osallistuneilla lapsilla ja nuorilla oli merkitsevästi suurempi riski oireiluun kuin ei-kiusatuilla ja kiusaamiseen osallistumattomilla (Gini & Pozzoli 2009; Gini & Pozzoli 2013). Myös yksinäisyyden on havaittu olevan lasten ja nuorten oireilun merkittävä taustatekijä (Lyyra ym.

2018). Psykososiaaliset tekijät voivat vaikuttaa erillisten oireiden esiintyvyyden lisäksi erilaisen oireiden kokonaismäärään (Erkolahti & Ebeling 2016b).

Ympäröivällä kulttuurillakin voi olla oma roolinsa oireiluun vaikuttavana tekijänä, sillä joissakin kulttuureissa voi olla hyväksyttävämpää tuoda esille somaattisia oireita kuin esimerkiksi surun tai syyllisyyden tunteita (Eriksen & Ihlebæk 2002). Myös perhekulttuureissa on eroa, miten tunteita ilmaistaan, mikä voi osaltaan selittää somaattista oireilua, jos perheen tunneilmaisut ovat niukkoja tai negatiivisia (Erkolahti & Ebeling 2016a). Esimerkiksi pelko, murhe ja ahdistus voivat lisätä kipuilua, kun taas huolenpito ja turvallisuus voivat vähentää sitä (Erkolahti & Ebeling 2016b).

3 SOSIAALINEN TUKI

3.1 Sosiaalisen tuen määritelmä ja mittaaminen

Cohenin ja Symen (1985) määritelmän mukaan sosiaalinen tuki on sosiaalisista suhteista saatava voimavara, jolla on vaikutusta yksilön terveyteen ja hyvinvointiin. Yksilön hyvinvoinnin on havaittu olevan yhteydessä ensisijaisesti läheisiin ihmissuhteisiin kuin sosiaalisen verkoston laajuuteen (Levitt 1991). Sosiaalisen tuen määritelmiä on kuitenkin lukuisia, ja vaikka aihetta on tutkittu paljon, yksimielisyyttä tutkijoiden kesken ei ole löytynyt (Hupcey 1998). Yksimielisyyden puute sosiaalisen tuen määrittelyssä on johtanut johdonmukaisuuden ja vertailtavuuden puutteeseen tutkimusten välillä (Williams ym. 2014). Epämääräisyyden vuoksi lähes kaikkea sosiaaliseen vuorovaikutukseen liittyvää on voitu pitää tutkimuksissa sosiaalisena tukena (Hupcey 1998).

Williamsin ym. (2004) käsiteanalyysissä tarkasteltiin sosiaalisen tuen määritelmiä ja niiden kehitystä tutkimuskirjallisuudessa. Käsiteanalyysissä oli mukana 30 määritelmää, joista muodostettiin kokoava määritelmä. Kokoavan määritelmän mukaan sosiaalinen tuki voidaan määrittää ajallisesti joko lyhytaikaisena tai jatkuvana, ja sen merkitys sekä tärkeys voivat vaihdella elinikänsä aikana. Sosiaalisilla suhteilla on potentiaalia tarjota yksilölle häntä tukevia resursseja, kuten emotionaalisia, henkilökohtaisia ja materiaalisia resursseja, taito- tai työvoimaresursseja sekä kognitiivisia ja aikaresursseja. Tarjolla olevan tuen laatuun vaikuttavat sosiaalisten suhteiden rakenne, vahvuus ja tyyppi. Tukea antavat vuorovaikutussuhteet voivat olla tahallisia tai tahattomia, ja niillä voi olla positiivinen tai negatiivinen vaikutus tuen vastaanottajaan tai tarjoajaan. Saatavilla olevaan ja saatuun sosiaaliseen tukeen vaikuttavat lisäksi vastaanottajan ja tuen tarjoajan ominaisuudet (Williams ym. 2004).

Williams ym. (2004) toteavat, että yksi globaali sosiaalisen tuen määritelmä kuulostaa tavoiteltavalta, mutta todellisuudessa kaiken kattava määritelmä olisi hyödytön ja se voisi kriittisesti rajoittaa alan tutkimusta, interventioita ja käytäntöä. Sosiaalinen tuki tulisi siis määritellä tutkimuksissa aina kontekstin mukaan, jotta saadaan selville sosiaalisen tuen merkitys tutkimuksen

kohderyhmälle. Jos kontekstia ei huomioida, heijastuu se tutkimusmittaristoon ja edelleen tutkimuksen tuloksiin johtaen tulosten virheellisyyteen (Williams ym. 2004).

Tutkimusten, interventioiden ja käytännön näkökulmasta tutkimuksissa käytettävät sosiaalisen tuen määritelmät tulisi siis aina operationalisoida, vaikka käsitteen monitulkintaisuus ja kompleksisuus saattavatkin tehdä siitä haasteellista (Williams ym. 2004). Yleisesti tutkimuksissa käytetyt sosiaalisen tuen mittarit on jaettu kolmeen kategoriaan: sosiaalinen verkosto ja sosiaalisen integraation muuttujat, saatu tuki ja koettu saatavilla oleva tuki (Hupcey 1998). Chun ym. (2010) systemaattisessa katsauksessa, jossa tutkittiin sosiaalisen tuen ja hyvinvoinnin yhteyttä, oli mukana 246 tutkimusta. Katsauksessa olleista tutkimuksissa sosiaalisen tuen mittarit jaettiin viiteen kategoriaan: sosiaalisen verkoston koko, saatu tuki, saatavilla oleva tuki, tuen hakeminen sekä muut, eli mittarit, jotka eivät erotelleet sosiaalisen tuen eri näkökulmia (Chu ym. 2010).

3.2 Sosiaalisen tuen muodot ja lähteet nuorilla

Sosiaalisen tuen määrittelyssä ja operationalisoinnissa on syytä huomioida sosiaalisen tuen eri muodot ja erilaiset tuen lähteet. House (1981) on määritellyt neljä erilaista sosiaalisen tuen muotoa: *emotionaalinen* (luottamus, välittäminen ja empatia), *informatiivinen* (neuvonta ja opastus), *välineellinen* (aika ja raha) ja *arvioiva* (henkilökohtainen palaute) tuki (Malecki & Demaray 2003). Näitä neljää sosiaalisen tuen muotoa on Korkiamäen ja Ellosen (2010) mukaan käytetty tutkiessa lasten ja nuorten kokemaa sosiaalista tukea. Malecki & Demaray (2003) toteavat, että sosiaalista tukea mitataan kuitenkin liian usein yleisen sosiaalisen tuen näkökulmasta, mikä voi johtaa harhaan, sillä erilaiset tuen lähteet tarjoavat erityyppistä tukea yksilöille ja voivat olla yhteydessä toisistaan poikkeaviin terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueisiin. Esimerkiksi ruotsalaistutkimuksessa havaittiin juuri opettajalta saadun emotionaalisen tuen, mutta ei välineellisen tai arvioivan tuen, olevan yhteydessä tyttöjen parempaan psykosomaattiseen terveyteen luokkatasolla mitattuna (Brolin Låftman & Modin 2012).

Lasten ja nuorten pääasiallisiksi tuen lähteiksi usein luetaan vanhemmat, opettajat ja muut aikuiset (Ellonen & Korkiamäki 2006), mutta nuoruusiässä myös ystävien rooli korostuu (Kauppinen ym. 2004; Bokhorst ym. 2010). Suomalaiset lapset saavat suhteellisen hyvin tukea eri henkilöiltä, mutta useimmin läheisiltä ystäviltä ja vanhemmilta (Ellonen ym. 2008). Nuoret kokevat saavansa ystävä- ja luokkatoveripiiriltään enemmän emotionaalista, välineellistä ja arvioivaa tukea kuin vanhemmilta tai muilta aikuisilta (Korkiamäki & Ellonen 2010). Kauppinen ym. (2006) tutkimuksessa suomalaisnuoret mainitsivat emotionaalisen tuen lähteeksi useimpien kuitenkin äidin. Informaatiotukea saadaan yleisemmin vanhemmilta kuin ystäväpiiristä (Korkiamäki & Ellonen 2010), ja vanhemmilta saadusta tuen muodoista nuorten on havaittu olevan tyytyväisimpiä juuri informaatiotukeen (Kauppinen ym. 2006). Malecki ja Demaray (2003) havaitsivat tutkimuksessaan, että yhdysvaltalaisnuoret kokivat saavansa vanhemmilta informatiivisen tuen lisäksi emotionaalista tukea, opettajilta eniten informatiivista tukea ja ystäviltä sekä luokkatovereita koettiin saatavan eniten emotionaalista ja välineellistä tukea.

Nuorten ympäriltään saadussa sosiaalisessa tuessa on eroja sukupuolen ja iän suhteen. On havaittu, että tytöt kokevat saavansa enemmän tukea opettajilta, koulutovereilta ja ystäviltä verrattaessa poikiin (Rueger ym. 2008; Bokhorst ym. 2010; Lenzi ym. 2016). Myös Maleckin ja Demarayn (2003) tutkimuksessa havaittiin tyttöjen saavan poikia enemmän useampia tuen muotoja ystäviltä ja luokkatovereilta, vaikkakin vanhemmilta ja opettajilta koettiin saatavan tukea yhtä paljon. Tytöt raportoivat saavansa eniten tukea ystäviltään, kun taas pojat kokevat saavansa eniten tukea vanhemmilta ja opettajilta (Rueger ym. 2008).

Lisäksi on havaittu, että tytöt kokevat voivansa luottaa koulutovereiltaan ja läheiseltä ystävältään saatavaan tukeen selvästi poikia yleisemmin (Korkiamäki & Ellonen 2010). Myös ystäviltä saadun tuen muoto voi olla erilaista sukupuolten välillä. Tytöt saavat ikätovereiltaan erityisesti emotionaalista tukea, kun taas pojat kokevat läheisiltä ystäviltä saadun tuen välineelliseksi ja informatiiviseksi yhtä usein tai useammin kuin emotionaaliseksi (Korkiamäki & Ellonen 2010). Tätä voi selittää se, että tyttöjen ystävyysuhteissa tavoitellaan juuri emotionaalista tukea, kuten tunteiden jakamista ja samaistumista, kun taas pojat hakevat ystävyysuhteilta enemmän asioiden ja fyysisen tekemisen jakamista kuin tunnetukea (Frey & Rothliesberger 1996). Kauppinen ym. (2004) havaitsivatkin, että tytöt kokevat ystävät emotionaalisen tuen lähteenä yhtä tärkeäksi tai jopa tärkeämmäksi kuin äidin, kun taas poikien emotionaalisen tuen lähteenä oli pääosin

äiti ja isä, vaikka myös pojilla ystävien rooli emotionaalisen tuen antajina kasvoi iän myötä (Kauppinen ym. 2004).

Brooks ym. (2016) raportoivat vuoden 2014 HBSC-tutkimuksen kansainvälisessä raportissa sukupuolieroja olevan tyttöjen ja poikien kokeman perheeltä saadun tuen suhteen. Merkitseviä eroja havaittiin 13- ja 15-vuotiailla nuorilla noin puolissa HBSC-tutkimukseen osallistuneista maista siten, että pojat raportoivat korkeampaa tukea perheeltä kuin tytöt. Myös Kauppisen ym. (2004) tutkimuksessa havaittiin, että pojat arvioivat suhteen vanhempiin läheisimmäksi kuin tytöt yläkouluiässä. Tytöt myös riitelivät enemmän vanhempien kanssa kuin pojat (Kauppinen ym. 2004). Suomessa toteutetun Kouluterveyskyselyn mukaan tytöt kokevatkin yleisesti enemmän keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa kuin pojat (Halme ym. 2018). Pojat raportoivat myös tyttöjä useammin helppoa kommunikointia isän kanssa, mutta kommunikoinnissa äidin kanssa ei juuri havaittu sukupuolieroja (Brooks ym. 2016).

Nuoruusiän vaiheella on havaittu olevan yhteys koettuun tukeen perheeltä ja vertaisilta. Lap-suudessa ja varhaisnuoruudessa vanhempien merkitys sosiaalisen tuen lähteenä voikin olla yhtä suuri kuin ikätovereilta saatu tuki, mutta nuoruuden myötä ikätovereiden tuki nousee usein merkittävämpään asemaan kuin vanhempien tuki, johtuen nuoruuden kehitystehtävistä ja itsenäistymisestä (Bokhorst ym. 2010; Aahlberg 2016). Brooks ym. (2016) havaitsivat, että niiden op-pilaiden osuus, jotka kokevat saavansa tukea perheeltä, laskee iän myötä nuoruudessa, ja erityisesti isäsuhteessa tapahtuu etääntymistä molemmilla sukupuolilla (Kauppinen ym. 2004). Kauppisen ym. (2004) mukaan isän rooli emotionaalisen tuen antajana vähenee, kun taas ystä-vien rooli kasvaa. Äidin roolin on taas todettu vähenevän erityisesti informaatiotuen antajana, kun samalla ystävien rooli kasvaa myös informaatiotuen antajina. Nuoret kuitenkin kokevat vanhempien antaman tuen merkityksen, erityisesti äidin, säilyvän tärkeänä nuoruusiän ajan (Kauppinen ym. 2004).

Myös helppo kommunikointi vanhempien kanssa vähenee iän myötä tytöillä ja pojilla (Brooks ym. 2016). Kouluterveyskyselyssä keskusteluvaikeuksien havaittiin lisääntyvän Halmeen ym. (2018) mukaan yläkouluun siirtyessä, ja keskusteluvaikeudet pysyivät saman suuruisina toiselle asteelle siirryttäessä. 8.- ja 9.-luokkalaisista noin kahdeksan prosenttia koki, ettei pysty juuri

koskaan keskustelemaan vanhempien kanssa omista asioistaan (Halme ym. 2018). Vanhempien valvonta ja tietoisuus nuoren elämästä yleensä hankaloituvat nuoren murrosiässä, kun nuoresta tulee autonomisempi ja vanhemmilla on vähemmän kontrollia nuoren toimintaan ja aktiviteetteihin (Steinberg & Silk 2002). Nuori voi myös kyseenalaistaa ja arvostella vanhempien sääntöjä ja määräyksiä sekä puolustaa tiukasti omia näkemyksiään (Aalberg 2016). Tämä vaatii usein uudenlaista toimintakulttuuria, jossa nuoret ja vanhemmat sopivat uusista toimintatavoista liittyen nuoren päivittäisiin aktiviteetteihin (Steinberg & Silk 2002).

Luokkatovereilta saatavan tuen on havaittu Rasmussenin ym. (2016) mukaan heikkenevän iän myötä. HBSC-tutkimuksen nuoremmassa vastaajajoukossa pojat raportoivat matalampaa luokkatoveritukea kuin tytöt, kun taas vanhemmista vastaajista tytöt raportoivat matalampaa luokkatoveritukea kuin pojat (Rasmussen ym. 2016). Myös opettajan tuen on todettu laskevan iän myötä, erityisesti siirryttäessä alakoulusta yläkouluun (Bokhorst ym. 2010; Martínez ym. 2011), mutta myös yläkoulun aikana (Barber & Olsen 2004). Kjellström ym. (2017) toteavat, että myös opettajan tuen tärkeyden on tapana olla vähäisempi vanhemmilla oppilailla. Tätä on osin selitetty sillä, että yläkouluun siirryttäessä opettajat vaihtuvat aineen mukaan, eikä ole enää yhtä samaa opettajaa, joka olisi läsnä koko koulupäivän (Kjellström ym. 2017).

Sosioekonomisen aseman yhteyttä nuorten kokemaan sosiaaliseen tukeen on myös tutkittu. Perheen tulotaso vaikuttaa koettuun sosiaaliseen tukeen siten, että nuoret, jotka tulevat korkean tulotason perheistä, kokevat todennäköisemmin vahvempaa perhe- ja ystävätukea (Brooks ym. 2016; Lenzi ym. 2016). Selkeää sosioekonomisen aseman vaikutusta luokkatovereiden tukeen ei ole havaittu kansainvälisessä HBSC-tutkimuksessa (Rasmussen ym. 2016).

Yhteenvetona voidaan todeta, että sosiaalinen tuki on erittäin moniulotteinen käsite, joka voidaan käsittää ja määritellä monin eri tavoin. Tässä tutkimuksessa keskitytään sosiaalisen tuen ulottuvuuksista pääosin nuorten lähiympäristöstä saatuun emotionaaliseen, informatiiviseen sekä välineelliseen tukeen. Täten tutkimuksessa sosiaalisen tuen käsitetään olevan välittämistä, luottamusta, empatiaa sekä toimivaa kommunikointia ja vuorovaikutusta, neuvojen ja avun saamista. Tutkimuksessa huomioidaan nuorten saaman sosiaalisen tuen eri lähteet, eli vanhemmat, ystävät, koulutoverit sekä opettajat.

4 SOSIAALISEN TUEN YHTEYS NUORTEN HYVINVOINTIIN

Tässä luvussa tarkastellaan sosiaalisen tuen yhteyttä nuorten hyvinvointiin ja oireiluun jo olemassa olevan tutkimustiedon valossa. Ensimmäisessä alaluvussa tarkastellaan sosiaalisen tuen yhteyttä nuorten hyvinvointiin yleisesti. Toinen alaluku perustuu järjestelmällisen tiedonhaun kautta tuotettuun lähdeaineistoon, jossa tarkastellaan sosiaalisen tuen ja nuorten oireilun yhteyttä. Tiedonhaku kohdentui suomen- ja englanninkielisiin vertaisarvioituihin tutkimusartikkeleihin, jotka oli julkaistu vuosien 2008–2018 välillä. Kohderyhmänä olivat 13–17-vuotiaat nuoret. Tiedonhaku on kuvattu hakusanoineen liitteessä 1. Lisäksi mukaan otettiin kaksi tutkimusta HBSC-tutkimuksen julkaisukirjastosta manuaalisen haun avulla. Tarkasteltavassa lähdeaineistossa oli mukana 18 tutkimusta. Tutkimukset olivat poikkileikkaustutkimuksia, joissa aineistonkeruumenetelmänä oli itseraportoitu kyselylomake. Tutkimusten otoskoot olivat suuria, ja suurin osa tutkimuksista sisälsi aineistoa laajoista kansainvälisistä ja kansallisista tutkimuksista, joiden tutkimusdesignit ja kyselylomakkeet olivat pilotoituja ja validoituja. Mittarit etenkin sosiaalisen tuen arvioinnissa olivat vaihtelevia. Tutkimuksista lähes puolet olivat Ruotsista, eikä tiedonhaku tuottanut yhtään Suomessa tehtyä tutkimusta. Lähdeaineisto kokonaisuudessaan on kuvailtu liitteessä 2.

4.1 Nuorten hyvinvointi ja sosiaalinen tuki

Sosiaalisella tuella on tärkeä rooli nuorten hyvinvoinnissa. Nuorilla perheeltä saatu tuki ja vahvat perhesiteet linkittyvät positiiviseen emotionaaliseen hyvinvointiin ja vähentävät terveydelle haitallista käyttäytymistä (Brooks ym. 2016). Kokemukset vanhempien rakkaudesta ja avusta toimivat nuoren hyvinvoinnin tukena (Malecki & Demaray 2003). Vanhempien tuen on todettu olevan yhteydessä muun muassa parempaan itsetuntoon ja vähäisempään ahdistuneisuuteen (Rueger ym. 2010). Vanhempien valvonta eli tietoisuus lapsen elämästä sekä sujuva kommunikointi voivat myös vähentää lasten ja nuorten riskikäyttäytymistä (Wang ym. 2013).

Nuoruudessa vanhemman ja nuoren väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat autonomian ja tasavertaisuuden lisääntyminen (Nurmi ym. 2014, 148). Toimivan kommunikoinnin säilyttämi-

nen nuoruusiän aikana on erittäin tärkeää, sillä se on yksi avaintekijä, joka antaa nuorille välineitä selviytyä stressaavista tilanteista ja puskuroi haitallisia vaikutuksia (Brooks ym. 2016). On havaittu, että nuorilla, joilla on keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa, esiintyy huomattavasti enemmän ylipainoa, riskikäyttäytymistä, yksinäisyyttä, uupumusasteista väsymystä sekä koulusta lintsasta kuin muilla nuorilla (Halme ym. 2018). Keskusteluvaikeuksien vanhempien kanssa on myös todettu olevan merkittävä riskitekijä nuorten masennukselle (Wargh ym. 2015).

Varhaisnuoruutta on usein kuvattu ristiriitaiseksi vaiheeksi, jonka päämääränä on irtaantua lapsenomaisista siteistä vanhempiin sekä saavuttaa oma identiteetti ja autonomia (Aalberg & Siimes 2007, 68; Aalberg 2016). Vaikka nuoret irrottautuvat vanhemmistaan ja suuntautuvat enemmän ystävien puoleen sosiaalisen tuen tarpeissaan, tarvitsevat nuoret silti edelleen vanhempiaan turvana, tukena ja neuvonantajina (Kauppinen ym. 2004). Tutkijat korostavatkin, että eriytymisen sijaan vanhempi-nuorisuhteen tavoite olisi luoda nuorelle tunne autonomiasta ja yksilöllisyydestä samalla pitäen yllä emotionaalista sidettä nuoren ja vanhemman välillä (Steinberg & Silk 2002).

Äidin ja isän merkitykset ja roolit voivat olla erilaisia murrosikäisen elämässä. Steinberg ja Silk (2002) toteavat, että nuoret tapaavat olla läheisempiä äitiensä kanssa ja kokevat heidät useammin henkilöiksi, joiden kanssa keskustella tunteista ja ongelmista. Sen sijaan isät ovat usein objektiivisen tiedon ja neuvonnan lähteitä, kuten esimerkiksi koulutehtävien teon avustajia. Pojat kuitenkin hakevat isiltään useammin tukea ja ovat läheisempiä isien kanssa kuin tyttäret (Steinberg & Silk 2002).

Nuori tarvitsee etenkin varhaisnuoruudessa tuekseen myös nuoria ja muita aikuisia (Aalberg & Siimes 2007, 69). Ikätovereiden merkitys ja ystävien tuki ovatkin erityisen tärkeitä nuorten psyykkisen hyvinvoinnin ja kehityksen kannalta (Wilkinson 2004; Aalberg & Siimes 2007, 73). Ikätoverit auttavat nuorta erityisesti oman identiteetin rakentamisessa (Aalberg & Siimes 2007, 71). Lisäksi ystävien tuen on todettu muun muassa vaikuttavan positiivisesti nuoren itsetuntoon sekä vähentävän masennusoireilua ja ahdistuneisuutta (Colarossi & Eccles 2003; Rueger ym. 2010).

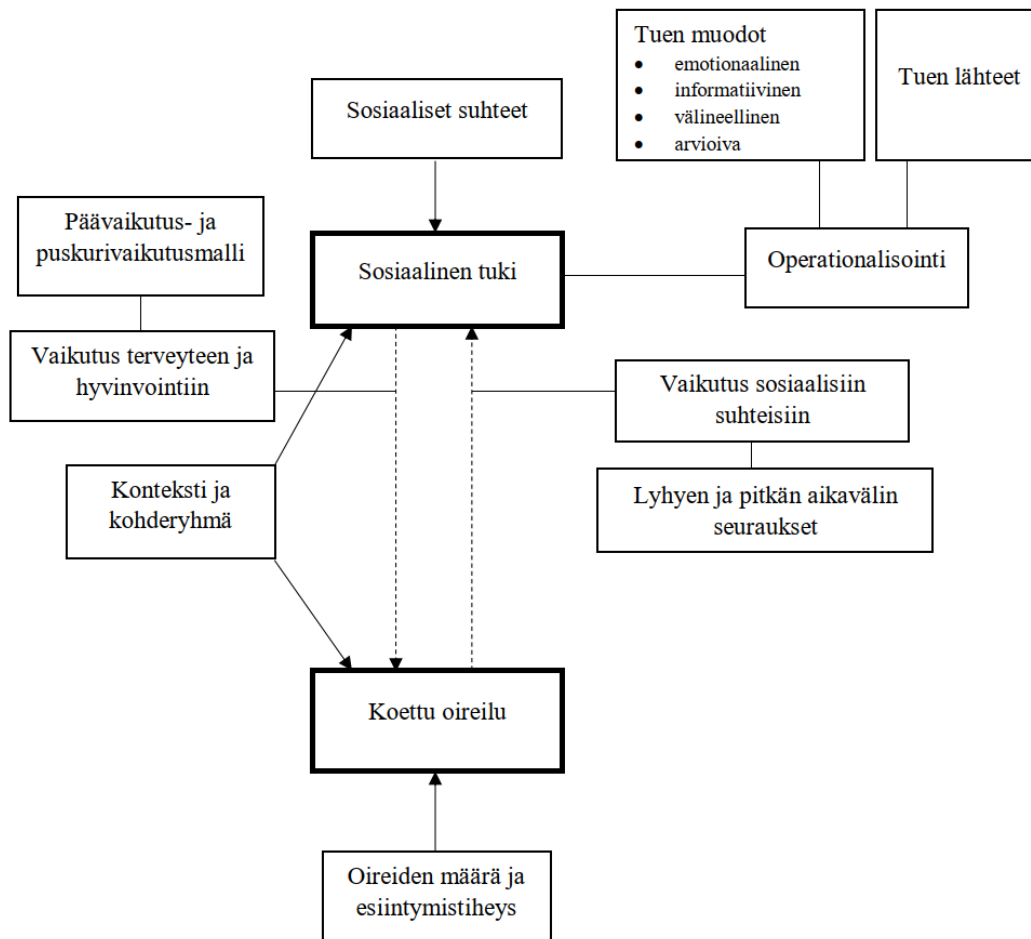
Nurmen ym. mukaan (2014, 167–172) nuorilla, joiden käyttäytymistavat ja ajatukset eivät ole vielä vakiintuneita, ikätoverit voivat merkittävästi vaikuttaa heidän käyttäytymiseensä ja ratkaisuihinsa. Samaan ryhmään kuuluvat nuoret ovat samankaltaisia monessa suhteessa. Ikätoverisuhteilla voi olla siten keskeinen rooli myös nuoren ongelmakäyttäytymisessä ja mielenterveyden ongelmissa (Nurmi ym. 2014, 167–172). Vertaisryhmän jäsenet muistuttavat toisiaan yksittäisten piirteiden ja käytöksen lisäksi esimerkiksi koulu-uupumisen suhteen (Kiuru 2008).

Myös luokkatovereilta saatu tuki ja luokkayhteisö ovat tärkeitä nuoren hyvinvoinnin kannalta. Luokkayhteisöön kiinnittymisen on havaittu olevan yhteydessä moneen nuorten hyvinvoinnin osatekijään, kuten vahvaan elämänhallintaan ja elämäntyytyväisyyteen, ja nuorilla, jotka ovat kiinteä osa luokkayhteisöä on muita vähemmän yksinäisyyttä, ahdistuneisuutta ja uupumusasteista väsymystä (Halme ym. 2018). Luokkatovereilta saadun vahvemman tuen on myös havaittu olevan yhteydessä parempaan itsetuntoon, vähäisempään masennusoireiluun ja ahdistuneisuuteen (Rueger ym. 2010). Luokkatovereiden tuki voi olla jopa merkittävämpi tekijä nuorten sopeutumisessa ja emotionaalisisessa hyvinvoinnissa verrattuna läheisten ystävien tukeen (Malecki & Demaray 2005). On myös esitetty, että luokkatovereilta saatu tuki voi olla tärkeämpää pojille kuin tytöille yleisen hyvinvoinnin näkökulmasta (Rueger ym. 2010).

Opettajan tuen on havaittu olevan yhteydessä nuorten parempaan psyykkiseen hyvinvointiin (García-Moya ym. 2015) ja vähentävän riskiä säännölliseen päihteiden käyttöön (Perra ym. 2012). Hyvä yhteys opettajaan voi toimia myös korvaavana mekanismina vanhempien heikommalle tuelle (Brooks ym. 2012). On havaittu, että mitä vähemmän koettu opettajan antama tuki laskee nuoruuden aikana, sitä suurempi on myönteisen toiminnan kasvu (mm. sosiaalinen aloittekyky) tai pienempi negatiivisen toiminnan lisääntyminen (mm. konfliktit, masennus) (Barber & Olsen 2004). Chun ym. (2010) meta-analyysissä havaittiin lisäksi, että opettajilta ja koulun henkilökunnalta saatu tuki oli voimakkaimmin yhteydessä lasten ja nuorten hyvinvointiin verrattuna perheen, ystävien ja muiden henkilöiden tukeen. Hyvinvointia tarkasteltiin mukana olleissa tutkimuksissa erilaisilla muuttujilla, jotka jaettiin meta-analyysissä yhdeksään luokkaan: akateemiset saavutukset, käyttäytyminen, henkinen sopeutuminen, minäkäsitys, sosiaalinen sopeutuminen, terveys, selviytymistaidot, uraorientaatio ja muut, kuten elämänlaatu ja elämäntyytyväisyys. Katsauksessa havaittu sosiaalisen tuen yhteys hyvinvointiin voimistui iän myötä ja oli suurempi tytöillä kuin pojilla (Chu ym. 2010).

Sosiaalisella tuella on esitetty olevan kaksi tapaa vaikuttaa yksilön terveyteen ja hyvinvointiin (Williams ym. 2004). Sosiaalisen tuen rooli on nähty tautien ennaltaehkäisyssä puskurivaikutuksen kautta, jolloin sosiaalinen tuki suojaa yksilöä stressitilanteen vahingollisilta seurauksilta (Cohen 2004). Vaihtoehtoinen mekanismi on päävaikutusmalli (Williams ym. 2004). Päävaikutusmallin mukaan sosiaalinen tuki edistää yksilön hyvinvointia suoraan tyydyttämällä yksilön sosiaaliset perustarpeet (Thoits 1982) tai vaikuttamalla immuunijärjestelmän toimintaan emotionaalisten tekijöiden kautta (Pilisuk 1982). Ero puskurivaikutusmallin ja päävaikutusmallin välillä on pääosin tuen ajoituksessa; päävaikutusmalli korostaa sosiaalisen tuen jatkuvaa roolia, kun taas puskurivaikutus korostaa sosiaalista tukea vasteena stressin aikoihin (Williams ym. 2004).

Kuvioon 1 on koottu sosiaalisen tuen ja koetun oireilun arviointiin liittyvät tekijät ja mahdolliset vaikutusmekanismit aiemman tutkimuskirjallisuuden pohjalta. Koetun oireilun operationalisointiin liittyy oireiden määrä ja niiden esiintymistiheys. Oireilu määritellään usein tutkimuksissa toistuvaksi oireiluksi, kun yksilö kokee vähintään kahta oiretta useammin kuin kerran viikossa. Sosiaalisella tuella on monia määritelmiä, ja sen operationalisoinnissa tulisi huomioida erilaiset tuen muodot ja lähteet. Molempien käsitteiden arvioinnissa tulisi huomioida myös konteksti ja kohderyhmä, kuten iän ja sukupuolen vaikutus. Sosiaalisen tuen vaikutus oireiluun voi selittyä kahden vaihtoehtoisen mekanismin, puskuri- ja päävaikutusmallin, kautta. Toisaalta myös oireilu voi vaikuttaa sosiaaliseen tukeen vaikuttamalla sosiaalisiin suhteisiin, esimerkiksi aggressiivisen käyttäytymisen tai mielenterveyshäiriöiden kautta (kuvio 1).



KUVIO 1. Koetun oireilun ja sosiaalisen tuen viitekehys aiempaan tutkimuskirjallisuuteen perustuen.

4.2 Nuorten oireilu ja sosiaalinen tuki

Järjestelmällisen tiedonhaun perusteella nuorten kokeman sosiaalisen tuen yhteyttä nuorten oireiluun on tutkittu melko vähän, kun tarkastellaan tutkimuksia, jotka sisältäisivät useamman tuen lähteen. Tutkimuksissa sosiaalisen tuen ja oireilun yhteyttä oli useimmiten tutkittu vanhempien tai vanhempien ja vertaisten tuen näkökulmasta. Lisäksi lähdeaineiston tutkimukset sisälsivät erilaisia lähteiden yhdistelmiä sisältäen opettajan, luokkatovereiden, perheen tai ystävien tuen.

Lähdeaineiston mukaan perheeltä saatavan tuen ja nuorten oireilun välillä on havaittavissa yhteys, vaikka perhekonteksti onkin operationalisoitu tutkimuksissa usein eri tavoin. Sumterin ja Baumgartnerin (2017) sekä Kjellströmin ym. (2017) tutkimuksissa havaittiin, että alankomaalaiset 9–18-vuotiaat (Sumter & Baumgartner 2017) ja ruotsalaiset 15- ja 17-vuotiaat nuoret (Kjellström ym. 2017), jotka raportoivat korkeampaa tukea vanhemmilta, raportoivat vähemmän psykosomaattista oireilua. Kjellströmin ym. (2017) tutkimuksessa sosiaalista tukea tarkasteltiin lähinnä emotionaalisen tuen näkökulmasta. Sumterin ja Baumgartnerin (2017) tutkimuksessa sosiaalisen tuen muotoja ei eritelty.

Perheen sosiaalista tukea on muutamissa tutkimuksissa tarkasteltu vanhempi-lapsisuhteen (Bergström ym. 2014; Petanidou ym. 2014; Hagquist 2016), kotiympäristön (Freeman ym. 2011) ja perhekontekstin näkökulmasta (Petanidou ym. 2013). Positiivinen kotiympäristö, joka viittasi emotionaaliseen tukeen, oli yhteydessä matalampaan psykosomaattiseen oireiluun kanadalaisnuorilla (Freeman ym. 2011). Petanidou ym. (2013; 2014) tutkimuksissa havaittiin kreikkalaisnuorilla hyvän vanhempi-lapsisuhteen (Petanidou ym. 2014) ja korkeamman koetun perheen hyvinvoinnin (Petanidou ym. 2013) olevan yhteydessä vähäisempään oireiluun. Petanidou ym. (2014) jälkimmäisessä tutkimuksessa vanhempi-lapsisuhdetta, eli vanhempien kiinnostusta lapsen kodin ulkopuolista toimintaa kohtaan, kommunikoinnin toimivuutta, vanhempien kiintymystä ja erimielisyyksien määrää, arvioivat kuitenkin lasten sijasta heidän vanhempansa, mikä ei välttämättä kerro lasten kokemasta tuesta.

Myös Walshin ym. (2010) tutkimuksessa vahvempi vanhempi-lapsisuhte, joka käsitti vanhempien osallistumisen, valvonnan ja koulutyöhön liittyvän tuen, oli yhteydessä parempaan psykiseen hyvinvointiin. Psykkistä hyvinvointia mitattiin tutkimuksessa oireiden esiintyvyydellä. Tutkimuksessa oli mukana israelilaisia nuoria sekä maahanmuuttajanuoria, mutta yhteys todettiin ainoastaan alkuperäisväestön nuorilla (Walsh ym. 2010). Bergströmin ym. (2014) ja Hagquistin (2016) tutkimuksissa oli käytössä sama, Ruotsissa toteutettu kansallinen tutkimusaineisto. Tutkimuksissa havaittiin, että huonompi suhte vanhempien kanssa lisäsi 13- ja 15-vuotiaiden ruotsalaisnuorten psykosomaattisten ongelmien todennäköisyyttä (Bergström ym. 2014; Hagquist 2016).

Sosiaalisen tuen ja toimivan kommunikoinnin vanhempien kanssa todettiin olevan tärkeässä roolissa oireilulta suojaavina tekijöinä 11-, 13- ja 15-vuotiailla puolalaisnuorilla (Tabak & Mazur 2016). Kommunikoinnin ja oireilun suhdetta on tarkasteltu myös Ottovan ym. (2012) ja Ottová-Jordanin ym. (2015) maailmanlaajuisissa HBSC-aineistoihin perustuneissa tutkimuksissa. Ottova ym. (2012) havaitsivat kommunikointivaikeuksien äidin tai isän kanssa olevan yhteydessä 11- ja 13-vuotiaiden nuorten korkeampaan psykosomaattiseen oireiluun sekä lisäävän riskiä toistuvaan oireiluun. Myös jälkimmäisessä aikatrenditutkimuksessa vaikeaa kommunikointia vanhempien kanssa kokeneet 11-, 13- ja 15-vuotiaat nuoret oireilivat enemmän kuin kommunikoinnin helpoksi kokeneet, mutta vaikea kommunikointi ei ollut kuitenkaan tärkeimpien oireilua ennustavien tekijöiden joukossa (Ottová-Jordan ym. 2015). Fridhin ym. (2015) tutkimuksessa vanhempien tukea, eli helppoa kommunikointia, tarkasteltiin nettikiusaamisen ja koetun oireilun väliseen yhteyteen vaikuttavana tekijänä 9.-luokkalaisilla ruotsalaisnuorilla. Tutkimuksessa havaittiin, että heikkoa tukea kokevilla nuorilla oli enemmän oireilua riippumatta siitä, kiusattiinko heitä vai ei. Pojilla havaittiin lisäksi oireilun nousevan jyrkemmin keran kiusattujen ja usein kiusattujen välillä heikkoa tukea perheeltä kokevilla, joten perheeltä saatu tuki toimi suojaavana tekijänä nettikiusaamisen kontekstissa (Fridh ym. 2015).

Opettajilta saadun tuen ja oppilas-opettajasuhteen yhteyttä nuorten oireiluun on tutkittu muutamissa tutkimuksissa hieman erisuuntaisin, mutta pääosin positiivisin tuloksin. Kjellström ym. (2017) havaitsivat sellaisten 15- ja 17-vuotiaiden ruotsalaisten tyttöjen ja poikien raportoivan vähemmän psykosomaattista oireilua, jotka raportoivat saavansa enemmän tukea opettajalta. Myös israelilaisten nuorten sekä maahanmuuttajanuorten keskuudessa opettajan tuen todettiin olevan yhteydessä psyykkiseen hyvinvointiin, jota tutkimuksessa mitattiin nuorten oireilulla (Walsh ym. 2010). Sen sijaan Tabakin ja Mazurin (2016) sekä Sumterin ja Baumgartnerin (2017) tutkimuksissa nuorten oireilun ei havaittu olevan yhteydessä opettajilta saatuun tukeen samalla tavoin. Tabakin ja Mazurin (2016) tutkimuksessa verrattiin kuitenkin myös tuen ja oireilun yhteyttä suhteessa koulumenestykseen, jolloin havaittiin, että heikoimmin ja hyvin koulussa pärjäävät oireilevat vähemmän, jos he kokevat saavansa opettajilta tukea. Samaa ei havaittu kuitenkaan parhaiten koulussa pärjäävien keskuudessa.

Brolin Låftmanin ja Modinin (2012) tutkimuksessa opettajilta saatua tukea tarkasteltiin emotionaalisen, välineellisen ja arvioivan tuen näkökulmasta yksilö- ja luokkatasolla. Tulosten mukaan opettajilta saatu tuki kaikissa muodoissaan oli yhteydessä vähäisempään oireiluun 15–16-vuotiailla ruotsalaisnuorilla yksilötasolla, ja tuen yhteyden oireiluun todettiin olevan voimakkaampaa tytöillä kuin pojilla. Luokkatasolla havaittiin, että oppilailta oli vähemmän oireita sellaisissa luokissa, joissa oppilaat raportoivat saavansa vahvaa emotionaalista tukea opettajilta. Luokan korkea emotionaalinen tuki opettajilta oli kuitenkin yhteydessä parempaan koettuun terveyteen vain tytöillä (Brolin Låftman & Modin 2012).

Modinin ja Östbergin (2009) tutkimuksessa hyödynnettiin samaa The Stockholm Survey -tutkimuksen aineistoa kuin Brolin Låftmanin ja Modinin (2012) tutkimuksessa, mutta Modinin & Östbergin tutkimuksessa oli aineistoa kahdelta aineistonkeruuvuodelta. Modinin ja Östbergin (2009) tutkimuksessa tarkasteltiin opettajilta saatua instrumentaalisen tukea ja nuorten psykosomaattisia oireita yksilö- ja luokkatasolla. Instrumentaalinen tuki käsitettiin tutkimuksessa opettajan positiivisiksi ominaisuuksiksi, eli oppilaiden arvostamiseksi ja auttamiseksi. Tulosten mukaan positiiviset opettajan ominaisuudet olivat yhteydessä oppilaiden parempaan psykosomaattiseen terveyteen. Lisäksi havaittiin, että luokissa, joissa oppilaat kokivat saavansa apua opettajilta, oppilaiden psykosomaattinen terveys oli parempi (Modin & Östberg 2009).

Kun opettajien tukea on tarkasteltu opettaja-oppilassuhteen näkökulmasta, on heikomman keskinäisen vuorovaikutuksen opettajien ja oppilaiden välillä havaittu olevan yhteydessä oppilaiden heikompaan psykosomaattiseen terveyteen sekä ruotsalais- (Bergh ym. 2010) että kreikkalaisnuorilla (Petanidou ym. 2013). Petanidou ym. (2013) tutkimuksessa opettajien ja oppilaan välinen vuorovaikutussuhde oli kuitenkin vain yksi kouluhyvinvoinnin ulottuvuus, eikä vuorovaikutussuhteen yksilöllistä vaikutusta raportoitu. Muut ulottuvuudet olivat oppilaan kokemukset kognitiivisesta ja akateemisesta kyvykkyydestään, keskittymisestä ja koulunkäynnin mukavuudesta (Petanidou ym. 2013).

Ystävien vaikutusta oireiluun on aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa tutkittu pääosin ystäväpiirin ja vertaissuhteiden näkökulmasta. Mittarina ystäväpiirille on käytetty ystävien lukumäärää, ajanviettoa koulun jälkeen sekä yhteydenpitoa (Simetin ym. 2009; Lazzeri ym. 2014),

mutta näiden tekijöiden yhteys oireiluun ei tutkimusten perusteella ole selkeä. Esimerkiksi Simetin ym. (2009) ja Lazzerin ym. (2014) tutkimuksissa yhteyttä oireiluun ei havaittu kroatialaisilla 11- ja 15-vuotiailla nuorilla eikä italialaisilla 11-, 13- ja 15-vuotiailla nuorilla. Sen sijaan Walshin ym. (2010) tutkimuksessa sosiaalisen hyljinnän ja toisaalta liiallisen ajanvieton ystävien kanssa havaittiin heikentävän israelilaisnuorten psyykkistä hyvinvointia. Ystävien lukumäärän ei ole havaittu vaikuttavan oireiden esiintymiseen (Ottova ym. 2012; Ottová-Jordan ym. 2015).

Kiusattuna olemisen kokemusten on havaittu olevan vahva oireilun ennustaja (Ottova ym. 2012; Ottová-Jordan ym. 2015). Fridhin ym. (2015) tutkimuksessa havaittiin ystävien sosiaalisella tuella olevan vaikutusta nettikiusaamisen ja oireilun yhteyteen siten, että heikkoa ystävien tukea kokeneet nuoret raportoivat enemmän oireilua riippumatta siitä, olivatko he kokeneet kiusaamista vai eivät. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin sosiaalisen tuen puskurivaikutusta pojilla, sillä poikien oireilun esiintyvyys lisääntyi jyrkemmin kerran tapahtuvan ja usein tapahtuvan kiusaamisen välillä juuri heikomman ystävätuon nuorilla verrattuna vahvempaa ystävien tukea kokeneisiin (Fridh ym. 2015).

Petanidoun ym. (2013) tutkimuksessa tarkasteltiin nuorten hyvinvointia vertaisryhmässä, mikä sisälsi vertaisilta saadun hyväksynnän, arvostuksen, kommunikaation sekä ryhmätunteen. Tutkimuksessa havaittiin, että korkeampi hyvinvointi vertaisryhmissä oli yhteydessä matalampaan oireiluun (Petanidou ym. 2013). Tulokset vertaisten tuesta ovat kuitenkin vaihtelevia, mistä kertoo osaltaan myös se, että Sumterin & Baumgartnerin (2016) tutkimuksessa havaittiin vertaisilta saadun tuen lisäävän oireilua. Samanlainen ilmiö todettiin myös edellä mainitussa Walshin ym. (2010) tutkimuksessa, jossa liiallinen ajanvietto ystävien kanssa heikensi nuorten psyykkistä hyvinvointia.

Luokkatovereilta saatavaa tukea tarkasteltiin lähdeaineistossa viihtyvyyden, avuliaisuuden ja ystävällisyyden sekä hyväksynnän näkökulmasta (Simetin ym. 2009; Ottova ym. 2012; Lazzeri ym. 2014; Ottová-Jordan ym. 2015; Tabak & Mazur 2016). Nämä osa-alueet Ottova ym. (2012) ja Ottová-Jordan ym. (2015) ovat kansainvälisissä HBSC-aineistoon perustuvissa tutkimuksis-

saan nimenneet luokkahuoneilmastoksi. Molemmissa tutkimuksissa negatiivinen luokkahuoneilmasto oli yhteydessä psykosomaattisen oireiluun, kun mukana oli aineistoa 34 maasta (Ottova ym. 2012; Ottová-Jordan ym. 2015). Lisäksi Ottovan ym. (2012) tutkimuksessa negatiivinen luokkahuoneilmasto lisäsi myös toistuvan oireilun riskiä.

Simetin ym. (2009) ja Lazzerin ym. (2014) tutkimuksissa koulutoverien tuki oli osa kouluympäristö-muuttujaa, ja mukana muuttujassa oli myös koulusta pitäminen, koulupaineet ja akateeminen suoriutuminen. Näissä tutkimuksissa havaittiin keskivertaisesta tai heikosta kouluympäristöstä tulevilla nuorilla korkeampi riski toistuvaan oireiluun verrattaessa myönteisestä kouluympäristöstä tuleviin nuoriin (Simetin ym. 2009; Lazzeri ym. 2014). Koulutovereilta saadun tuen yhteys oireiluun voi olla kuitenkin erilainen riippuen koulussa suoriutumisesta. Tabakin ja Mazurin (2016) tutkimuksessa koulutovereilta saatu tuki oli merkittävin oireilulta suojaava tekijä heikoimmin koulussa pärjävillä, kun taas paremmin koulussa pärjävien joukossa perheeltä saatu tuki oli suurimmassa roolissa.

Koulutovereilta saatavaa tukea on tarkasteltu myös hyväksynnän (Almquist ym. 2013) ja oppilaiden välisten suhteiden (Bergh ym. 2017) näkökulmasta. Almquistin ym. (2013) tutkimuksessa todettiin koulutovereiden heikomman hyväksynnän olevan yhteydessä suurempaan oireiden lukumäärään 11-, 13- ja 15-vuotiailla ruotsalaisnuorilla. Lisäksi tutkimuksessa havaittiin, että tytöt, joiden luokassa oli heikompi hyväksyntä, oireilivat myös enemmän (Almquist ym. 2013). Myös huonojen oppilaiden välisten suhteiden on havaittu olevan yhteydessä heikompaan psykosomaattiseen terveyteen (Bergh ym. 2010). Sumterin ja Baumgartnerin ym. (2017) tutkimuksessa, jossa tutkittiin kiusaamisen ja oireiden yhteyttä sekä sosiaalisen tuen vaikutusta tähän yhteyteen, huomattiin, että nuoret, jotka raportoivat korkeampaa tukea luokkatovereilta, raportoivat myös vähemmän psykosomaattisia oireita. Luokkatovereiden tuki ei kuitenkaan toiminut oireilulta suojaavana tekijänä kiusaamisen kontekstissa.

4.2.1 Aiemmissä tutkimuksissa käytetyt mittarit

Sosiaalisen tuen ja oireilun välisiä yhteyksiä selvittäneissä tutkimuksissa käytetyt mittarit olivat vaihtelevia etenkin sosiaalisen tuen osalta. Tutkimuksissa nuorten oireilun arviointiin käytettiin

pääosin HBSC Symptom Checklist -mittaria (HBSC-SCL). HBSC-SCL -mittarin käyttö kuitenkin erosi tutkimuksissa ja tarkastelun kohteena olevat ilmiöt olivat erilaisia. Mittaria käytettiin niin koetun oireilun (Almquist ym. 2013; Petanidou ym. 2013; Petanidou ym. 2014; Fridh ym. 2015; Tabak & Mazur 2016), psykosomaattisen oireilun (Freeman ym. 2011; Ottova ym. 2012; Ottová-Jordan ym. 2015), toistuvan oireilun (Simetin ym. 2009; Ottova ym. 2012; Lazzeri ym. 2014) kuin psyykkisen hyvinvoinnin (Walsh ym. 2010) arviointiin. Muutamissa tutkimuksissa oireilun kartoittamisessa käytettiin muita mittareita, kuten The Somatic Complaints List (Sumter & Baumgartner 2017) ja The Psychosomatic Problems (PSP) -mittareita (Bergh ym. 2010; Bergström ym. 2014; Hagquist 2016). The Stockholm Survey -tutkimusaineistoon perustuneiden tutkimusten kyselylomakkeet (Modin & Östber 2009; Brolin Låftman & Modin 2012; Kjellström ym. 2017) sisälsivät 5-10 psykosomaattista oiretta tutkimuksesta riippuen.

Oireiluun yhteydessä olevaa sosiaalista tukea kartoitettiin erilaisin kysymyksin ja mittarein, johtuen osin myös tutkimuksen kohteena olleista erilaisista ilmiöistä ja niihin liitetyistä käsitteistä ja määritelmistä. Sosiaalisen tuen määritelmän ollessa laaja ja moniulotteinen, lähdeaineistosta tarkasteltiin myös laajemmin sosiaaliseen kontekstiin liittyviä ilmiöitä, kuten sosiaalisia suhteita. Sosiaalista kontekstia tarkastelevia mittareita tutkimuksissa oli kuusi, minkä lisäksi osa sosiaalista tukea ja sosiaalisia suhteita mitanneista kysymyksistä olivat osia laajemmista kyselyistä, eikä niille raportoitu erillisiä nimiä (liite 3).

4.2.2 Aiempien tutkimusten laatu ja yhteenveto

Tutkimuksissa käytettyjen mittareiden ohella myös muita tekijöitä on tärkeää tarkastella lähdeaineiston laadun arvioimiseksi. Tutkimusten laadun arvioinnissa on käytetty National Heart, Lung and Blood Instituten (2018) laadun arvioinnin kriteeristöä soveltuvin osin. Lähdeaineistoon sisältyneet tutkimukset olivat poikkileikkaustutkimuksia. Poikkileikkaustutkimuksen luonteen takia kausaaliteettia oireilun ja sosiaalisen tuen muuttujien välillä ei voida osoittaa. Muutamassa tutkimuksessa kyselytutkimus suoritettiin useampana vuonna (Modin & Östberg 2009; Bergh ym. 2010; Freeman ym. 2011; Almquist ym. 2013; Ottová-Jordan ym. 2015; Kjell-

ström ym. 2017), mutta ainoastaan Ottová-Jordanin ym. (2015) tutkimuksessa tarkasteltiin oikeilussa tapahtuneita muutoksia vuosien aikana ns. aikatrenditutkimuksena. Kaikissa tutkimuksissa aineistonkeruumenetelmänä oli itseraportoitu kyselylomake.

Tutkimusten otoskoot olivat suuria (N=876–510 867), mikä parantaa tutkimustulosten luotettavuutta. Tutkimuksista kahdeksassa oli käytetty HBSC-tutkimuksen aineistoa. Kahdessa näistä oli kansainväliset otokset (Ottova ym. 2012; Ottová-Jordan ym. 2015) ja lopuissa kansainvälisen HBSC-protokollan mukaiset kansalliset otokset (Simetin ym. 2009; Freeman ym. 2011; Walsh ym. 2010; Almqvist ym. 2013; Lazzeri ym. 2014; Tabak & Mazur 2016). Bergströmin ym. (2014) ja Hagquistin (2016) tutkimuksissa oli kokonaisotanta kaikista 6.- ja 9.-luokkalaisista ruotsalaisnuorista. Lisäksi kolmessa tutkimuksessa kokonaisotanta 15–16-vuotiaista (Modin & Östberg 2009; Brolin Låftman & Modin 2012) ja 15–17-vuotiaista (Kjellström ym. 2017) tukholmalaisnuorista sekä Fridhin ym. (2015) tutkimuksessa kokonaisotanta Skånen 9.-luokkalaisista nuorista. Huomioitavaa on, että katsaukseen kuuluneista tutkimuksista lähes puolet olivat Ruotsista, mikä voi osaltaan heikentää tulosten yleistettävyyttä muihin maihin.

Lähdeaineiston tutkimuksista satunnaistettuja otoksia sisälsivät edellä mainitut HBSC-aineistoon perustuneet tutkimukset, lukuun ottamatta Freemanin ym. (2011) tutkimusta, jossa koulut valittiin tarkoituksenmukaisesti, jotta ne täyttäsivät tietyt ehdot, esimerkiksi koulun koon ja maantieteellisen sijainnin suhteen. HBSC-tutkimusten otanta, tavoiteltu otoksen koko ja tiedonkeruu perustuvat kansainväliseen standardoituun tutkimusprotokollaan. Tutkimuksissa käytetään ryväotantaa, ja satunnaistamisen yksikköjä ovat koulut (Roberts ym. 2007). Walshin ym. (2010) tutkimuksen aineistona käytettiin kuitenkin ainoastaan juutalaiskoulujen tuloksia, eikä arabikoulujen oppilaiden tuloksia analysoitu tutkimuksessa.

Myös Petanidoun ja kumppaneiden kahden tutkimuksen (2013; 2014) otokset olivat satunnaistettuja, ja satunnaistaminen perustui koululaisten ikä- ja sukupuolijakaumaan Kreikan 54 maantieteellisellä alueella (sectors). Koulut eri sektoreilta valittiin tietokoneohjelman avulla ja luokkien sisällä kyselyyn vastanneet valittiin satunnaisesti nimilistoilta (Petanidou ym. 2013;2014). Sumterin ja Baumgartnerin (2016) tutkimus oli osa laajempaa pitkittäistutkimusta, eikä tutki-

musartikkelissa raportoitu mahdollisesta satunnaistamisesta. Myöskin Berghin ym. (2010) tutkimuksessa, jossa tutkittavat olivat Värmlantiin kuuluvien kuntien koulujen oppilaita, jäi epäselväksi se, että oliko kyseessä kokonaisotanta vai valittiinko koulut ja luokat tutkimukseen satunnaisesti tai tarkoituksella. Kyselytutkimusten vastausprosentit vaihtelivat 34–97 %:n välillä tutkimuksissa, joissa prosentit raportoitiin (Modin & Östberg 2009; Simetin ym. 2009; Bergh ym. 2010; Freeman ym. 2011; Walsh ym. 2010; Brodin Låftman & Modin 2012; Ottova ym. 2012; Almquist ym. 2013; Petanidou ym. 2013; Petanidou ym. 2014; Bergström ym. 2015; Fridh ym. 2015; Hagquist 2016; Sumter & Baumgartner 2016; Kjellström ym. 2017).

Jokaisessa tutkimuksessa aineistonkeruumenetelmänä oli itsearvioitu kyselylomake, mikä voi menetelmän subjektiivisuuden vuoksi heikentää tulosten luotettavuutta. Toisaalta tutkittavat ilmiöt ovat myös subjektiivisia, joten niitä ei olisi edes järkevää tutkia objektiivisin menetelmin. Luotettavuutta kuitenkin parantaa se, että suurin osa tutkimuksista sisälsi aineistoa HBSC-tutkimuksista ja muista laajoista kansallisista tutkimuksista, joissa tutkimusdesign ja kyselylomakkeet ovat laajasti pilotoituja ja validoituja (esim. Bergström ym. 2014; Ottová-Jordan ym. 2015). Luotettavuuteen vaikuttaa positiivisesti myös validit mittarit, joita on käytetty laajoissa kansainvälisissä tutkimuksissa, esimerkiksi koettua oireilua mittaava HBSC-SCL -mittari. Sen sijaan esimerkiksi Kjellströmin ym. (2017) tutkimuksissa käytettiin sosiaalisen tuen muuttujia, joita ei aiemmin ollut käytetty tutkimuksissa, mikä puolestaan voi heikentää kyseisen tutkimuksen tulosten luotettavuutta. Myös yksiväittämisten muuttujien käyttö (esim. Ottova ym. 2012; Fridh ym. 2015) saattaa vaikuttaa luotettavuuteen negatiivisesti, sillä yleisesti useamman väittämän sisältäviä mittareita pidetään luotettavampina tilastollisia analyysyjä ajatellen (Loo 2002). Luotettavuuden kannalta huomioitava seikka on myös se, että Petanidoun ym. (2014) tutkimuksessa vanhempi-lapsisuhdetta arvioivat ainoastaan vanhemmat, mikä saattaa erota lasten kokemuksesta heidän välisestä suhteestaan.

Lähdeaineistoon kuuluneiden tutkimusten ohella voidaan tarkastella myös tiedonhaun luotettavuutta. Järjestelmällinen tiedonhaku suoritettiin neljään kansainväliseen tietokantaan, ja mukana olevat tutkimukset ovat vertaisarvioituja tutkimusartikkeleita. Lisäksi tiedonhaku on kuvattu tarkasti siten, että se on toistettavissa (liite 1). Tiedonhaun pohjalta muodostetun lähdeaineiston luotettavuutta voi kuitenkin heikentää se, että tiedonhaun ja tutkimusten soveltuvuuden

arvioinnin suoritti vain yksi henkilö, minkä vuoksi soveltuvia tutkimuksia on mahdollisesti voinut jäädä lähdeaineiston ulkopuolelle.

Lähdeaineistosta voidaan havaita, että nuorten oireilun ja heidän kokeman sosiaalisen tuen yhteyttä on tutkittu (Modin & Östberg 2009; Simetin ym. 2009; Bergh ym. 2010; Freeman ym. 2011; Walsh ym. 2010; Brodin Låftman & Modin 2012; Ottova ym. 2012; Almquist ym. 2013; Petanidou ym. 2013; Lazzeri ym. 2014; Petanidou ym. 2014; Bergström ym. 2015; Fridh ym. 2015; Ottová-Jordan 2015; Hagquist 2016; Sumter & Baumgartner 2016; Tabak & Mazur 2016; Kjellström ym. 2017) , mutta useampia tuen lähteitä sisältäviä tutkimuksia on vähän (Walsh ym. 2010; Tabak & Mazur 2016; Sumter & Baumgartner 2017). Yhteenvetona tuloksista voidaan todeta, että nuoret, jotka saavat tukea perheeltään ja luokkatovereiltaan, oireilevat vähemmän. Suurimmassa osassa lähdeaineiston tutkimuksissa myös opettajilta saatu tuki oli yhteydessä vähäisempään oireiluun. Sen sijaan ystävien tuen vaikutuksesta nuorten oireiluun on saatu hieman eri suuntaisia tuloksia.

Tulosten vertailu ei kuitenkaan ole yksinkertaista sosiaalisen tuen moniulotteisuuden vuoksi. Sosiaalisen tuen määrittelyt eroavat tutkimuksissa, ja siksi myös ilmiöitä on tutkittu eri tavoin. Sosiaalisen tuen moniulotteisuuden lisäksi olisi tärkeää huomioida myös nuorten erilaiset sosiaalisen tuen lähteet. Lähdeaineistossa ainoastaan yhdessä tutkimuksessa oli tutkittu sekä perheen, ystävien, opettajan ja luokkatovereiden tukea oireilun viitekehyksessä (Sumter & Baumgartner 2017). Huomioitavaa on, että tiedonhaku ei tuottanut yhtään Suomessa tehtyä tutkimusta. Tämä tutkimus huomioi nuorten kokeman sosiaalisen tuen eri lähteet monipuolisesti antaen samalla tärkeää ja kattavaa tietoa nuorten kokemasta oireilusta ja sosiaalisesta tuesta Suomessa.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää 13- ja 15-vuotiaiden nuorten koetun oireilun ilmenemistä sekä oireilun ja sosiaalisen tuen eroja sukupuolten ja ikäryhmien välillä. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin sosiaalisen tuen yhteyttä oireiluun ja yhteyden eroavaisuutta sukupuolen ja iän mukaan. Nuorten kokemaa sosiaalista tukea tarkasteltiin perheeltä, opettajilta, ystäviltä ja luokkatovereilta saadun tuen näkökulmista. Tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten ikä ja sukupuoli ovat yhteydessä 13- ja 15-vuotiaiden koettuun oireiluun?
2. Miten ikä ja sukupuoli ovat yhteydessä 13- ja 15-vuotiaiden kokemaan sosiaaliseen tukeen?
3. Miten sosiaalinen tuki on yhteydessä 13- ja 15-vuotiaiden koettuun oireiluun, ja eroaako yhteys sukupuolten välillä?

6 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Aineiston kuvaus

Tämä tutkimus perustuu valmiiseen aineistoon, joka on WHO-Koululaistutkimuksessa keväällä 2014 Suomessa kerätty aineisto. WHO-Koululaistutkimus on Suomessa käytetty nimike HBSC-tutkimukselle, joka on Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organization) ja Euroopan aluetoimiston yhteistyönä toteutettu poikkileikkaustutkimus (Kämppi ym. 2012). HBSC-tutkimuksen aineistonkeruu suoritetaan neljän vuoden välein 42 maassa Euroopan ja Pohjois-Amerikan alueella (HBSC 2018). Tutkimuksessa tarkastellaan monipuolisesti 11-, 13- ja 15-vuotiaiden nuorten koettua terveyttä ja hyvinvointia sekä terveyskäyttäytymistä ottaen huomioon sosiaalisen kontekstin, jossa nuoret elävät (Kämppi ym. 2012; HBSC 2018).

Tutkimuksen aineisto kerätään kussakin tutkimusmaassa kansainvälisen tutkimusprotokollan mukaisesti strukturoiduilla kyselylomakkeilla, joihin oppilaat vastaavat nimettömästi oppituntien aikana (Kämppi ym. 2012). Kansainvälinen standardoitu kysely mahdollistaa samanlaisten tietojen keräämisen kaikissa osallistujamaissa ja siten terveyskäyttäytymismallien, terveysindikaattorien ja kontekstiin liittyvien tekijöiden määrittämisen sekä maiden välisen vertailun (HBSC 2018). Tutkimusprotokolla sisältää standardoidun kyselyn sisällön lisäksi ohjeistukset ja linjaukset esimerkiksi kyselyn toteuttamiseen, tutkimusmenetelmiin, kuten otantaan ja aineiston keruuseen sekä tavoiteltuun aineiston kokoon. Yhteisten kysymysten lisäksi jokainen maa voi valita tiettyjen aihealueiden valinnaisten kysymysten joukosta lisäkysymyksiä sekä maakohtaisia kysymyksiä, jotka liittyvät kansallisesti tärkeisiin kysymyksiin (Roberts ym. 2007).

Suomessa tutkimuksen aineisto kerätään kansainvälisen tutkimusprotokollan mukaisesti osite-tulla ryväotannalla (Villberg & Tynjälä 2004). Otannan pohjana toimi vuonna 2014 Suomen valtakunnallinen koulurekisteri, josta ensimmäisessä vaiheessa koulut valikoituivat satunnaisesti koulun koon edustavuuden suhteen, ja seuraavassa vaiheessa kouluista valittiin osallistu-vat luokat satunnaisesti (Simonsen ym. 2016).

Vuonna 2014 WHO-Koululaistutkimukseen osallistui 11-,13- ja 15-vuotiaita oppilaita yhteensä 7802 (Simonsen ym. 2016). Tähän tutkimukseen on otettu mukaan kevään 2014 WHO-Koululaistutkimuksen suomenkielisten koulujen aineisto 13- ja 15-vuotiaiden tyttöjen ja poikien osalta (taulukko 1). Vastausprosentti vuonna 2014 oli 85 % sekä tytöillä että pojilla (liite 4).

TAULUKKO 1. Tutkimuksen osa-aineiston kuvaus iän ja sukupuolen mukaan.

Sukupuoli	13-v.		15-v.		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Pojat	969	50.5	934	48.3	1903	49.3
Tytöt	949	49.5	1001	51.7	1950	50.7
Yhteensä	1918	100.0	1935	100.0	3853	100.0

6.2 Mittareiden kuvaus

Tässä tutkimuksessa mukana olevat muuttujat ovat osa vuoden 2014 WHO-Koululaistutkimusta. Tutkittaviksi muuttujiksi valittiin koettu oireilu sekä perheen, opettajan, ystävien ja luokkatovereiden tukeen liittyvät muuttujat. Taustamuuttujat olivat sukupuoli ja ikä. Kyselylomakkeen kysymykset ja vastausvaihtoehdot on kuvattu liitteessä (liite 5).

Koettu oireilu. Nuorten koettua oireilua arvioitiin ”HBSC symptom checklist” -mittarilla (HBSC-SCL). HBSC-SCL on luotettava ja validi ei-kliininen mittari, joka mittaa kahdeksan oireen (päänsärky, vatsakipu, selkäkipu, alakuloisuus, ärtyneisyys tai pahantuulisuus, hermos-tuneisuus, vaikeudet päästä uneen ja huimauksen tunne) esiintyvyyttä edellisen kuuden kuu-kauden aikana (Haugland & Wold 2001; Ravens-Sieberer ym. 2008). Lisäksi Suomen WHO-Koululaistutkimuksessa on kysytty muita suomalaisille tyypillisiä oireita, joista mukaan tähän tutkimukseen otettiin niska-hartiasärky ja jännittyneisyys. Kyselylomakkeen kysymys oli: ”Kuinka usein sinulla on ollut seuraavia oireita viimeisen 6 kuukauden aikana?” Kunkin oireen esiintyvyys arvioitiin erikseen kyselylomakkeella. Vastausvaihtoehdot väittämiin olivat: ”lähes

päivittäin”, ”useammin kuin kerran viikossa”, ”noin kerran viikossa”, ”noin kerran kuukaudessa” ja ”harvemmin tai ei koskaan”. Väittämistä muodostettiin summamuuttuja, jonka avulla nuorten koettua oireilua voitiin tarkastella toistuvan oireilun näkökulmasta. Muuttujaa varten vastaukset jaettiin aiemman kirjallisuuden (esim. Ravens-Sieberer ym. 2008) mukaisesti kahteen luokkaan ”ei toistuvaa oireilua” ja ”toistuvaa oireilua”, jossa toistuvaksi oireiluksi määriteltiin, kun vastaaja koki kahta tai useampaa oiretta useammin kuin kerran viikossa. Cronbachin alfa summamuuttujalle oli 0.88.

Perheen tuki. Perheen tukeen liittyvät väittämät perustuivat ”Multidimensional Scale of Perceived Social Support” –mittarin (MSPSS) (Zimet ym. 1988) väittämiin koskien emotionaalisen tuen ja avun saatavuutta perheessä. MSPSS-mittarin on todettu olevan validi ja luotettava sosiaalisen tuen mittari (Zimet ym. 1988). Neljä väittämää olivat: ”Perheeni todella yrittää auttaa minua”, ”Saan perheeltäni tarvitsemani avun ja tunnetuen”, ”Voin puhua ongelmistani perheeni kanssa” sekä ”Perheeni on halukas auttamaan minua päätöksenteossa”. Vastausvaihtoehdot olivat asteikolla 1–7, jossa 1=”hyvin vahvasti eri mieltä” ja 7=”hyvin vahvasti samaa mieltä”. Väittämistä muodostettiin summamuuttuja, jonka arvo oli neljän väittämän arvon keskiarvo [1–7]. Cronbachin alfa summamuuttujalle oli 0.96. Analyysijä varten summamuuttuja muokattiin kaksiluokkaiseksi jakamalla summamuuttuja kahteen luokkaan summamuuttujan mediaanin (Md=6.00) mukaan. Ensimmäinen luokka (arvot 1.00–5.99) vastasi heikompaa perheen tukea ja toinen (6.00–7.00) vahvempaa perheen tukea.

Vanhempien tietoisuus. Vanhempien tietoisuutta mittaavat väittämät perustuivat Brownin ym. (1993) laatimaan instrumenttiin, jonka avulla selvitettiin nuorten kokemusta vanhempien tietoisuudesta liittyen kodin ulkopuoliseen elämään. Nuorilta kysyttiin: ”Kuinka paljon äitisi/isäsi todella tietää siitä ”: ”keitä ystäväsi ovat?”, ”kuinka käytät rahasi”, ”missä vietät aikaasi koulun jälkeen”, ”missä olet iltaisin” sekä ”mitä teet vapaa-aikanasi”. Vastausvaihtoehdot olivat: ”hän tietää paljon”, ”hän tietää jonkin verran”, ”hän ei tiedä mitään” sekä ”ei ole äitiä/isää tai en tapaa häntä”. Vastausvaihtoehdot oli koodattu arvoilla 1–4, ja ne käännettiin analyysiä varten siten, että alin arvo 1 vastasi ”hän ei tiedä mitään” ja arvo 3 vastasi ”hän tietää paljon”. Vastausvaihtoehto ”ei ole äitiä/isää tai en tapaa häntä” koodattiin analyysissä puuttuvaksi tiedoksi (äiti: n=70; isä: n=199). Äidin ja isän tietoisuudesta muodostettiin itsenäiset summamuuttujat, joiden arvot olivat neljän väittämän arvon keskiarvo [1–3]. Cronbachin alfat summamuuttujille

olivat äidin tietoisuudelle 0.86 ja isän tietoisuudelle 0.90. Analyysyjä varten summamuuttuja muutettiin kaksiluokkaiseksi jakamalla arvot kahteen luokkaan summamuuttujan mediaanin (Äiti Md=2.60; isä Md=2.20) mukaan. Ensimmäinen luokka (äiti: 1.00–2.59; isä: 1.00–2.19) vastasi heikompaa tietoisuutta ja toinen (äiti: 2.60–3.00; isä: 2.20–3.00) korkeampaa tietoisuutta.

Kommunikointi vanhemman kanssa. Kommunikointia vanhempien kanssa arvioitiin kysymyksellä ”Kuinka helppoa sinun on puhua seuraavien henkilöiden kanssa sinua todella vaivaavista asioista?”, mikä kertoo nuoren näkökulman kommunikaation helppoudesta. Väittämät koskivat erikseen äitiä ja isää. Vastausvaihtoehdot olivat: ”hyvin helppoa”, ”helppoa”, ”vaikeaa”, ”hyvin vaikeaa” sekä ”ei ole tai en tapaa häntä”. Vastausvaihtoehto ”ei ole tai en tapaa häntä” koodattiin analyysissä puuttuvaksi tiedoksi (äiti: n=51; isä: n=187). Muuttujan arvoksi luettiin korkeampi arvo äidin ja isän arvoista. Tämän jälkeen muuttuja luokiteltiin edelleen kaksiluokkaiseksi. ”Helppo kommunikointi” sisälsi vastausvaihtoehdot ”hyvin helppoa” ja ”helppoa” ja ”vaikea kommunikointi” vastausvaihtoehdot ”vaikeaa” ja ”hyvin vaikeaa”.

Opettajien tuki. Opettajien antamaa tukea arvioitiin seitsemän väittämän avulla. Väittämistä kolme kuului kansainvälisen HBSC-tutkimuksen protokollaan. Näiden lisäksi otettiin mukaan neljä muuta opettajan tukea kuvaavaa väittämää. Väittämät olivat: ”Minusta tuntuu, että opettajani hyväksyvät minut sellaisena kuin olen”, ”Minusta tuntuu, että opettajani välittävät minusta ihmisenä”, ”Opettajani ovat kiinnostuneita siitä, mitä minulle kuuluu”, ”Luotan paljon opettajiini”, ”Suurin osa opettajistani on ystävällisiä”, ”Opettajat rohkaisevat minua ilmaisemaan oman mielipiteeni oppitunneilla” ja ”Opettajat kohtelevat meitä oppilaita oikeudenmukaisesti”. Väittämät arvioitiin vaihtoehdoilla: ”täysin samaa mieltä”, ”samaa mieltä”, ”en osaa sanoa”, ”eri mieltä” sekä ”täysin eri mieltä”. Vastausvaihtoehdot koodattiin arvoin 1–5, joista suurin arvo käännettiin vastaamaan vaihtoehtoa ”täysin samaa mieltä” ja matalin ”täysin eri mieltä”. Opettajan tuesta tehtiin summamuuttuja, jonka arvo oli seitsemän väittämän keskiarvo [1–5]. Cronbachin alfa summamuuttujalle oli 0.90. Analyysyjä varten summamuuttujasta muodostettiin kaksiluokkainen jakamalla muuttuja mediaanin (Md=3.57) perusteella kahteen luokkaan, joista ensimmäinen (arvot 1.00–3.56) kuvasi heikompaa opettajan tukea ja jälkimmäinen (3.57–5.00) vahvempaa opettajan tukea.

Ystävien tuki. Ystävien tukea mitattiin MSPSS-mittarin (Zimet ym. 1998) neljällä väittämällä. Ystävien tukeen liittyvät väittämät olivat: ”Ystäväni todella yrittävät auttaa minua”, ”Voin luottaa ystäväni apuun, kun jokin menee pieleen”, ”Minulla on ystäviä, joiden kanssa voin jakaa iloni ja suruni” sekä ”Voin puhua ongelmistani ystäväni kanssa”. Vastausvaihtoehdot olivat asteikolla 1-7, jossa 1=hyvin vahvasti eri mieltä ja 7=hyvin vahvasti samaa mieltä. Ystävien tuesta muodostettiin summamuuttuja, joka sai arvonsa neljän väittämän keskiarvosta [1–7]. Cronbachin alfa summamuuttujalle oli 0.96. Analyyseja varten ystävien tuen summamuuttujasta tehtiin kaksiluokkainen jakamalla muuttuja kahteen luokkaan sen mediaanin (Md=6.00) perusteella. Ensimmäinen luokka (arvot 1.00–5.99) kuvasi heikompaa ystävien tukea ja toinen (6.00–7.00) vahvempaa ystävien tukea.

Luokkatovereiden tuki. Luokkatovereiden antamaa tukea arvioitiin WHO-Koululaistutkimuksen kyselylomakkeen kolmella väittämällä. Luokkatovereiden tukea mitanneet väittämät olivat: ”Luokkani oppilaat viihtyvät hyvin yhdessä”, ”Useimmat luokkani oppilaat ovat ystävällisiä ja auttavaisia” ja ”Muut oppilaat hyväksyvät minut sellaisena kuin olen”. Vastausvaihtoehdot olivat: ”täysin samaa mieltä”, ”samaa mieltä”, ”en osaa sanoa”, ”eri mieltä” sekä ”täysin eri mieltä”. Vastausvaihtoehdot oli koodattu arvoin 1–5, joista suurin arvo käännettiin vastaamaan vaihtoehtoa ”täysin samaa mieltä” ja pienin ”täysin eri mieltä”. Luokkatovereiden tuesta tehtiin summamuuttuja, jonka arvo oli kolmen väittämän keskiarvo [1–5]. Cronbachin alfa summamuuttujalle oli 0.80. Analyysejä varten summamuuttujasta tehtiin kaksiluokkainen muuttuja jakamalla summamuuttuja mediaanin (MD=4.00) perusteella kahteen luokkaan, joista ensimmäinen (arvot 1.00–3.99) kuvasi heikompaa luokkatovereiden tukea ja jälkimmäinen (4.00–5.00) vahvempaa luokkatovereiden tukea.

6.3 Aineiston analyysimenetelmät

Tulokset analysoitiin IBM SPSS Statistics 24 -ohjelmalla. Toistuvan oireilun yleisyyttä ja eroa ikäryhmien ja sukupuolten välillä tarkasteltiin frekvenssijakaumilla, ristiintaulukoinnilla ja Khiin neliö (χ^2)-testillä. Frekvenssi- ja prosenttijakaumien avulla saatiin tietoa oireilun yleisyydestä, ja ristiintaulukointi taas soveltuu erityisesti dikotomisten muuttujien havainnollistamiseen (Metsämuuronen 2006, 346). Ristiintaulukoinnin avulla voidaan pyrkiä havaitsemaan

yhteys kahden eri muuttujan välillä, ja χ^2 -testin avulla saadaan eksaktia tietoa siitä, johtuiko ryhmien ero sattumasta vai ryhmien välisestä todellisesta erosta (Metsämuuronen 2006, 347). Sosiaalisen tuen eroja sukupuolten ja ikäryhmien välillä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin, prosenttiosuuksien luottamusvälien laskemisen ja χ^2 -testin avulla.

Sosiaalisen tuen ja oireilun yhteyttä sekä yhteyden eroavaisuutta iän ja sukupuolen mukaan tarkasteltiin ristiintaulukoinnin, prosenttiosuuksien luottamusvälien laskemisen ja χ^2 -testin lisäksi binäärisellä logistisella regressioanalyysillä. Logistista regressioanalyysiä käytetään usein terveystieteissä (Metsämuuronen 2006, 670). Logistisen regressioanalyysin avulla voidaan tutkia, miten selittävät muuttujat vaikuttavat tarkastelun kohteena olevan tapahtuman todennäköisyyteen (KvantiMOTV 2009). Regressiomallissa oletetaan, että selittävät tekijät eivät ole multikollineaarisia, eli selittävien tekijöiden keskinäiset korrelaatiot eivät saa olla liian voimakkaita (Metsämuuronen 2006, 672). Tämän vuoksi muuttujien välisten korrelaatioiden voimakkuus testattiin Spearmanin järjestyskorrelaatiolla (liite 7; liite 8). Ristiintaulukointi ja binäärinen logistinen regressioanalyysi suoritettiin erikseen pojille ja tytöille tutkimuksessa havaittujen sukupuolten välisten erojen vuoksi. Tilastollisen merkitsevyyden tasoksi määritettiin <0.05 ja luottamusväliksi 95 %. Taulukkoon 2 on koottu käytetyt analyysimenetelmät tutkimuskysymyksittäin.

TAULUKKO 2. Käytetyt analyysimenetelmät tutkimuskysymyksittäin.

Tutkimuskysymys	Analyysimenetelmä
1. Miten ikä ja sukupuoli ovat yhteydessä 13- ja 15-vuotiaiden koettuun oireiluun?	Frekvenssijakaumat, ristiintaulukointi, χ^2 -testi
2. Miten ikä ja sukupuoli ovat yhteydessä 13- ja 15-vuotiaiden kokemaan sosiaaliseen tukeen?	Ristiintaulukointi, prosenttiosuuksien 95 %:n luottamusvälien laskeminen, χ^2 -testi
3. Miten sosiaalinen tuki on yhteydessä 13- ja 15-vuotiaiden koettuun oireiluun?	Ristiintaulukointi, prosenttiosuuksien 95 %:n luottamusvälien laskeminen, χ^2 -testi, binäärinen logistinen regressioanalyysi

7 TULOKSET

7.1 Nuorten koettu oireilu

Nuorten koettua oireilua tarkasteltiin toistuvan oireilun yleisyyden sekä sukupuolten ja ikäryhmien välisten erojen näkökulmasta. Oireilu määriteltiin toistuvaksi, kun nuori koki kahta tai useampaa oiretta useammin kuin kerran viikossa. Koko aineistossa (n=3853) toistuvaa oireilua oli 34 %:lla 13- ja 15-vuotiaista nuorista. Tytöt oireilivat toistuvasti yleisemmin kuin pojat (p<0.001). 13-vuotiaista tytöistä 42 %:lla ja 15-vuotiaista tytöistä 45 %:lla oli toistuvaa oireilua, kun taas 13-vuotiaista pojista vain 23 % ja 15-vuotiaista pojista 25 % oireili toistuvasti. Ikäryhmien välillä ei ollut eroa toistuvassa oireilussa tytöillä eikä pojilla (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Toistuva oireilu sukupuolen ja iän mukaan (n ja %).

	13-v.				p-arvo ^a	15-v.				p-arvo ^{a,b}		
	Pojat		Tytöt			Pojat		Tytöt		pojat	tytöt	
Toistuva oireilu	n	%	n	%		n	%	n	%			
Kyllä	227	23.4	400	42.1	<0.001	234	25.1	454	45.4	<0.001	0.422	0.157
Ei	742	76.6	549	57.9		700	74.9	547	54.6			
Yhteensä	969	100.0	949	100.0		934	100.0	1001	100.0			

^a Ryhmien välisiä eroja testattiin χ^2 -testillä

^b p-arvo ikäryhmien välillä

Nuorten oireilua tarkasteltiin myös yleisimpien yksittäisten oireiden mukaan (liite 6). Koko aineistossa yleisin päivittäin koettu oire oli vaikeudet päästä uneen (7 %) ja yleisin oire, jota esiintyi useammin kuin kerran viikossa oli ärtyneisyys ja pahantuulisuus (22 %). 13-vuotiailla pojilla yleisimmät päivittäiset oireet olivat vaikeudet päästä uneen (5 %), ärtyneisyys tai pahantuulisuus (4 %) ja päänsärky (4 %). Yleisimmät oireet, joita esiintyi useammin kuin kerran viikossa, olivat 13-vuotiailla pojilla samat, eli vaikeudet päästä uneen (17 %), ärtyneisyys tai pahantuulisuus (16 %) sekä päänsärky (12 %). 15-vuotiaat pojat kokivat lähes päivittäin vaikeuksia päästä uneen (5 %), ärtyneisyyttä tai pahantuulisuutta (4 %) ja selkäkipuja (4 %). Heillä

yleisimmät useammin kuin kerran viikossa esiintyneet oireet olivat vaikeudet päästä uneen (15 %) ärtyneisyys tai pahantuulisuus (14 %) sekä niska-hartiasärky (13 %) (liite 6).

13-vuotiailla tytöillä yleisin lähes päivittäinen oire oli vaikeudet päästä uneen (10 %), jota seurasivat ärtyneisyys ja pahantuulisuus (9 %) sekä hermostuneisuus (8 %). Yleisimmät useammin kuin kerran viikossa koetut oireet olivat samat kuin yleisimmät päivittäiset oireet, eli ärtyneisyys tai pahantuulisuus (30 %), vaikeudet päästä uneen (25 %) ja hermostuneisuus (24 %). 15-vuotiaat tytöt kokivat yleisimmin lähes päivittäin niska-hartiasärkyä (11 %), päänsärkyä (9 %) ja vaikeuksia päästä uneen (9 %). Sen sijaan useammin kuin kerran viikossa raportoituja oireita oli yleisimmin ärtyneisyys tai pahantuulisuus (29 %), niska-hartiasärky (27 %) ja hermostuneisuus (27 %) (liite 6).

7.2 Nuorten kokema sosiaalinen tuki

Nuorten kokemaa sosiaalista tukea tarkasteltiin sukupuolten ja ikäryhmien välisten erojen näkökulmasta. Perheeltä saadussa tuessa ei ollut eroa tyttöjen ja poikien välillä kummassakaan ikäryhmässä. Myöskään 13- ja 15-vuotiaiden poikien välillä ei ollut eroa perheeltä saadussa tuessa. Sen sijaan 13-vuotiaista tytöistä suurempi osa koki vahvempaa perheen tukea verrattuna 15-vuotiaisiin tyttöihin (61 % vs. 53 %, $p<0.001$). Myös kommunikoinnin vanhemman kanssa helpoksi kokevien osuus oli suurempi 13-vuotiailla tytöillä kuin 15-vuotiailla tytöillä (88 % vs. 82 %, $p=0.001$). 13-vuotiaista pojista suurempi osa koki vanhemman kanssa kommunikoinnin helpommaksi verrattuna saman ikäisiin tyttöihin (92 % vs. 88 %, $p=0.002$). Sama ilmiö havaittiin myös 15-vuotiailla pojilla ja tytöillä (90 % vs. 82 %, $p<0.001$) (taulukko 4).

Perheeltä saatavaa sosiaalista tukea tarkasteltiin myös äidin ja isän kiinnostuksen näkökulmasta koskien nuoren kodin ulkopuolista elämää. Äidin kiinnostuksessa havaittiin eroja tyttöjen ja poikien välillä. 13- ja 15-vuotiaista tytöistä suurempi osa koki äidin kiinnostuksen korkeammaksi verrattuna saman ikäisiin poikiin ($p<0.001$). Äidin kiinnostus oli yhteydessä ikään vain pojilla siten, että äidin kiinnostuksen korkeaksi kokeneiden nuorten osuus oli suurempi 13-vuotiailla kuin 15-vuotiailla (52 % vs. 47 %, $p=0.033$). Tytöt kokivat äidin kiinnostuksen korkeammaksi poikiin verrattuna sekä 13-vuotiaana (66 % vs. 52 %, $p<0.001$) että 15-vuotiaana (64

% vs. 47 %, $p < 0.001$). Isän kiinnostuksen suhteen ei havaittu samanlaista eroa tyttöjen ja poikien välillä. Sen sijaan isän kiinnostus oli yhteydessä ikään sekä pojilla että tytöillä. Molemmilla sukupuolilla korkeampaa isän kiinnostusta kokevien osuus oli suurempi 13-vuotiailla verrattaessa 15-vuotiaisiin (pojat: 61 % vs. 54 %, $p = 0.005$; tytöt: 60 % vs. 54 %, $p = 0.024$).

Tytöillä ja pojilla ei havaittu olevan eroa opettajilta saadun tuen suhteen, mutta ikä oli yhteydessä opettajilta saatuun tukeen sekä pojilla että tytöillä. Opettajien vahvempi tuki laski iän myötä molemmilla sukupuolilla. 13-vuotiaista pojista ja tytöistä vahvempaa opettajien tukea koki useampi kuin joka toinen, kun taas 15-vuotiaista tytöistä ja pojista harvempi kuin joka toinen koki vahvempaa opettajien tukea (pojat: 57 % vs. 47 %, $p < 0.001$; tytöt: 59 % vs. 49 %, $p < 0.001$). Sen sijaan nuorten kouluympäristöstä saadulla luokkatovereiden tuella ei ollut eroa tyttöjen ja poikien välillä, eikä myöskään ikäryhmien välillä (taulukko 4).

Ystäviltä saadun tuen suhteen oli eroja molemmissa ikäryhmissä tyttöjen ja poikien välillä. 13-vuotiaista tytöistä suurempi osa koki vahvempaa tukea ystäviltä verrattaessa 13-vuotiaisiin poikiin (67 % vs. 40 %, $p < 0.001$). Myös 15-vuotiaista tytöistä suurempi osa koki vahvempaa tukea ystäviltä 15-vuotiaisiin poikiin verrattuna (66 % vs. 47 %, $p < 0.001$). Ystävien tuen ja iän yhteys oli havaittavissa kuitenkin vain pojilla, joilla vahvempaa ystävien tukea kokevien osuus oli 15-vuotiailla suurempi kuin 13-vuotiailla (47 % vs. 40 %, $p = 0.004$) (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Nuorten kokema sosiaalinen tuki sukupuolen ja iän mukaan (% ja 95 %:n luottamusväli).

	13-v.		p-arvo ^a	15-v.		p-arvo ^a	P-arvo ^{a,b}	
	Pojat	Tytöt		Pojat	Tytöt		Pojat	Tytöt
Sosiaalinen tuki	% [95%:n lv]	% [95%:n lv]		% [95%:n lv]	% [95%:n lv]			
Perheen tuki								
Vahvempi	60.8 [57.7-63.9]	61.4 [58.3-64.5]	0.777	56.8 [53.6-60.0]	52.7 [49.6-55.8]	0.067	0.091	<0.001
Heikompi	39.2 [36.1-42.3]	38.6 [35.5-41.7]		43.2 [40.0-46.4]	47.3 [44.2-50.4]			
Yhteensä (n)	100 (946)	100 (941)		100 (929)	100 (997)			

	13-v.			15-v.			P-arvo ^{a,b}	
	Pojat	Tytöt	p-arvo ^a	Pojat	Tytöt	p-arvo ^a	Pojat	Tytöt
Sosiaalinen tuki	%	%		%	%			
	[95%:n lv]	[95%:n lv]		[95%:n lv]	[95%:n lv]			
Kommunikointi vanhemman kanssa								
Helppoa	92.3	87.9	0.002	89.6	82.2	<0.001	0.056	0.001
	[90.5-94.1]	[85.8-90.0]		[87.6-91.6]	[79.8-84.6]			
Vaikeaa	7.7	12.1		10.4	17.8			
	[5.9-9.5]	[10.0-14.2]		[8.4-12.4]	[15.4-20.2]			
Yhteensä (n)	100	100		100	100			
	(885)	(904)		(890)	(946)			
Äidin kiinnostus								
Korkeampi	52.0	66.3	<0.001	47.0	63.9	<0.001	0.033	0.272
	[48.8-55.2]	[63.3-69.3]		[43.8-50.2]	[60.1-66.9]			
Heikompi	48.0	33.7		53.0	36.1			
	[44.8-51.2]	[30.7-36.7]		[49.8-56.2]	[33.1-39.1]			
Yhteensä (n)	100	100		100	100			
	(939)	(938)		(920)	(986)			
Isän kiinnostus								
Korkeampi	60.5	59.6	0.737	53.9	54.3	0.888	0.005	0.024
	[57.3-63.7]	[56.4-62.8]		[50.6-57.2]	[51.1-57.5]			
Heikompi	39.5	40.4		46.1	45.7			
	[36.3-42.7]	[37.2-43.6]		[42.8-49.4]	[42.5-48.9]			
Yhteensä (n)	100	100		100	100			
	(914)	(904)		(890)	(946)			
Opettajien tuki								
Vahvempi	56.9	59.2	0.308	47.3	48.7	0.524	<0.001	<0.001
	[53.8-60.0]	[56.1-62.3]		[44.1-50.5]	[45.6-51.8]			
Heikompi	43.1	40.8		52.7	51.3			
	[40.0-46.2]	[37.7-43.9]		[49.5-55.9]	[48.2-54.4]			
Yhteensä (n)	100	100		100	100			
	(962)	(947)		(933)	(999)			
Ystävien tuki								
Vahvempi	40.4	67.4	<0.001	47.1	66.3	<0.001	0.004	0.596
	[37.3-43.5]	[64.4-70.4]		[43.9-50.3]	[63.4-69.2]			
Heikompi	59.6	32.6		52.9	33.7			
	[56.5-62.7]	[29.6-35.6]		[49.7-56.1]	[30.8-36.6]			
Yhteensä (n)	100	100		100	100			
	(947)	(942)		(927)	(996)			
Luokkatoverien tuki								
Vahvempi	62.5	58.0	0.050	58.9	55.5	0.129	0.121	0.272
	[59.4-65.6]	[54.9-61.2]		[55.7-62.1]	[52.4-58.6]			
Heikompi	37.5	42.0		41.1	44.5			
	[34.4-40.6]	[38.9-45.2]		[37.9-44.3]	[42.4-48.6]			
Yhteensä (n)	100	100		100	100			
	(963)	(946)		(931)	(999)			

^a Ryhmien välisiä eroja testattiin χ^2 -testillä

^b p-arvo ikäryhmien välillä

7.3 Sosiaalisen tuen ja koetun oireilun yhteys

Nuorten kokeman sosiaalisen tuen yhteyttä toistuvaan oireiluun tarkasteltiin erikseen tyttöjen ja poikien osalta. Heikompaa perheen, opettajan ja luokkatovereiden tukea, heikompaa isän kiinnostusta sekä vaikeaa kommunikointia vanhemman kanssa kokeneista 13- ja 15-vuotiaista pojista suurempi osuus oireili toistuvasti verrattaessa vahvempaa tukea, korkeampaa kiinnostusta sekä helppoa kommunikointia kokeneisiin poikiin ($p < 0.001$ – $p = 0.016$). 15-vuotiaista pojista ne, jotka kokivat äidin kiinnostuksen heikommaksi, oireilivat toistuvasti yleisemmin kuin äidin kiinnostuksen vahvemiksi kokeneet (30 % vs. 20 %, $p < 0.001$). Toistuva oireilu erosi myös ystävien tuen mukaan 13-vuotiailla pojilla, mutta ei 15-vuotiailla pojilla. Heikompaa tukea ystäviltä kokeneista 13-vuotiaista suurempi osa oireili toistuvasti verrattuna vahvempaa tukea ystäviltä kokeneisiin (26 % vs. 19 %, $p = 0.012$) (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Toistuva oireilu koetun sosiaalisen tuen mukaan **pojilla** (% ja 95 %:n luottamusväli).

	13-v.			p-arvo ^a	15-v.			p-arvo ^a
	Toistuvaa oireilua	Ei oireilua	Yhteensä		Toistuvaa oireilua	Ei oireilua	Yhteensä	
Sosiaalinen tuki	%	%	%		%	%	%	
	[95%:n lv]	[95%:n lv]	(n)		[95%:n lv]	[95%:n lv]	(n)	
Perheen tuki								
Vahvempi	18.1	81.9	100	<0.001	18.4	81.6	100	<0.001
	[15.0-21.3]	[78.8-85.1]	(575)		[15.1-21.7]	[78.3-84.9]	(528)	
Heikompi	31.5	68.5	100		34.2	65.8	100	
	[26.8-36.2]	[63.7-73.2]	(371)		[29.4-39.0]	[60.1-70.6]	(401)	
Kommunikointi vanhemman kanssa								
Helppoa	21.5	78.5	100	0.004	21.8	78.2	100	<0.001
	[18.7-24.3]	[75.7-81.3]	(817)		[18.9-24.7]	[75.3-81.1]	(785)	
Vaikeaa	38.2	61.8	100		45.1	54.9	100	
	[26.7-49.8]	[50.3-73.4]	(68)		[34.9-55.3]	[44.7-65.1]	(91)	
Äidin kiinnostus								
Korkeampi	22.3	77.7	100	0.487	19.7	80.3	100	<0.001
	[18.6-26.0]	[74.0-81.4]	(488)		[16.0-23.5]	[76.6-84.1]	(432)	
Heikompi	24.4	75.6	100		29.9	70.1	100	
	[20.4-28.4]	[71.6-79.6]	(451)		[25.8-34.0]	[66.0-74.2]	(488)	

	13-v.			p-arvo ^a	15-v.			P-arvo ^{a,b}	
	Pojat	Tytöt			Pojat	Tytöt		Pojat	Tytöt
Sosiaalinen tuki	%	%		%	%				
	[95%:n lv]	[95%:n lv]		[95%:n lv]	[95%:n lv]				
Isän kiinnostus									
Korkeampi	20.1	79.9	100	0.016	19.8	80.2	100	<0.001	
	[16.8-23.4]	[76.6-83.2]	(553)		[16.2-23.4]	[76.6-83.8]	(480)		
Heikompi	27.1	72.9	100		30.5	69.5	100		
	[22.5-31.7]	[68.3-77.5]	(361)		[26.0-35.0]	[65.0-74.0]	(410)		
Opettajien tuki									
Vahvempi	17.4	82.6	100	<0.001	17.2	82.8	100	<0.001	
	[14.2-20.6]	[79.4-85.8]	(547)		[13.7-20.7]	[79.3-86.3]	(441)		
Heikompi	31.6	68.4	100		32.1	67.9	100		
	[27.1-36.1]	[63.9-72.9]	(415)		[28.0-36.2]	[63.8-72.0]	(492)		
Ystävien tuki									
Vahvempi	19.1	80.9	100	0.012	24.0	76.0	100	0.495	
	[15.2-23.0]	[77.0-84.8]	(383)		[20.0-28.0]	[72.0-80.0]	(437)		
Heikompi	26.1	73.9	100		26.1	73.9	100		
	[22.5-29.7]	[70.3-77.5]	(564)		[22.2-30.0]	[70.0-77.8]	(490)		
Luokkatoverien tuki									
Vahvempi	18.4	81.6	100	<0.001	20.0	80.0	100	<0.001	
	[15.3-21.5]	[78.5-84.7]	(603)		[16.7-23.3]	[76.7-83.3]	(550)		
Heikompi	32.0	68.0	100		32.4	67.6	100		
	[27.2-36.8]	[63.2-72.8]	(362)		[27.7-37.1]	[62.9-72.3]	(383)		

^a Ryhmien välisiä eroja testattiin χ^2 -testillä

13- ja 15-vuotiailla tytöillä kaikki tarkastellut sosiaalisen tuen muodot olivat yhteydessä toistuvaan oireiluun ($p < 0.001$ – $p = 0.024$). Heikompaa perheen, opettajien, ystävien ja luokkatoverien tukea, vaikeaa kommunikointia sekä heikompaa äidin ja isän kiinnostusta kokeneista 13- ja 15-vuotiaista tytöistä suurempi osuus oireili toistuvasti verrattaessa vahvempaa tukea, korkeampaa kiinnostusta sekä helppoa kommunikointia kokeviin tyttöihin (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Toistuva oireilu koetun sosiaalisen tuen mukaan **tytöillä** (% ja 95 %:n luottamusväli).

	13-v.			p-arvo ^a	15-v.			p-arvo ^a
	Toistuvaa oireilua	Ei oireilua	Yhteensä		Toistuvaa oireilua	Ei oireilua	Yhteensä	
Sosiaalinen tuki	%	%	%		%	%	%	
	[95%:n lv]	[95%:n lv]	(n)		[95%:n lv]	[95%:n lv]	(n)	
Perheen tuki								
Vahvempi	32.5	67.5	100	<0.001	34.3	65.7	100	<0.001
	[28.7-36.3]	[63.7-71.3]	(578)		[30.2-38.4]	[61.6-69.8]	(525)	
Heikompi	57.9	42.1	100		57.8	42.2	100	
	[52.8-63.0]	[37.0-47.2]	(363)		[53.3-62.3]	[37.7-46.7]	(472)	
Kommunikointi vanhemman kanssa								
Helppoa	37.5	62.5	100	<0.001	41.6	58.4	100	<0.001
	[34.1-40.9]	[59.1-65.9]	(766)		[38.1-45.1]	[54.9-61.9]	(743)	
Vaikeaa	70.5	29.5	100		62.1	37.9	100	
	[61.8-79.2]	[20.8-38.2]	(105)		[54.6-69.6]	[30.4-45.4]	(161)	
Äidin kiinnostus								
Korkeampi	37.8	62.2	100	<0.001	42.7	57.3	100	0.024
	[34.0-41.6]	[58.4-66.0]	(622)		[38.8-46.6]	[53.4-61.2]	(630)	
Heikompi	50.9	49.1	100		50.3	49.7	100	
	[45.4-56.4]	[43.6-54.6]	(316)		[45.1-55.5]	[44.5-54.9]	(356)	
Isän kiinnostus								
Korkeampi	34.5	65.5	100	<0.001	39.7	60.3	100	0.001
	[30.5-38.5]	[61.4-69.5]	(539)		[35.5-43.9]	[56.1-64.5]	(514)	
Heikompi	53.4	46.6	100		50.5	49.5	100	
	[48.3-58.5]	[41.5-51.7]	(365)		[45.8-55.2]	[44.8-54.2]	(432)	
Opettajien tuki								
Vahvempi	31.7	68.3	100	<0.001	34.5	65.5	100	<0.001
	[27.9-35.6]	[64.5-72.2]	(561)		[30.3-38.7]	[61.3-69.7]	(487)	
Heikompi	57.5	42.5	100		55.9	44.1	100	
	[52.6-62.4]	[37.6-47.4]	(386)		[51.6-60.2]	[39.8-48.4]	(512)	
Ystävien tuki								
Vahvempi	37.2	62.8	100	<0.001	37.6	62.4	100	<0.001
	[33.4-41.0]	[59.0-66.6]	(635)		[33.9-41.3]	[58.7-66.1]	(660)	
Heikompi	52.8	47.2	100		61.0	39.0	100	
	[47.2-58.4]	[41.6-52.3]	(307)		[55.8-66.2]	[33.8-44.2]	(336)	
Luokkatovereiden tuki								
Vahvempi	32.9	67.1	100	<0.001	37.4	62.6	100	<0.001
	[29.0-36.8]	[63.2-71.0]	(550)		[33.4-41.4]	[58.6-66.6]	(554)	
Heikompi	55.0	45.0	100		55.5	44.5	100	
	[50.1-59.9]	[40.1-49.9]	(398)		[50.1-60.1]	[39.9-49.1]	(445)	

^a Ryhmien välisiä eroja testattiin χ^2 -testillä

Nuorten toistuvan oireilun ja sosiaalisen tuen yhteyttä tarkasteltiin myös binäärisellä logistisella regressioanalyysillä. Tytöt oireilivat toistuvasti yli kaksi kertaa (OR=2.56, $p<0.001$) poikia todennäköisemmin (liite 9). Pojilla toistuvaan oireiluun olivat yhteydessä perheen tuki, kommunikointi vanhemman kanssa, isän kiinnostus, opettajien ja luokkatovereiden tuki (taulukko 7). Pojilla toistuvan oireilun todennäköisyyteen eivät vaikuttaneet äidin kiinnostus, ikä eikä ystävien tuki, minkä vuoksi ne jätettiin pois lopullisesta mallista.

Heikompaa perheen tukea kokevat pojat oireilivat toistuvasti noin puolitoista kertaa (OR=1.46, $p=0.003$) todennäköisemmin kuin vahvempaa perheen tukea kokeneet pojat. Lisäksi vaikea kommunikointi vanhemman kanssa lisäsi poikien toistuvan oireilun todennäköisyyttä yli puolitoistakertaiseksi (OR=1.74, $p=0.003$) verrattaessa kommunikoinnin helpoksi kokeviin poikiin. Myös isän heikomman kiinnostuksen havaittiin lisäävän oireilua 1.3-kertaisesti (OR=1.30, $p=0.031$), kun vertailuryhmänä oli isän kiinnostuksen korkeammaksi kokeneet pojat (taulukko

Kouluun liittyvistä tekijöistä opettajien ja luokkatovereiden heikompi tuki lisäsivät toistuvan oireilun todennäköisyyttä merkittävästi. Heikompaa opettajien tukea kokeneet pojat oireilivat yli puolitoista kertaa (OR=1.56, $p=0.001$) todennäköisemmin kuin vahvempaa opettajan tukea kokeneet, ja heikompaa luokkatoveritukea kokeneet oireilivat 1.3-kertaa (OR=1.32, $p=0.032$) todennäköisemmin verrattaessa vahvempaa luokkatoveritukea kokeneisiin poikiin (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Perheen tuen, vanhemman kanssa kommunikoinnin, isän kiinnostuksen, opettajien tuen ja luokkatovereiden tuen yhteys **poikien** toistuvaan oireiluun (OR ja 95 %:n luottamusväli).

		OR	95% LV	p-arvo
Perheen tuki	Vahvempi	1.00		
	Heikompi	1.46	1.13–2.02	0.003
Kommunikointi vanhemman kanssa	Helppoa	1.00		
	Vaikeaa	1.74	1.21–2.50	0.003
Isän kiinnostus	Korkeampi	1.00		
	Heikompi	1.30	1.02–1.64	0.031
Opettajien tuki	Vahvempi	1.00		
	Heikompi	1.56	1.21–2.02	0.001
Luokkatovereiden tuki	Vahvempi	1.00		
	Heikompi	1.32	1.02–1.71	0.032

Referenssiryhmä merkitty arvolla 1.00. Omnibus (5) = 86.305; $p < 0.001$. Hosmer and Lemeshow p-arvo 0.219.

Tytöillä toistuvaan oireiluun olivat yhteydessä perheen tuki, kommunikointi vanhemman kanssa sekä opettajien, ystävien ja luokkatovereiden tuki (taulukko 8). Sen sijaan ikä sekä äidin ja isän kiinnostus eivät lisänneet toistuvan oireilun riskiä tytöillä, joten ne jätettiin pois lopullisesta mallista. Perheeseen liittyviä sosiaalisen tuen muuttujia tarkastellessa havaittiin, että heikompaa perheen tukea kokevat tytöt oireilivat yli puolitoista kertaa (OR=1.57, $p < 0.001$) todennäköisemmin verrattaessa vahvempaa perheen tukea kokeviin tyttöihin. Vaikea kommunikointi vanhemman kanssa lisäsi oireilun todennäköisyyttä lähes kaksinkertaiseksi (OR=1.94, $p < 0.001$) (taulukko 8).

Perheen ulkopuolisista muuttujista opettajien tuki oli merkittävä toistuvan oireilun todennäköisyyttä lisäävä tekijä. Heikompaa tukea opettajilta kokeneet tytöt oireilivat lähes kaksi kertaa (OR=1.89, $p < 0.001$) todennäköisemmin kuin vahvempaa tukea kokeneet tytöt. Myös ystävien ja luokkatovereiden tuki olivat merkittäviä toistuvan oireilun näkökulmasta. Heikompaa ystävien ja luokkatovereiden tukea kokeneet tytöt oireilivat lähes puolitoista kertaa (ystävien tuki

OR=1.42, p=0.003; luokkatovereiden tuki OR=1.43, p=0.001) todennäköisemmin kuin vahvempaa ystävien ja luokkatovereiden tukea kokeneet tytöt (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Perheen tuen, vanhemman kanssa kommunikoinnin, opettajien tuen, ystävien tuen ja luokkatovereiden tuen yhteys **tyttöjen** toistuvaan oireiluun (OR ja 95 %:n luottamusväli).

		OR	95% LV	p-arvo
Perheen tuki	Vahvempi	1.00		
	Heikompi	1.57	1.25–1.98	<0.001
Kommunikointi vanhemman kanssa	Helppoa	1.00		
	Vaikeaa	1.94	1.43–2.62	<0.001
Opettajien tuki	Vahvempi	1.00		
	Heikompi	1.89	1.52–2.35	<0.001
Ystävien tuki	Vahvempi	1.00		
	Heikompi	1.42	1.13–1.78	0.003
Luokkatovereiden tuki	Vahvempi	1.00		
	Heikompi	1.43	1.15–1.78	0.001

Referenssiryhmä merkitty arvolla 1.00. Omnibus (5) = 197.708; p<0.001. Hosmer and Lemeshow p-arvo 0.573.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tulosten mukaan noin joka kolmas 13- ja 15-vuotiaista suomalaisnuorista oireili toistuvasti, eli koki kahta tai useampaa oiretta useammin kuin kerran viikossa. Tyttöillä toistuva oireilu oli yleisempää kuin pojilla. Tutkimuksessa havaittiin, että sosiaalinen tuki oli yhteydessä toistuvaan oireiluun sekä pojilla että tytöillä lähes kaikkien tarkasteltavien sosiaalisen tuen muotojen suhteen. Heikompaa sosiaalista tukea kokeneet nuoret oireilivat toistuvasti yleisemmin kuin vahvempaa sosiaalista tukea kokeneet nuoret. Pojilla toistuvan oireilun todennäköisyyttä lisäsivät heikompi tuki perheeltä, opettajilta ja luokkatovereilta sekä vaikea kommunikointi vanhemman kanssa ja isän heikompi kiinnostus. Tytöistä heikompaa tukea perheeltä, opettajilta, ystäviltä ja luokkatovereilta sekä vaikeaa kommunikointia vanhemman kanssa kokeneet oireilivat todennäköisemmin kuin vahvempaa tukea kokeneet.

Tässä tutkimuksessa havaittu suomalaisten nuorten toistuvan oireilun määrä oli samaa tasoa kuin HBSC-tutkimusten maissa (Ottová-Jordan ym. 2016). Kuten myös aiemmissa tutkimuksissa on havaittu sekä kansainvälisesti (Holstein ym. 2007; Ottová-Jordan ym. 2016) että Suomessa (Wiss ym. 2017), tytöt oireilivat poikia yleisemmin. Sen sijaan ikä ei vaikuttanut toistuvan oireilun yleisyyteen, vaikka aiemman tutkimustiedon valossa oireilun on todettu lisääntyvän nuorilla iän myötä (Holstein ym. 2007). Ikäryhmien välillä olisi kuitenkin voitu havaita muutosta oireilun määrässä, mikäli aineistossa olisi olleet mukana myös 11-vuotiaat, sillä Holsteinin ym. (2007) tutkimuksessa havaittiin ero juuri 11-vuotiaiden ja 15-vuotiaiden välillä HBSC-tutkimuksen kansainvälisessä aineistossa.

Tytöt ja pojat kokivat tuen perheeltä, opettajalta ja luokkatovereilta saman tasoisena, eli tyttöjen ja poikien osuudet heikomman ja vahvemman tuen ryhmissä näiden tuen muotojen osalta eivät eronneet. Myös Malecki & Demaray (2003) havaitsivat nuorten saavan perheeltään samanlaista tukea sukupuolesta riippumatta. Sen sijaan kansainvälisessä HBSC-raportissa, jossa mukana olivat kaikki HBSC-tutkimukseen osallistuneet maat, havaittiin, että pojat raportoivat vahvempaa tukea perheeltä (Brooks ym. 2016). Lisäksi raportissa havaittiin, että pojat kokivat etenkin isän kanssa kommunikoinnin helpommaksi kuin tytöt (Brooks ym. 2016), ja sama on havaittu Suomessa tehdyssä kouluterveyskyselyssä molempien vanhempien osalta (Halme ym. 2018).

Myös tässä tutkimuksessa havaittiin, että pojat kokivat yleisemmin kommunikoinnin vanhemman kanssa helpommaksi kuin tytöt. Tyttöjen kommunikointivaikeuksiin voi liittyä se, että pojat arvioivat yläkouluiässä suhteen vanhempiin läheisimmäksi kuin tytöt (Kauppinen ym. 2004), mikä voi toisaalta olla seurausta kommunikointivaikeuksista tai vaikeuksien syy.

Perheeltä saadun tuen on havaittu laskevan iän myötä (Brooks ym. 2016). Tässäkin tutkimuksessa sama oli havaittavissa, eli nuoremmat tytöt kokivat perheen tuen vahvemmaksi ja vanhemman kanssa kommunikoinnin helpommaksi kuin vanhemmat tytöt. Lisäksi sekä tytöt että pojat kokivat äidin ja isän kiinnostuksen olevan korkeampaa 13-vuotiaana kuin 15-vuotiaana. Perheeltä saadun tuen vähenemistä voivat selittää nuoruudessa tapahtuvat muutokset vanhempien ja nuoren välisessä vuorovaikutuksessa. Nuoruudessa nuoren autonomia ja päätösvalta lisääntyvät (Steinberg & Silk 2002) ja nuori usein kyseenalaistaa vanhempien sääntöjä ja määräyksiä (Aalberg 2016). Vanhempien tietoisuus nuoren elämästä ei ole myöskään aina pelkääntään vanhempien aktiivisuutta, vaan osaltaan lasten vapaaehtoista tiedonantoa (Stattin & Kerr 2000). Täten nuorten kokema vanhempien kiinnostuksen väheneminen voi olla yhtä lailla seurausta nuoren oman toiminnan muutoksesta lisääntyneen itsenäistymisen seurauksena.

Myös opettajan tuen koettiin olevan heikompaa vanhemmassa ikäryhmässä, ja tulos tukee aiempaa tutkimuskirjallisuutta (Barber & Olsen 2004; Bokhorst ym. 2010; Martínez ym. 2011). Opettajan tuen määrän ja merkityksen vähenemistä on ainakin osittain selitetty siirtymällä alakoulusta yläkouluun (Bokhorst ym. 2010; Kjellström ym. 2017). Toisaalta tässä tutkimuksessa mukana olevat ikäryhmät ovat molemmat yläkoulussa, eikä opettajan rooli merkittävästi muutu ylemmille luokille yläkoulussa siirryttäessä. Saman muutoksen kuitenkin havaitsivat myös Barber ja Olsen (2004) tutkimuksessaan, jossa opettajan tuki väheni yläkoulun aikana.

Tässä tutkimuksessa heikompaa sosiaalista tukea kokeneet nuoret oireilivat toistuvasti yleisemmin kuin vahvempaa tukea kokeneet nuoret. Tyttöillä kaikki tuen muodot olivat yhteydessä toistuvaan oireiluun, ja pojilla kaikki muut, paitsi 13-vuotiailla pojilla äidin kiinnostus ja 15-vuotiailla pojilla ystävien tuki. Perheen tuen merkitys nuorten oireiluun on havaittu myös aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa, kun perheen antamaa tukea on tarkasteltu sujuvan kommuni-

koinnin (Walsh ym. 2010; Ottova ym. 2012; Petanidou ym. 2013; Petanidou ym. 2014), vanhempien kiinnostuksen (Petanidou ym. 2014), emotionaalisen (Freeman ym. 2011; Petanidou ym. 2013; Petanidou ym. 2014; Tabak & Mazur 2016; Kjellström ym. 2017), välineellisen ja informatiivisen tuen (Tabak & Mazur 2016) sekä vanhempi-lapsisuhteen (Bergström ym. 2014; Hagquist 2016) ja yleisestikin vanhempien tuen (Sumter & Baumgartner 2017) näkökulmista.

Perheen vahvemman tuen ja helpon kommunikoinnin vanhemman kanssa havaittiin myös vähentävän toistuvan oireilun todennäköisyyttä, sillä heikompaa tukea perheeltä kokeneet nuoret oireilivat noin puolitoista kertaa todennäköisemmin ja vaikeaa kommunikointia kokeneet nuoret lähes kaksi kertaa todennäköisemmin verrattuna vahvempaa tukea ja helppoa kommunikointia kokeneisiin. Vaikka vanhempien merkitys siis pieneneekin nuoruusiässä vertaisten merkitysten kasvaessa (Bokhorst ym. 2010; Aalberg 2016), on perheen tuella merkittävä rooli nuoren elämässä emotionaalisen hyvinvoinnin ja riskikäyttäytymisen vähentämisen (Malecki & Demaray 2003; Brooks ym. 2016) lisäksi myös koetun oireilun näkökulmasta. Täten vanhempien tulisi muistaa heidän tärkeät tehtävänsä nuorten turvana, tukena ja neuvonantajina (Kauppinen ym. 2004) nuoruusajan kuohunnasta ja erimielisyyksistä huolimatta.

Tulosten mukaan vähäisempää isän kiinnostusta kokeneet pojat oireilivat lähes puolitoista kertaa todennäköisemmin kuin korkeampaa isän kiinnostusta kokeneet. Tyttöillä isän vähäinen kiinnostus ei lisännyt toistuvan oireilun todennäköisyyttä. Siten etenkin poikien elämässä se, että isä on kiinnostunut lapsen kodin ulkopuolisista asioista, on merkittävää nuoren hyvinvoinnin kannalta. Eroa tyttöjen ja poikien välillä voi selittää se, että poikien on havaittu olevan yleisemmin läheisempiä isien kanssa kuin tyttärien (Steinberg & Silk 2002; Kauppinen ym. 2004). Mielenkiintoista kuitenkin on, että nuoret tapaavat olla läheisempiä äitien kuin isien kanssa etenkin tunne-elämään liittyvissä asioissa ja ongelmissa (Steinberg & Silk 2002; Kauppinen ym. 2004), mutta tässä tutkimuksessa äidin heikompi kiinnostus ei lisännyt oireilun todennäköisyyttä tyttöillä eikä pojilla.

Nuori tarvitsee murrosiässä tuekseen myös perheen ulkopuolisia aikuisia, kuten opettajia (Aalberg & Siimes 2007, 69). Sekä tytöt että pojat, jotka kokivat opettajan tuen heikommaksi, oireilivat tulosten mukaan yleisemmin kuin opettajan tuen vahvemmaksi kokeneet. Heikompi

tuki opettajalta lisäsi myös toistuvan oireilun todennäköisyyttä pojilla yli puolitoistakertaisesti ja tytöillä lähes kaksinkertaisesti. Opettajan tuki on havaittu merkittäväksi tekijäksi nuorten oireilussa myös aiemmissa tutkimuksissa, joissa opettajan tukea on tarkasteltu opettajan ja oppilaan välisen vuorovaikutuksen (Petanidou ym. 2013), opettajalta saadun emotionaalisen tuen (Walsh ym. 2010; Brolin Låftman & Modin 2012; Petanidou ym. 2013) ja arvioivan tuen (Brolin Låftman & Modin 2012; Kjellström 2017) näkökulmista. Vaikka opettajan tuen tärkeyden on havaittu vähenevän iän myötä yläkouluun siirtyessä (Kjellström ym. 2017), ei opettajan roolia ja tukea voida siis väheksyä nuorten hyvinvoinnin näkökulmasta. Opettajien roolia nuorten hyvinvoinnin edistäjinä ja tukijoina olisi tärkeää korostaa jo opettajankoulutuksesta lähtien.

Nuoruusiässä ikätovereiden rooli korostuu nuorten elämässä (Aalberg & Siimes 2007, 69). Ikätovereiden merkitys on erityisen tärkeää muun muassa normaalin psyykkisen kehityksen ja psyykkisen hyvinvoinnin näkökulmasta (Wilkinson 2004; Aalberg & Siimes 2007, 73). Vertaisten merkitystä nuoren yleiseen hyvinvointiin tukee myös tämän tutkimuksen tulos siitä, että nuoret, jotka kokivat heikompaa tukea sekä ystäviltä että luokkatovereilta, oireilivat yleisemmin kuin vahvempaa tukea kokeneet. Tulos on samansuuntainen sen ilmiön suhteen, että kiusaamisen (Gini & Pozzoli 2009; 2013) ja yksinäisyyden (Lyyra ym. 2018) on havaittu olevan lasten ja nuorten oireilun taustatekijöitä.

Sen sijaan pojilla ystävien heikompi tuki ei lisännyt todennäköisyyttä toistuvaan oireiluun, vaikka tytöt, jotka kokivat heikompaa tukea ystäviltä, oireilivat lähes puolitoista kertaa todennäköisemmin kuin vahvempaa tukea kokeneet tytöt. Aiempien tutkimusten mukaan tytöt kokevat saavansa ystäviltään erityisesti emotionaalista tukea (Korkiamäki & Ellonen 2010), kun taas pojat kokevat sosiaalisen tuen enemmän fyysisenä tekemisenä ja yhteisinä mielenkiinnonkohteina (Frey & Rothlisberger 1996). Tässä tutkimuksessa ystävien tukea mitattiin mittarilla, joka painottaa enemmän emotionaalista tukea. Tämä seikka voi osaltaan vaikuttaa havaittuun tulokseen pojilla, mikäli pojat eivät edes tavoittele ystävyysuhteiltaan emotionaalista tukea (Kauppinen ym. 2004), vaan ennemminkin välineellistä ja informatiivista tukea (Korkiamäki & Ellonen 2010). Pojat myös viettävät aikaansa enemmän isoissa ryhmissä, kun taas tytöt suosivat pienempiä kahden tai kolmen hengen ystäväpiirejä (Aalberg 2016). Siten tämä ero tyttöjen ja poikien välillä voi selittää ystävien tuen yhteyden puuttumista poikien oireilussa, sillä Levittin

(1991) mukaan yksilön hyvinvointi on ensisijaisesti yhteydessä läheisiin ihmissuhteisiin kuin sosiaalisen verkoston laajuuteen.

Edellä mainittu seikka voi osittain selittää aikaisemman tutkimuskirjallisuuden tuloksia ystävien tuen ja oireilun yhteyden ristiriitaisuudesta. Kun ystävien merkitystä tarkasteltiin lähdeaineiston tutkimuksissa ajanvieton ja yhteydenpidon (Simetin ym. 2009; Lazzeri ym. 2014) sekä ystävien lukumäärän (Simetin ym. 2009; Ottova ym. 2012; Lazzeri ym. 2014; Ottová-Jordan ym. 2015) näkökulmasta, ei yhteyttä ystävien tuen ja oireilun välillä havaittu, lukuun ottamatta Walshin ym. (2010) tutkimusta, jossa liiallinen ajanvietto ystävien kanssa lisäsi oireilua. Ilmiötä voi selittää myös se, että ystävien merkitys ei aina välttämättä ole positiivista, sillä vertaiset voivat myös lisätä nuorten ongelmakäyttäytymistä (Nurmi ym. 2014, 170–173). Jos vertaisten merkitystä mitataan vain ajanvietolla tai ystävien lukumäärällä, ei se välttämättä kerro siitä, saako nuori ryhmässä tarvitsemaansa tukea. Lisäksi sosiaaliset suhteet eivät automaattisesti tarjoa yksilölle häntä tukevia resursseja, vaikka ne tuen mahdollistavatkin (Williams ym. 2004). Sen sijaan tutkimuksissa, joissa ystävilta saatu tuki on liitetty enemmänkin emotionaaliseen tukeen (Petanidou ym. 2013) tai sen puutteeseen (kiusaaminen, vertaisten hyljintä) (Walsh ym. 2010; Ottova ym. 2012; Ottová-Jordan ym. 2015) ja sujuvaan kommunikointiin (Petanidou ym. 2013; Fridh ym. 2015), yhteys oireilun kanssa on havaittu.

Tämän tutkimuksen mukaan nuoret, jotka kokivat heikompaa tukea luokkatovereilta, oireilivat yleisemmin kuin vahvempaa tukea kokeneet nuoret. Heikompi tuki luokkatovereilta lisäsi toistuvan oireilun todennäköisyyttä lähes puolitoistakertaiseksi verrattaessa vahvempaa tukea kokeneisiin nuoriin. Luokkatovereiden tai yleisen vertaisryhmän tuen merkitystä onkin nuoren hyvinvoinnin kannalta esitetty jopa tärkeämmäksi kuin läheisten ystävien tukea (Demaray & Malecki 2005). Tulos tukee myös aiempaa tutkimuskirjallisuutta, joissa luokkatovereiden tukea on tarkasteltu ystävyysuhteiden (Bergh ym. 2010), yleisen luokkatoverituen (Sumter & Baumgartner 2016), emotionaalisen tuen (Almquist ym. 2013) tai emotionaalisen ja informatiivisen tuen (Simetin ym. 2009; Ottova ym. 2012; Lazzeri ym. 2014; Ottová-Jordan ym. 2015; Tabak & Mazur 2017) näkökulmasta. Luokkaan kiinnittymisellä on havaittu olevan yhteyttä myös muihin hyvinvoinnin osa-alueisiin (Halme ym. 2018). Täten kouluissa olisikin kiinnitettävä huomiota tukea antavan ja yhteisöllisen luokkailmapiirin rakentamiseen. Yhteisöllisyyttä voidaan lisätä esimerkiksi opettamalla nuorille tunne- ja vuorovaikutustaitoja, joiden edistäminen

tulisi huomioida koko koulun toimintatavoissa (Halme ym. 2018). Tämän vuoksi tärkeässä roolissa ovat opettajien lisäksi myös kaikki koulun muut toimijat.

Oireilu voi aiheuttaa nuorelle myös poissaoloja koulusta (Roth-Isigkeit ym. 2005), minkä vuoksi oireilun taustasyitä olisi tärkeää selvittää. Tässä kouluterveydenhuollolla on tärkeä rooli. Kouluterveydenhuollossa olisi oireiden tullessa ilmi tärkeää huomioida nuoren sosiaalisen ympäristön tuki ja stressitekijät (Erkolahti ym. 2011). Oli syy oireiluun sitten patologinen tai jokin muu, voinee sosiaalisen tuen nostaa tärkeäksi osaksi nuoren hyvinvointia ja kehitystä.

Yhteenvetona voisi sosiaalisen tuen roolia nuorten hyvinvoinnissa kuvata merkittäväksi. Selityneepä sosiaalisen tuen vaikutus hyvinvointiin sitten päävaikutus- tai puskurointimallilla, on sen rooli tärkeä. Päävaikutusmalli korostaa tuen jatkuvaa saatavuutta, kun taas puskurointimallilla sen merkitystä stressaavissa tilanteissa (Williams ym. 2004). Täten tuen saaminen lähiympäristön aikuisilta ja vertaisilta korostuu sekä jatkuvana psyykkisen hyvinvoinnin edistäjänä että stressaavien tilanteiden haitallisten vaikutusten torjuna.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksessa oli havaittavissa vahvuuksien lisäksi omat rajoitteensa. Tämän tutkimuksen vahvuutena oli kansainväliseen HBSC-tutkimusprotokollaan perustuva aineisto ja otanta sekä suuri otoskoko, mikä puoltaa otoksen edustavuutta perusjoukkoonsa eli suomenkielisiin normaaliopetuksessa oleviin nuoriin. Tutkimuksessa oli korkea vastausprosentti, joten kato kyselytutkimuksessa jäi pieneksi. Tulee kuitenkin huomioida, että tutkimus oli poikkileikkaustutkimus, minkä vuoksi kausaalisuutta sosiaalisen tuen ja oireilun välillä ei voida osoittaa. Lisäksi itseraportoitu kyselylomake aineistonkeruumenetelmä voi olla luotettavuuden kannalta ongelmallinen sen subjektiivisuuden vuoksi. Toisaalta tutkimuksessa tarkastellut muuttajat olivat yksilön itse kokemia, joten niiden objektiivinen mittaaminen olisi haasteellista.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia, eli kykyä mitata sitä, mitä pitikin, sekä reliabiliteettia, eli tutkimuksen toistettavuutta (Hirsjärvi ym.

2004, 186). Validiteetin tarkastelussa voidaan arvioida tutkimuksessa käytettyjä mittareita, joihin liittyy myös vahvuuksia ja rajoitteita. Tutkimuksessa käytetyt mittarit olivat osa kansainvälistä, strukturoitua kyselylomaketta, jonka kysymykset ovat kansainvälisesti asetetun tutkimusprotokollan mukaiset. Perheen ja ystävien tukeen liittyvän MSPSS-mittarin on todettu olevan validi ja luotettava sosiaalisen tuen mittari (Zimet ym. 1988). Myös koettua oireilua mitannut ”HBSC symptom checklist” -mittari (HBSC-SCL) on validi ja luotettava mittari, jota on kansainvälisesti käytetty paljon (Haugland & Wold 2001). Toisaalta tulee huomioida, että koetun oireilun käsite on neutraali, eli se ei ota kantaa oireilun etiologiaan (Eriksen & Ursin 2002). Täten oireiden syytä ei ole tutkimuksessa selvitetty, eikä nuoria, joiden oireet johtuvat patologisista sairauksista, ole poissuljettu tutkimuksesta.

HBSC-tutkimuksen maat voivat lisätä kyselylomakkeeseen kysymyksiä kansainvälisen tutkimusprotokollan ulkopuolelta kansallisesti tärkeiksi koetuista aiheista (Roberts ym. 2007). Tässä tutkimuksessa kaksi väittämää liittyen koettuun oireiluun ja neljä väittämää liittyen opettajan tukeen oli lisätty Suomessa kerättyyn kyselylomakkeeseen, ja siksi ne ovat mukana tämän tutkimuksen koetun oireilun ja opettajan tuen mittareissa. Jatkoanalyysyjä varten summamuuttujista muodostettiin kaksiluokkaisia muuttujia, minkä vuoksi tietoa on voinut kadota verrattaessa siihen, että muuttuja olisi jaettu kolmeen luokkaan. Kolmiluokkaisen muuttujan kohdalla tunnistettiin kuitenkin ongelma keskimmäisen luokan nimeämisen suhteen, minkä vuoksi päädyttiin jakamaan muuttuja kahteen luokkaan. Tässä tutkimuksessa käytettyjen summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet olivat vähintään 0.80, joten summamuuttujien väittämät voidaan ajatella mitanneen samaa ilmiötä. Muutoinkin tutkimuksessa käytetyt tilastolliset menetelmät sopivat aineistoon antaen tuloksia, jotka vastasivat asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksen aineisto oli osa valmista WHO-Koululaistutkimusaineistoa vuodelta 2014. Vuonna 2018 kerättiin uusin WHO-Koululaistutkimus, josta olisi ollut mahdollista saada tuorein tutkimustieto suomalaisten nuorten oireilusta, mutta aikataulullisesti uusimman tutkimusaineiston käyttö ei ollut mahdollista. Valmiiseen aineistoon liittyy myös se ongelma, että tutkimuksen mittarit eivät ole valittu kyselylomakkeeseen tätä tutkimusta varten. Täten käytetyt mittarit ovat tähän tutkimukseen sovellettuja etenkin sosiaalisen tuen muuttujien kohdalla. Sen vuoksi tutkimuksen sosiaalista tukea kuvanneet muuttujat eivät olleet optimaalisimmat kuvaamaan laajaa sosiaalisen tuen käsitettä kokonaisuudessaan ja kattamaan sosiaalisen tuen useita

eri muotoja. Voitaneen kuitenkin todeta, että valitut muuttujat kuvaavat sosiaalista tukea ainakin sen tiettyjen ulottuvuuksien osalta.

Käytännön tutkimustyötä koskevat ratkaisut ja niihin liittyvät eettiset kysymykset ovat tärkeitä huomioida tutkimusta tehdessä jo varhaisessa vaiheessa (Hirsjärvi ym. 2004, 26). WHO-Koululaistutkimuksen aineisto kerätään kyselylomakkeilla, joihin oppilaat vastaavat nimettömästi oppituntien aikana (Kämppi ym. 2012). Vastaaminen on vapaaehtoista, ja oppilaille korostetaan vastausten käsittelyn ehdotonta luottamuksellisuutta ja anonyymiyttä sekä vastausten tarkastelua kokonaisuuksittain, ei henkilöittäin. Lisäksi tutkimuksen teossa ja tulosten raportoinnissa on noudatettu hyvän tieteellisen käytännön ohjeita esimerkiksi arvioimalla ja esittämällä saadut tulokset rehellisesti ja tarkasti sekä kunnioittamalla muiden tutkijoiden tekemää työtä viittaamalla tutkimuskirjallisuuteen asianmukaisella tavalla (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012).

8.2 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheita

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että nuorten kokeman sosiaalisen tuen ja koetun oireilun välillä on yhteys. Tulevaisuudessa nuorten oireilun ja sosiaalisen tuen yhteyttä olisi kuitenkin tärkeää tutkia lisää etenkin kausaaliteetin näkökulmasta. Vaikka tutkimus antoikin myönteisiä tuloksia ilmiöiden yhteydestä, ei tämän tutkimuksen perusteella voi tehdä päätelmiä kausaaliteetista tutkimuksen poikkileikkausluonteen vuoksi. Mikäli sosiaalisen tuen havaittaisiin vähentävän oireilua, voisi tutkimuksen tuloksia hyödyntää nuorten oireilun vähentämiseen tähtäävissä ohjelmissa erilaisissa nuorten elinympäristöissä, kuten kouluissa. Koulut ovat terveyden edistämisen näkökulmasta merkittäviä toimintaympäristöjä, sillä ne ovat lähes ainoita ympäristöjä, joissa on mahdollista edistää jokaisen lapsen ja nuoren hyvinvointia (Haasjoki & Ollikainen 2010, 13). Täten kouluilmapiiriin sekä opettajan ja oppilaan väliseen suhteeseen kohdistuvat interventiot voisivat olla merkityksellisiä niin nuorten oireilun vähentämisessä, mutta myös yleisesti nuorten hyvinvoinnin edistämässä.

Olisi myös tärkeää pohtia, ovatko havaitut yhteydet nuorten koetun oireilun ja sosiaalisen tuen välillä erilaisia erilaisista sosioekonomisista ryhmistä tulevien perheiden lapsilla, sillä sekä sosiaalisen tuen että koetun oireilun on havaittu olevan yhteydessä sosioekonomiseen asemaan. Oireilun ja sosiaalisen tuen yhteyttä voitaisiin tutkia myös koulussa suoriutumisen näkökulmasta, sillä esimerkiksi Tabakin ja Mazurin (2016) tutkimuksessa opettajan ja luokkatovereiden merkitys oli suurin heikommin koulussa menestyvillä. Koska oireilun on arvioitu lisäävän pois-saoloja koulusta (Roth-Isigkeit ym. 2005), voisi oireilun vähentämisen kautta saavutettu nuorten hyvinvoinnin edistäminen toimia myös työkaluna nuorten syrjäytymisen ehkäisemiselle. Täten olisi myös tärkeää yleisesti tutkia sitä, miten oireilu asemoituu nuoren elämää, millaisissa tilanteissa sitä esiintyy ja millainen merkitys oireilulla on.

Tässä tutkimuksessa nuorten oireilua tarkasteltiin koetun oireilun näkökulmasta, missä ei oteta kantaa oireilun etiologiaan, vaan mittarilla tarkastellaan ennemminkin nuorten oireilutaipumusta. Mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi sosiaalisen tuen ja oireilun yhteyden tarkastelu erikseen sen mukaan, onko oireiden taustalla jokin diagnosoitu sairaus vai ei. Yhteyttä voisi tarkastella myös yksittäisten yleisimpien nuorten kokemien oireiden, kuten univaikeuksien, mukaan, jotta voitaisiin saada spesifisempiä välineitä nuorten yleisimpien oireiden vähentämiseksi. Lisäksi havaittua eroa sukupuolten välillä tulisi tutkia tarkemmin ja pyrkiä selvittämään syitä tyttöjen runsaammalle oireilulle.

Tutkimuksessa sosiaalista tukea kartoitettiin nuoren näkökulmasta koettuna tukena, mikä on nuoren subjektiivinen kokemus saadusta sosiaalisesta tuesta. Tulevaisuudessa tutkimukset voisivat sisällyttää sosiaalisen tuen mittareihin myös tuen antajan kokemuksen tai objektiivista havainnointia sosiaalisissa tilanteissa. Sosiaalisen tuen näkökulmasta olisi tärkeää selvittää sitä, millainen tuki tuen eri muodoista olisi merkittävintä nuorten koetun oireilun kannalta ottamalla kaikki tuen muodot huomioon tutkimusta suunniteltaessa ja mittareita valittaessa. Lisäksi tulisi selvittää, millainen tuki tytöille ja pojille on hyödyllistä nuorten hyvinvoinnin kontekstissa, sillä kuten on havaittu, pojat esimerkiksi hakevat ystävyysuhteiltaan eri asioita kuin tytöt (Frey & Rothlisberger 1996). Nykypäivänä sosiaalista tukea saadaan myös digitaalisten välineiden avulla, joten tulevaisuudessa tutkimuksissa olisi tärkeää huomioida digitaalisen ympäristön tarjoaman tuen haasteet ja mahdollisuudet.

LÄHTEET

- Aahlberg, V. 2016. Nuoruusiän psyykkinen kehitys. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura & A. Sourander (toim). Lasten psykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35–41.
- Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi: nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Nemo.
- Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. 2007. Nuoren psyykkinen oireilu – häiriö vai normaalia kehitystä? Duodecim 123, 207–213. Viitattu 25.4.2018. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96233.pdf>.
- Almquist, Y. B., Modin, B. & Augustine, L. 2013. Peer acceptance in the school class and subjective health complaints: A multilevel approach. The Journal of School Health 83 (10), 690-696. doi:10.1111/josh.12082.
- Barber, B. K. & Olsen, J. A. 2004. Assessing the transitions to middle and high school. Journal of Adolescent Research 19 (1), 3–30. doi:10.1177/0743558403258113.
- Bergh, D., Starrin, B. & Hagquist, C. 2010. Social relations in school and psychosomatic health among Swedish adolescents—the role of academic orientation. European Journal of Public Health 21 (6), 699–704. doi:10.1093/eurpub/ckq140.
- Bergström, M., Fransson, E., Modin, B., Berlin, M., Gustafsson, P. A. & Hjern, A. 2015. Fifty moves a year: Is there an association between joint physical custody and psychosomatic problems in children? Journal of Epidemiology and Community Health 69 (8), 769–774. doi:10.1136/jech-2014-205058.
- Bokhorst, C. L., Sumter, S.R. & Westenberg, P.M. 2010. Social Support from Parents, Friends, Classmates, and Teachers in Children and Adolescents Aged 9 to 18 Years: Who Is Perceived as Most Supportive? Social Development 19 (2), 417–426. doi:10.1111/j.1467-9507.2009.00540.x.
- Brolin Låftman, S. & Modin, B. 2012. School-performance indicators and subjective health complaints: Are there gender differences? Sociology of Health & Illness 34 (4), 608–625. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01395.x

- Brooks, F.M., Magnusson, J., Spencer, N. & Morgan, A. 2012. Adolescent multiple risk behaviour: an asset approach to the role of family, school and community. *Journal of Public Health* 34 (1), 48–56. doi:10.1093/pubmed/fds001.
- Brooks, F., Zaborskis, A., Klemnera, E., Örkenyi, A., Tabak, I, Carmen, M & Alcon, G. 2016. Family. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber & V. Barnekow, (toim.) *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey.* Kööpenhamina: WHO Regional Office for Europe, 23–36.
- Brown, B.B., Mounts, N., Lamborn, S.D. & Steinberg, L. 1993. Parenting Practices and Peer Group Affiliation in Adolescence. *Child Development* 64 (2), 467–482.
- Cho, P.S., Saucier, D.A. & Hafner, E. 2010. Meta-Analysis of the Relationships Between Social Support and Well-Being in Children and Adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology* 29 (6), 624–245. doi:10.1521/jscp.2010.29.6.624.
- Cohen, S., & Syme, S. L. 1985. Issues in the study and application of social support. Teoksessa S. Cohen & S. L. Syme (toim.) *Social support and health.* San Diego, CA, US: Academic Press, 3–22.
- Cohen, S. 2004. Social relationships and health. *The American Psychologist* 59, 676–684. doi:10.1037/0003-066X.59.8.676.
- Colarossi, L.G. & Eccles, J.S. 2003. Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work research* 27 (1), 19–30. Viitattu 7.5.2018. <https://search.proquest.com>.
- Demaray, M. K., Malecki, C. K., Davidson, L. M., Hodgson, K. K. & Rebus, P. J. 2005. The relationship between social support and student adjustment: A longitudinal analysis. *Psychology in the Schools* 42 (7), 691–706. doi:10.1002/pits.20120.
- Ellonen, N. & Korkiamäki, R. Sosiaalinen pääoma lasten ja nuorten hyvinvoinnin resursseina. Teoksessa H. Forsberg, A. Ritala-Koskinen & M. Törrönen (toim.) *Lapset ja sosiaalityö.* Jyväskylä: PS-kustannus, 221–250.
- Ellonen, N., Rostila, I., Korkiamäki, R., Kääriäinen, J., Kivivuori, J. & Salmi, V. 2008. Koulu ja paikallisyhteisö nuoren tukiverkostonä. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (3), 287–294.

- <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101194/ellonen.pdf?sequence=1>.
- Eriksen, H. R. & Ihlebæk, C. 2002. Subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43 (2), 101–103. doi:10.1111/1467-9450.00274.
- Eriksen, H. R. & Ursin, H. 2002. Sensitization and subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology* 43 (2), 189–196. doi:10.1111/1467-9450.00286.
- Erkolahti, R. & Ebeling, H. 2016a. Psykosomatiikan historiaa ja teorioiden kehitystä. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura & A. Sourander (toim). *Lasten psykiatria ja nuorisopsykiatria*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 378–379.
- Erkolahti, R. & Ebeling, H. 2016b. Elimellisoireiset häiriöt, somatoformiset häiriöt. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura & A. Sourander (toim). *Lasten psykiatria ja nuorisopsykiatria*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 379–382.
- Erkolahti, R., Sandberg, S. & Ebeling, H. 2011. Somatisointi ja somatoformiset häiriöt lapsilla ja nuorilla. *Duodecim* 127 (18), 1904 – 1910. Viitattu 1.8.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2011/18/duo99787>.
- Freeman, J., King, M., Kuntsche, E. & Pickett, W. 2011. Protective roles of home and school environments for the health of young Canadians. *Journal of Epidemiology and Community Health* 65 (5), 438–444. doi:10.1136/jech.2008.086819.
- Frey, C.U. & Rothliesberger, C. 1996. Social support in healthy adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 25 (1), 17–31. doi: 10.1007/BF01537378.
- Fridh, M., Lindström, M. & Rosvall, M. 2015. Subjective health complaints in adolescent victims of cyber harassment: moderation through support from parents/friends - a Swedish population-based study. *BMC Public Health* 15 (949). doi:10.1186/s12889-015-2239-7.
- García-Moya, I., Brooks, F., Morgan, A., & Moreno, C. 2015. Subjective well-being in adolescence and teacher connectedness: A health asset analysis. *Health Education Journal*, 74(6), 641–654. doi:10.1177/0017896914555039.
- Gini, G. & Pozzoli, T. 2009. Association between bullying and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics* 124(3), 1059–1065. doi:10.1542/peds.2008-1215.

- Gini, G. & Pozzoli, T. 2013. Bullied children and psychosomatic problems: a meta-analysis. *Pediatrics* 132 (4), 720–729. doi:10.1542/peds.2013-0614.
- Haasjoki, E. & Ollikainen, T. 2010. Mikä sun mieltä painaa? : Kriisit nuoruudessa ja mielenterveyden tukeminen koulussa. Helsinki: SMS-tuotanto.
- Hagquist, C. 2016. Family residency and psychosomatic problems among adolescents in Sweden: The impact of child-parent relations. *Scand J Public Health* 44 (1), 36–46. doi:10.1177/1403494815610664.
- Halme, N., Hedman, L., Ikonen, R. & Rajala, R. 2018. Lasten ja nuorten hyvinvointi 2017: Kouluterveyskyselyn tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 15/2018. Viitattu 18.12.2018. <http://www.julkari.fi/>.
- Haugland, S. & Wold, B. 2001. Subjective health complaints in adolescence—Reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence* 24 (5), 611–624. doi:10.1006/jado.2000.0393.
- HBSC. 2018. About HBSC. Viitattu 2.5.2018. <http://www.hbsc.org/about/index.html>.
- Hetland, J., Torsheim, T., & Aarø, L. E. 2002. Subjective health complaints in adolescence: dimensional structure and variation across gender and age. *Scandinavian Journal of Public Health* 30(3), 223–230. doi:10.1177/140349480203000309.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holstein, B. E., Currie, C., Boyce, W., Damsgaard, M. T., Gobina, I., Kokonyei, G., Hetland, J., de Looze, M., Richter, M. & Due, P. 2009. Socio-economic inequality in multiple health complaints among adolescents: International comparative study in 37 countries. *International Journal of Public Health* 54 (2), 260–270. doi:10.1007/s00038-009-5418-4.
- Hupcey, J. 1998. Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing* 27 (6), 1231–1241. doi:10.1046/j.1365-2648.1998.01231.x.
- Huttunen, M. 2017. Somatisaatiöhäiriö. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus oy Duodecim. Viitattu 25.4.2018. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00490.
- Kauppinen, T., Koivu, A. & Nissinen, A. 2004. Nuorten kokemukset lähisuhteista ja saamastaan tuesta yläastevuosien aikana. *Nuorisotutkimus* 22 (3), 20–32.

- Kinnunen, P., Laukkanen, E. & Kylmä, J. 2010. Associations between psychosomatic symptoms in adolescence and mental health symptoms in early adulthood. *International Journal of Nursing Practice* 16 (1), 43–50. doi:10.1111/j.1440-172X.2009.01782.x.
- Kiuru, N. 2008. *The Role of Adolescents' Peer groups in the School Context*. University of Jyväskylä. *Studies in Education, Psychology and Social Research* 331.
- Kjellström, J., Modin, B. & Almquist, Y. B. 2017. Support from parents and teachers in relation to psychosomatic health complaints among adolescents. *Journal of Research on Adolescence* 27 (2), 478–487. doi:10.1111/jora.12281.
- Korkiamäki, R. & Ellonen, N. 2010. Ikätoverisuhteet sosiaalisina resursseina yläkouluiässä. *Nuorisotutkimus* 28 (3), 18–35. Viitattu 23.4.2018. <http://elektra.helsinki.fi/oa/0780-0886/2010/3/ikatover.pdf>.
- KvantiMOTV. 2009. Logistinen regressio. Viitattu 1.8.2019. <https://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/logregressio/logistinen.html>.
- Kämppe, K., Välimaa, R., Ojala, K., Tynjälä, J., Haapasalo, I., Villberg, J. & Kannas, L. 2012. Koulukokemusten kansainvälistä vertailua 2010 sekä muutokset Suomessa ja Pohjoismaissa 1994–2010. WHO-Koululaistutkimus (HBSC-Study). *Koulutuksen seurantaraportit 2012:8*. Viitattu 2.5.2018. <http://opetushallitus.fi/>.
- Lazzeri, G., Azzolini, E., Pammolli, A., Simi, R., Meoni, V. & Giacchi, M. V. 2014. Factors associated with unhealthy behaviours and health outcomes: A cross-sectional study among tuscan adolescents (Italy). *International Journal for Equity in Health* 13 (1), 83. doi:10.1186/s12939-014-0083-5.
- Lenzi, M., Gommans, R., Tabak, I., Craig, W. & Gaspar de Matos, M. 2016. Peers. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber & V. Barnekow, (toim.) *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey*. Kööpenhamina: WHO Regional Office for Europe, 37–50.
- Levitt, M. J. 1991. Attachment and close relationships: A life-span perspective. Teoksessa J. L. Gewirtz & W. M. Kurtines (toim.) *Intersections with Attachment*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 183–206.
- Loo, R. 2002. A caveat on using single-item versus multiple-item scales. *Journal of Managerial Psychology* 17 (1), 68–75. doi:10.1108/02683940210415933.

- Lyyra, N., Välimaa, R. & Tynjälä, J. 2018. Loneliness and subjective health complaints among school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health* 46 (20), 87–93. doi:10.1177/1403494817743901.
- Malecki, C.K. & Demaray, M. K. 2003. What Type of Support Do They Need? Investigating Student Adjustment as Related to Emotional, Informational, Appraisal, and Instrumental Support. doi:10.1521/scpq.18.3.231.22576.
- Martínez, R. S., Aricak, O. T., Graves, M. N., Peters-Myszak, J. & Nellis, L. 2011. Changes in perceived social support and socioemotional adjustment across the elementary to junior high school transition. *Journal of Youth and Adolescence* 40 (5), 519–530. doi:10.1007/s10964-010-9572-z.
- Metsämuuronen, J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. painos. Helsinki: International Methelp.
- Modin, B. & Östberg, V. 2009. School climate and psychosomatic health: A multilevel analysis. *School Effectiveness and School Improvement* 20 (4), 433–455. doi:10.1080/09243450903251507.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. 2018. Study Quality Assessment Tools. Viitattu 18.12.2018. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/study-quality-assessment-tools>.
- Nurmi, J-E., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2014. Ihmisen psykologinen kehitys. 5., uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Ottova, V., Erhart, M., Vollebergh, W., Kökönyei, G., Morgan, A., Gobina, I., Jericek, H., ym. 2012. The role of individual- and macro-level social determinants on young adolescents' psychosomatic complaints. *The Journal of Early Adolescence* 32 (1), 126–158. doi:10.1177/0272431611419510.
- Ottová-Jordan, V., Smith, O. R., Augustine, L., Gobina, I., Rathmann, K., Torsheim, T. & Ravens-Sieberer, U. 2015. Trends in health complaints from 2002 to 2010 in 34 countries and their association with health behaviours and social context factors at individual and macrolevel. *The European Journal of Public Health*, 25(suppl 2), 83–89. doi:10.1093/eurpub/ckv033.
- Ottová-Jordan, V., Gobina, I. & Mazur, J. 2016. Positive health. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber & V. Barnekow, (toim.) *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being*. *Health Behaviour*

- in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Kööpenhamina: WHO Regional Office for Europe, 69–82.
- Perra, O., Fletcher, A., Bonell, C., Higgins, K. & McCrystal, P. 2012. School-related predictors of smoking, drinking and drug use: Evidence from the Belfast Youth Development Study. *Journal of Adolescence* 35 (2), 315–324. doi:10.1016/j.adolescence.2011.08.009.
- Petanidou, D., Daskagianni, E., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G. & Tountas, Y. 2013. The role of perceived well-being in the family, school and peer context in adolescents' subjective health complaints: Evidence from a greek cross-sectional study. *BioPsychoSocial Medicine* 7 (1), 17. doi:10.1186/1751-0759-7-17.
- Petanidou, D., Mihas, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G. & Tountas, Y. 2014. Selected family characteristics are associated with adolescents' subjective health complaints. *Acta Paediatrica* 103 (2), 201–206. doi:10.1111/apa.12466.
- Pilisuk, M. 1982. Delivery of Social Support: The Social Inoculation. *American Journal of Orthopsychiatry* 52 (1), 20–31. doi:10.1111/j.1939-0025.1982.tb02661.x.
- Rasmussen, M., Freeman, J., Klinger, D., Liiv, K., Samdal, O., Teutsch, F. & Vasickova, J. 2016. School. Teoksessa J. Inchley, D. Currie, T. Young, O. Samdal, T. Torsheim, L. Augustson, F. Mathison, A. Aleman-Diaz, M. Molcho, M. Weber & V. Barnekow, (toim.) *Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey.* Kööpenhamina: WHO Regional Office for Europe, 51–68.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Torsheim, T., Hetland, J., Freeman, J., Danielson, M., Thomas, C. & HBSC Positive Health Group. 2008. An international scoring system for self-reported health complaints in adolescents. *European Journal of Public Health* 18 (3), 294–299. doi:10.1093/eurpub/ckn001.
- Roberts, C., Currie, C., Samdal, O., Currie, D., Smith, R. & Maes, L. 2007. Measuring the health and health behaviours of adolescents through cross-national survey research: recent developments in the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *Journal of Public Health* 15 (3), 179–186. doi:10.1007/s10389-007-0100-x.

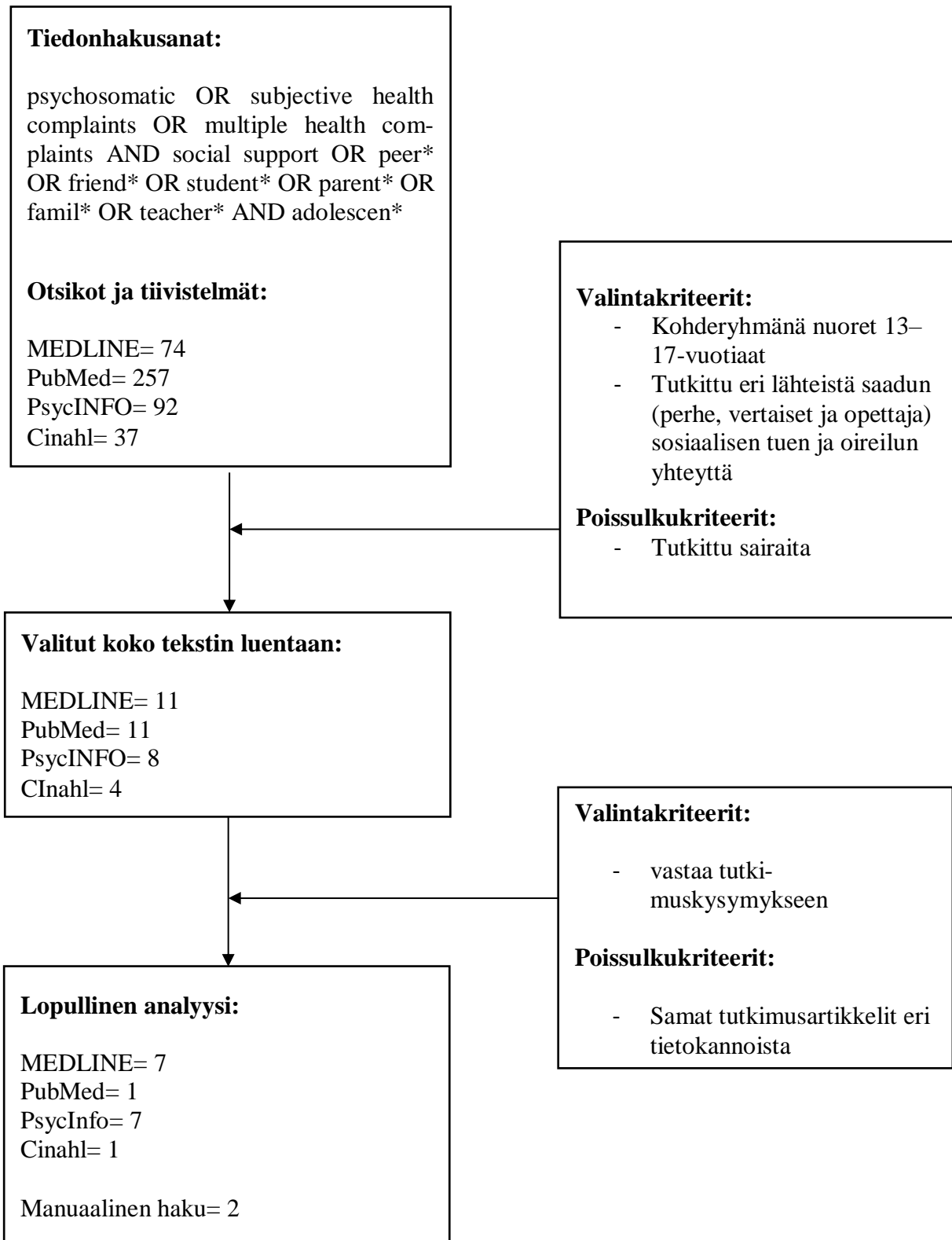
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stöven, H., Schwarzenberger, J. & Schmucker, P. 2005. Pain Among Children and Adolescents: Restrictions in Daily Living and Triggering Factors. *Pediatrics* 115 (2), 152–162. doi:10.1542/peds.2004-0682.
- Rueger, S. Y., Malecki, C. K. & Demaray, M. K. 2010. Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: Comparisons across gender. *Journal of Youth and Adolescence* 39 (1), 47–61. doi:10.1007/s10964-008-9368-6.
- Saps, M., Seshadri, R., Sztainberg, M., Schaffer, G., Marshall, B. M. & Di Lorenzo, C. 2009. A prospective school-based study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. *The Journal of Pediatrics* 154 (3), 322–326. doi://doi.org/10.1016/j.jpeds.2008.09.047.
- Simetin, I., Pavic, Kuzman, M., Franelic, I., Pejnovic, Pristas, I., Benjak, T. & Dezeljin, J. D. 2010. Inequalities in Croatian pupils' unhealthy behaviours and health outcomes: Role of school, peers and family affluence. *European Journal of Public Health* 21 (1), 122–128. doi:10.1093/eurpub/ckq002.
- Simonsen, N., Roos, E., Suominen, S., Laakso, M., Lehto, E., Villberg, J., Tynjälä, J., Välimaa, R., Ojala, K. & Kannas, L. 2016. Hälsotrender bland elever i svensk- och finskspråkiga grundskolor 1994–2014 – WHO:s skolelevstudie (HBSC-study). Jyväskylän yliopisto. Terveystien edistämisen tutkimuskeskus, Julkaisuja 7, 2016. Helsinki: Samfundet Folkhälsan.
- Stattin, H. & Kerr, M. 2000. Parental monitoring: A reinterpretation. *Child Development* 71 (4), 1072–1085. Viitattu 12.1.2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11016567>.
- Steinberg, L. & Silk, J.S. 2002. Parenting Adolescents. Teoksessa M. C. Bornstein (toim.) *Handbook of Parenting: Volume 1 Children and Parenting*. 2. painos. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 103–134.
- Steinhausen, H. & Winkler Metzke, C. 2007. Continuity of functional-somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 48 (5), 508–513. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01721.x.
- Sumter, S. R. & Baumgartner, S. E. 2017. Psychosomatic complaints in adolescence: Untangling the relationship between offline and online peer victimization, psychosomatic complaints and social support. *European Journal of Developmental Psychology* 14 (4), 399–415. doi:10.1080/17405629.2016.1215980.

- Tabak, I. & Mazur, J. 2016. Social support and family communication as factors protecting adolescents against multiple recurrent health complaints related to school stress. *Developmental Period Medicine* 20 (1), 27–39. Viitattu 5.8.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27416623>.
- THL. 2016. Nuorten toimintakyky. Viitattu 25.4.2018. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky/vaeston-toimintakyky/nuorten-toimintakyky>.
- THL. 2018. Kouluterveyskyselyn tulokset nuorilla 2017. Viitattu 21.10.2018. <https://sampo.thl.fi>.
- Thoits, P.A. 1982. Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life. *Journal of Health and Social Behavior* 23 (2), 145–159. Viitattu 24.3.2018. <http://www.jstor.org>.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Viitattu 15.1.2019. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- Villberg, J. & Tynjälä, J. 2004. WHO-Koululaistutkimuksen aineistot 1984–2002. Teoksessa L. Kannas (toim.) *Koululaisten terveys ja terveystyötöyminen muutoksessa. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Terveiden edistämisen tutkimuskeskus, Julkaisuja 2, 2004.* Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Välimaa, R. 2000. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. University of Jyväskylä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 68.
- Walsh, S. D., Harel-Fisch, Y. & Fogel-Grinvald, H. 2010. Parents, teachers and peer relations as predictors of risk behaviors and mental well-being among immigrant and israeli born adolescents. *Social Science & Medicine* (1982) 70 (7), 976–984. doi:10.1016/j.socscimed.2009.12.010.
- Wang, B., Stanton, B., Li, X., Cottrell, L., Deveaux, L., & Kaljee, L. 2013. The influence of parental monitoring and parent-adolescent communication on Bahamian adolescent risk involvement: a three-year longitudinal examination. *Social science & medicine* 97, 161–169. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.08.013.
- Wargh, M., Konu, A., Kivimäki, H., Koivisto, A.-M., & Joronen, K. (2015). 8.- ja 9. -luokkalaisten itsearvioitu masentuneisuus ja perhetekijät. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 52 (1), 78–90. Viitattu 18.12.2018. <https://journal.fi/sla/article/view/50761>.

- Wilkinson, R. B. 2004. The Role of Parental and Peer Attachment in the Psychological Health and Self-Esteem of Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 33 (6), 479–493. doi: 10.1023/B:JOYO.0000048063.59425.20.
- Williams, P., Barclay, L & Schmied, V. 2004. Defining Social Support in Context: A Necessary Step in Improving Research, Intervention, and Practice. *Qualitative Health Research* 14 (7), 942–960. doi:10.1177/1049732304266997.
- Wiss, K., Halme, N., Hietanen-Peltola, M. & Ståhl, T. 2017. Perusopetuksen opiskeluhoollon tilannekuva 2017 – Yhdenvertaisuus haasteena sekä yksilökohtaisessa että yhteisöllisessä työssä. Tutkimuksesta tiiviisti 23/2017. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.3.2018. <https://www.julkari.fi>.
- Zimet, G. D, Dahlem, N.W., Zimet, S.G. & Farley G.K. 1988. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment* 52 (1), 30–41. doi:10.1207/s15327752jpa5201_2.

LIITTEET

LIITE 1. Tiedonhaun kuvaus.



LIITE 2. Lähdeaineiston kuvaus.

Tutkimus	Tutkimuksen osallistujat	Tiedonkeruu; Mittarit/muuttujat
Poikkileikkaustutkimus		
Almquist ym. 2013	13 902 oppilasta, 11-,13- ja 15-vuotiaita, joista 49% poikia ja 51% tyttöjä, Ruotsi	HBSC-tutkimus; itseraportoitu kyselylomake HBSC Symptom Checklist (HBSC-SCL); Vertaisten hyväksyntä
Bergh ym. 2010	9900 oppilasta, 15- ja 16-vuotiaita, n. 50% tyttöjä ja poikia, Ruotsi	Itseraportoitu kyselylomake The PsychoSomatic Problems (PSP); vertaissuhteet; opettajasuhteet
Bergström ym. 2014	147 839 oppilasta, 12- ja 15-vuotiaita, Ruotsi	Itseraportoitu kyselylomake PSP; KIDSCREEN-52 (vanhempi-lapsisuhte)
Brolin Låftman & Modin 2012	8456 oppilasta, 15-16-vuotiaita, joista 50% tyttöjä ja poikia, Ruotsi	The Stockholm Survey; itseraportoitu kyselylomake Koetut oireet; opettajan tuki
Freeman ym. 2011	3402 oppilasta, 14-16 -vuotiaita, Kanada	HBSC-tutkimus; itseraportoitu kyselylomake HBSC-SCL; kotiympäristö
Fridh ym. 2015	8544 9.-luokkalaista, joista 51% tyttöjä ja 49% poikia, Ruotsi	Itseraportoitu kyselylomake HBSC-SCL; vanhempien tuki; ystävien tuki
Hagquist 2016	172 298 oppilasta, 12- ja 15-vuotiaita, Ruotsi	Itseraportoitu kyselylomake PSP; The Child-parent Relations Scale (Kidcreen)
Kjellström ym. 2017	49 172 oppilasta, 15- ja 17-vuotiaita, Ruotsi	The Stockholm Survey; itseraportoitu kyselylomake Psykosomaattiset oireet; vanhempien tuki; opettajan tuki
Lazzeri ym. 2014	3219 oppilasta, 11-, 13- ja 15-vuotiaita, Italia	HBSC-tutkimus; itseraportoitu kyselylomake HBSC-SCL; koulutoverien tuki
Modin & Östberg 2009	18 571 oppilasta, 15-16 -vuotiaita, Ruotsi	The Stockholm Survey; itseraportoitu kyselylomake Psykosomaattiset oireet; opettajan ominaisuudet (tuki)
Ottova ym. 2012	98 773 oppilasta, 11- ja 13-vuotiaita, joista 52% tyttöjä ja 48% poikia, 34 maata	HBSC-tutkimus; itseraportoitu kyselylomake HBSC-SCL; perhekonteksti; luokkahuoneilmasto

Ottová-Jordan ym. 2015	510 876 oppilasta, 11-, 13- ja 15-vuotiaita, 34 maata	HBSC-tutkimus; itseraportoitu kyselylomake HBSC-SCL; perhekonteksti; oppilassuhteet
Petanidou ym. 2013	1087 oppilasta, 12-18 -vuotiaita, joista 61% tyttöjä ja 39% poikia, Kreikka	KIDSCREEN-projekti; itseraportoitu kyselylomake HBSC-SCL; The parent relations and home life dimensions of the KIDSCREEN-52; The social support and peers dimension of the KIDSCREEN-52
Petanidou ym. 2014	1900 oppilasta (+heidän 1 huoltajansa), 12-18-vuotiaita, joista 60% tyttöjä ja 40% poikia, Kreikka	KIDSCREEN-projekti; itseraportoitu kyselylomake nuorelle ja huoltajalle HBSC-SCL; The parent role area of the Social Adjustment Scale Self-Report Scale (SAS)
Simetin ym. 2009	3296 oppilasta, 11- ja 15-vuotiaita, joista 49% tyttöjä ja 51% poikia, Kroatia	HBSC-tutkimus; itseraportoitu kyselylomake HBSC-SCL; koulutoverien tuki
Sumter & Baumgartner 2017	876 oppilasta, 9-18 -vuotiaita, joista 51% tyttöjä ja 49% poikia, Alankomaat	Itseraportoitu kyselylomake The Somatic Complaints List; the adapted version of the Social Support Scale for Children
Tabak & Mazur 2016	4545 oppilasta, 11-, 13- ja 15-vuotiaita, joista 50% tyttöjä ja poikia, Puola	HBSC-tutkimus; itseraportoitu kyselylomake HBSC-SCL; Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS); opettajan tuki; ystävien tuki
Walsh ym. 2010	3933 oppilasta, 11-, 13- ja 15-vuotiaita, joista 56% tyttöjä ja 44% poikia, Israel	HBSC-tutkimus; itseraportoitu kyselylomake HBSC-SCL; vanhempi-lapsisuhde; vertaissuhteet; opettajan tuki

LIITE 3. Tutkimuksissa käytetyt sosiaaliseen kontekstiin liitetyt mittarit.

Sosiaalinen konteksti	Käytetty mittari/Tutkimus
Perhe	
Kommunikointi	Walsh ym. 2010; Ottova ym. 2012; Fridh ym. 2015; Ottová-Jordan ym. 2015
Kotiympäristö	Freeman ym. 2011
Perheen tuki	Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Tabak & Mazur 2016)
Vanhempi-lapsisuhte	The parent role area of the Social Adjustment Scale Self-Report Scale (SAS) (Petanidou ym. 2013); KIDSCREEN-52 (Bergström ym. 2014; Hagquist 2016)
Vanhempien tuki	Kjellström ym. 2017; Adapted version of the Social Support Scale for Children (Sumter & Baumgartner 2017)
Opettaja	
Koulukonteksti	The Social Support and Peers dimension of the KIDSCREEN-52 instrument (Petanidou ym. 2013b)
Positiiviset opettajan ominaisuudet	Modin & Östberg 2009
Opettajan tuki	Walsh ym. 2010; Brodin Låftman & Modin 2012; Tabak & Mazur ym. 2016; Kjellström ym. 2017; Adapted version of the Social Support Scale for Children (Sumter & Baumgartner 2017)
Opettajasuhteet	Bergh ym. 2010
Ystävä	
Kommunikointi	Fridh ym. 2015
Ystäväpiiri	Simetin ym. 2009; Lazzeri ym. 2014
Vertaissuhteet	Walsh ym. 2010; Ottova ym. 2012; Ottová-Jordan ym. 2015
Ystävätki	The Social Support and Peers dimension of the KIDSCREEN-52 instrument (Petanidou ym. 2013b); Adapted version of the Social Support Scale for Children (Sumter & Baumgartner 2016)
Luokkatoveri	
Hyväksyntä	Almquist ym. 2013
Luokkatovereiden tuki	Simetin ym. 2009; Lazzeri ym. 2014; Tabak & Mazur 2016; Adapted version of the Social Support Scale for Children (Sumter & Baumgartner 2017)
Oppilassuhteet	Bergh ym. 2010; Ottova ym. 2012; Ottová-Jordan ym. 2015

LIITE 4. WHO-koululaistutkimuksen suomenkielisten koulujen koko aineiston otoskoot, vastanneiden lukumäärä, analyysissä mukana olleiden lukumäärä ja vastausprosentit.

Ikäryhmä	Pojat				Työt			
	Otos	Vastanneet	Aineisto	%	Otos	Vastanneet	Aineisto	%
13-v.	1235	1048	1011	84.9	1233	1023	949	83.0
15-v.	1225	1033	934	84.3	1243	1069	1001	86.0
Yhteensä	2460	2081	1935	84.6	2476	2092	1950	84.5

LIITE 5. Kyselylomakkeen kysymykset, vastausvaihtoehdot ja tarkasteltavat muuttujat.

Kyselylomakkeen kysymys	Tarkasteltavat muuttujat
	Oireilu
(44) Kuinka usein sinulla on ollut seuraavia oireita viimeisen 6 kuukauden aikana? - Päänsärkyä - Vatsakipu - Niska-hartiasärkyä - Selkäkipuja - Ärtynoisyyttä tai pahantuulisuutta - Hermostuneisuutta - Vaikeuksia päästä uneen - Huimauksen tunnetta - Jännittyneisyyttä - Alakuloisuutta	1=lähes päivittäin 2=useammin kuin kerran viikossa 3=noin kerran viikossa 4=noin kerran kuukaudessa 5=harvemmin tai ei koskaan
	Perheen tuki
(79) - Perheeni todella yrittää auttaa minua - Saan perheeltäni tarvitsemani avun ja tunteen - Voin puhua ongelmistani perheeni kanssa - Perheeni on halukas auttamaan minua päätöksenteossa	Perheen tuki 1=hyvin vahvasti eri mieltä 2 3 4 5 6 7=hyvin vahvasti samaa mieltä
(80) Kuinka paljon äitisi todella tietää - keitä ystäväsi ovat - kuinka käytät rahasi - missä vietät aikaasi koulun jälkeen - missä olet iltaisin - mitä teet vapaa-aikanasi	Äidin kiinnostus 1=hän tietää paljon 2=hän tietää jonkin verran 3=hän ei tiedä mitään 4=ei ole äitiä tai en tapaa häntä
(81) Kuinka paljon isäsi todella tietää - keitä ystäväsi ovat - kuinka käytät rahasi - missä vietät aikaasi koulun jälkeen - missä olet iltaisin - mitä teet vapaa-aikanasi	Isän kiinnostus 1=hän tietää paljon 2=hän tietää jonkin verran 3=hän ei tiedä mitään 4=ei ole isää tai en tapaa häntä
(76) Kuinka helppoa sinun on puhua seuraavien henkilöiden kanssa sinua todella vaivaavista asioista? - Äiti - Isä	Kommunikointi vanhemman kanssa 1=hyvin helppoa 2=helppoa 3=vaikeaa 4=hyvin vaikeaa 5=ei ole tai en tapaa häntä
	Opettajien tuki
(37) - Minusta tuntuu, että opettajani hyväksyvät minut sellaisena kuin olen - Minusta tuntuu, että opettajani välittävät minusta ihmisen	1=täysin samaa mieltä 2=samaa mieltä 3=en osaa sanoa 4=eri mieltä

- Opettajani ovat kiinnostuneita siitä mitä minulle kuuluu 5=täysin eri mieltä
- Luotan paljon opettajiini
- Suurin osa opettajistani on ystävällisiä
- Opettajat rohkaisevat minua ilmaisemaan oman mielipiteeni oppitunneilla
- Opettajat kohtelevat meitä oppilaita oikeudenmukaisesti

Ystävien tuki

(78)

- Ystäväni todella yrittävät auttaa minua 1=hyvin vahvasti eri mieltä
- Voin luottaa ystäväni apuun, kun jokin menee pieleen 2
- Minulla on ystäviä, joiden kanssa voin jakaa iloni ja suruni 3
- Voin puhua ongelmistani ystäväni kanssa 4
- 5
- 6
- 7=hyvin vahvasti samaa mieltä

Luokkatovereiden tuki

(35)

- Luokkani oppilaat viihtyvät hyvin yhdessä 1=täysin samaa mieltä
- Useimmat luokkani oppilaat ovat ystävällisiä ja auttavaisia 2=samaa mieltä
- Muut oppilaat hyväksyvät minut sellaisena kuin olen 3=en osaa sanoa
- 4=eri mieltä
- 5=täysin eri mieltä

LIITE 6. Oireiden kokeminen sukupuolen ja iän mukaan.

Oireet	13-v.		15-v.	
	Pojat %	Tytöt %	Pojat %	Tytöt %
Päänsärkyä				
Lähes päivittäin	4.1	7.3	2.5	9.0
Useammin kuin kerran viikossa	8.4	14.9	8.3	15.1
Noin kerran viikossa	23.9	26.6	25.1	26.7
Noin kerran kuukaudessa	40.5	33.1	36.1	32.6
Harvemmin tai ei koskaan	23.2	18.1	28.1	16.1
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0
(n)	(958)	(946)	(929)	(998)
Niska-hartiasärkyä				
Lähes päivittäin	3.3	6.5	3.5	11.3
Useammin kuin kerran viikossa	7.0	14.0	9.3	16.
Noin kerran viikossa	22.3	19.7	20.5	22.3
Noin kerran kuukaudessa	35.2	31.2	36.5	28.9
Harvemmin tai ei koskaan	32.2	28.6	30.2	21.4
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0
(n)	(951)	(938)	(925)	(992)
Vatsakipu				
Lähes päivittäin	1.6	2.4	1.1	2.4
Useammin kuin kerran viikossa	3.8	8.0	3.2	8.8
Noin kerran viikossa	14.6	17.0	12.2	15.4
Noin kerran kuukaudessa	40.3	48.6	36.5	57.4
Harvemmin tai ei koskaan	39.8	23.9	47.0	15.9
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0
(n)	(958)	(948)	(928)	(998)
Selkäkipu				
Lähes päivittäin	2.7	5.5	3.7	8.2
Useammin kuin kerran viikossa	6.0	7.3	7.4	9.9
Noin kerran viikossa	14.8	14.1	16.7	19.8
Noin kerran kuukaudessa	30.9	33.2	31.4	29.8
Harvemmin tai ei koskaan	45.6	40.0	40.6	32.3
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0
(n)	(957)	(946)	(929)	(998)
Ärtyneisyyttä tai pahantuulisuutta				
Lähes päivittäin	4.4	8.7	3.8	7.5
Useammin kuin kerran viikossa	11.5	21.2	10.7	21.1
Noin kerran viikossa	29.9	32.2	28.6	33.7
Noin kerran kuukaudessa	34.7	27.4	35.1	28.0
Harvemmin tai ei koskaan	19.5	10.6	21.9	9.7
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0
(n)	(957)	(945)	(928)	(998)
Hermostuneisuutta				
Lähes päivittäin	3.0	7.9	3.1	7.8
Useammin kuin kerran viikossa	10.0	16.5	9.5	19.0
Noin kerran viikossa	30.6	29.4	24.3	28.0
Noin kerran kuukaudessa	31.2	28.9	34.8	27.4
Harvemmin tai ei koskaan	25.1	17.2	28.3	17.8
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0
(n)	(956)	(945)	(929)	(998)
Vaikeuksia päästä uneen				
Lähes päivittäin	5.4	10.0	5.3	8.9
Useammin kuin kerran viikossa	11.1	14.5	9.6	14.6
Noin kerran viikossa	18.9	20.2	19.5	21.2
Noin kerran kuukaudessa	26.3	24.1	26.7	23.1
Harvemmin tai ei koskaan	38.3	31.2	39.0	32.1
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0

(n)	(958)	(946)	(929)	(998)
Huimauksen tunnetta				
Lähes päivittäin	2.1	4.8	2.3	6.1
Useammin kuin kerran viikossa	4.2	10.9	5.9	10.2
Noin kerran viikossa	10.7	13.7	12.4	14.1
Noin kerran kuukaudessa	25.7	23.5	22.7	24.1
Harvemmin tai ei koskaan	57.4	47.2	56.7	45.4
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0
(n)	(957)	(945)	(928)	(998)
Jännittyneisyyttä				
Lähes päivittäin	2.0	6.4	1.6	5.8
Useammin kuin kerran viikossa	5.9	12.3	5.9	13.4
Noin kerran viikossa	22.6	23.2	18.5	24.5
Noin kerran kuukaudessa	37.6	36.3	35.7	34.0
Harvemmin tai ei koskaan	31.9	21.8	38.2	22.3
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0
(n)	(951)	(943)	(929)	(993)
Alakuloisuutta				
Lähes päivittäin	2.3	5.7	2.3	7.2
Useammin kuin kerran viikossa	2.4	9.6	4.4	13.9
Noin kerran viikossa	10.3	16.0	11.1	19.2
Noin kerran kuukaudessa	26.0	29.1	27.0	29.5
Harvemmin tai ei koskaan	58.9	39.6	55.2	30.2
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0
(n)	(949)	(940)	(927)	(996)

LIITE 7. Muuttujien väliset korrelaatiot **pojilla**. Spearmanin järjestyskorrelaatio.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Toistuva oireilu	-							
2. Ikä	0.19	-						
3. Kommunikointi	-0.14**	-0.05*	-					
4. Perheen tuki	-0.17**	-0.04	0.29**	-				
5. Ystävien tuki	-0.05*	0.07**	0.08**	0.43**	-			
6. Opettajien tuki	-0.17**	0.10**	0.16**	0.26**	0.14**	-		
7. Luokkatovereiden tuki	-0.15**	-0.04	0.15**	0.30**	0.21**	0.43**	-	
8. Äidin kiinnostus	-0.07**	-0.05*	0.09**	0.24**	0.12**	0.20**	0.12**	-
9. Isän kiinnostus	-0.10**	-0.07**	0.12**	0.23**	0.11**	0.20**	0.16**	0.46**

**= p-arvo<0.01

*= p-arvo<0.05

LIITE 8. Muuttujien väliset korrelaatiot **tytöillä**. Spearmanin järjestyskorrelaatio.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. Toistuva oireilu	-							
2. Ikä	0.03	-						
3. Kommunikointi	-0.19**	-0.08**	-					
4. Perheen tuki	-0.24**	-0.09**	0.37**	-				
5. Ystävien tuki	-0.19*	-0.01	0.15**	0.37**	-			
6. Opettajien tuki	-0.24**	0.11**	0.17**	0.28**	0.18**	-		
7. Luokkatovereiden tuki	-0.20**	-0.03	0.09**	0.24**	0.23**	0.40**	-	
8. Äidin kiinnostus	-0.10**	-0.03	0.21**	0.27**	0.05**	0.21**	0.10**	-
9. Isän kiinnostus	-0.15**	-0.05*	0.18**	0.32**	0.11**	0.24**	0.16**	0.43**

**= p-arvo<0.01

*= p-arvo<0.05

LIITE 9. Sukupuolen, perheen tuen, kommunikoinnin, isän kiinnostuksen, opettajan tuen ja luokkatovereiden tuen yhteys nuoren toistuvaan oireiluun (OR ja 95 %:n luottamusväli).

		OR	95% LV	p-arvo
Sukupuoli	Poika	1.00		
	Tyttö	2.56	2.20–2.99	<0.001
Perheen tuki	Vahvempi	1.00		
	Heikompi	1.56	1.32–1.84	<0.001
Kommunikointi vanhemman kanssa	Helppoa	1.00		
	Vaikeaa	1.84	1.46–2.32	<0.001
Isän kiinnostus	Korkeampi	1.00		
	Heikompi	1.26	1.08–1.47	0.004
Opettajan tuki	Vahvempi	1.00		
	Heikompi	1.72	1.45–2.03	<0.001
Luokkatovereiden tuki	Vahvempi	1.00		
	Heikompi	1.41	1.20–1.66	<0.001

Referenssiryhmä merkitty arvolla 1.00. Omnibus (6) = 429.805; $p < 0.001$. Hosmer and Lemeshow p-arvo 0.174.