

**NUORTEN MIELENTERVEYTEEN LIITTYVÄ OIREILU JA PERHEEN
VUOROVAIKUTUS
WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia**

Maria Miettinen

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2021

TIIVISTELMÄ

Miettinen, M. 2021. Nuorten mielenterveyteen liittyvä oireilu ja perheen vuorovaikutus. WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu -tutkielma, 70 s, 5 liitettä.

Mielenterveys on ihmisen kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin kannalta ehdottoman tärkeää. Nuorten mielenterveyteen liittyvä oireilu on yleistä sekä Suomessa että maailmanlaajuisesti. Mahdollisia mielenterveyteen liittyviä häiriöitä tulee tunnistaa ja puuttua niihin ajoissa. Perheen vuorovaikutus on tärkeä tekijä nuoren kasvun ja kehityksen kannalta. Sukupuoli ja sosioekonominen asema, jota mitataan koetun perheen taloudellisen tilanteen ja koulutusorientaation avulla, huomioidaan tarkastelussa. Näiden on todettu olevan yhteydessä nuorten mielenterveyteen liittyvään oireiluun ja perheen vuorovaikutukseen. Tutkimuksen tavoitteena on nuorten mielenterveyden edistäminen tarkastelemalla perheen vuorovaikutusta ja nuorten mielenterveyteen liittyvää oireilua sekä näiden välistä yhteyttä.

Tutkimusaineistona tässä pro gradu -tutkielmassa on WHO-Koululaistutkimuksen osa-aineisto, joka on kerätty Suomessa vuonna 2014 9.-luokkalaisilta eli noin 15-vuotiailta suomenkielisiltä nuorilta (n=1935). Aineiston analysointi toteutettiin IBM SPSS Statistics 26-ohjelmistolla. Menetelminä tilastollisissa analyyseissa käytettiin ristiintaulukointia, khiin neliötestiä sekä binääristä logistista regressioanalyysiä. Aineistoa kuvattiin myös frekvenssijakaumien avulla.

Yleisimmät nuorten mielenterveyteen liittyvät oireet olivat uneen pääsemisen vaikeudet, ärtyneisyys tai pahantuulusuus sekä hermostuneisuus. Heikommaksi perheensä vuorovaikutuksen arvioivat nuoret kokivat enemmän mielenterveyteen liittyvää oireilua. Tyttöillä oli merkitsevästi enemmän mielenterveyteen liittyvää oireilua kuin pojilla. Tyttöillä äidin kanssa puhumisen vaikeammaksi kokevilla, perheen keskustelun huonommaksi arvioivilla, perheen tuen ja avun heikommaksi kokevilla, perheen taloudellisen tilanteen huonoksi kokevilla sekä peruskoulun jälkeen jonnekin muualle kuin lukioon aikovilla oli todennäköisemmin usein toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua. Poikia tarkasteltaessa vaikeammaksi isänsä kanssa puhumisen kokevilla, perheen keskustelun huonommaksi arvioivilla, äidin tietoisuuden vähäisemmäksi arvioivilla sekä perheen taloudellisen tilanteen huonoksi kokevilla oli useammin toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua.

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiempaa kirjallisuutta aiheesta sekä vahvistavat tutkimustietoa suomalaisten nuorten mielenterveydestä. Perheen vuorovaikutus on yhteydessä nuorten mielenterveyteen liittyviin oireisiin. Jatkossa on tärkeää tutkia aihetta edelleen eri tutkimusmenetelmin sekä vaihtelevin näkökulmin. On tutkittava keinoja, kuinka perheitä voitaisiin entistä tehokkaammin tukea. Vuorovaikutukseltaan toimiva ja mielenterveyttä tukeva kasvuympäristö tulee taata kaikille nuorille.

Asiasanat: nuoret, mielenterveys, oireilu, perhe, vuorovaikutus, sosioekonominen asema

ABSTRACT

Miettinen, M. 2021. Adolescents' mental health-related symptoms and family interaction. Results from the HBSC study. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis. 70 pp. 5 appendices.

Mental health is vital to persons overall health and well-being. However, mental health-related symptoms during adolescence are common both in Finland and worldwide. It is important to identify potential mental health disorders and to intervene them in a timely manner. Family interaction, on the other hand, is an important factor in a young persons growth and development. Gender and socioeconomic status as measured by the perceived family wealth and educational orientation are taken into account in this study. In the previous studies these have been found to be associated with adolescents' mental health-related symptoms and family interaction. The aim of this Master's thesis is to promote mental health of young people by studying family interaction and adolescents' mental health-related symptoms as well as the connection between them.

The data used in this Master' thesis is a sub-data of the Health Behaviour of School-aged Children study (HBSC) collected in Finland in 2014. The data used in this study consisted of around 15-year-olds, 9th grade Finnish speaking students (n=1935). The data was analyzed using the IBM SPSS Statistics 26-software. The analyze methods used were cross-tabulation, chi-square test and binary logistic regression. Also, frequency distributions were used.

The most common mental health-related symptoms were difficulties in getting to sleep, irritability or bad temper and feeling nervous. The adolescents who perceived poorer family interactions also experienced more mental health-related symptoms. Girls experienced significantly more mental health-related symptoms compared to boys. When looking at the girls, the probability of experiencing more weekly mental health-related symptoms was increased if they perceived talking with their mother more difficult, felt communication in their family poorer, perceived the help and support from their family weaker, estimated the perceived family wealth poorer and were planning of doing something else than going to high school after primary school. When looking at the boys, the probability of experiencing more weekly mental health-related symptoms was increased if they perceived talking with their father more difficult, felt communication in their family poorer, estimated their mothers knowledge to be less or estimated the perceived family wealth poorer.

The results of this study support the previous studies and strengthen the knowledge on Finnish adolescents' mental health. Family interaction is associated with adolescents' mental health-related symptoms. Further research on this topic is needed using also different study methods. It is important to consider how to support families more effectively. All young people should have growth environment with good functional interaction. It supports mental health.

Key words: adolescents, mental health, symptoms, family, interaction, socioeconomic status

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
2 PERHE JA VUOROVAIKUTUS.....	3
2.1 Perhe.....	3
2.2 Perheen vuorovaikutuksesta.....	4
2.3 Nuoruuden aikaisen perheen vuorovaikutuksen näkökulmia	6
2.4 Sosioekonominen asema ja perheen vuorovaikutus.....	10
3 NUORET JA MIELENTERVEYTEEN LIITTYVÄ OIREILU.....	14
3.1 Nuoruus.....	14
3.2 Mielenterveyteen liittyvä oireilu nuoruudessa.....	15
3.3 Nuorten mielenterveyden ongelmien yleisyys.....	17
3.4 Sosioekonominen asema ja nuorten mielenterveyteen liittyvä oireilu.....	18
4 PERHEEN VUOROVAIKUTUKSEN JA NUORTEN MIELENTERVEYTEEN LIITTYVÄN OIREILUN YHTEYS	21
4.1 Aikaisemmat tutkimukset aiheesta.....	22
4.1.1 Katsaukseen valikoituneet tutkimukset.....	25
4.1.2 Tutkimuksissa käytettyjä mittareita.....	26
4.1.3 Tutkimusten tuloksia nuorten mielenterveyteen liittyvästä oireilusta ja perheen vuorovaikutuksesta.....	32
4.1.4 Yhteenvetoa katsauksesta.....	35
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	37
6 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	38
6.1 Tutkimuksen aineisto.....	38

6.2	Tutkimuksessa käytetyt mittarit	39
6.3	Tilastolliset analyysimenetelmät	42
7	TULOKSET.....	44
8	POHDINTA.....	53
8.1	Tutkimuksen luotettavuus sekä eettisyys.....	57
8.2	Johtopäätökset ja ehdotuksia jatkotutkimukseen	60
	LÄHTEET	62
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

World Health Organization eli WHO (2013) määrittelee mielenterveyden tarkoittavan hyvinvoinnin tilaa, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä ja selviytyy elämän normaaleista haasteista ollen lisäksi kykenevä tekemään työtä sekä toimimaan osana yhteisöään. Mielenterveyden ongelmat ja sairaudet kattavat maailmanlaajuisesti noin 16 prosenttia nuorten sairastavuudesta ja esimerkiksi masennus on yksi huomattavimmista syistä nuorten sairastamiseen ja kyvyttömyyteen (WHO 2019). Marttunen ja Kaltiala-Heino (2017) toteavat monen aikuisuudessa ilmenevän mielenterveyden häiriön alkavan jo nuoruudessa. Suomalaisista nuorista joka viidennen voidaan todeta kärsivän jostakin mielenterveyteen liittyvästä häiriöstä (Marttunen ja Kaltiala-Heino 2017).

Aalto-Setälän ja Marttusen (2007) mukaan nuoren normaali ikään kuuluva kehitys ja häiriintynyt kehitys voivat erota toisistaan vain vähäisesti. Kokonaisvaltainen tilanteen arviointi, jossa otetaan huomioon sekä nuoren oireilu että ikään kuuluva kehitys on olennaista, jotta voidaan tunnistaa mahdolliset häiriöt mahdollisimman varhain ja puuttua niihin (Aalto-Setälä & Marttunen 2007). Varhainen nuorten mielenterveyteen liittyvän oireilun tunnistaminen on tärkeää, sillä mielenterveyden sairauksista kärsivät nuoret ovat alttiita esimerkiksi sosiaaliselle eristäytymiselle, syrjinnälle, leimaantumiselle, opiskeluvaikeuksille, riskikäyttäytymiselle, fyysisille terveysongelmille sekä ihmisoikeuksien rikkoontumiselle (WHO 2019). Pattanayakin & Mehtan (2012) mukaan nuoruuden hyvä mielenterveys antaa edellytyksiä myöhempään aikuisuuden tärkeään rooliin yhteiskunnassa. Nuorten mielenterveys on myös yhteiskunnallisesta näkökulmasta tarkastellen tärkeää (Pattanayak & Mehta 2012).

Segrinin ja Floran (2005, 3) mukaan perheen vuorovaikutus sekä perheen parissa tapahtuvat kokemukset muokkaavat elämäämme ja säilyvät mukanaamme. Bushin ja Petersonin (2013) mukaan perheet toimivat lapsen ja nuoren kehityksen kannalta usein kaikista tärkeimpänä sosiaalisena ympäristönä. WHO (2019) toteaa kannustavan ja tukea antavan perheympäristön olevan nuorten psyykkisen hyvinvoinnin kehittymisen ja säilymisen kannalta tärkeä tekijä.

Gardnerin ja Cutronan (2004) mukaan sosiaalinen tuki on yksi perheen tärkeimmistä tehtävistä. Perheeseen liittyvät erilaiset tekijät ylläpitävät sekä suojaavia tekijöitä että riskitekijöitä liittyen nuorten mielenterveyden haasteisiin (Gavazzi 2013).

Quon ja McGrath (2014) toteavat subjektiivisen sosioekonomisen aseman olevan yhteydessä nuoren terveyteen ja myös WHO:n (2019) mukaan sosioekonomiseen asemaan liittyvien ongelmien on tunnistettu olevan mielenterveyteen yhteydessä olevia riskitekijöitä. Bush ja Peterson (2013) kuvaavat perheen rakenteellisten tekijöiden, kuten sosioekonominen aseman, vaikuttavan esimerkiksi vanhempien käyttäytymismalleihin ja tavoitteisiin sekä vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen. Nämä vuorostaan vaikuttavat vanhemman ja lapsen väliseen suhteeseen sekä lapsen kehitykseen (Bush & Peterson 2013).

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkastellaan suomalaisten 9.-luokkalaisten eli noin 15-vuotiaiden nuorten mielenterveyteen liittyvää oireilua sekä perheen vuorovaikutusta. Tarkoituksena on selvittää nuorten mielenterveyteen liittyvien oireiden ja perheen vuorovaikutusilmiöiden esiintyvyyttä sekä yhteyttä näiden välillä, kun tarkastelussa otetaan huomioon sukupuoli ja sosioekonominen asema. Tutkimusaineistona toimii WHO-Koululaistutkimus vuodelta 2014. Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on nuorten mielenterveyden edistäminen.

2 PERHE JA VUOROVAIKUTUS

2.1 Perhe

Perhe on ihmisten elämässä usein varmasti yksi niistä kaikkein tärkeimmistä ja rakkaimmista asioista. Sevón ja Notko (2008) toteavat perhesuhteiden olevan yksiä merkittävimpiä suhteita, joilla on vaikutusta ihmisten elämälle. Käsitteenä perheen määrittelyminen näyttää olevan hyvin haastavaa. Segrin ja Flora (2005, 11) pohtivat tarvetta ylipäänsä määrittellä perhettä ja toteavat yhtäältä vaikuttavan siltä, että ihmisten tulisi itse muodostaa käsitys, mitä perhe on. Toisaalta koetaan jatkuvasti tarvetta määrittellä perhe tieteellisten, poliittisten, laillisten ja sosiaalisten näkökulmien vuoksi (Segrin & Flora 2005, 11). Sevón ja Notko (2008) esimerkiksi toteavat lakien sekä muiden institutionaalisten rakenteiden sääntelevän perheitä, jotka lisäksi ovat vahvojen kulttuuristen, yhteiskunnallisten, sosiaalisten ja yksilöllisten merkitysten ympäröimiä. Edelleen kuitenkin esimerkiksi Jokinen (2014) toteaa perhetutkimuksen kentän näkökulmasta, ettei yhtäkään määritelmää perheestä pidetä kokonaan hyväksyttynä.

Perhe voi esimerkiksi olla pariskunta, jolla mahdollisesti on lapsia, tai yksi vanhempi ja hänen lapsensa (Tilastokeskus 2020), perhe voi olla esimerkiksi monikulttuurinen, uusperhe, adoptioperhe tai sateenkaariperhe (Väestöliitto 2020), perhe voi olla jotain näistä tai vastaavasti jotain aivan muuta. Segrin ja Flora (2005, 3) toteavat lukuisia perheitä ja perheen jäseniä olleen mukana erilaisissa perheisiin liittyvissä tutkimuksissa vuosien varrella ja tutkimusten kautta yhtenä suurimpana teemana perheisiin liittyen on tullut esiin se, kuinka yhtä tietynlaista perhettä ei ole.

Settlesin (1999) mukaan perheet muovaantuvat menneisyyden perinnön, sen hetkisten näkemysten sekä tulevaisuuden teorioiden kautta. Perheet elävät menneisyyden päätösten ja sitoumusten vaikutusten kanssa katsoen ja tehden samalla investointeja pitkälle tulevaisuuteen (Settles 1999). Sevón ja Notko (2008) kuvaavat perhettä määrittävien tekijöiden olevan

biologisia, sosiaalisia, taloudellisia, moraalisia sekä emotionaalisia. Näiden ulottuvuuksien voidaan nähdä määrittävän perhettä yhtäaikaaisesti mutta myös jännitteitä luoden (Sevón & Notko 2008). Perheeseen liittyy velvoitteita, lojaaliutta ja vastuuta, jotka monesti luovat konkreettista eroa perhesuhteiden ja muiden läheisten ihmissuhteiden välille (Sevón & Notko 2008). Segrinin ja Floran (2005, 4) mukaan perhettä on pyritty määrittelemään perheen rakenteen, toiminnan ja vuorovaikutuksen kautta. Perheen rakenteeseen liittyen tarkkaillaan, ketä perheessä on ja millä tavalla he ovat perheeseen liittyneet, perheen toimintaa taas tarkkaillaan askareiden sekä oletettujen toimintojen kautta. Perheen vuorovaikutus käsittelee kommunikaation prosesseja, jotka liittävät yksilöt perheen jäseniksi ja esittävät, kuinka perhe muodostuu kommunikaation kautta (Segrin & Flora 2005, 4). Viimeisimmän mukaan ryhmästä ihmisiä muodostuu perhe, kun askareita suoritetaan vuorovaikutuksen kautta. Sekä toimintoihin että vuorovaikutukseen perustuvat määritelmät antavat rakenteeseen perustuviin määritelmiin verrattuna enemmän tilaa muodostaa käsitystä perheestä (Segrin & Flora 2005, 10). Jokinen (2014) kuvaa erään näkökulman määrittelevän perheen suhteiden, määritelmien ja tekemisten kautta.

Jokinen (2014) tuo ilmi näkökulman perheeseen, jossa painoituksena pidetään hoivaa, huolenpitoa, vuorovaikutusta, yhteisöllisyyttä, perinteensiirtoa sekä kasvatusta. Ihmisten hyvinvointi on Segrinin ja Floran (2005, 10) mukaan usein yhteydessä hänen ympärillään olevien ihmisten psykososiaalisiin toimintoihin sekä subjektiiviseen tunteeseen intiimiydestä ja perheen identiteetistä. Sevón ja Notko (2008) kuvaavat perhesuhteiden liittyvän vahvasti hoivaan, huolenpitoon ja vastuuseen. Väestöliiton (2020) mukaan aihetta pohdittaessa tärkeintä on, että lapsi saa kuulua perheeseen, jossa on turvallinen aikuinen. Lapsen tulee itse kokea perheensä oikeanlaiseksi ja riittäväksi (Väestöliitto 2020).

2.2 Perheen vuorovaikutuksesta

MIELI Suomen Mielenterveys ry (2021) kuvaa vuorovaikutustaitojen muodostuvan kyvystä ja halusta ajatusten, kokemusten, mielipiteiden ja tekojen vaihtoon muiden ihmisten kanssa sekä yhdessä toimimisesta. Vastavuoroisuuden toimiminen on vuorovaikutuksessa tärkeää (MIELI Suomen Mielenterveys ry 2021). Segrin ja Flora (2005, 3) ilmaisevat perheen

vuorovaikutuksen ja perheen parissa tapahtuvien kokemusten muokkaavan koko elämäämme ja olevan aina mukana. Perhe tarjoaa ensisijaisen kehityksellisen ja sosiaalisen ympäristön, jossa lapset oppivat ja vakiinnuttavat itselleen arvoja ja normeja (Currie ym. 2014). Bushin ja Petersonin (2013) mukaan perheet toimivat usein kaikista tärkeimpänä sosiaalisena ympäristönä lapsen kehitykselle.

Perheen välinen vuorovaikutus muodostuu intiimiydestä, keskinäisestä riippuvuudesta, sitoumuksesta, perheen identiteetistä, emotionaalisista siteistä, itsemääritellyistä perheen tunnuksista ja rajoista sekä perheen historiasta ja tulevaisuudesta (Segrin & Flora 2005, 10). Bushin ja Petersonin (2013) mukaan lapsen ollessa vuorovaikutuksessa perheensä kanssa, perheenjäsenet jakavat keskenään tärkeitä tunnuksia, eri asioiden merkitykset sekä perheen vakiintuneet käyttäytymismallit uudistuvat ja lisäksi perheen sisäiset roolit ovat jatkuvasti yhteisen määrittelyn ja neuvottelun alla.

Segrinin ja Floran (2005, 15) mukaan kommunikaatio on vastavuoroinen prosessi, jossa ihmiset luovat, jakavat ja säätelevät erilaisia merkityksiä. Currie ym. (2008) toteavat Rodrigoon ja Palaciosiin (1998) viitaten, että vanhemman ja lapsen välinen kommunikaatio on yksi perustavanlaatuisista tekijöistä, kun tarkastellaan perhettä kehityksellisenä ympäristönä. Koernerin ja Fitzpatrickin (2004) mukaan vanhemmilla on merkittävä vaikutus perheiden kommunikaatiolle, sillä lapset ottavat mallia vanhempiansa käyttäytymisestä, minkä lisäksi vanhemmat sosiaalistavat lapsiaan jatkuvasti opettamalla heitä, kuinka kommunikoida. Erityisen merkityksellinen vanhempien rooli on lapsen kommunikaatiotaitojen, asenteiden ja käyttäytymistyylien kehittymisen kannalta (Currie ym. 2008). Lapset kuitenkin myös vaikuttavat perheensä kommunikaation tapoihin yhä enemmän, mitä vanhemmaksi he tulevat (Koerner & Fitzpatrick 2004). Bush ja Peterson (2013) toteavat sosiaalisen vaikutuksen olevan monisuuntainen, ja sen lisäksi, että lapset kehittyvät ympäristönsä vaikutuksesta, he myös yhtä lailla muokkaavat sosiaalista ympäristöään.

Vanhemmat ovat ensisijaisia tuen tarjoajia lapsilleen (Gardner & Cutrona 2004). Lapsi hyötyy tukea antavista vanhemmista monin tavoin ja enemmän tukea vanhemmiltaan saavilla lapsilla on yleisesti ottaen vähemmän ongelmia ja heidän hyvinvointinsa on korkeammalla tasolla

(Gardner & Cutrona 2004; Branje ym. 2008). Vanhemmat ovat tärkeä tuen lähde, vaikka vanhemmilta saatavan tuen suhteellinen merkitys vaihtelee eri elämänvaiheissa (Branje ym. 2008). Vanhemman ja lapsen välisen suhteen vakiintuneet käytännöt ovat seurausta yhteisistä geneettisistä tekijöistä, vanhempien jakamista arvoista ja resursseista, perheen ympäristön yleisistä tekijöistä sekä niistä vakiintuneista tavoista, kuinka vanhemmat lapsilleen vuorovaikutustilanteissa vastaavat (Bush & Peterson 2013). Tukea antava vanhemmuus on yhteydessä esimerkiksi parempaan mielenterveyteen sekä stressinsietokykyyn, parempaan itsetuntoon ja uskoon omista kyvyistään (Gardner & Cutrona 2004). Branjen ym. (2008) mukaan koettu vanhemmilta saatava tuki sisältää näkemyksen siitä, että vanhemmat ovat lapsen saatavilla, kun tuen tarve tulee. Vanhemman ja lapsen välinen suhde on yksi tärkeimmistä ja keskeisimmistä ihmissuhteista, etenkin lapsuuden ja nuoruuden aikana (Branje ym. 2008).

2.3 Nuoruuden aikaisen perheen vuorovaikutuksen näkökulmia

Perhesuhteiden laatu on ratkaiseva tekijä niille kyvyille ja itseluottamukselle, joilla nuoret ihmiset kohtaavat nuoruuden, eli muutoksen lapsuudesta aikuisuuteen (Noller 1995). Perhesuhteiden laatu vaikuttaa esimerkiksi siihen, kuinka menestyksekkäästi nuoret kohtaavat nuoruuteen liittyviä tehtäviä, kuinka paljon he ovat osallisia mahdollisessa ongelmakäyttäytymisessä, jota nuoruuteen voi usein kuulua, sekä kuinka he kykenevät solmimaan merkityksellisiä, kestäviä ihmissuhteita (Noller 1995). Perheen kommunikaatiossa tapahtuu huomattavia muutoksia nuoruuden aikana, mutta tästä huolimatta useimmat perheet kokevat tilanteessa rauhoittavaa ja rohkaisevaa jatkuvuutta perheen välisten vahvojen tunnesiteiden kautta (Laursen & Collins 2004; Branje ym. 2013). Niissä perheissä, joissa jo lapsen nuoruutta edeltävänä aikana kommunikointi on ollut positiivista ja toimivaa, on vähemmän kommunikaation häiriöitä nuoruuden aikana ja vuorovaikutuksen häiriöiden käsittely on rakentavampaa kuin niissä perheissä, joissa kommunikaatiossa on jo ennen lapsen nuoruutta ollut haasteita. Tästä Laursen ja Collins (2004) sekä Branje ym. (2013) päättelevät, että perheet, jotka rakentavat nuoruuden aikaisen kommunikaation aikaisempien onnistuneiden lapsen kehitysvaiheiden jatkoksi, selviytyvät lapsen nuoruuden aikaisilta vaatimuksilta kykenemällä muokkaamaan kommunikaatiotaan siten, että se soveltuu teini-ikäisille lapsille.

Nollerin (1995) mukaan vanhempien on tärkeää tarjota nuorelle tarkoituksenmukaisia kommunikaatiotaitoja, jolloin nuoret oppivat rakentavia tapoja ongelmien ja haasteiden käsittelyyn. Vanhempien tulee rohkaista ja mahdollistaa nuoren ottavan vastuuta omasta elämästään sekä tekemään päätöksiä liittyen omaan elämäänsä sillä hetkellä ja tulevaisuudessa (Noller 1995). Laursenin ja Collinsin (2004) sekä Branjen ym. (2013) mukaan erilaiset oikut ja päänäpistöt ovat sisäistettyjä vanhempien ja nuorten välisessä kommunikaatiossa. Erot kommunikaatiossa vanhempien ja lasten välillä silloin kun lapset ovat pienempiä verrattuna siihen, kun he ovat teini-ikäisiä, kuvaavat nuoren fyysistä ja kognitiivista kehitystä kuten myös nuoren psykososiaalisia muutoksia hänen pyrkiessään kohti itsenäistymistä (Laursen & Collins 2004; Branje ym. 2013). Muutokset kommunikaatiossa heijastelevat Laursenin ja Collinsin (2004) sekä Branjen ym. (2013) mukaan muun perheen kykyä selviytyä nuoruuden aikaisen kehityksen vaatimuksista. Kun perhe mukauttaa odotuksiaan ja kommunikointiaan nuoren kypsyminen muutosten mukaisesti, kommunikaatio on usein hieman haastavaa, kunnes asettuu tottuneeseen ja sujuvaan, aikuismaisempaan muotoon (Laursen & Collins 2004; Branje ym. 2013). Kuten Noller (1995) mainitsee, vanhempien ja nuoren välisen kommunikaation laatu on kriittinen tekijä monesta eri näkökulmasta katsottuna.

Rönkän ym. (2002) mukaan nuorten psyykkis-sosiaalista kehitystä tarkasteltaessa olisi suotuisaa, että tunnesuhteet vanhempien kanssa olisivat vahvat samalla, kun nuoren liikkumatila ja vastuu pikkuhiljaa lisääntyvät. Noller (1995) käsittelee perheen kommunikaatiota nuoren kanssa, ideaalista ympäristöä nuorelle sekä siihen liittyviä tärkeitä näkökulmia ja toteaa, että vanhemman ja nuoren tulee uudistaa suhdettaan, jolloin nuori voi ottaa kasvavaa vastuuta omasta elämästään ja nähdä itsensä itsenäisenä yksilönä, joka on kykenevä tekemään päätöksiä ja seisomaan omilla jaloillaan. Tämä voi, samansuuntaisesti kuin Rönkä ym. (2002) tuovat ilmi, Nollerin (1995) mukaan toteutua parhaiten sellaisessa perheympäristössä, jossa vanhemmat rohkaisevat nuorta kohti itsenäisyyttä ja ovat valmiita vähitellen ja oikea-aikaisesti, ei liian aikaisin, luopumaan kontrollistaan nuoreen.

Rönkän ja Sallisen (2008) mukaan nuoret ottavat kasvaessaan yhä enemmän vastuuta itsestään ja tekemisistään, jolloin vanhempien tulee tottua tähän uuteen tilanteeseen. Toisaalta kiireetön yhdessäolo perheen kanssa on nuoren elämässä yhä tärkeässä roolissa (Rönkä &

Sallinen 2008). Laursenin ja Collinsin (2004) sekä Branjen ym. (2013) mukaan vanhempien ja nuorten välinen riitely on säännönmukaista ja ruokkii sellaista kommunikaatiota, joka on olennaista välttämättömälle roolien uudelleen muodostumiselle. Tämä rakentava prosessi esiintyy luultavimmin silloin, kun riidat eivät ole äärimmäisiä tai jatkuvia ja kun niitä tapahtuu lämpimissä ja läheisissä suhteissa. Laursenin ja Collinsin (2004) sekä Branjen ym. (2013) mukaan kommunikaation tärkeys ihmisten toiminnassa tulee ilmi nuorten ja vanhempien kykyä tasapainottaa keskenään riidat, läheisyys sekä tiedonvälitys onnistuneesti myös nuoruuden aikana, vaikka silloin tapahtuukin paljon muutoksia eri ihmissuhteissa.

WHO (2019) mainitsee kannustavan ja tukea antavan perhe ympäristön nuorten psyykkisen hyvinvoinnin kehittymisen ja säilymisen kannalta tärkeänä tekijänä. Gardnerin ja Cutronan (2004) mukaan sosiaalinen tuki on perheen monista tehtävistä yksi tärkeimmistä. Sosiaalinen tuki voidaan nähdä sanallisena kommunikointina ja käytöksenä, joka vastaa toisen ihmisen tarpeisiin ja toimii lohtuna, rohkaisemisenä, vakuutteluna huolehtimisesta sekä tietoihin ja konkreettiseen apuun perustuvana tehokkaana ongelmanratkaisun edistämisenä (Gardner & Cutrona 2004). Perheet, jotka tarjoavat läheisen ja tukea antavan, mutta samalla itsenäisyyden kannustavan ympäristön nuorille, antavat nuorelle parhaat mahdollisuudet siirtyä mahdollisimman onnistuneesti aikuisuuteen (Noller 1995). Gardnerin ja Cutronan (2004) mukaan perheen tuki on arvokas voimavara, joka voi auttaa ehkäisemään stressiä sekä edistämään tyytyväisyyttä ja turvallisuuden tunnetta ja sen puuttuminen voi voimistaa eri elämäntilanteiden aiheuttamia vahinkoja sekä rajoittaa sitä iloa, jota läheisistä suhteista saadaan.

Guilamo-Ramoksen ym. (2010) mukaan vanhempien valvonta on vanhempien tiedon hankintaa siitä, mitä hänen nuorensa tekee, missä ja kenen kanssa. Vanhempien valvonnan puute on yhteydessä nuorten riskikäyttäytymiseen (Guilamo-Ramos ym. 2010). Valvonnan avulla vanhemmat voivat tarkkailla ja suojella nuoriaan etäisyyden päästä ja auttaa rakentamaan nuoren kasvavaa itsenäisyyttä (Smetana & Metzger 2008). Jaccard ym. (2010) liittävät vanhempien valvontaan vanhempien kommunikaation odotuksistaan, jolloin vanhemmat kertovat nuorelleen, mikä on hyväksyttävää, vanhempien valvonnan, jolloin vanhemmat määrittelevät, toimivatko nuoret heille annettujen odotusten mukaisesti sekä vanhempien kurin tai kannustimet, joilla vanhemmat pitävät kuria nuorille, jotka rikkovat

vanhempiansa asettamia odotuksia, pyrkien saamaan heidät taas toimimaan odotusten mukaisesti. Smetanan ja Metzgerin (2008) mukaan vanhemmat voivat pyrkiä saamaan tietoa nuorestaan kysymällä suoraan häneltä itseltään, tiedustelemalla sisaruksilta, ystäviltä tai ystävien vanhemmilta, kuuntelemalla keskusteluja tai esimerkiksi tutkimalla nuoren huonetta. Vanhemmat voivat myös pyrkiä rajoittamaan nuoren toimintaa ja toisaalta nuoret voivat vapaaehtoisesti haluta kertoa vanhemmilleen asioistaan (Smetana & Metzger 2008).

Stattinin ym. (2010) mukaan vanhempien tietoisuuteen liittyen tulisi olla tietoinen siitä, että nuorten halukkuus kertoa tietoa vanhemmilleen on vahvasti yhteydessä siihen, mitä vanhemmat todellisuudessa tietävät. Stattin ym. (2010) toteavat, että ilmaisu “vanhempien valvonta” olisi hyvä korvata ilmaisulla “vanhempien tietoisuudesta, josta suuren osan vanhemmat ovat mahdollisesti saaneet nuorelta itseltään”. Myös Tilton-Weaverin ja Marshallin (2008) mukaan nuoret tekevät tietoisia valintoja, mitä tietoja kertovat vanhemmilleen liittyen ystäviinsä, tekemisiinsä sekä olinpaikkoihinsa. Stattinin ym. (2010) mukaan vanhempien tietämys liittyen nuortensa olinpaikkaan liittyy vahvasti siihen, millaista tietoa he saavat nuorilta itseltään.

Smetanan ja Metzgerin (2008) mukaan olisi hyvä keskittyä enemmän nuoren ja vanhempien väliseen positiiviseen, luottamukselliseen suhteeseen. Tasapainon löytämistä riittävän, mutta ei liiallisen kontrollin osalta niin, että nuori pysyy turvassa, tarvitaan ympäristöön, joka rohkaisee nuoria vapaaehtoisesti kertomaan asioistaan vanhemmilleen ja sallii samalla vanhempien tarvittaessa kysellä nuoreltaan vaikuttamatta pakottavalta tai kontrolloivalta (Smetana & Metzger 2008). Stattinin ym. (2010) mukaan nuorten halukkuus kertoa vanhemmilleen jokapäiväisestä elämästään, olinpaikoistaan, ajatuksistaan ja tunteistaan on vahvasti yhteydessä siihen, kuinka he näkevät vanhempansa. Esimerkiksi vanhempien nuorelleen antama tuki, lämpö ja hyväksyntä, vanhempien tyyli reagoida nuoren kertomiin paljastuksiin ja tekemisiin sekä nuoren näkemys vanhemmistaan auktoriteettina vaikuttavat nuoren halukkuuteen kertoa asioistaan vanhemmilleen (Smetana ym. 2006; Stattin ym. 2010). Tätä halukkuutta tuskin syntyy, mikäli vanhemmat vastaavat nuorelleen negatiivisesti, tunteenpurkauksin, sarkastisesti tai syyllistäen (Stattin ym. 2010). Vanhempien yritykset saada vilpittömästi käsitystä nuorensa ajatuksista ja tunteista sekä nuoren olinpaikoista

muualla kuin kotona ovat usein yhteydessä nuoren avoimuuteen vanhempiaan kohtaan (Stattin ym. 2010).

Perheeseen liittyvät tekijät vaikuttavat nuoren halukkuuteen käsitellä identiteettiinsä liittyviä haasteita ja perheet ovat erilaisia kyvyissään tarjota tähän soveltuvia ympäristöjä (Noller 1995). Korhonen ja Perho (2014) toteavat nuoren identiteetin kehittyvän eri aikaan eri elämänalueiden suhteen, riippuen nuoren kiinnostuksenkohteista sekä mahdollisuuksista, joita yhteiskunta ja ympäristö tarjoavat. Perheen ja vanhempien rooli on antaa nuorelle tukea sekä peilauspintaa (Korhonen & Perho 2014). Paljon huolenpitoa ja jonkin verran kontrollia tarjoava perhe sekä tunne kiintymyksestä auttavat nuorta löytämään itsensä (Noller 1995). Nuorten itsetunto vahvistuu suhteissa heistä huolta pitäviin vanhempiin, jolloin nuoret voivat saavuttaa realistisia näkemyksiä itsestään (Noller 1995).

Erityisen tärkeitä perheeseen liittyviä tekijöitä ovat nuoren saama itsenäisyyteen rohkaisemisen määrä, vanhempien tarpeenmukainen kontrolli nuorestaan, perheenjäsenten riitelyn määrä, perhesiteiden läheisyys sekä se rakkauden ja tuen määrä, jota nuorelle annetaan (Noller 1995). Noller (1995) toteaa Cooperiin, Grotevantiin ja Condoniin (1984) viitaten, että tasapaino läheisyyden ja rajojen välillä voi olla se kaikista tärkein tekijä perheessä nuoruuden aikana. Rajat ja rakkaus, jotka myös esimerkiksi Mannerheimin lastensuojeluliitto (2019) nostaa esiin vanhemmuuteen liittyen, ovat vahva ohjenuora perheille liittyen nuoruuden aikaiseen vuorovaikutukseen.

2.4 Sosioekonominen asema ja perheen vuorovaikutus

Lynchin ja Kaplanin (2000) mukaan sosioekonominen asema vaikuttaa ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin läpi elämänkulun. Esimerkiksi ennen syntymää kohdunsisäiset olosuhteet, lapsuudessa koulutus sekä elinolot, aikuisuudessa työolot sekä tulot ja vanhuudessa tulot sekä omaisuus vaihtelevat sosioekonomisen aseman mukaan. Nämä vaikuttavat ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin esimerkiksi elintapojen, stressin ja terveydenhuollon kautta (Lynch & Kaplan 2000). Perheen sosioekonomista asemaa on yleisesti käytetty kuvaamaan perheen ja sen jäsenten sosiaalista ja taloudellista asemaa yhteiskunnassa (Bush & Peterson 2013).

Perheen sosioekonominen asema perustuu usein vanhempien koulutukseen, tuloihin, asuinpaikkaan sekä muihin sosiaalisen aseman mittareihin (Bush & Peterson 2013). Appelqvist-Schmidlechnerin ym. (2019) mukaan ydinperheellä, mitä korkeammalle vanhemmat ovat kouluttautuneet sekä hyvällä taloudellisella tilanteella on yhteys nuorten positiiviseen mielenterveyteen. Matalampaa positiivista mielenterveyttä selittävät osaltaan moninaiset perhesuhteet, työttömät ja alhaisesti kouluttautuneet vanhemmat sekä taloudellisen tilanteen heikkous (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2019). Lahelman ja Rahkosen (2011) mukaan valtaresurssien, arvostuksen, tietojen, omaisuuden, rahallisen sekä muiden aineellisten sekä henkisten voimavarojen voidaan nähdä kuvaavan sosioekonomista asemaa siten, että ne ovat sitä paremmalla tasolla, mitä korkeampaan sosioekonomiseen asemaan yksilö kuuluu. Sosioekonomisten ryhmien välillä on runsaasti terveyseroja siten, että mitä alhaisempi sosioekonominen asema on, sitä enemmän on terveyden ja hyvinvoinnin haasteita (Lahelma & Rahkonen 2011).

Esimerkiksi sosioekonomiseen asemaan liittyvän koulutuksen voidaan nähdä olevan yhteydessä terveyden ja hyvinvoinnin kanssa myös Suomessa (Terveyden eriarvoisuus Suomessa 2007; THL 2019a). Matalamman koulutuksen saaneilla ihmisillä on terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä ongelmia useammin verrattuna korkeamman koulutuksen saaneisiin (Terveyden eriarvoisuus Suomessa 2007; THL 2019a). Chiu (2016) kuvaa perheiden, joilla on korkeampi koulutus, korkeammat tulot ja korkeampi sosiaalinen asema eli jotka kuuluvat korkeampaan sosioekonomiseen asemaan, voivan käyttää parempia resurssejaan auttaakseen lapsiaan saavuttamaan korkeamman koulutuksen. Korkeamman sosioekonomisen aseman perheillä on enemmän henkistä, taloudellista, sosiaalista ja kulttuurillista pääomaa (Chiu 2016). Koulutuksen kautta esimerkiksi ihmisten tiedot, taidot ja arvot muokkaantuvat, millä on vaikutusta työelämän, tulojen sekä taloudellisen aseman kannalta (THL 2019a).

THL:n (2019a) mukaan sekä vanhempien koulutustasolla että lapsen ja nuoren omalla koulutuksella on yhteys lapsen ja nuoren terveyteen. Nuoren valitsema koulutuspolku on usein samantyylinen kuin hänen vanhemmillaan ja sosiaalisen aseman on havaittu osaltaan periytyvän (Myrksylä 2009; THL 2019a). Esimerkiksi yliopistokoulutuksen saaneista suurimman osan vanhemmat ovat myös korkeasti koulutettuja (Myrksylä 2009). Kuitenkin myös sosiaalista liikkumista tapahtuu, ja vanhempien koulutuksen lisäksi monet muutkin asiat

voivat osaltaan vaikuttaa nuoren koulutusvalintoihin (Myrskylä 2009). THL:n (2019a) mukaan koulutuksen ei kuitenkaan itsenäisesti voida nähdä selittävän terveyserojen syntymistä, vaan taustalla on yhteiskunnallisia rakenteita, esimerkiksi koulutusjärjestelmä, työelämään liittyviä rakenteita sekä terveydenhuoltojärjestelmä ja asumisolot. Tärkeää on tavoitella tilannetta, jossa matalalla koulutustasolla ei enää ole yhteyttä heikomman terveyden ja hyvinvoinnin kanssa (THL 2019a).

Perheen rakenteelliset tekijät, kuten sosioekonominen asema, vaikuttavat esimerkiksi vanhempien käyttäytymismalleihin, tavoitteisiin sekä vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen, jotka vuorostaan vaikuttavat vanhemman ja lapsen väliseen suhteeseen sekä lapsen kehitykseen (Bush & Peterson 2013). Piperin ja Solomonin (2016) mukaan vanhemmuus, perheen rakenne, perheen sosioekonominen asema ja siihen liittyen koulutus ja tulotaso sekä fyysinen ympäristö vaikuttavat lapsen ja nuoren terveyteen. Perheen sosioekonominen asema on vahvin yksittäinen tekijä, joka voi vaikuttaa heikentävästi lapsen terveyteen ja hyvinvointiin (Piper & Salomon 2016). Perheiden rakenteellisilla eroilla on seurauksensa vanhemman ja lapsen suhteelle sekä lapsen kehitykselle vaikuttamalla vuorovaikutukseen ja suhteisiin sekä perheen resursseihin ja mahdollisuuksiin (Bush & Peterson 2013).

Vanhemmuudella on tärkeä rooli sosioekonomisen aseman ja lapsen kehityksen välillä vallitsevaan yhteyteen (Bornstein & Bradley 2003). Bushin ja Petersonin (2013) mukaan taloudellisten haasteiden vaikutukset lapsiin tapahtuvat erilaisten vanhemmuuden tapojen kautta, jotka ovat seurausta taloudellisista haasteista. Vanhempien taloudelliset paineet voivat johtaa emotionaaliseen stressiin ja vanhempien väliseen riitelyyn, jotka vuorostaan johtavat lisääntyneisiin ongelmallisiin vanhemmuuden tapoihin (Bush & Peterson 2013). Bornsteinin ja Bradleyyn (2003) mukaan korkeamman sosioekonomisen aseman lapsilla on parempi pääsy erilaisiin voimavaroihin, jotka voivat tukea heidän positiivista kehittymistään, kuin matalamman sosioekonomisen aseman lapsilla.

On esitetty monia erilaisia mekanismeja, joiden kautta sosioekonominen asema mahdollisesti vaikuttaa lapsen hyvinvointiin, eikä täyttää yhteisymmärrystä ole siitä, mitä kaikkea

sosioekonominen asema tarkalleen edustaa (Bornstein & Bradley 2003). Taloudellisten seikkojen lisäksi eri sosioekonomisiin asemiin kuuluvilla vanhemmilla on usein erilaisia elämäntilanteita sekä arvoja ja prioriteetteja, jotka heijastavat näitä elämäntilanteita (Bush & Peterson 2013). Arvot ja prioriteetit vaikuttavat vanhemmuuden tavoitteisiin sekä käytäntöihin, jotka koetaan sopiviksi eri elämäntilanteissa (Bush & Peterson 2013).

3 NUORET JA MIELENTERVEYTEEN LIITTYVÄ OIREILU

3.1 Nuoruus

Kuten Gavazzi (2013) toteaa, nuoruuden määrittely on haastavaa ja tämän kehityksellisen kauden määrittelyyn liittyy monia erilaisia näkökulmia. Marttusen ja Kaltiala-Heinon (2017) mukaan nuoruusikä tarkoittaa ihmisen elämänkaaren vaihetta, jolloin lapsuusajasta siirrytään nuoren aikuisuuden vaiheeseen. Tällöin keskushermosto kehittyy, tapahtuu biologista kasvua ja sukukypsyys saavutetaan. Lisäksi tapahtuu kohti aikuistumista vievää kognitiivista, psykologista sekä sosiaalista kehitystä (Marttunen & Kaltiala-Heino 2017). Lohin ja Wraggin (2004) mukaan nuoruutta on pidetty perinteisesti suurten muutosten ja kehittymisen aikana. Tähän sisältyy biologisia, psyykkisiä ja kognitiivisia muutoksia, älyllistä ja moraalista kehittymistä sekä sosiaalisia tekijöitä (Loh & Wragg 2004).

Aalbergin (2016) ja Erikssonin ym. (2019) mukaan nuoruus on tärkeä kehityksellinen vaihe, jolloin nuoret kohtaavat monia haasteita ja jolloin tapahtuu sekä fyysistä että psyykkistä kypsymistä. Esimerkiksi kasvavat odotukset koulutuksen suhteen, muuttuvat sosiaaliset suhteet perheen ja ystävien kanssa sekä fyysiset ja emotionaaliset muutokset liittyen aikuistumiseen ovat nuoruuteen liittyviä, välillä haastaviakin teemoja (Eriksson ym. 2019). Päämääränä nuoruudella on saavuttaa oma identiteetti sekä autonomia ja tällöin vaaditaan myös irtautumista sellaisista siteistä vanhempiin, jotka kuuluvat vahvasti lapsuuteen (Aalberg 2016). Psykologisesti ajatellen eheä persoonallisuus sekä itsenäisyyden saavuttaminen pääsee tapahtumaan, kun nuoruuden kehitys tapahtuu onnistuneesti (Marttunen & Kaltiala-Heino 2017).

Sekä Marttunen ja Kaltiala-Heino (2017) että Terveiden ja hyvinvoinnin laitos eli THL (2019b) ajoittavat nuoruuden noin ikävuosiin 12-22 jakaen sen kolmeksi eri kehitysvaiheeksi. Varhaisnuoruuden nähdään ajoittuvan noin ikävuosiin 12-14, keskinuoruuden noin ikävuosiin 15-17 ja myöhäisnuoruuden noin ikävuosiin 18-22 (Marttunen & Kaltiala-Heino 2017; THL

2019b). Loh ja Wragg (2004) määrittelevät nuoruuden asettuvan noin ikävuosien 12 ja 18 väliin. Nuoruus on ikävuosien kautta tarkasteltuna liukuva.

3.2 Mielenterveyteen liittyvä oireilu nuoruudessa

WHO:n (2013) määritelmän mukaan mielenterveys nähdään hyvinvoinnin tilana, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä ja selviytyy elämän normaaleista haasteista ollen lisäksi kykenevä tekemään työtä sekä toimimaan osana yhteisöään. Mielenterveyteen kuuluu häiriöiden puuttumisen lisäksi kykenevyys muodostaa ihmissuhteita, kommunikoida, ajatella ja tuntea, käsitellä menetyksiä ja muutoksia sekä vahvistaa sosiaalista toimintakykyä, tuottavuutta, hyvinvointia ja yleistä terveyttä (Dwivedi & Harper 2004). Mielenterveys on laaja käsite, johon kuuluu positiivinen mielenterveys, mielenterveyden ongelmat sekä psyykkiset sairaudet (Eriksson ym. 2019). Dwivedin ja Harperin (2004) mukaan mielenterveyden edistäminen pyrkii edistämään tai parantamaan yksilöiden, perheiden, organisaatioiden ja yhteisöjen mielenterveyden kapasiteettia.

Aalto-Setälän ja Marttusen (2007) mukaan nuoren normaali ikään kuuluva kehitys ja häiriintynyt kehitys voivat erota toisistaan vain vähäisesti. Nuori on vielä kypsyvätön, ja tämän takia hänen kyvyissään sisäisen levottomuuden sekä impulssien hallitsemisessa on puutteita, ja tämä voi ilmetä ohimenevinä psyykkisinä sekä fyysisinä oireiluina (Aalberg 2016). Aalto-Setälän ja Marttusen (2007) mukaan kokonaisvaltainen tilanteen arviointi ottaen huomioon nuoren oireilu ja ikään kuuluva kehitys on tärkeää, jotta voidaan tunnistaa mahdolliset häiriöt mahdollisimman varhain ja puuttua niihin. Näin myös parhaiten voidaan ehkäistä aikuisuuden mielenterveyden häiriöitä (Aalto-Setälä & Marttunen 2007). Tämä on tärkeää, sillä nuoret, jotka kärsivät mielenterveyden sairauksista, ovat alttiita sosiaaliselle eristäytymiselle, syrjinnälle, leimaantumiselle, opiskeluvaikeuksille, riskikäyttäytymiselle, fyysisille terveysongelmille sekä ihmisoikeuksien rikkoontumiselle (WHO 2019).

Masennus on yksi huomattavimmista syistä nuorten sairastamiseen ja kyvyttömyyteen (WHO 2019). Nuorten kokemia tunnepohjaisia häiriöitä ovat masennuksen lisäksi ahdistuneisuus, ärtyisyys, turhautuminen sekä vihastuneisuus. Oireilua voi tapahtua myös samanaikaisesti

(WHO 2019). Lisäksi voi ilmetä tunneperäisiä fyysisiä oireita kuten vatsakipuja, päänsärkyä tai pahoinvointia (WHO 2019). Gavazzin (2013) mukaan laaja mielenterveyden tarkastelu sisältää sekä sisäisiä että ulkoisia tekijöitä. Sisäisiä mielenterveyden ongelmia ovat masennus, ahdistus ja muut häiriöt, joita ihminen kokee sisällään, kun taas ulkoisia ongelmia ovat aggressiivisuus, käytösongelmat ja muut psykologiset häiriöt, jotka käyttäytymisen kautta kohdistetaan muihin ihmisiin (Gavazzi 2013).

THL:n (2019c) mukaan masentuneen mielialan voidaan nähdä olevan tunnetilana ihmisille normaali ja useimmissa tapauksissa se menee lopulta itsestään ohi. Esimerkiksi ero parisuhteesta, jokin menetys tai pettymys voi laukaista masentuneen mielialan, alakuloisuuden ja surun (THL 2019c). THL:n (2019c) mukaan masennus tulkitaan sairaudeksi eli masennustilaksi vasta silloin, kun masentuneen mielialan voidaan nähdä jatkuneen pitkän ajan lähes jatkuvasti. Myös muiden oireiden kuten ärtymyksen, uupumuksen, mielenkiinnottomuuden ja väsymyksen esiintyminen voi liittyä masennustilaan (THL 2019c). Souranderin ja Marttusen (2016) mukaan lapsuuden ja nuoruuden aikaisissa mielenterveyden häiriöissä on erityispiirre liittyen lapsuudessa ja nuoruudessa tapahtuvaan kehitykseen ja suuriin muutoksiin. Häiriöiden arviointi voi olla haastavaa tämän nopean kehityksen sekä yksilöiden ja sukupuolten välisten erojen vuoksi (Sourander & Marttunen 2016). Pattanayakin ja Mehtan (2012) mukaan lapsilla on usein masentuneisuuden oireita, joita pidetään huolestuttavina, mutta jotka eivät täytä masennuksen diagnoosin kriteereitä. Tämä kuvaa tarvetta joustavampaan lähestymiseen, mitä tulee lasten ja nuorten masennuksen diagnosoimiseen (Pattanayak & Mehta 2012).

Dwivedin ja Harperin (2004) mukaan monilla aikuisuuden mielenterveyden häiriöillä on juurensa lapsuuden riskitekijöissä. Choate (2014, 98) toteaa, että masennuksen ehkäiseminen aikaisessa vaiheessa nuoruutta tarjoaa suojaa krooniselta masennukselta. Tämä on tärkeää etenkin nuorten tyttöjen ja naisten mielenterveydelle niin nuoruuden aikaisen masennuksen ehkäisemiseksi kuin läpi elämän toistuvien masennuksen jaksojen ehkäisemiseksi (Choate 2014, 98). Pattanayakin ja Mehtan (2012) mukaan lasten ja nuorten masennus sairautena voi häiritä kognitiivista, emotionaalista ja sosiaalista kehitystä. Myös Choate (2014, 65) kuvaa nuorten masennuksen olevan vakava huolenaihe esimerkiksi siksi, että masennuksen

puhkeaminen nuorena iässä on yhteydessä jatkuviin masennusjaksoihin läpi nuoruuden ja aikuisuuden.

Nuoruuden kehitys keskittyy hiomaan persoonallisuutta, vakiinnuttamaan luottamusta eri asioihin, kuulumaan ystäväpiiriin ja saamaan itsenäisyyttä (Loh & Wragg 2004). Kaikilla näillä tekijöillä voi olla merkittävä vaikutus emotionaaliseen kehitykseen ja voi olla eri aikoja, kun mielenterveyteen liittyviä haasteita todennäköisemmin ilmenee (Loh & Wragg 2004). Kuitenkin suurin osa nuorista, jotka saavat kehittyä tukea antavassa ympäristössä, kulkevat menestyksekkäästi läpi nuoruusaikansa (Loh & Wragg 2004). Hyvä mielenterveys nuorena iässä valmistee lapsia tärkeään rooliin yhteiskunnassa ja nuorten ihmisten mielenterveys on laajemmassa mittakaavassa tärkeä asia yhteiskunnalle (Pattanayak & Mehta 2012). Hayesin (2004) mukaan nuorten masennuksen ja ahdistuksen ehkäisemisessä on tärkeää selkeä ymmärrys näistä häiriöistä ja kuinka ne nuorilla ilmenevät, ennaltaehkäisyn peruseriaatteiden helppo saatavuus kaikille, jotka työskentelevät nuorten parissa sekä sitkeää ja pitkäaikaista sitoutumista asiaan.

3.3 Nuorten mielenterveyden ongelmien yleisyys

WHO:n (2019) mukaan mielenterveyden ongelmat ja sairaudet kattavat maailmanlaajuisesti 16 prosenttia nuorten sairastavuudesta. Suomalaisilla nuorilla esimerkiksi masennuksen oireilua voi esiintyä yli 20 prosentilla, kun masennustilaan sairastuu 5-19 prosenttia ja pitkäaikaiseen masennukseen, jonka kesto on vähimmillään vuosi, sairastuu 1-2 prosenttia nuorista (THL 2019c). Souranderin & Marttusen (2016) mukaan masennushäiriöiden esiintyvyyden nuoruudessa arvioidaan olevan noin 5-10 prosenttia. Pattanayakin ja Mehtan (2012) mukaan 15-18-vuotiaana masennukseen sairastuminen on tytöillä kaksi kertaa yleisempää kuin pojilla. Choate (2014, 72) toteaa, että yksi johdonmukaisimmista riskitekijöistä nuorten masennukselle on naissukupuoli. Mahdolliseksi syiksi tähän Choate (2014, 98) liittyy esimerkiksi tyttöjen aikaisemmin alkavan murrosiän, monet elämänmuutokset liittyen kouluun ja perheeseen sekä vahvan kulttuurisen paineen liittyen ulkonäköön ja tekemisiin. Suomalaisia nuoria tarkastellessa ahdistuneisuushäiriö on noin 4-11 prosentilla, tytöillä useammin kuin pojilla (THL 2019d). Lisäksi monta häiriötä ilmenee usein

samanaikaisesti, esimerkiksi masennukseen sairastuneilla samanaikainen ahdistuneisuushäiriöiden esiintyminen on yleistä, ollen noin 30-40 prosentin luokkaa (THL 2019d). Nuoren ohimenevän ahdistuksen voidaan nähdä olevan normaalia, mutta häiriöksi se muuttuu silloin, kun sen seurauksena alkaa esiintyä toimintaan vaikuttavia haittoja tai kärsimyksen tunteita (THL 2019d).

Mielenterveyteen liittyvät häiriöt yleistyvät nuoruuden aikana verrattuna lapsuuteen (Sourander & Marttunen 2016). Esimerkiksi masennusta esiintyy tytöillä nuoruusiän aikana moninkertaisesti verrattessa lapsuuden aikaiseen (Sourander & Marttunen 2016). Marttunen ja Kaltiala-Heino (2017) toteavat monen aikuisuudessa ilmenevän mielenterveyden häiriön alkavan jo nuoruudessa ja nuorista joka viidennen kärsivän jostakin mielenterveyteen liittyvästä häiriöstä. Ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt sekä päihde- ja käytöshäiriöt ovat tyypillisimpiä nuoruudessa todettavia mielenterveyden häiriöitä (Marttunen & Kaltiala-Heino 2017). Lapsuudesta asti on vanhempien ja opettajien kautta saatavan lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöihin liittyvän tiedon lisäksi tärkeää saada tietoa suoraan lapsilta ja nuorilta itseltään (Sourander & Marttunen 2016). Etenkin nuoruuden keski- ja myöhäisvaiheissa masennusoireisiin, ahdistuneisuusoireisiin ja psykoosioireisiin liittyvä arviointi tehdään suurelta osin perustuen nuoren itsensä ilmaisemaan tietoon esimerkiksi kyselyjen tai haastattelun kautta (Sourander & Marttunen 2016).

3.4 Sosioekonominen asema ja nuorten mielenterveyteen liittyvä oireilu

WHO:n (2019) mukaan sosioekonomiseen asemaan liittyvät ongelmat ovat mielenterveyteen yhteydessä olevia riskitekijöitä. Matala perheen sosioekonominen asema on yhteydessä esimerkiksi stressiin, masennukseen, köyhissä naapurustoissa asumiseen ja huono-osaisuuteen liittyen elinoloihin (Bush & Peterson 2013). Nuorten mielenterveyteen liittyvien sosioekonomisten erojen voidaan havaita tulevan ilmi nuoren siirtyessä lapsuuskodistaan itsenäiseen elämään (Terveiden eriarvoisuus Suomessa 2007). Tällöin esimerkiksi koulunkäynnillä ja koulutuksella on keskeinen merkitys, sillä koulunkäyntiin liittyvien vaikeuksien on havaittu voivan aiheuttaa psyykkisten ongelmien lisääntymistä ja vastavuoroisesti nuoruuden mielenterveysongelmien olevan mahdollisesti haitaksi

koulunkäynnille. Näillä tekijöillä voi olla vaikutusta eroihin myös aikuisuuden hyvinvoinnissa (Terveyden eriarvoisuus Suomessa 2007). Reissin (2013) systemaattisessa katsauksessa sosioekonominen epätasa-arvo oli yhteydessä mielenterveyden ongelmiin lapsuudessa ja nuoruudessa, sosioekonomisesti huono-osaisilla lapsilla ja nuorilla ollen kaksin- tai kolminkertainen riski mielenterveyden ongelmiin. Erityisesti pysyvästi matala sekä heikkenevä sosioekonominen asema ovat merkittäviä enteitä lasten ja nuorten mielenterveyden ongelmien puhkeamiseen (Reissin 2013).

Quonin ja McGrathin (2014) mukaan subjektiivinen sosioekonominen asema on yhteydessä terveyteen nuoruudessa. Yhteyden voimakkuus vaihteli eri terveyden tekijöiden suhteen, ollen merkitsevä mielenterveyden, itsearvioidun terveyden sekä yleisten terveysoireiden suhteen (Quon & McGrath 2014). Dewenish ym. (2017) tarkastelivat systemaattisessa katsauksessaan sosioekonomisen aseman ja nuorten psykososiaalisten terveystekijöiden välillä olevia yhteyksiä ja totesivat sosioekonomisen aseman olevan huomattava riskitekijä nuorten kehitykselle. Reiss (2013) huomasi pysyvästi matalan sosioekonomisen aseman olevan vahvasti yhteydessä korkeampaan mielenterveyden ongelmien tasoon ja sosioekonomisen aseman heikkenemisen olevan yhteydessä lisääntyviin mielenterveyden ongelmiin. Matalan sosioekonomisen taustan omaavilla nuorilla on kohonnut riski kokea negatiivisia psykososiaalisia tekijöitä (Dewenish ym. 2017).

Matalaan sosioekonomiseen asemaan liittyvillä stressitekijöillä kuten taloudellisella stressillä on vaikutusta nuorten terveydelle ja hyvinvoinnille vanhempien masennuksen, vanhempien riitelyn, vahingollisen kasvatuksen sekä nuorten sietokyvyn kautta (Dewenish ym. 2017). Reissin (2013) katsauksen tulokset auttavat ymmärtämään, kuinka heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien sosiaalinen liikkuvuus on estynyttä ja köyhyys siirtyy usein sukupolvelta toiselle. Tuleviin sukupolviin vaikuttaa sekä vanhempien sosioekonominen asema että mielenterveyden ongelmat, jotka ovat yhteydessä heikkoon sosioekonomiseen asemaan (Reiss 2013).

Koettu sosioekonominen asema on yhteydessä niin itsearvioituun terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen kuin objektiivisesti tarkasteltuun sosioekonomiseen asemaan (Goodman ym. 2001; Finkelstein ym. 2006; Currie ym. 2014). Quonin ja McGrathin (2014) meta-analyysin mukaan objektiivisen sosioekonomisen aseman huomioon ottaminen ei vaikuttanut nuorten subjektiivisen sosioekonomisen aseman ja terveyden väliseen yhteyteen. Quonin & McGrathin (2014) mukaan subjektiivisen sosioekonomisen aseman mittareista käsitys taloudellisista rajoitteista oli vahvimmin yhteydessä nuorten terveystekijöihin.

4 PERHEEN VUOROVAIKUTUKSEN JA NUORTEN MIELENTERVEYTEEN LIITTYVÄN OIREILUN YHTEYS

Sinkkosen ja Kallandin (2016) mukaan vanhemmilla on tehtävänänsä pitää huolta, että heidän lapsensa fysiologiset tarpeet täyttyvät ja tarjota lapselle edellytyksiä hyvään psyykkiseen ja sosiaaliseen kehitykseen. Jonesin ym. (2004) mukaan perhesuhteet vaikuttavat sairauksiin tai niiden kehittymiseen, kuten masentuneisuuden oireisiin tai häiriöihin, epäsuorasti tunneperäisten ja käyttäytymiseen liittyvien prosessien kautta. Masentuneet ihmiset raportoivat usein ongelmista perhesuhteissaan (Jones ym. 2004). Gavazzin (2013) mukaan perheeseen liittyvät tekijät ylläpitävät sekä suojaavia tekijöitä että riskitekijöitä liittyen nuorten mielenterveyden haasteisiin, erityisesti masentuneisuuden oireisiin. Pattanayak ja Mehta (2012) tuovat ilmi, että perheeseen liittyvät stressitekijät voivat häiritä lapsen kehityksellisiä tehtäviä kuten tunteiden säätelyä ja lisätä alttiutta masennukselle. Vanhempien emotionaalisella poissaolevuudella voi olla pitkäaikaisia psykologisia vaikutuksia lapselle matalan itsetunnon ja masennusherkkyyden kautta (Pattanayak & Mehta 2012). Gavazzi (2013) tuo ilmi perheiden kriittisen roolin nuorten sopeutumisen ja hyvinvoinnin kannalta ja toteaa vanhempiin ja perheeseen liittyvien tekijöiden olevan suuressa roolissa nuoren mielenterveyden kannalta, sekä esimerkiksi päihteidenkäyttöön tai koulutukseen liittyen.

Branjen ym. (2008) mukaan nuoret, jotka kokevat vajetta vanhemmiltaan saamasta tuesta, tuntevat todennäköisemmin masentuneisuutta. Vanhempien tarjoaman tuen yhteys nuoren oireisiin ei kuitenkaan aina ole samanlainen riippumatta olosuhteista. Monilla tekijöillä, kuten nuoren henkilökohtaisilla tekijöillä, esimerkiksi sukupuolella, tai oireen muodolla, esimerkiksi ahdistuneisuus tai masentuneisuus, voi olla vaikutusta tähän yhteyteen (Branje ym. 2008). García-Carriónin ym. (2019) katsauksessa oli mukana lapsiin ja nuoriin kohdistettuja mielenterveyden interventioita, joissa vuorovaikutus oli tärkeässä roolissa ja mukaan oli otettu vanhemmat, opettajat, mielenterveyden ammattilaiset sekä muita yhteisön jäseniä. Katsauksessa huomattiin positiivinen vaikutus nuorten mielenterveyteen sekä oireilun vähenemisen että henkilökohtaisen hyvinvoinnin edistämisen kautta ja lisäksi sosiaalisen tuen tai sitoutumisen kautta tapahtuva mielenterveyden edistäminen lisääntyi sellaisten interventio-ohjelmien avulla, joissa vuorovaikutus oli huomion kohteena (García-Carrión ym. 2019).

McPhersonin ym. (2014) systemaattisessa katsauksessa tarkasteltiin yhteyttä perheen ja yhteisön sosiaalisen pääoman sekä lasten ja nuorten mielenterveyteen ja käyttäytymiseen liittyvien ongelmien välillä. Katsauksessa todettiin sekä perheen että yhteisön sosiaalisella pääomalla olevan tärkeä rooli lasten ja nuorten mielenterveyden ja käyttäytymisen ongelmien suhteen. Erityisen tärkeitä lasten ja nuorten mielenterveyden tukemisessa todettiin olevan esimerkiksi positiivinen suhde vanhempien ja lapsen välillä sekä perheen antama tuki (McPhearson ym. 2014). Tangin ym. (2020) katsauksen mukaan nuorten masennuksen psykososiaalisista riskitekijöistä heikko lapsen ja vanhempien välinen kommunikaatio, heikko perheen toimivuus, sekä heikko perheen yhtenäisyys olivat yhteydessä nuorten masennukseen. Perheen välinen riitely sekä vähäinen vanhempien lämpö lastaan kohtaan olivat yhteydessä nuorten masennukseen. Katsauksen mukaan perheeseen liittyvillä tekijöillä voi olla huomattava yhteys masennuksen oireisiin nuorilla (Tang ym. 2020).

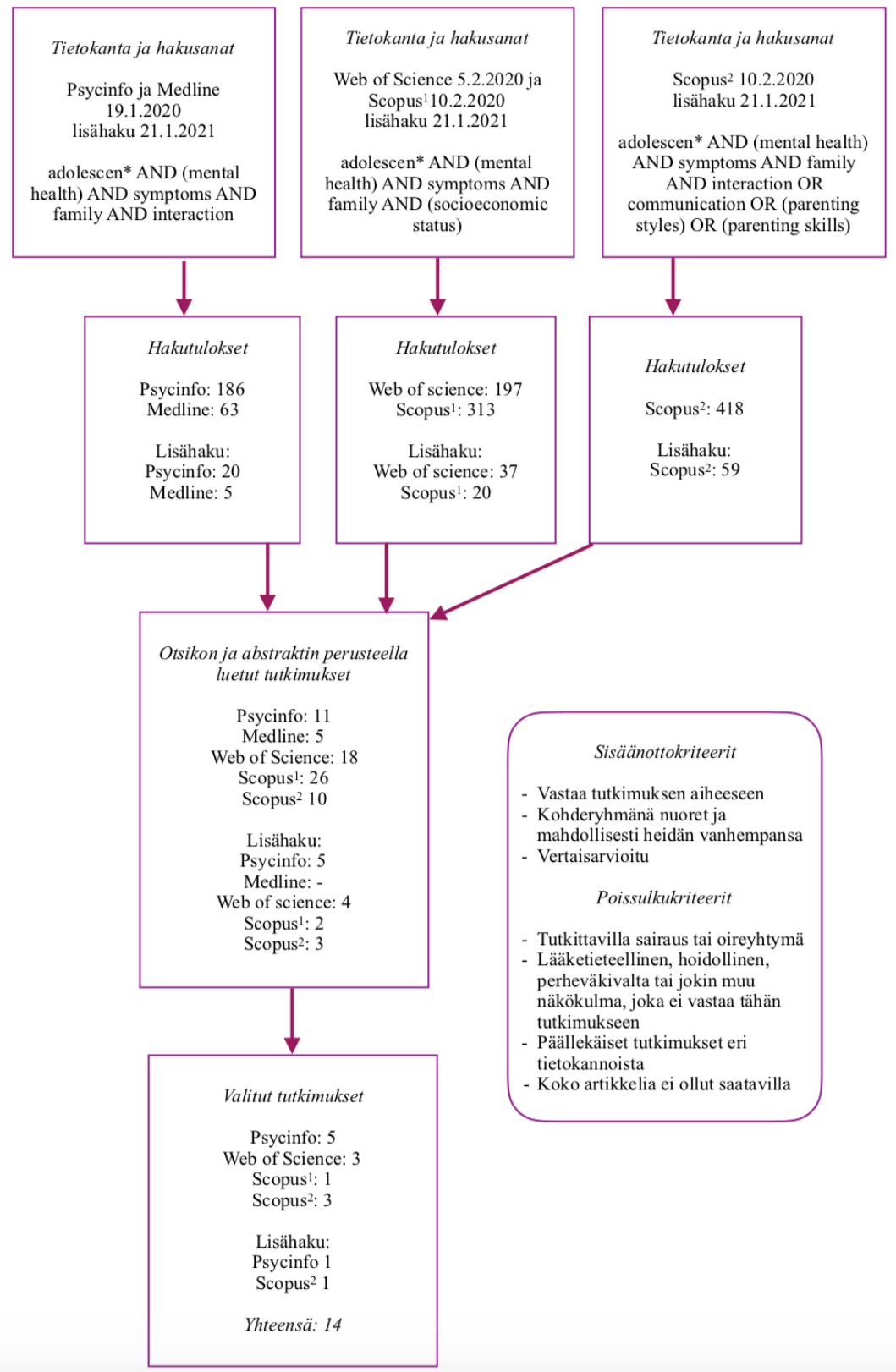
4.1 Aikaisemmat tutkimukset aiheesta

Järjestelmällinen tiedonhaku aiheesta aikaisemmin julkaistuista alkuperäistutkimuksista suoritettiin Medline-, Psycinfo-, Web of Science- sekä Scopus-tietokantoihin. Haku suoritettiin ensin 19.1.2020 Medline- sekä Psycinfo-tietokantoihin. Hakusanoina käytettiin tällöin adolescen* AND (mental health) AND symptoms AND family AND interaction. Psycinfo-tietokannassa haku rajattiin vertaisarvioituihin ja vuosina 2010-2020 julkaistuihin artikkeleihin. Täydennyshaku suoritettiin Web of Science-tietokantaan 5.2.2020. Tällöin hakusanoina käytettiin adolescen* AND (mental health) AND symptoms AND family AND (socioeconomic status). Täydennyshaku suoritettiin myös Scopus-tietokantaan 10.2.2020 käyttäen ensin hakusanoja adolescen* AND (mental health) AND symptoms AND family AND (socioeconomic status). Lisäksi Scopus-tietokantaan tehtiin haku käyttäen hakusanoja adolescen* AND (mental health) AND symptoms AND family AND interaction OR communication OR (parenting styles) OR (parenting skills). Tulokset rajattiin vuosina 2010-2020 julkaistuihin tutkimuksiin.

Lisähaku tehtiin myös 21.1.2021 samoihin tietokantoihin käyttäen samoja hakusanoja kuin aiemmin, mutta rajaten haku vuosiin 2020 ja 2021. Näin ollen tarkistettiin, oliko tässä ajassa

julkaistu uusia tämän pro gradun kannalta olennaisia alkuperäistutkimuksia. Yhteensä kaksi tutkimusta lisää valittiin mukaan kirjallisuuskatsaukseen tarkistushaun seurauksena.

Lopulliseen katsaukseen valikoitui yhteensä 14 alkuperäistutkimusta. Järjestelmällinen tiedonhaku on esitetty kuviossa 1. Valitut tutkimukset on esitetty liitteessä 1 ja tutkimusten laadunarviointi liitteessä 2.



KUVIO 1. Flow-kaavio järjestelmällisestä tiedonhausta.

4.1.1 Katsaukseen valikoituneet tutkimukset

Suurin osa tutkimuksista oli määrällisiä kyselytutkimuksia, joista Manongdon ja Ramírez Garcían (2011), Smokowskin ym. (2014), Aroran ym. (2017) sekä Man ym. (2020) tutkimukset olivat pitkittäistutkimuksia, joissa aineistoa oli kerätty useassa eri vaiheessa, Leen ym. (2013) tutkimus oli toteutettu määrällisenä pitkittäistutkimuksella, mutta kyselyn lisäksi oli toteutettu haastatteluja kun taas Gatén ym. (2013) tutkimus oli toteutettu määrällisenä kysely-, haastattelu- ja havainnointitutkimuksena, pitkittäisasetelmalla. Määrällisistä kyselytutkimuksista Giannakopouloksen ym. (2009), Damsgaardin ym. (2014), Mooren ym. (2018), Xun ym. (2019) sekä Ringdalin ym. (2020) tutkimuksissa oli poikkileikkausasetelma. Keijserin ym. (2020) määrällisessä kyselytutkimuksessa oli aineistoa kerätty sekä poikittaisettä pitkittäisasetelmalla. Telzerin ja Fulignin (2013) tutkimus oli toteutettu poikittaisena määrällisenä kyselytutkimuksena ja tämän lisäksi myös kahden viikon päiväkirjaseurantana. Yuwenin ja Chenin (2013) tutkimus oli katsauksen ainoa laadullinen tutkimus, jonka aineisto oli kerätty haastattelemalla. Tutkimuksissa oli kokonaisuudessaan käytetty eri tutkimusasetelmia vaihtelevasti.

Määrällisten tutkimusten osallistujamäärät vaihtelivat $n=186$ ja $n=15\ 646$ välillä, vaihtelun ollen huomattavaa. Laadullisessa tutkimuksessa osallistujia oli $n=15$ (Yuwen & Chen 2013). Nuorten iät vaihtelivat tutkimuksissa 11 ja 21 ikävuoden välillä, jolloin kaikki nuoruuden vaiheet, varhaisnuoruus, keskinuoruus ja myöhäisnuoruus, olivat edustettuina.

Suurimmilta osin tutkimuksissa nuoret itse raportoivat kokemastaan mielenterveyden oireilusta (Giannakopoulos ym. 2009; Manongdo ym. 2011; Gaté ym. 2013; Lee ym. 2013; Telzer & Fuligni 2013; Damsgaard ym. 2014; Smokowski ym. 2014; Arora ym. 2017; Moore ym. 2018; Xu ym. 2019; Keijser ym. 2020; Ma ym. 2020; Ringdal ym. 2020) sekä perheen vuorovaikutuksesta (Manongdo & Ramirez Garcia 2011; Damsgaard ym. 2014; Smokowski ym. 2014; Arora ym. 2017; Moore ym. 2018; Xu ym. 2019; Keijser ym. 2020; Ma ym. 2020; Ringdal ym. 2020) kyselyihin vastaamalla. Giannakopouloksen ym. (2009) ja Leen ym. (2013) tutkimuksissa vanhemmat raportoivat perheen vuorovaikutuksesta kyselyihin vastaten.

Myös muita tiedonkeruukeinoja, kuin mittareita, oli käytetty. Telzerin ja Fulignin (2013) tutkimuksessa perheen vuorovaikutusta tarkasteltiin nuorten pitämien päiväkirjojen, joissa he vastasivat erilaisiin kysymyksiin, avulla. Näistä vastauksista muodostettiin indeksit kuvaamaan perheen vuorovaikutusta (Telzer & Fuligni 2013). Gatén ym. (2013) tutkimuksessa perheen vuorovaikutusta tarkasteltiin havainnoimalla. Yuwenin ja Chenin (2013) laadullisessa tutkimuksessa nuorten mielenterveyden oireilua sekä käsityksiä vanhemmuuden tyyleistä tarkasteltiin haastattelujen kautta.

4.1.2 Tutkimuksissa käytettyjä mittareita

Tutkimuksissa oli käytetty useita eri mittareita tarkastelemaan nuorten mielenterveyteen liittyvää oireilua, perheen vuorovaikutusta sekä eri taustatekijöitä. Osalle tutkimuksissa käytetyistä mittareista tai kysymyksistä ei ilmaistu erillistä nimeä. Tutkimuksissa käytetyt mittarit on esitetty kootusti liitteessä 1.

Mielenterveyteen liittyvä oireilu. Tutkimuksissa keskityttiin hyvin pitkälti masentuneisuuden tai masennuksen oireiden sekä ahdistuneisuuden tai ahdistuksen oireiden tarkasteluun nuorten mielenterveyteen liittyvän oireilun suhteen.

Masennuksen oireita tai masentuneisuutta oli tutkimuksissa tarkasteltu eri mittareilla. Eniten käytetty mittari oli Likert -asteikollinen The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (Gaté ym. 2013; Telzer & Fuligni 2013; Arora ym. 2017; Xu ym. 2019), joka tarkastelee masennusta eri väittämillä, kuten vapaasti suomennettuna ”tunsin oloni surulliseksi”, ”tunsin oloni yksinäiseksi”, ”tunsin oloni pelokkaaksi”. ”minua vaivasivat sellaiset asiat, jotka eivät yleensä vaivaa minua”, ”ajattelin että elämäni on ollut epäonnistunut”, ”ruokahaluni oli huono”, ”minulla oli vaikeuksia nukkumisessa” ja ”olin itkuinen”. Aroran ym. (2017) tutkimuksessa oli käytetty muokattua versiota CES-D mittarista.

Likert-asteikollista The Youth Self-Report (YSR) -kyselyä oli käytetty Manongdon ja Ramírez Garcían (2011) sekä Smokowskin ym. (2014) tutkimuksissa, joissa kyselystä oli käytetty osioita, joiden nähtiin mittaavan masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta. Smokowski

ym. (2014) käyttivät YSR-kyselystä esimerkiksi vapaasti suomennettuna kysymyksiä “tunnen oloni usein surulliseksi” sekä “tunnen oloni usein hermostuneeksi tai jännittyneeksi” ja Manongdo ja Ramírez García (2011) esimerkiksi kysymystä “murehdin pienistä asioista” tarkastelemaan masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta. Aroran ym. (2017) tutkimuksessa ahdistuneisuutta oli tarkasteltu Likert-asteikolla, joka oli muokattu State-Trait Anxiety Inventory for Children -mittarista ja jossa kysymyksenä oli vapaasti suomennettuna esimerkiksi “murehdin paljon”.

Damsgaardin ym. (2014) sekä Mooren ym. (2018) tutkimuksissa oli käytetty Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) -kyselyä eli WHO-Koululaistutkimusta. Damsgaardin ym. (2014) tutkimuksessa oli emotionaalisia oireita mitattu käyttämällä kolmea valikoitua kysymystä HBSC Symptom Checklist (HBSC-SCL) -mittarista. Kysyttiin, kuinka usein nuori oli kokenut alakuloisuutta, ärtyneisyyttä tai huonoa mieltä ja hermostuneisuutta viimeisen kuuden kuukauden aikana (Damsgaard ym. 2014). Vastaukset jaettiin kahteen osaan, päivittäin tai harvemmin ja näistä rakennettiin indeksi, joka kuvaa kokemusta vähintään yhdestä emotionaalisesta oireesta päivittäin (Damsgaard ym. 2014). Mooren ym. (2018) tutkimuksessa mielenterveyden oireilua tarkasteltiin kysymällä, kuinka usein he tunsivat itsensä alakuloisiksi, ärtyneiksi, ahdistuneiksi tai kuinka usein heillä oli haasteita nukkumisessa. Myös näistä muodostettiin yksi muuttuja, joka jaettiin mediaanin kohdalta, jolloin muuttujasta saatiin kaksiluokkainen (Moore ym. 2018).

Leen ym. (2013) tutkimuksessa ahdistuneisuutta mitattiin Likert-asteikollisella the Symptoms Checklist (SCL-90-R) -mittarilla esimerkiksi vapaasti suomennettuna kysymyksillä “hermostuneisuutta tai tutinaa sisällä”, ”kokea olevansa peloissaan”, ”sydän jyskyttää tai hakkaa” ja ”on olo, että jotain paha tulee tapahtumaan sinulle” (Lee ym. 2013). Masentuneisuutta mitattiin Likert -asteikollisella 2-item depressive symptomology subscale of the Symptoms Checklist (SCL-90-R) -mittarilla, jossa kysyttiin vapaasti suomennettuna esimerkiksi, oletko ”syyttänyt itseäsi asioista”, ”tuntenut olosi yksinäiseksi”, ”tuntenut itsesi alakuloiseksi”, ”tuntenut itsesi toivottomaksi tulevaisuuden suhteen” ja ”tuntenut, että kaikki vaatii ponnistelua” (Lee ym. 2013).

Giannakopouloksen ym. (2009) tutkimuksessa käytettiin Likert-asteikollista Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; 20) -kyselyä, jolla voidaan tarkastella lasten ja nuorten mielenterveyden oireilua ja positiivisia asenteita vapaasti suomennettuna esimerkiksi kysymyksillä ”huolehdin paljon”, ”olen usein onneton, masentunut tai itkuinen” sekä ”minulla on paljon pelkoja ja olen helposti peloissani”. Ringdalin ym. (2020) tutkimuksessa ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden oireita mitattiin Likert -asteikollisella Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10) -mittarilla. Kysymyksiä olivat vapaasti suomennettuna ”olla yhtäkkiä pelokas ilman syytä”, ”tuntea olonsa pelokkaaksi”, ”pyörrytystä, huimausta tai heikotusta”, ”tuntea olonsa kireäksi”, ”itsensä syyttäminen asioista”, ”vaikeuksia nukahtaa tai pysyä unessa”, ”tuntea olonsa alakuloiseksi”, ”tuntea olonsa arvottomaksi”, ”tuntea että kaikki vaatii ponnistelua” sekä ”tuntea olonsa toivottomaksi tulevaisuuden suhteen”.

Man ym. (2020) tutkimuksessa tarkasteltiin masentuneisuusoireita Likert-asteikollisella mittarilla, jossa kysyttiin vapaasti suomennettuna, oliko nuori ”kokenut itsensä alakuloiseksi”, ”kokenut itsensä onnettomaksi”, ”kokenut, että elämä on tarkoituksetonta” ja ”kokenut itsensä surulliseksi”. Keijserin ym. (2020) tutkimuksessa käytettiin kyllä/ei-väittämiä sisältävää Self-Rating Scale Adolescent version (DSRS) -mittaria tarkastelemaan masentuneisuuden oireita. Kyselyssä kysyttiin vapaasti suomennettuna esimerkiksi ”ärtyisyyttä”, ”mielenkiinnon tai mielihyvän puutetta useimmissa aktiviteeteissa”, ”unihäiriöitä”, ”painon muutoksia ja ruokahalun häiriöitä”, ”psykomotorista levottomuutta tai hitautta” ”uupumusta tai energianpuutetta”, ”hyödyttömyyttä tai syyllisyyden tunnetta”, keskittymisen häiriöitä” sekä ”itsemurha-ajatuksia” (Keijser ym. 2020).

Perheen vuorovaikutus. Tutkimuksissa oli käytetty erilaisia lähestymistapoja, jotka tarkastelevat perheen vuorovaikutusta. Esimerkiksi nuoren ja vanhemman välistä läheisyyttä ja vuorovaikutusta, erilaisia vanhemmuuden tyylejä, nuoren suhdetta vanhempiin, tukea antavaa vanhemmuutta sekä nuoren kokemaa helppoutta puhua vanhempiensa kanssa oli tarkasteltu.

Man ym. (2020) tutkimuksessa äidin ja nuoren sekä isän ja nuoren välistä läheisyyttä tarkasteltiin vapaasti suomennettuna kysymyksellä ”millainen on suhteesi äitiin/isään?”, johon

vastausvaihtoehdot olivat vapaasti suomennettuna “emme ole läheisiä”, “läheisyytemme on keskinkertaista” ja “olemme läheisiä”. Vanhemman ja nuoren vuorovaikutusta tarkasteltiin Likert-asteikolla erilaisten aktiviteettien, kuten yhdessä syömisen ja television katselun, kautta. Keijserin ym. (2020) tutkimuksessa oli käytetty the Parents as Social Context Questionnaire (PASCQ) -kyselyä tarkastelemaan vanhemmuuden tyyliä. Likert-asteikollisella mittarilla kysyttiin kuudesta eri vanhemmuuden tyylistä. Näitä olivat vapaasti suomennettuna “lämmin”, jota oli tarkasteltu esimerkiksi kysymyksellä “vanhempani kertovat minulle, että rakastavat minua”, “torjuva”, jota oli tarkasteltu esimerkiksi kysymyksellä “joskus mietin, pitävätkö vanhempani minusta, “järjestelmällinen”, jota oli tarkasteltu esimerkiksi kysymyksellä “kun haluan tietää, kuinka jokin asia toimii, vanhempani selittävät sen minulle”, “epäjärjestelmällinen”, jota oli tarkasteltu esimerkiksi kysymyksellä “vanhempani muuttavat sääntöjäni koko ajan”, “itsenäisyyteen kannustava”, jota oli tarkasteltu esimerkiksi kysymyksellä “vanhempani antavat minun tehdä asioita, jotka koen tärkeiksi” sekä “pakottava”, jota oli tarkasteltu esimerkiksi kysymyksellä “vanhempani ajattelevat, että on vain yksi oikea tapa tehdä asiat - heidän tapansa” (Keijser ym. 2020). Positiivista vanhemmuutta kuvasivat “lämmin”, “järjestelmällinen” sekä “itsenäisyyteen kannustava” kun taas negatiivista vanhemmuutta kuvasivat “torjuva”, “epäjärjestelmällinen” sekä “pakottava” vanhemmuuden tyyli.

Aroran ym. (2017) tutkimuksessa tarkasteltiin nuorten saamaa tukea vanhemmiltaan Likert-asteikollisella mittarilla, jossa kysyttiin vapaasti suomennettuna esimerkiksi “vanhempasi tai huoltajasi kuuntelevat sinua”, “vanhempasi tai huoltajasi tykkäävät viettää aikaa kanssasi” sekä “vanhempasi tai huoltajasi tekevät hauskoja asioita kanssasi”. Damsgaardin ym. (2014) tutkimuksessa suhdetta vanhempiin oli tarkasteltu Likert-asteikollisella kysymyksellä ”Kuinka helppoa sinun on puhua seuraaville henkilöille asioista, jotka todella vaivaavat sinua? (isä, isäpuoli/äidin miesystävä, äiti, äitipuoli/isän naisystävä)”. Vastaukset jaettiin kahteen osaan, luottavaiseen kommunikaatioon, jolloin oli vastattu joko ”todella helppoa” tai ”helppoa” vähintään yhden henkilön kohdalla sekä ei luottavaiseen kommunikaatioon (Damsgaard ym. 2014). Mooren ym. (2018) tutkimuksessa suhdetta perheeseen tarkasteltiin Likert-asteikollisilla kysymyksillä liittyen tärkeistä asioista puhumiseen, perheen yrityksiin auttaa sekä perheen antamaan emotionaaliseen tukeen.

Leen ym. (2013) tutkimuksessa oli tarkasteltu tukea antavaa vanhemmuutta vanhempien näkökulmasta äidin ja isän vastaamana, Likert-asteikolla, jossa vapaasti suomennettuna kysyttiin ”luotan todella lapseeni”, ”koen vahvaa rakkautta lastani kohtaan” sekä ”kuinka usein keskusteleet lapsen kanssa, mitä hänen elämässään on meneillään” (Lee ym. 2013). Ringdalin ym. (2020) tutkimuksessa oli käytetty norjalaista versiota Likert-asteikollisesta The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) -mittarista tarkastelemaan sosiaalista tukea perheeltä vapaasti suomennettuna kysymyksillä ”perheeni todella yrittää auttaa minua”, ”saan tarvitsemani emotionaalisen avun ja tuen perheeltäni”, ”voin puhua ongelmistani perheeni kanssa”, sekä ”perheeni on halukas auttamaan minua päätöksenteossa” (Ringdal ym. 2020).

Xun ym. (2019) tutkimuksessa äidin antamaa huolenpitoa ja kontrollia tarkasteltiin kiinalaisella versiolla Likert-asteikollisesta Parental Bonding Instrument (PBI) -mittarista. Huolenpitoa tarkasteltiin esimerkiksi vapaasti suomennettuna kysymyksellä ”hän puhuu minulle lämpimällä ja ystävällisellä äänellä”, kontrollia tarkasteltiin esimerkiksi vapaasti suomennettuna kysymyksellä ”hän ei halunnut minun kasvavan isoksi” ja rohkaisua esimerkiksi vapaasti suomennettuna kysymyksellä ”hän antaa minun tehdä asioita, joista pidän” (Xu ym. 2019). Gatén ym. (2013) tutkimuksessa tarkasteltiin perheen vuorovaikutusta havainnoimalla äidin aggressiivista ja positiivista käyttäytymistä. Aggressiiviseen käyttäytymiseen laskettiin kuuluvaksi halveksiva, vihainen tai riitaa haastava käytös sekä neutraalisti ilmaistut mutta tuomitsevat, uhkailevat tai väittelynhaluiset toteamukset. Positiiviseen käyttäytymiseen sisältyi iloisuus, tyytyväisyys, hoivaavuus sekä neutraalisti ilmaistut mutta hyväksyvät, vahvistavat, hellät sekä humoristiset toteamukset (Gaté ym. 2013).

Telzerin ym. (2013) tutkimuksessa perheen positiivista ja negatiivista vuorovaikutusta oli tarkasteltu nuorten täyttämien päiväkirjojen kautta. Joka ilta kahden viikon ajan nuoret arvioivat päiväkirjaan kysymysten avulla, olivatko he tulleet toimeen perheensä kanssa vastaten joko ”ei” tai ”kyllä”. Vastauksista muodostettiin Positive Daily Family Interaction -indeksi, joka osoitti, kuinka monena päivänä nuoret tulivat toimeen vanhempiensa kanssa kahden viikon seurannan aikana. Lisäksi nuoret vastasivat päiväkirjassa, olivatko he riidelleet äitinsä tai isänsä kanssa ja olivatko vanhemmat rangaisseet heitä vastaten edelleen joko ”ei”

tai “kyllä”. Näistä vastauksista taas muodostettiin Negative Daily Family Interactions -indeksi, joka osoitti, kuinka monena päivänä nuoret raportoivat negatiivista perheen vuorovaikutusta kahden viikon seurannan aikana (Telzer ym. 2013).

Sosioekonominen asema. Sosioekonomista asemaa voidaan tarkastella monista eri näkökulmista, mikä näkyy myös kirjallisuuskatsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa.

Sosioekonomista asemaa oli tarkasteltu esimerkiksi perheen toimeentulon (Xu ym. 2019; Ringdal ym. 2020), vanhempien koulutuksen (Gaté ym. 2013; Lee ym. 2013; Telzer & Fuligni 2013; Yuwen & Chen 2013; Xu ym. 2019; Ma ym. 2020; Ringdal ym. 2020) ja vanhempien työllisyyden (Telzer & Fuligni 2013; Yuwen & Chen 2013; Damsgaard ym. 2014; Xu ym. 2019) kautta.

Ringdalin ym. (2020) tutkimuksessa tarkasteltiin nuorten kokemaa riittävää perheen taloudellista toimeentuloa Likert-asteikolla vapaasti suomennettuna kysymyksellä “Millainen perheesi taloudellinen toimeentulo on ollut kahden viimeisen vuoden aikana?” jolloin vastausvaihtoehdot olivat välillä “1. Meillä on ollut matala toimeentulo koko ajan” ja “5. Meillä on ollut hyvä toimeentulo koko ajan”. Leen ym. (2013) tutkimuksessa perheen jatkuvaa haastavaa taloudellista tilannetta tarkasteltiin Likert-asteikolla esimerkiksi vapaasti suomennettuna kysymyksillä ”Kuinka usein sinulla on tarpeeksi rahaa esimerkiksi vaatteisiin, koulutarvikkeisiin ja muihin asioihin, mihin tarvitset?” ja ”Kuinka usein sinulla on tarpeeksi rahaa tehdä ystäväiesi kanssa mukavia asioita, kuten syödä pitsaa?”.

Giannakopouloksen ym. (2009) ja Mooren ym. (2018) tutkimuksissa oli käytetty The Family Affluence Scale (FAS; 26) -mittaria tarkastelemaan perheen sosioekonomista asemaa esimerkiksi perheen omistamien autojen, perheen jäsenten omien huoneiden sekä tietokoneiden ja lomamatkojen määrän kautta. Aroran ym. (2017) tutkimuksessa sosioekonomista asemaa oli tarkasteltu perheen kodin muuttojen kautta, kun taas Yuwenin ja Chenin (2013) tutkimuksessa kysyttiin mahdollisesta nuoren saamasta ilmaisesta tai hinnaltaan alennetusta koululounaasta. Näiden lisäksi Man ym. (2020) tutkimuksessa oli suoraan kysytty, oliko perheen sosioekonominen asema matala, keskiverto vai korkea.

4.1.3 Tutkimusten tuloksia nuorten mielenterveyteen liittyvästä oireilusta ja perheen vuorovaikutuksesta

Ringdalin ym. (2020) tutkimuksessa todettiin perheen antaman sosiaalisen tuen olevan merkitsevästi positiivisesti yhteydessä nuorten hyvinvointiin sekä merkitsevästi negatiivisesti yhteydessä nuorten ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuden oireisiin. Tyttöillä todettiin merkitsevästi matalampi tulos mielen hyvinvoinnissa sekä merkitsevästi enemmän ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta kuin pojilla. Nuorten kokemalla perheen taloudellisella tilanteella oli merkitsevä positiivinen yhteys mielen hyvinvointiin ja perheen riittävä taloudellinen toimeentulo oli negatiivisesti yhteydessä ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden oireisiin. Vanhempien korkeampi koulutusaste oli merkitsevästi positiivisesti yhteydessä nuorten mielen hyvinvointiin (Ringdal ym. 2020). Mooren ym. (2018) tutkimuksessa havaittiin nuorten positiivisten suhteiden perheensä kanssa olevan johdonmukaisesti yhteydessä parempiin tuloksiin mielenterveyden oireiluun liittyen. Merkitsevä yhteys löydettiin perheen kommunikoinnin ja nuoren mielenterveyden oireiden sekä perheen tuen ja nuoren mielenterveyden oireiden välillä. Paremmat suhteet koulun henkilökuntaan olivat eniten yhteydessä vähäisempiin mielenterveyden oireisiin silloin, kun nuoret raportoivat vähäisempää perheen tukea. Tuki ystäviltä oli yhteydessä heikompaan mielenterveyteen silloin, kun nuoret saivat heikompaa tukea perheeltä (Moore ym. 2018).

Damsgaardin ym. (2014) tutkimuksessa todettiin, että nuorilla, jotka olivat vailla luottamuksellista kommunikointia vanhempiensa kanssa, oli merkitsevästi suurempi todennäköisyys kokea emotionaalisia oireita päivittäisellä tasolla verrattuna nuoriin, joilla oli luottamuksellista kommunikointia vanhempiensa kanssa. Sosioekonominen asema ei merkitsevästi vaikuttanut tähän yhteyteen. Tyttöillä oli merkitsevästi enemmän emotionaalisia oireita verrattuna poikiin. Lisäksi todettiin, että kaikista nuorista kahdeksalla prosentilla oli emotionaalisia oireita päivittäin (Damsgaard ym. 2014). Telzerin ja Fulignin (2013) tutkimuksessa havaittiin tyttöjen kokevan merkitsevästi enemmän masentuneisuuden oireita sekä päivittäistä stressiä verrattuna poikiin. Tytöt kokivat merkitsevästi enemmän niin positiivista kuin negatiivistakin perheen välistä vuorovaikutusta kuin pojat. Tuloksista huomattiin perheen päivittäisen negatiivisen vuorovaikutuksen selittävän omalta osaltaan tyttöjen korkeampia masentuneisuuden oireita. Lisäksi perheen päivittäisellä positiivisella

vuorovaikutuksella oli hyödyllisiä vaikutuksia vähentämään tyttöjen emotionaalista stressiä sekä pienentämään sukupuolieroja nuorten masentuneisuudessa (Telzer & Fuligni 2013). Gatén ym. (2013) tutkimuksessa huomattiin merkitsevä epäsuora yhteys vähäisen äidin positiivisen käytöksen ja nuoren masentuneisuuden oireiden välillä nuoren ruminaation eli niin kutsutun asioiden vatvomisen kautta tytöillä. Tytöillä todettiin olevan merkitsevästi enemmän masentuneisuuden oireita kuin pojilla toisessa mittauksessa, kun mittauksia tehtiin yhteensä kolme kertaa. Sosioekonominen asema oli merkitsevästi negatiivisesti yhteydessä nuoren ja äidin välisessä vuorovaikutustilanteessa tapahtuvaan äidin aggressiiviseen käyttäytymiseen ja merkitsevästi positiivisesti yhteydessä nuoren ja äidin väliseen positiiviseen vuorovaikutukseen tytöillä (Gaté ym. 2013).

Manongdon ja Ramírez Garcían (2011) tutkimuksessa nuorten raportoimista vanhemmuuden tavoista muodostettiin kaksi luokkaa, tukea antava vanhemmuus sekä vahva vanhempien kontrolli. Nuorten ahdistuneisuus tai masentuneisuus ennakoivat matalampaa tukea antavaa vanhemmuutta myöhemmin. Tutkimuksessa ei havaittu, että vanhemmuuden tyyli olisivat ennakoineet nuorten mielenterveyden oireita (Manongdo & Ramírez García 2011). Aroran ym. (2017) tutkimuksessa havaittiin, että ahdistuneisuuden oireet olivat yhteydessä kohonneisiin masentuneisuuden oireisiin ajan myötä, mutta vanhemmilta saatu tuki hillitsi tätä yhteyttä (Arora ym. 2017).

Xun ym. (2019) tutkimuksessa havaittiin, että sosioekonominen asema ja nuoren äidiltään saama huolenpito olivat merkitsevästi positiivisesti yhteydessä toisiinsa ja merkitsevästi negatiivisesti yhteydessä nuoren masentuneisuuden oireisiin. Äidin kontrolli oli merkitsevästi positiivisesti yhteydessä nuoren masentuneisuuden oireisiin, merkitsevää yhteyttä sosioekonomisen aseman kanssa ei havaittu. Sosioekonominen asema oli merkitsevästi epäsuorasti yhteydessä nuoren masentuneisuuden oireisiin äidin huolenpidon välillisen vaikutuksen kautta (Xu ym. 2019). Leen ym. (2013) tutkimuksessa todettiin jatkuvan perheen taloudellisesti haastavan tilanteen olevan yhteydessä nuorten masentuneisuuden oireisiin ja merkitsevästi enemmän tyttöjen kuin poikien masentuneisuuden oireisiin. Tukea antava vanhemmuus oli merkitsevä, lieventävä välillinen tekijä nuoren ahdistuneisuuden sekä masentuneisuuden oireiden ja jatkuvan perheen haastavan taloudellisen tilanteen välillä. Tukea antava vanhemmuus oli merkitsevä, lieventävä välillinen tekijä myös vanhempien

välischen haasteiden ja nuoren ahdistuneisuuden sekä masentuneisuuden oireiden epäsuoran yhteyden välillä. Kun vanhemmuus oli vähemmän tukea antavaa, oli nuorilla merkitsevästi enemmän masentuneisuuden oireita kuin jos vanhemmuus oli enemmän tukea antavaa. Vanhempien välischen haasteiden yhteys nuoren masentuneisuuden oireisiin oli merkitsevästi voimakkaampi silloin, kun vanhemmat antoivat nuorelle vähemmän tukea (Lee ym. 2013).

Keijserin ym. (2020) tutkimuksessa positiiviset vanhemmuuden tyylit olivat yhteydessä vähäisempiin masentuneisuuden oireisiin ja negatiiviset vanhemmuuden tyylit olivat yhteydessä enempiin masentuneisuuden oireisiin nuorilla. Positiivinen vanhemmuus silloin, kun nuoret olivat 16-18-vuotiaita, oli yhteydessä vähäisempiin masentuneisuuden oireisiin myöhemmin, kun nuoret olivat 19-21-vuotiaita (Keijser ym. 2020). Smokowskin ym. (2014) mukaan riski ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen oli kohonneempi, mikäli nuorella oli enemmän riitoja vanhempiensa kanssa. Ahdistuneisuus ja masentuneisuus oli yleisempää niillä nuorilla, jotka tulivat sosioekonomisesti vähäosaisista perheistä. Perheen antama tuki oli yhteydessä vähäisempään ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen (Smokowski ym. 2014).

Man ym. (2020) mukaan 9.-luokkalaisista noin 26 prosentilla oli masentuneisuuden oireita, tyttöillä useammin kuin pojilla. Parempi vanhempien keskinäinen suhde voi merkitsevästi ehkäistä riskiä masentuneisuuden oireisiin sekä kaikilla nuorilla yhdessä että tyttöjä ja poikia erikseen tarkasteltaessa. Parempi äidin ja nuoren sekä isän ja nuoren välinen läheisyys oli merkitsevä suojaava tekijä masentuneisuuden oireille, kun tarkasteltiin kaikkia nuoria yhdessä sekä pelkästään tyttöjä. Korkeampi vanhemman ja nuoren välinen vuorovaikutus oli merkitsevästi yhteydessä pienentyneeseen riskiin masentuneisuuden oireisiin sekä kaikkia nuoria yhdessä että tyttöjä ja poikia erikseen tarkasteltaessa. Parempi vanhempien keskinäinen suhde lisäsi niin äidin ja nuoren kuin isän ja nuoren läheisyyttä sekä vanhemman ja nuoren vuorovaikutusta, jotka vuorostaan pienensivät riskiä masentuneisuuden oireisiin (Ma ym. 2020). Giannakopouloksen ym. (2009) mukaan vanhempien muu kuin naimisissa oleva siviilisääty sekä heikko vanhemman ja nuoren välinen suhde olivat merkitsevästi yhteydessä nuorten emotionaalisten sekä käyttäytymisen ongelmien kanssa.

Yuwen ja Chen (2013) havaitsivat laadullisessa tutkimuksessaan vanhempien olevan suojelevampia tyttöjä kuin poikia kohtaan. Sekä tytöt että pojat raportoivat tehotonta tai heikkoa kommunikointia vanhempien kanssa, mikä johti lisääntyneisiin ristiriitoihin vanhempien ja nuorten välillä sekä nuorten emotionaaliseen stressiin. Heikko tai tehoton kommunikointi nuoren ja vanhempien välillä sekä vanhempien antaman tuen puute vaikutti negatiivisesti nuorten psykososiaaliseen terveyteen (Yuwen & Chen 2013).

4.1.4 Yhteenvetoa katsauksesta

Mikäli nuoret kokivat perheen vuorovaikutuksen olevan heikompa, heillä myös oli enemmän mielenterveyteen liittyvää oireilua (Giannakopoulos ym. 2009; Lee ym. 2013; Telzer & Fuligni 2013; Yuwen & Chen 2013; Damsgaard ym. 2014; Smokowski ym. 2014; Xu ym. 2019; Keijser ym. 2020; Ringdal ym. 2020) ja vastaavasti mitä positiivisemmaksi perheensä vuorovaikutuksen nuoret kokevat, sitä vähäisempää oli heidän mielenterveyteensä liitettävä oireilu (Smokowski ym. 2014; Moore ym. 2018; Xu ym. 2019; Keijser ym. 2020; Ma 2020; Ringdal ym. 2020). Manongdon ja Ramírez Garcían (2011) tutkimuksessa perheen vuorovaikutuksen ei huomattu vaikuttavan nuoren mielenterveyden oireisiin. Tyttöillä taas havaittiin varsin usein olevan enemmän mielenterveyteen liittyvää oireilua kuin pojilla (Gaté ym. 2013; Telzer & Fuligni 2013; Damsgaard ym. 2014; Ma ym. 2020; Ringdal 2020). Sosioekonomisen aseman suhteen tutkimusten tulokset vaihtelivat hieman. Esimerkiksi havaittiin heikomman sosioekonomisen aseman olevan yhteydessä korkeampiin nuorten mielenterveyden oireisiin (Lee ym. 2013; Smokowski ym. 2014; Xu ym. 2019) ja korkeamman sosioekonomisen aseman vastaavasti nuorten parempaan mielenterveyteen liittyvään hyvinvointiin (Ringdal ym. 2020). Lee ym. (2013) huomasivat, että tukea antava vanhemmuus toimi lieventävänä tekijänä heikon sosioekonomisen aseman ja nuoren mielenterveyteen liittyvän oireilun välillä. Damsgaardin ym. (2014) tutkimuksessa ei huomattu sosioekonomisen aseman vaikuttavan nuoren ja vanhemman kommunikoinnin sekä emotionaalisten oireiden väliseen yhteyteen.

Suurimmilta osin nuoret itse raportoivat tutkimuksissa omista ajatuksistaan ja tuntemuksistaan. Tämä on ensisijainen keino kerätä tietoa, kun halutaan tarkastella nuorten

omia kokemuksia. Vanhempien näkökulman ja ajatusten huomioiminen sekä ulkopuolisten toteuttama havainnointi laajentavat ymmärrystä aiheesta.

Esimerkiksi surun, hermostuneisuuden ja jännittyneisyyden tuntemuksia oli tutkimuksissa käytetty mittaamaan masentuneisuutta. Masentuneisuutta oli tarkasteltu erilaisilla masentuneisuutta kuvaavilla kysymyksillä sen sijaan että olisi käytetty suoraan termiä "masentuneisuus". Käytettyjen mittarien perusteella masentuneisuutta, kuten myös ahdistuneisuutta, voidaan mitata useiden erilaisten tuntemusten kautta. Myös perheen vuorovaikutusta oli lähestytty monilla eri tavoilla. Mielenterveyteen liittyvä oireilu ja perheen vuorovaikutus ovat subjektiivisia, monin tavoin tarkasteltavia aiheita, ja tämä tulee ilmi katsauksen tutkimusten vaihtelevuuden kautta.

Tutkimusten laatu oli yleiseltä tasoltaan hyvä. Termien käyttö liittyen mielenterveyteen liittyviin oireisiin vaihteli, tutkimuksissa puhuttiin masennuksesta, masentuneisuudesta, masennuksen oireista ja masentuneisuuden oireista, välillä myös saman tutkimuksen sisällä hieman eri termejä käyttäen. Samoin puhuttiin ahdistuksesta, ahdistuneisuudesta, ahdistuksen oireista ja ahdistuneisuuden oireista. Tämä kertoo osaltaan siitä, kuinka moniulotteista ja vaihtelevaa mielenterveyden tutkiminen on. Tutkimuksissa oli suurimmilta osin näkyvästi ilmoitettu p-arvot, jotka kuvasivat tutkimusten tulosten merkitsevyyttä. Damsgaardin ym. (2014) tutkimuksessa ei ilmoitettu p-arvoja, ainoastaan ristitulosuhteet. Tutkimusten laadunarviointi on esitetty tarkemmin liitteessä 2.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on nuorten mielenterveyden edistäminen. Tarkoituksena on selvittää nuorten mielenterveyteen liittyvien oireiden ja perheen vuorovaikutusilmiöiden esiintyvyyttä sekä näiden välistä yhteyttä, kun tarkastelussa otetaan huomioon sukupuoli ja sosioekonominen asema.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Missä määrin mielenterveyteen liittyvät oireet ja perheen vuorovaikutusilmiöt esiintyvät 9.-luokkalaisilla?
2. Ovatko perheen vuorovaikutus, sukupuoli, koettu perheen taloudellinen tilanne ja jatkokoulutusorientaatio yhteydessä mielenterveyteen liittyvään oireiluun 9.-luokkalaisilla?

6 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Tutkimuksen aineisto

Aineistona tässä tutkimuksessa käytetään World Health Organizationin (WHO) eli Maailman terveysjärjestön kansainvälistä Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) -kyselytutkimusta, suomeksi nimitettynä WHO-Koululaistutkimusta (Tynjälä ym. 2020). Tutkimusaineistoa on kerätty itsetäytettävillä kyselylomakkeilla vuodesta 1984 lähtien neljän vuoden välein 11-, 13- ja 15-vuotiailta, tavoitteena ymmärtää lasten ja nuorten terveyteen ja hyvinvointiin, sosiaaliseen ympäristöön sekä terveyskäyttäytymiseen arkisissa sosiaalisissa ympäristöissä liittyviä kysymyksiä (Currie ym. 2014; Inchley ym. 2016; HBSC 2019; Tynjälä ym. 2020). Aihealueina ovat esimerkiksi kehonkuva, kiusaaminen, syömis- ja liikuntatottumukset, ihmissuhteet, kouluympäristö sekä päihteiden käyttö (HBSC 2019). Tässä tutkimuksessa käytettävä aineisto on kerätty vuonna 2014 suomalaisilta 9.-luokkalaisilta eli noin 15-vuotiailta suomenkielisiltä nuorilta. Vuonna 2014 aineistonkeruussa oli mukana 42 maata tai aluetta (Inchley ym. 2016). Vuoden 2014 aineisto soveltui tutkimukseen erityisen hyvin, sillä siinä oli mukana tämän tutkimuksen kannalta olennaisia kysymyksiä perheen kommunikaatiosta. Osa-aineistossa oli mukana 1935 nuorta, joista 48.3 % oli poikia (n=934) ja 51.7 % tyttöjä (n=1001).

WHO-Koululaistutkimuksen aineiston keruu toteutettiin noudattaen kansainvälistä tutkimusprotokollaa, oppilaiden vastaukset olivat nimettömiä ja kysely täytettiin koulussa oppituntien aikana (Currie ym. 2014; Inchley ym. 2016; Tynjälä ym. 2020). Tutkimusprotokollan mukaisesti kaikilla mailla oli kyselyissään yhteiset kysymykset, jolloin kansainvälinen vertailu mahdollistui, minkä lisäksi jokainen maa pystyi lisäämään kyselyyn vapaasti valittavia kysymyksiä protokollan mukaisista aiheista ja kansallisella tasolla tärkeistä aiheista (Currie ym. 2014; Inchley ym. 2016; Tynjälä ym. 2020). Aineistonkeruu toteutettiin randomoidulla klusteriotannalla, kansallisesti edustavasta otoksesta (Currie ym. 2014; Inchley ym. 2016). HBSC:n jokaisen osallistujamaan veloitettiin noudattavan eettisiä ohjeistuksia jokaisessa tutkimuksen vaiheessa (Currie ym. 2014). HBSC on myös sitoutunut jatkuvasti kehittämään ja validoimaan tutkimuksessa käytettäviä mittareita (Currie ym. 2014).

Vastausprosentit olivat kaikissa aineiston kysymyksissä korkeat. Niissä kouluissa, jotka osallistuivat tutkimukseen, 9.-luokkalaisten vastausprosentti oli 85.5. Mielenterveyteen liittyvien eri oireiden vastausprosentit vaihtelivat 99.3 ja 99.6 välillä. Tutkimuksessa mukana olevien perheen vuorovaikutusta kuvaavien kysymysten vastausprosentit vaihtelivat 98.6 ja 99.5 välillä. Jatkokoulutusorientaatiota kysyttäessä vastausprosentti oli 99.2 ja koettua perheen taloudellista tilannetta kysyttäessä 99.4.

6.2 Tutkimuksessa käytetyt mittarit

Mielenterveyteen liittyvä oireilu. Mielenterveyteen liittyvää oireilua mitattiin kyselyssä olleesta HBSC Symptom Checklist (HBSC-SCL) -mittarista taustakirjallisuuden perusteella valikoiduilla oireilla, joista muodostettiin summamuuttuja. HBSC Symptom Checklist (HBSC-SCL) on ei-kliininen, validi mittari tarkastelemaan subjektiivisia psykosomaattisia oireita, joita mittarissa on yhteensä kahdeksan: päänsärky, vatsakipu, selkäkipu, alakuloisuus, ärtyneisyys tai pahantuulisuus, hermostuneisuus, vaikeudet päästä uneen sekä huimaus (Haugland & Wold 2001; Currie ym. 2014). Oireita tiedusteltiin kysymyksellä ”Kuinka usein sinulla on ollut oireita viimeisen 6 kuukauden aikana?” Tähän tutkimukseen valitut oireet olivat ”ärtyneisyyttä tai pahantuulisuutta”, ”hermostuneisuutta”, ”vaikeuksia päästä uneen”, ”ruokahaluttomuutta”, ”jännittyneisyyttä”, ”alakuloisuutta” ja ”heräilemistä öisin”. Jokaisen oireen kokeminen arvioitiin erikseen. Vastausvaihtoehdot olivat ”lähes päivittäin”, ”useammin kuin kerran viikossa”, ”noin kerran viikossa”, ”noin kerran kuukaudessa” ja ”harvemmin tai ei koskaan”. Summamuuttujan Cronbachin alfa oli 0.868 joka kertoo, että väittämät mittaavat hyvin samaa asiaa, tässä tapauksessa mielenterveyteen liittyvää oireilua. Mittari luokiteltiin analyysija varten aikaisemman kirjallisuuden perusteella (Ravens-Sieberer ym. 2008; Inchley ym. 2016) kahteen luokkaan ”vähemmän oireilua” sekä ”enemmän oireilua” siten, että enemmän oireilun luokassa oli koettu vähintään kahta oiretta useammin kuin kerran viikossa viimeisen kuuden kuukauden aikana.

Perheen vuorovaikutusta mitattiin perheen apua, tukea ja ongelmista puhumista tarkastelevalla kysymyksellä, vanhempien tietoisuutta tarkastelevilla kysymyksillä, joissa kysyttiin isästä ja äidistä erikseen, puhumisen helppoutta isän ja äidin kanssa tarkastelevalla

kysymyksellä sekä perheen keskustelua tarkastelevalla kysymyksellä liittyen puhumiseen, kuuntelemiseen, kysymysten esittämiseen sekä väärinymmärrysten selvittämiseen.

Perheen tuki ja apu. Perheen tukea ja apua mitattiin Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) -mittarilla, jonka on osoitettu olevan validi ja reliabeli sekä rakenteeltaan vakiintunut (Zimet ym. 1988; Currie ym. 2014). Mittarissa on neljä väittämää: “perheeni todella yrittää auttaa minua”, “saan perheeltäni tarvitsemani avun ja tunnetuen”, “voin puhua ongelmista perheeni kanssa” sekä “perheeni on halukas auttamaan minua päätöksenteossa”. Vastausvaihtoehdot olivat Likert-asteikollisia siten, että 1=hyvin vahvasti eri mieltä ja 7=hyvin vahvasti samaa mieltä. Summamuuttujan Cronbachin alfa oli 0.961. Summamuuttuja luokiteltiin analyyseja varten kaksiluokkaiseksi mediaanin kohdalta.

Perheen välinen kommunikaatio ja keskustelu. Perheen välistä kommunikaatiota ja keskustelua mitattiin the Clear Communication Scale from Family Dynamics Measure II (FDMII) -mittarilla, jonka sekä täyspitkä että tässä aineistossa käytetty lyhennetty versio on todettu valideiksi (Tabak & Radiukiewicz 2009, Currien ym. 2014 mukaan). Mittarissa oli neljä väittämää, joista muodostettiin summamuuttuja. Väittämiä olivat: “minun perheessäni... ”puhutaan mielestäni tärkeistä asioista”, ”minua kuunnellaan, kun sanon jotakin”, ”esitämme kysymyksiä, kun emme ymmärrä toisiamme” ja ”selvitämme väärinkäsitykset keskustelemalla niistä”. Vastausvaihtoehdot olivat Likert-asteikolla “täysin samaa mieltä”, “jokseenkin samaa mieltä”, “en osaa sanoa”, “jokseenkin eri mieltä” ja “täysin eri mieltä”. Vastausvaihtoehdot ”en osaa sanoa” koodattiin puuttuvaksi tiedoksi ja muut vastausvaihtoehdot käännettiin siten, että vastausvaihtoehdot ”täysin eri mieltä” sai arvon 1, kun sen arvo oli aiemmin 5 ja ”täysin samaa mieltä” sai arvon 4 kun sen arvo oli aiemmin 1. Summamuuttujan Cronbachin alfa oli 0.834. Summamuuttuja luokiteltiin analyyseja varten kaksiluokkaiseksi mediaanin kohdalta.

Puhumisen helppous vanhempien kanssa. Puhumisen helppoutta vanhempien kanssa mitattiin kysymyksellä ”Kuinka helppo sinun on puhua seuraavien henkilöiden kanssa sinua todella vaivaavista asioista?” Kysymykseen vastattiin erikseen isän, isäpuolen tai äidin miesystävän, äidin, äitipuolen tai isän naisystävän sekä parhaan ystävän osalta. Currie ym. (2010) toteavat

Dallagoon ja Santinelloon (2006), Kuntscheen ja Kuendigiin (2006) sekä Morenoon ym. (2006) viitaten, että mittari on todettu validiksi useissa kansallisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa ja sen on havaittu toimivan tärkeänä mittarina nuoren ja hänen vanhempinsa suhteen laatua arvioitaessa. Tässä tutkimuksessa mukaan otettiin isä ja äiti. Vastausvaihtoehdot olivat Likert-asteikolla ”hyvin helppoa”, ”helppoa”, ”vaikeaa”, ”hyvin vaikeaa” ja ”ei ole tai en tapaa häntä”. Vastausvaihtoehto ”ei ole tai en tapaa häntä” koodattiin puuttuvaksi tiedoksi ja muut vastausvaihtoehdot käännettiin niin, että vastausvaihtoehto ”hyvin helppoa” sai arvon 4 kun sen arvo oli aikaisemmin 1 ja vastausvaihtoehto ”hyvin vaikeaa” sai arvon 1, kun sen arvo aikaisemmin oli 4. Mittarit sekä isän että äidin osalta koodattiin analyysija varten kaksiluokkaiseksi siten, että vastausvaihtoehdot ”vaikeaa” ja ”hyvin vaikeaa” saivat arvon 0=vaikea kommunikoida ja vastausvaihtoehdot ”helppoa” ja ”hyvin helppoa” saivat arvon 1= helppo kommunikoida.

Vanhempien tietoisuus. Vanhempien tietoisuutta lastensa tekemisistä mitattiin erikseen äidin ja isän osalta viidellä väittämällä perustuen Brownin ym. (1993) kehittämään mittariin. Väittämistä muodostettiin omat summamuuttujansa sekä äidille että isälle. Väittämiä olivat: ”kuinka paljon äitisi/isäsi todella tietää siitä...? ”keitä ystäväsi ovat”, ”kuinka käytät rahasi”, ”missä vietät aikaasi koulun jälkeen”, ”missä olet iltaisin” ja ”mitä teet vapaa-aikanasi”. Väittämät esitettiin erikseen koskien äitiä ja isää. Vastausvaihtoehdot olivat Likert-asteikolla ”hän tietää paljon”, ”hän tietää jonkin verran”, ”hän ei tiedä mitään” ja ”ei ole äitiä/isää tai en tapaa häntä”. Vastausvaihtoehto ”ei ole äitiä/isää tai en tapaa häntä” koodattiin puuttuvaksi tiedoksi ja muut vastaukset käännettiin siten, että vastausvaihtoehto ”hän tietää paljon” sai arvon 3, kun sen arvo oli aikaisemmin 1 ja vastausvaihtoehto ”hän ei tiedä mitään” sai arvon 1 kun sen arvo aikaisemmin oli 3. Äidin summamuuttujan Cronbachin alfa oli 0.864 ja isän summamuuttujan Cronbachin alfa oli 0.902. Molemmat summamuuttujat luokiteltiin analyysija varten kaksiluokkaisiksi mediaanien kohdalta.

Koettu perheen taloudellinen tilanne. Koettua perheen taloudellista tilannetta mitattiin kysymyksellä ”Mitä mieltä olet perheesi taloudellisesta tilanteesta?”. Kysymys on suunniteltu tarkastelemaan nuorten omia käsityksiä perheensä sosioekonomisista olosuhteista ja sen on todettu heijastelevan sosioekonomista asemaa (Currie ym. 2014). Vastausvaihtoehdot olivat ”perheeni tulee erittäin hyvin toimeen taloudellisesti”, ”perheeni tulee melko hyvin toimeen

taloudellisesti”, ”perheeni taloudellinen toimeentulo on keskitasoa”, ”perheeni ei tule kovin hyvin toimeen taloudellisesti” ja ”perheeni ei tule ollenkaan hyvin toimeen taloudellisesti”. Mittari luokiteltiin analyyseja varten kolmeluokkaiseksi siten, että vastausvaihtoehdot ”perheeni ei tule ollenkaan hyvin toimeen taloudellisesti” ja ”perheeni ei tule kovin hyvin toimeen taloudellisesti” saivat arvon 1=huono talous, vastausvaihtoehto ”perheeni tulee melko hyvin toimeen taloudellisesti” sai arvon 2=keskiverto talous ja vastausvaihtoehdot ”perheeni tulee melko hyvin toimeen taloudellisesti” ja ”perheeni tulee erittäin hyvin toimeen taloudellisesti” saivat arvon 3=hyvä talous.

Jatkokoulutusorientaatio. Nuorten jatkokoulutusorientaatiota eli ajatuksia liittyen peruskoulun jälkeiseen koulutukseen tiedusteltiin kysymyksellä ”Mitä luulet tekeväsi, kun olet käynyt peruskoulun loppuun?” Vastausvaihtoehdot olivat ”pyrin lukioon”, ”pyrin ammattikouluun tai muuhun ammatilliseen koulutukseen”, ”pyrin oppisopimuskoulutukseen”, ”pyrin suorittamaan kaksoistutkintoa”, ”menen töihin”, ”jään työttömäksi” ja ”en osaa sanoa”. Mittarista muodostettiin analyyseja varten kaksiluokkainen siten, että lukioon pyrkivät saivat arvon 0 ja kaikki muut vaihtoehdot saivat arvon 1.

6.3 Tilastolliset analyysimenetelmät

Analyysit toteutettiin frekvenssijakaumien, ristiintaulukoinnin ja χ^2 -testin sekä binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla. Ennen binääristen logististen regressioanalyysien toteuttamista testattiin muuttujien väliset korrelaatiot Spearmanin järjestyskorrelaation avulla multikollinearisuuden varalta. Aineisto analysoitiin käyttäen IBM SPSS Statistics 26-ohjelmistoa. Korrelaatiot on esitetty liitteissä 3, 4 ja 5. Taulukossa 1 on esitetty valitut analyysimenetelmät tutkimuskysymyksittäin.

TAULUKKO 1. Tutkimuskysymykset ja käytetyt analyysimenetelmät.

Tutkimuskysymys	Analyysimenetelmät
1. Missä määrin mielenterveyteen liittyvät oireet ja perheen vuorovaikutusilmiöt esiintyvät 9.-luokkalaisilla?	Ristiintaulukointi, χ^2 -testi, frekvenssijakaumat
2. Ovatko perheen vuorovaikutus, sukupuoli, koettu perheen taloudellinen tilanne ja jatkokoulutusorientaatio yhteydessä mielenterveyteen liittyvään oireiluun 9.-luokkalaisilla?	Ristiintaulukointi, χ^2 -testi, binäärinen logistinen regressioanalyysi

7 TULOKSET

Mielenterveyteen liittyvää oireilua tarkasteltiin ärtyneisyyden tai pahantuulisuuden, hermostuneisuuden, uneen pääsemisen vaikeuksien, ruokahaluttomuuden, jännittyneisyyden, alakuloisuuden ja yöllä heräilemisen kautta (taulukko 2). Näitä oireita erikseen tarkasteltaessa havaittiin, että yleisin lähes päivittäin koetuista oireista olivat vaikeudet uneen pääsemisessä ja seuraavaksi yleisimmät ärtyneisyys tai pahantuulisuus sekä hermostuneisuus. Useammin kuin kerran viikossa koetuista oireista yleisin oli ärtyneisyys tai pahantuulisuus ja seuraavaksi yleisin hermostuneisuus.

Esimerkiksi alakuloisuutta koki lähes päivittäin pojista noin kaksi prosenttia ja useammin kuin kerran viikossa noin neljä prosenttia, kun tytöillä vastaavat prosenttimäärät olivat noin seitsemän prosenttia ja noin 14 prosenttia. Useammin kuin kerran viikossa koetuista oireista yleisin oire sekä pojilla että tytöillä oli ärtyneisyys tai pahantuulisuus, jota koki noin 11 prosenttia pojista ja noin 21 prosenttia tytöistä. Toiseksi yleisimmät useammin kuin kerran viikossa koetut oireet pojilla olivat hermostuneisuus sekä vaikeudet päästä uneen, joita molempia koki noin 10 prosenttia pojista. Tytöillä toiseksi yleisin useammin kuin kerran viikossa koettu oire oli hermostuneisuus, jota koki 19 prosenttia tytöistä.

TAULUKKO 2. Mielenterveyteen liittyvät oireet 9.-luokkalaisilla.

	Pojat		Työt		Yhteensä		p-arvo ¹⁾
	n	%	n	%	n	%	
<i>Ärtyneisyyttä tai pahantuulisuutta</i>							<0.001*
Lähes päivittäin	35	3.8	75	7.5	110	5.7	
Useammin kuin kerran viikossa	99	10.7	211	21.1	310	16.1	
Noin kerran viikossa	265	28.6	336	33.7	601	31.2	
Noin kerran kuukaudessa	326	35.1	279	28.0	605	31.4	
Harvemmin tai ei koskaan	203	21.9	97	9.7	300	15.6	
Yhteensä	928	100	998	100	1926	100	
<i>Hermostuneisuutta</i>							<0.001
Lähes päivittäin	29	3.1	78	7.8	107	5.6	
Useammin kuin kerran viikossa	88	9.5	190	19.0	278	14.4	
Noin kerran viikossa	226	24.3	279	28.0	505	26.2	
Noin kerran kuukaudessa	323	34.8	273	27.4	596	30.9	
Harvemmin tai ei koskaan	263	28.3	178	17.8	441	22.9	
Yhteensä	929	100	998	100	1927	100	
<i>Vaikeuksia päästä uneen</i>							<0.001
Lähes päivittäin	49	5.3	89	8.9	138	7.2	
Useammin kuin kerran viikossa	89	9.6	146	14.6	235	12.2	
Noin kerran viikossa	181	19.5	212	21.2	393	20.4	
Noin kerran kuukaudessa	248	26.7	231	23.1	479	24.9	
Harvemmin tai ei koskaan	362	39.0	320	32.1	682	35.4	
Yhteensä	929	100	998	100	1927	100	
<i>Ruokahaluttomuutta</i>							<0.001
Lähes päivittäin	17	1.8	36	3.6	53	2.8	
Useammin kuin kerran viikossa	29	3.1	87	8.7	116	6.0	
Noin kerran viikossa	73	7.9	135	13.5	208	10.8	
Noin kerran kuukaudessa	166	17.9	221	22.2	387	20.1	
Harvemmin tai ei koskaan	644	69.3	518	52.0	1162	60.3	
Yhteensä	929	100	997	100	1926	100	
<i>Jännittyneisyyttä</i>							<0.001
Lähes päivittäin	15	1.6	58	5.8	73	3.8	
Useammin kuin kerran viikossa	55	5.9	133	13.4	188	9.8	
Noin kerran viikossa	172	18.5	243	24.5	415	21.6	
Noin kerran kuukaudessa	332	35.7	338	34.0	670	34.9	
Harvemmin tai ei koskaan	355	38.2	221	22.3	576	30.0	
Yhteensä	929	100	993	100	1922	100	
<i>Alakuloisuutta</i>							<0.001
Lähes päivittäin	21	2.3	72	7.2	93	4.8	
Useammin kuin kerran viikossa	41	4.4	138	13.9	179	9.3	
Noin kerran viikossa	103	11.1	191	19.2	294	15.3	
Noin kerran kuukaudessa	250	27.0	294	29.5	544	28.3	
Harvemmin tai ei koskaan	512	55.2	301	30.2	813	42.3	
Yhteensä	927	100	996	100	1923	100	
<i>Heräilemistä öisin</i>							<0.001
Lähes päivittäin	22	2.4	74	7.4	96	5.0	
Useammin kuin kerran viikossa	41	4.4	113	11.3	154	8.0	
Noin kerran viikossa	125	13.5	130	13.0	255	13.3	
Noin kerran kuukaudessa	201	21.7	236	23.7	437	22.7	
Harvemmin tai ei koskaan	538	58.0	444	44.5	982	51.0	
Yhteensä	927	100	997	100	1924	100	

¹⁾ Ryhmien välisiä eroja testattu χ^2 -testillä. * tilastollisesti merkitsevä ero, kun $p < 0.050$.

Pojista noin 17 prosentilla ja tytöistä 36 prosentilla oli toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua (taulukko 3). Kaikkia nuoria yhdessä tarkasteltaessa tämä osuus oli noin 27 prosenttia. Sukupuolten väliset erot olivat selvästi tilastollisesti merkitseviä ($p < 0.001$).

TAULUKKO 3. Nuorten mielenterveyteen liittyvä oireilu 9.-luokkalaisilla.

	Pojat		Tytöt		Yhteensä		p-arvo ¹⁾
	n	%	n	%	n	%	
<i>Mielenterveyteen liittyvä oireilu</i>							<0.001*
Vähemmän oireita	769	82.8	639	64.0	1408	73.1	
Enemmän oireita ²⁾	160	17.2	359	36.0	519	26.9	
Yhteensä n (%)	929	100	998	100	1927	100	

¹⁾ Ryhmien välisiä eroja testattu χ^2 -testillä.

²⁾ Kokenut vähintään kahta oiretta useammin kuin kerran viikossa viimeisen kuuden kuukauden aikana.

* tilastollisesti merkitsevä ero, kun $p < 0.050$.

Perheen vuorovaikutusta tarkasteltiin aihetta kuvaavien mittarien kautta (taulukko 4). Kaikista nuorista 34 prosenttia koki isän kanssa puhumisen ja 19 prosenttia äidin kanssa puhumisen vaikeaksi. Perheen välisen keskustelun arvioi huonommaksi noin 6 prosenttia nuorista ja perheen antaman tuen ja avun heikommaksi noin 35 prosenttia nuorista.

Isän kanssa puhumisen koki vaikeaksi noin 22 prosenttia pojista ja noin 46 prosenttia tytöistä. Sukupuolten välinen ero oli selvästi tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.001$). Äidin kanssa puhumisen koki vaikeaksi pojista noin 16 prosenttia ja tytöistä noin 22 prosenttia, sukupuolten välisen eron ollen tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.001$). Äidin tietoisuuden arvioi vähäisemmäksi noin 53 prosenttia pojista ja 36 prosenttia tytöistä. Ero sukupuolten välillä oli selvästi tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.001$). Isän tietoisuuden arvioi vähäisemmäksi sekä pojista että tytöistä noin 46 prosenttia, merkitsevää tilastollista eroa ei sukupuolten välillä tässä ollut.

TAULUKKO 4. 9.-luokkalaisten arviot erilaisista perheen vuorovaikutusilmiöistä.

	Pojat		Työt		Yhteensä		p-arvo ¹⁾
	n	%	n	%	n	%	
<i>Helppo puhua isän kanssa</i>							<0.001*
helppoa	691	78.3	500	54.2	1191	66.0	
vaikeaa	191	21.7	422	45.8	613	34.0	
Yhteensä	882	100	922	100	1804	100	
<i>Helppo puhua äidin kanssa</i>							0.001
helppoa	768	84.1	760	78.3	1528	81.1	
vaikeaa	145	15.9	211	21.7	356	18.9	
Yhteensä	913	100	971	100	1884	100	
<i>Perheen keskustelu</i>							0.089
parempi	835	94.8	912	92.9	1747	93.8	
huonompi	46	5.2	116	6.2	116	6.2	
Yhteensä	881	100	982	100	1863	100	
<i>Perheen tuki ja apu</i>							0.675
vahvempi	600	64.6	653	65.5	1253	65.1	
heikompi	329	35.4	344	34.5	673	34.9	
Yhteensä	929	100	997	100	1926	100	
<i>Äidin tietoisuus</i>							<0.001
Tietää enemmän	429	46.6	628	63.7	1057	55.5	
Tietää vähemmän	491	53.4	358	36.3	849	44.5	
Yhteensä	920	100	986	100	1906	100	
<i>Isän tietoisuus</i>							0.823
Tietää enemmän	478	53.7	513	54.2	991	54.0	
Tietää vähemmän	412	46.3	433	45.8	845	46.0	
Yhteensä	890	100	946	100	1836	100	

¹⁾ Sukupuolten välisiä eroja testattu χ^2 -testillä.

* tilastollisesti merkitsevä ero, kun $p < 0.050$.

Niillä nuorilla, joiden perheessä vuorovaikutus oli heikompa, oli enemmän mielenterveyteen liittyviä oireita (tytöillä äidin tietoisuus $p=0.003$, muissa muuttujissa $p < 0.001$). Nuoret, jotka arvioivat isän ja äidin kanssa puhumisen vaikeammaksi, perheen välisen keskustelun huonommaksi, perheen antaman tuen ja avun heikommaksi sekä äidin ja isän tietoisuuden vähäisemmäksi kokivat enemmän mielenterveyteen liittyvää oireilua (taulukko 5).

TAULUKKO 5. 9.-luokkalaisten mielenterveyteen liittyvä oireilu perheen vuorovaikutusilmiöiden mukaan.

	<i>Mielenterveyteen liittyvä oireilu</i>									
	Pojat					Tytöt				
	Vähemmän oireilua		Enemmän oireilua ¹⁾		p-arvo ²⁾	Vähemmän oireilua		Enemmän oireilua		p-arvo
n	%	n	%	n		%	n	%		
<i>Helppo puhua isän kanssa</i>	<0.001*									
helppoa	597	81.1	91	64.1		357	60.0	143	43.9	
Vaikeaa	139	18.9	51	35.9		238	40.0	183	56.1	
Yhteensä	736	100	142	100		595	100	326	100	
<i>Helppo puhua äidin kanssa</i>	<0.001									
Helppoa	659	87.2	105	68.6		534	86.0	225	64.5	
Vaikeaa	97	12.8	48	31.4		124	35.5	124	35.5	
Yhteensä	756	100	153	100		349	100	349	100	
<i>Perheen keskustelu</i>	<0.001									
Parempi	714	97.0	119	83.2		612	97.6	299	84.5	
Huonompi	22	3.0	24	16.8		15	2.4	55	15.5	
Yhteensä	736	100	143	100		627	100	354	100	
<i>Perheen tuki ja apu</i>	<0.001									
Vahvempi	521	68.1	78	48.8		482	75.5	170	47.5	
Heikompi	244	31.9	82	51.2		156	24.5	188	52.5	
Yhteensä	765	100	160	100		638	100	358	100	
<i>Äidin tietoisuus</i>	<0.001									
Tietää enemmän	376	49.5	51	32.5		424	67.2	204	57.6	0.003
Tietää vähemmän	383	50.5	106	67.5		207	32.8	150	42.4	
Yhteensä	759	100	157	100		631	100	354	100	
<i>Isän tietoisuus</i>	<0.001									
Tietää enemmän	415	56.3	60	40.3		366	59.8	147	44.1	
Tietää vähemmän	322	43.7	89	59.7		246	40.2	186	55.9	
Yhteensä	737	100	149	100		612	100	333	100	

¹⁾ Kun kokenut vähintään kahta mielenterveyteen liittyvää oiretta useammin kuin kerran viikossa viimeisen kuuden kuukauden aikana.

²⁾ Ryhmien välisiä eroja testattu χ^2 -testillä.

* tilastollisesti merkitsevä ero, kun $p < 0.050$

Nuorten mielenterveyteen liittyvää oireilua, äidille ja isälle puhumisen helppoutta, perheen välistä keskustelua, perheen antamaa tukea ja apua, äidin ja isän tietoisuutta, koettua perheen

taloudellista tilannetta ja jatkokoulutusorientaatiota tarkasteltiin myös binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla, joka toteutettiin sekä kaikille nuorille yhteisesti että erikseen tytöille ja pojille. Muuttujien välisten korrelaatioiden voimakkuuksia testattiin ennen analyysien suorittamista Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimella (liitteet 3, 4, 5).

Lopullisessa nuorten mielenterveyteen liittyvää oireilua tarkastelevassa mallissa olivat mukana nuoren sukupuoli, äidille puhumisen helppous, perheen välinen keskustelu, perheen antama tuki ja apu, isän tietoisuus sekä koettu perheen taloudellinen tilanne (taulukko 6). Isälle puhumisen helppous, äidin tietoisuus sekä koulutusorientaatio eivät tässä mallissa olleet merkitseviä, joten ne poistettiin lopullisesta mallista yksi kerrallaan aloittaen muuttujasta, jonka p-arvo oli suurin.

Tytöillä oli useammin toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua poikiin verrattuna ($p < 0.001$). Niillä nuorilla, jotka kokivat äidin kanssa puhumisen vaikeammaksi, oli todennäköisemmin oireilua verrattuna äidin kanssa puhumisen helpommaksi kokeviin ($p < 0.001$). Myös perheen välisen keskustelun huonommaksi arvioivilla oli useammin mielenterveyteen liittyvää oireilua verrattuna perheen välisen keskustelun paremmaksi arvioiviin ($p < 0.001$). Perheen tuen ja avun heikommaksi kokevilla oli todennäköisemmin usein toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua verrattuna perheen tuen ja avun vahvemmaksi kokeviin ($p = 0.001$). Heillä, jotka arvioivat isän tietoisuuden vähäisemmäksi, oli useammin mielenterveyden oireilua verrattuna isän tietoisuuden suuremmaksi arvioiviin ($p = 0.006$). Perheen taloudellisen tilanteen huonoksi kokevilla oli myös useammin toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua verrattuna heihin, jotka kokivat perheen taloudellisen tilanteen hyväksi ($p < 0.001$). Perheen taloudellisen tilanteen keskiverroksi arvioivilla sen sijaan ei ollut merkitsevää eroa verrattuna heihin, jotka kokivat perheen taloudellisen tilanteen hyväksi. Lopullinen malli sopi aineistoon hyvin $\chi^2 (7) = 253.962$; $p < 0.001$.

TAULUKKO 6. Nuorten mielenterveyteen liittyvä oireilu¹⁾ sukupuolen, äidille puhumisen helppouden, perheen keskustelun, perheen tuen ja avun, isän tietoisuuden ja koetun taloudellisen tilanteen mukaan.

		OR	95 % LV ²⁾	p-arvo
Sukupuoli	poika	1.00 ³⁾		
	tyttö	3.00	2.35 - 3.84	<0.001*
Helppo puhua äidin kanssa	helppoa	1.00		
	vaikeaa	1.86	1.38 - 2.53	<0.001
Perheen keskustelu	parempi	1.00		
	huonompi	3.09	1.90 - 5.03	<0.001
Perheen tuki ja apu	vahvempi	1.00		
	heikompi	1.56	1.19 - 2.06	0.001
Isän tietoisuus	Tietää enemmän	1.00		
	Tietää vähemmän	1.40	1.11 - 1.79	0.006
Koettu taloudellinen tilanne	hyvä	1.00		
	keskiverto	1.15	0.88 - 1.49	0.305
	huono	2.60	1.77 - 3.82	<0.001

1) Selitettävänä muuttujana mielenterveyteen liittyvä oireilu (kokenut vähintään kahta oiretta useammin kuin kerran viikossa viimeisen kuuden kuukauden aikana)

2) Ristitulosuhteen (OR) luottamusväli

3) Referenssiryhmä merkitty luvulla 1.00

* tilastollisesti merkitsevä ero, kun $p < 0.050$

Lopullisessa poikien mielenterveyteen liittyvää oireilua tarkastelevassa mallissa olivat mukana isän kanssa puhumisen helppous, perheen välinen keskustelu, äidin tietoisuus sekä koettu taloudellinen tilanne (taulukko 7). Äidille puhumisen helppous, perheen antama tuki ja apu, isän tietoisuus sekä koulutusorientaatio eivät olleet mallissa merkitseviä, joten ne jätettiin pois lopullisesta mallista yksi kerrallaan aloittaen muuttujasta, jonka p-arvo oli suurin.

Niillä pojilla, jotka kokivat isän kanssa puhumisen vaikeammaksi, oli useammin toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua verrattuna heihin, jotka kokivat isän kanssa puhumisen helpommaksi ($p=0.008$). Perheen välisen keskustelun huonommaksi arvioivilla pojilla oli todennäköisemmin oireilua verrattuna poikiin, jotka kokivat perheen välisen keskustelun paremmaksi ($p < 0.001$). Äidin tietoisuuden vähäisemmäksi arvioivilla pojilla oli useammin mielenterveyteen liittyvää oireilua verrattuna äidin tietoisuuden enemmän arvioiviin poikiin ($p=0.013$). Perheen taloudellisen tilanteen huonoksi kokevilla pojilla oli todennäköisemmin usein toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua verrattuna

poikiin, jotka kokivat perheen taloudellisen tilanteen hyväksi ($p=0.001$). Perheen taloudellisen tilanteen keskiaroksi kokevilla ei ollut merkitsevää eroa verrattuna perheen taloudellisen tilanteen hyväksi kokeviin. Lopullinen malli sopi aineistoon hyvin $\chi^2(5) = 54.102$; $p<0.001$.

TAULUKKO 7. Poikien mielenterveyteen liittyvä oireilu¹⁾ isälle puhumisen helppouden, perheen keskustelun, äidin tietoisuuden ja koetun taloudellisen tilanteen mukaan.

		OR	95 % LV ²⁾	p-arvo
Helppo puhua isän kanssa	helppoa	1.00 ³⁾		
	vaikeaa	1.84	1.17 - 2.89	0.008*
Perheen keskustelu	parempi	1.00		
	huonompi	4.04	1.92 - 8.50	<0.001
Äidin tietoisuus	tietää enemmän	1.00		
	tietää vähemmän	1.68	1.11 - 2.52	0.013
Koettu taloudellinen tilanne	hyvä	1.00		
	keskiverto	1.48	0.94 - 2.32	0.089
	huono	2.88	1.55 - 5.35	0.001

1) Selitettävänä muuttujana mielenterveyteen liittyvä oireilu (kokenut vähintään kahta oiretta useammin kuin kerran viikossa viimeisen kuuden kuukauden aikana)

2) Ristitulo-suhteen (OR) luottamusväli

3) Referenssiryhmä merkitty luvulla 1.00

* tilastollisesti merkitsevä ero, kun $p<0.050$

Lopullisessa tyttöjen mielenterveyteen liittyvää oireilua tarkastelevassa mallissa olivat mukana äidin kanssa puhumisen helppous, perheen välinen keskustelu, perheen antama tuki ja apu, koettu perheen taloudellinen tilanne sekä koulutusorientaatio (taulukko 8). Isälle puhumisen helppous, äidin tietoisuus sekä isän tietoisuus eivät olleet mallissa merkitseviä, joten ne jätettiin pois lopullisesta mallista yksi kerrallaan aloittaen muuttujasta, jonka p-arvo oli suurin.

Tytöillä, jotka kokivat äidin kanssa puhumisen vaikeammaksi, oli useammin toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua verrattuna tyttöihin, jotka kokivat äidin kanssa puhumisen helpommaksi ($p<0.001$). Myös perheen välisen keskustelun huonommaksi arvioivilla tytöillä oli oireilua useammin verrattuna tyttöihin, jotka arvioivat perheen välisen keskustelun paremmaksi ($p<0.001$). Perheen antaman tuen ja avun heikommaksi kokevilla tytöillä oli todennäköisemmin usein mielenterveyteen liittyvää oireilua verrattuna perheen antaman tuen ja avun vahvemmaksi kokeviin tyttöihin ($p<0.001$). Tytöillä, jotka kokivat

perheen taloudellisen tilanteen huonoksi, oli myös useammin mielenterveyteen liittyvää oireilua verrattuna tyttöihin, jotka kokivat perheen taloudellisen tilanteen hyväksi ($p=0.007$). Perheen taloudellisen tilanteen keskiverroksi arvioivilla ei ollut merkitsevää eroa perheen taloudellisen tilanteen hyväksi arvioiviin. Tyttöillä, jotka olivat ilmoittaneet koulutusorientaatiokseen peruskoulun jälkeen jonkin muun kuin lukion, oli useammin toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua verrattuna tyttöihin, jotka olivat ilmoittaneet pyrkivänsä peruskoulun jälkeen lukioon ($p=0.001$). Lopullinen malli sopi aineistoon hyvin $\chi^2(6) = 134.622$; $p < 0.001$.

TAULUKKO 8. Tyttöjen mielenterveyteen liittyvä oireilu¹⁾ äidille puhumisen helppouden, perheen keskustelun, perheen tuen ja avun, koetun taloudellisen tilanteen ja koulutusorientaation mukaan.

		OR	95 % LV ²⁾	P-arvo
Helppo puhua äidin kanssa	helppoa	1.00 ³⁾		
	vaikeaa	2.05	1.41 - 2.99	<0.001*
Perheen keskustelu	parempi	1.00		
	huonompi	3.16	1.67 - 5.98	<0.001
Perheen tuki ja apu	vahvempi	1.00		
	heikompi	2.07	1.48 - 2.89	<0.001
Koettu taloudellinen tilanne	hyvä	1.00		
	keskiverto	1.01	0.73 - 1.39	0.951
	huono	1.92	1.19 - 3.08	0.007
Koulutusorientaatio	lukio	1.00		
	muu	1.69	1.24 - 2.29	0.001

1) Selitettävänä muuttujana mielenterveyteen liittyvä oireilu (kokenut vähintään kahta oiretta useammin kuin kerran viikossa viimeisen kuuden kuukauden aikana)

2) Ristitulo-suhteen (OR) luottamusväli

3) Referenssiryhmä merkitty luvulla 1.00

* tilastollisesti merkitsevä ero, kun $p < 0.050$

8 POHDINTA

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on nuorten mielenterveyden edistäminen. Aihetta tutkittiin tarkastelemalla perheen vuorovaikutusta ja nuorten mielenterveyteen liittyvää oireilua sekä näiden välistä yhteyttä. Analyyseissä otettiin huomioon sukupuoli ja sosioekonominen asema. Tulosten mukaan mielenterveyteen liittyvistä oireista yleisimpiä olivat vaikeudet uneen pääsemisessä, ärtyneisyys tai pahantuulisuus sekä hermostuneisuus. Heikommaksi perheensä vuorovaikutuksen arvioivat nuoret kokivat enemmän mielenterveyteen liittyvää oireilua. Tytöt kokivat mielenterveyteen liittyvää oireilua merkitsevästi enemmän verrattuna poikiin. Tyttöillä oli kaikkia oireita useammin kuin pojilla, kun tarkasteltiin lähes päivittäisiä tai useammin kuin kerran viikossa esiintyviä oireita. Tyttöjä tarkasteltaessa äidin kanssa puhumisen vaikeammaksi kokevilla, perheen keskustelun huonommaksi arvioivilla, perheen tuen ja avun heikommaksi kokevilla, perheen taloudellisen tilanteen huonoksi kokevilla sekä peruskoulun jälkeen jonnekin muualle kuin lukioon aikovilla oli todennäköisemmin usein toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua. Pojilla vaikeammaksi isänsä kanssa puhumisen kokevilla, perheen keskustelun huonommaksi arvioivilla, äidin tietoisuuden vähäisemmäksi arvioivilla sekä taloudellisen tilanteen huonoksi kokevilla oli useammin toistuvaa viikoittaista mielenterveyteen liittyvää oireilua.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaisia yleisimpiä nuorten mielenterveyteen liittyviä oireita, vaikeuksia uneen pääsemisessä, ärtyneisyyttä tai pahantuulisuutta sekä hermostuneisuutta on havaittu myös useissa aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Lee ym. 2013; Damsgaard ym. 2014; Smokowski ym. 2014; Moore ym. 2018; Keijser ym. 2020; Ringdal ym. 2020). Tutkimuksen tulokset viittasivat siihen, että heikommaksi perheensä vuorovaikutuksen arvioivat kokivat enemmän mielenterveyteen liittyvää oireilua. Heikomman perheen vuorovaikutuksen on havaittu olevan yhteydessä nuorten mielenterveyden oireisiin myös aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa (esim. Lee ym. 2013; Telzer & Fuligni 2013; Damsgaard ym. 2014; Smokowski ym. 2014; Keijser ym. 2020; Ringdal ym. 2020). Usein on todettu myös yhteys positiivisen perheen vuorovaikutuksen tai perheen välisten suhteiden sekä vähäisempien nuoren mielenterveyteen liittyvien oireiden tai paremman nuoren

hyvinvoinnin välillä (esim. Moore ym. 2018; Keijser ym. 2020; Ma 2020; Ringdal ym. 2020). Tämän tutkimuksen tulokset vahvistavat aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa havaittua yhteyttä perheen vuorovaikutuksen ja nuorten mielenterveyden välillä.

Tulosten mukaan tytöt kokivat merkitsevästi enemmän mielenterveyteen liittyvää oireilua kuin pojat, mikä on havaittu myös aikaisemmassa tutkimuksessa ja kirjallisuudessa (esim. Telzer & Fuligni 2013; Choate 2014, 72; Damsgaard ym. 2014; Ringdal 2020). Tässä tutkimuksessa tytöt kokivat jokaista tarkasteltua oiretta enemmän kuin pojat, mikä on huomionarvoista, kun tarkastellaan mielenterveyteen liittyvän oireilun sukupuolittaisia eroja. Esimerkiksi Telzerin & Fulignin (2013) mukaan perheen positiivinen vuorovaikutus auttaa vähentämään tyttöjen emotionaalista stressiä sekä pienentämään sukupuolten välisiä eroja masentuneisuuteen liittyen.

Manongdo ja Ramírez García (2011) havaitsivat nuorilla ilmenevän masentuneisuuden tai ahdistuneisuuden ennakoivan heikompaa vanhemmilta saatavaa tukea myöhemmin. Samassa tutkimuksessa ei havaittu, että vanhemmuuteen liittyvät tyylit olisivat ennakoineet nuorten mielenterveyden oireilua (Manongdo & Ramírez García 2011). Keijserin ym. (2020) mukaan positiivinen vanhemmuus silloin, kun nuoret olivat 16-18-vuotiaita, oli yhteydessä vähäisempiin masentuneisuuden oireisiin myöhemmin, kun nuoret olivat 19-21-vuotiaita. Näiden aikaisempien tutkimusten havaintojen voidaan osaltaan tulkita kuvastavan, kuinka monimuotoinen yhteys perheen vuorovaikutuksen ja nuoren mielenterveyteen liittyvän oireilun välillä on. Tämän tutkimuksen tuloksissa havaittu yhteys perheen vuorovaikutuksen ja nuorten mielenterveyteen liittyvän oireilun välillä voi olla syy-seuraussuhteeltaan monen suuntainen.

Tulosten mukaan perheen taloudellisen tilanteen huonoksi kokevilla nuorilla oli suurempi todennäköisyys kokea enemmän mielenterveyteen liittyvää oireilua verrattuna perheen taloudellisen tilanteen hyväksi kokeviin. Koettu perheen taloudellinen tilanne kuvasi osaltaan sosioekonomista asemaa, jonka on myös aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa todettu olevan yhteydessä nuorten mielenterveyteen (esim. Lee ym. 2013; Smokowski ym. 2014; Xu ym. 2019; Ringdal ym. 2020). Sosioekonomista asemaa voidaan tarkastella myös

objektiivisesti, mutta subjektiivisesti tarkasteltuna voidaan saada tärkeää kokemuksellista tietoa. Koetun taloudellisen tilanteen on todettu aikaisemmassa kirjallisuudessa heijastelevan niin objektiivista sosioekonomista asemaa kuin mielenterveyteen liittyviä tekijöitä (Goodman ym. 2001; Finkelstein ym. 2006; Currie ym. 2014).

Tyttöjä tarkasteltaessa voi tutkimuksen tulosten perusteella huomata koulutusorientaation vaikuttavan mielenterveyteen liittyvään oireiluun siten, että lukioon pyrkivillä oli vähemmän mielenterveyteen liittyvää oireilua. Koulutusta on aikaisemmissa tutkimuksissa käytetty sosioekonomista asemaa kuvaavana tekijänä ja usein on tarkasteltu vanhempien koulutusta (esim. Lynch & Kaplan 2000; Gate ym. 2013; Lee ym. 2013; Telzer & Fuligni 2013; Xu ym. 2019; Ma ym. 2020; Ringdal ym. 2020). Koulutusasteen on todettu usein periytyvän vanhemmilta lapsille (Myrskylä 2009; THL 2019a). Nuoren ajatusten omasta tulevasta koulutuspolustaan voidaan nähdä osaltaan heijastelevan nuoren sosioekonomista asemaa.

Aikaisemmassa kirjallisuudessa on tarkastelu yhteyttä sosioekonomisen aseman ja perheen vuorovaikutuksen välillä liittyen nuoren mielenterveyden oireiluun. Esimerkiksi Leen ym. (2013) tutkimuksessa havaittiin nuoren saaman tuen vanhemmiltaan toimivan lieventävänä välillisenä tekijänä jatkuvan perheen haastavan taloudellisen tilanteen sekä nuoren ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden välillä. Damsgaardin ym. (2014) tutkimuksessa ei huomattu sosioekonomisen aseman vaikuttavan nuoren ja vanhemman kommunikoinnin sekä nuoren emotionaalisten oireiden väliseen yhteyteen. Sosioekonomisen aseman merkitys nuoren mielenterveyteen ja perheeseen liittyen on monimuotoinen ja vaihteleva.

Vanhempien keskinäisellä suhteella on todettu olevan merkitystä nuoren hyvinvoinnin kannalta. Man ym. (2020) tutkimuksessa parempi vanhempien välinen vuorovaikutus oli yhteydessä korkeampaan äidin ja lapsen väliseen läheisyyteen, isän ja lapsen väliseen läheisyyteen sekä vanhemman ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen. Nämä olivat yhteydessä matalampiin masentuneisuuden oireisiin nuorilla. Parempi vanhempien välinen suhde oli myös suoraan yhteydessä matalampiin masentuneisuuden oireisiin nuorilla (Ma ym. 2020). Lee ym. (2013) havaitsivat tutkimuksessaan vanhemmilta saatavan tuen toimivan lieventävänä välillisenä tekijänä vanhempien välisten haasteiden sekä nuoren

masentuneisuuden oireiden välillä. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan nuorilla, jotka arvioivat perheen keskustelun heikommaksi, oli enemmän mielenterveyteen liittyvää oireilua. Tähän arvioon perheen vuorovaikutuksesta voi olla osallisena vanhempien keskinäinen vuorovaikutus, joka mahdollisesti heijastuu koko perheen vuorovaikutukseen.

Mooren ym. (2018) mukaan paremmat nuoren suhteet koulun henkilökuntaan olivat yhteydessä positiiviseen subjektiiviseen hyvinvointiin ja vähäisempiin mielenterveyden oireisiin silloin, kun nuoret raportoivat vähäisempää perheen tukea. Ystävien antama tuki oli yhteydessä korkeampaan kannabiksen käyttöön ja heikompaan mielenterveyteen silloin, kun nuoret saivat heikompa tukea perheeltään (Moore ym. 2018). Rönkä ym. (2002) toteavat, että mikäli nuoren suhde vanhempiinsa on ristiriitainen, itsenäistymispyrkimykset ovat ylikorostuneet ja emotionaalista tukea haetaan lähinnä kaveripiiristä. Tällöin lisääntyy myös riski ongelmakäyttäytymiseen. Tässä tutkimuksessa ei huomioitu kaveripiiriä, mutta nuorten mielenterveyttä ja merkittäviä ihmissuhteita pohdittaessa nousee kysymys kaveripiirin merkityksestä.

Perheen lisäksi nuoren oma, perheen ulkopuolinen, tukiverkko on tärkeä. Tukiverkkoon voi kuulua esimerkiksi ystäviä, koulun henkilökuntaa tai harrastusten ohjaajia ja valmentajia. Rönkä ym. (2002) toteavat vanhemmuuden vaikutuksen tehostuvan, kun nuoren saama tuki, läheisyys ja valvonta tulee vanhempien lisäksi myös muilta läheisiltä aikuisilta, jolloin nuorelle muodostuu verkko kasvattajista. Segrinin ja Floran (2005, 10) mukaan ihmiset, joita ei yleensä määritellä perheeseen kuuluviksi, kuten opettajat, lastenhoitajat tai läheiset ystävät, voivat antaa lapselle ja nuorelle psykososiaalista huolenpitoa. Ihmiset, joiden ei välttämättä nähdä olevan perhettä, voivat saada aikaan tunteita kodista, identiteetistä, uskollisuudesta sekä vahvoista tunteista (Segrin & Flora 2005, 10). Mielenkiintoa herättävää on perheen tuen merkitys suhteessa ystävien, koulun henkilökunnan ja muiden nuoren elämässä läsnä olevien ihmisten tukeen.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus sekä eettisyys

Mielenterveyteen liittyvää oireilua tarkasteltiin kysymyksillä, jotka taustakirjallisuuden perusteella kuvaavat masentuneisuutta tai ahdistuneisuutta. Aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa on masentuneisuutta tutkittu erilaisten oireiden kautta. Tässä tutkimuksessa käytettävässä HBSC Symptoms Checklist (HBSC-SCL) -oiremittarissa masentuneisuus on yhtenä oireena muiden oireiden, joita muissa mittareissa on usein tarkasteltu oireina, jotka kertovat masentuneisuudesta, joukossa. Tässä tutkimuksessa jätettiin termi ”masentuneisuutta” pois analyyseistä. Garipeyn ym. (2016) mukaan HBSC Symptoms Checklist (HBSC-SCL) -oiremittari on jaettu kahteen osioon, psykologisiin oireisiin, joita ovat alakuloisuus, ärtyneisyys, hermostuneisuus ja uniongelmat sekä somaattisiin oireisiin, joita ovat päänsärky, vatsakipu, selkäkipu sekä huimaus. Tässä tutkimuksessa keskityttiin edellisen jaottelun psykologisiin oireisiin.

Masentuneisuus pitää sisällään monenlaisia tuntemuksia. Mikäli masentuneisuudesta kysytään ainoastaan termillä ”masentuneisuus”, ei välttämättä päästä samanlaisiin havaintoihin, kuin jos käytetään muita masentuneisuutta kuvaavia termejä, kuten aikaisemmissa tutkimuksissa ilmi tulleet ”suru”, ”hermostuneisuus”, ”jännittyneisyys”, ”alakuloisuus” tai ”yksinäisyys”. Masentuneisuus voi terminä kuulostaa vahvalta ilmaisulta, ehkä pelottavaltakin, jolloin voi olla helpompaa kieltää masentuneisuuden tunteet kuin esimerkiksi alakuloisuuden tunteet. Mielenterveyteen liittyvän oireilun mittaaminen on haastavaa ja siihen liittyy epävakautta. Päätelmät tuloksista tulee tehdä tiedostaen asian subjektiivisuus sekä näkökulmien vaihtelevuus. Sama pätee osaltaan myös perheen vuorovaikutuksen mittaamiseen.

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu nuorten mielenterveyteen liittyvää oireilua sukupuolen mukaan tytöillä ja pojilla. Tämä on yksi näkökulma tarkasteluun, mutta aihetta voidaan tarkastella myös muista kuin tarkasti sukupuolittaisen rajauksen näkökulmista. Sukupuoli valittiin taustamuuttujaksi tähän tutkimukseen, sillä aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa on usein havaittu eroja tyttöjen ja poikien välillä esimerkiksi masentuneisuuden oireissa (esim. Telzer & Fuligni 2013; Choate 2014, 72; Damsgaard ym. 2014; Ringdal 2020).

Tässä tutkimuksessa perheen vuorovaikutusta on tutkittu vanhempien ja nuoren välisen vuorovaikutuksen kautta. Aihetta on lisäksi mahdollista tarkastella monista eri näkökulmista. Esimerkiksi sisarusten rooli on varmasti merkittävä. Isovanhemmat voivat olla olennainen osa nuoren perhettä. Perhe voi olla paljon muutakin tai nuori voi esimerkiksi asua muualla kuin vanhempiensa kanssa. Tässä tutkimuksessa käsiteltiin perhettä vain yhdestä näkökulmasta.

Sosioekonomista asemaa voidaan tarkastella monella eri tavalla. Tässä tutkimuksessa käytettiin sosioekonomisen aseman kuvaajana nuorten kokemuksia perheensä taloudellisesta tilanteesta. Myös aikaisemmassa tutkimuskirjallisuudessa on tarkasteltu sosioekonomista asemaa nuorten omien kokemusten kautta (esim. Ringdal ym. 2020). Lisäksi tarkasteltiin nuorten ajatuksia jatkokoulutusorientaatiosta, sillä koulutuksen on usein todettu kuvastavan osaltaan sosioekonomista asemaa (esim. Lynch & Kaplan 2000; Gate ym. 2013; Lee ym. 2013; Telzer & Fuligni 2013; Xu ym. 2019; Ma ym. 2020; Ringdal ym. 2020).

Kirjallisuudessa mielenterveyden oireilusta puhutaan usein lomittain esimerkiksi masennuksesta, masentuneisuudesta, masennuksen oireista ja masentuneisuuden oireista. Aihetta käsiteltäessä voi huomata käsitteiden haastavuuden. Mielenterveys on laaja aihe, johon liittyvät määrittelyt ovat usein monimutkaisia ja haastavia. Myös subjektiivisuus tuo omat haasteensa aiheen käsittelyyn. Esimerkiksi mielenterveyden häiriöiden, sairauksien, oireilun ja haasteiden käsitteet voivat helposti mennä päällekkäin toistensa kanssa ja todellisuudessa rajat näiden välillä ovat usein häilyviä. Tutkimuksissa on käytetty paljon erilaisia mittareita tarkastelemaan mielenterveyden oireilua. Tämä kertoo osaltaan aiheen tutkimisen laajuudesta ja haastavuudesta. Eri oireet voivat viitata eri asioihin, sillä ihmiset kokevat mielenterveyteen liittyviä asioita hyvin eri tavoin ja arvioivat omia oireitaan eri tavalla. Nuorten mielenterveyteen liittyvää oireilua ja perheen vuorovaikutusta on mahdollista tarkastella vaihtelevin mittarein ja menetelmin, joten tutkimusten vertailu voi olla haastavaa.

Kirjallisuuskatsaukseen valituista tutkimuksista kyselytutkimukset ovat tämän pro gradun kannalta olennaisimpia. Tutkimukset, joissa on käytetty muita menetelmiä, kuten haastattelua tai havainnointia, tuovat laajempaa näkemystä siitä, kuinka eri tavoin aihetta voidaan lähestyä. Nollerin ja Feeneyn (2004) mukaan perheen välistä kommunikaatiota voidaan tutkia

erilaisilla tutkimusasetelmilla, kuten itseraportoinnin, havainnoinnin tai kokeellisen näkökulman kautta ja niin määrällistä kuin laadullistakin lähestymistapaa käyttäen tai vaihtoehtoisesti yhdistellen eri menetelmiä. Kaikilla eri tutkimusasetelmilla on omat heikkoutensa ja vahvuutensa ja perheiden kommunikaation suhteen voidaan päästä parempaan ymmärrykseen käyttämällä laajasti erilaisia käytettävissä olevia metodeja sen sijaan, että tyydyttäisiin vain tiettyihin, tuttuihin ja hyvinä pidettyihin (Noller & Feeney 2004).

Vahvuutena tässä pro gradussa on iso ja kohderyhmää hyvin edustava Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) eli WHO-Koululaistutkimuksen aineisto. Aineisto on anonyymi ja vastaaminen siihen on vapaaehtoista. HBSC on pitkäaikainen tutkimus, jonka mittareita on käytetty paljon sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Mittarit ovat testattuja ja aihettaan hyvin tarkastelevia, mikä on myös tämän pro gradun vahvuus. Tässä pro gradussa käytetty aineisto on vuodelta 2014. Suomenkielisten 9.-luokkalaisten nuorten osalta ei aihetta ole aikaisemmin tutkittu tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten näkökulmasta. Tämä pro gradu täydentää osaltaan tietämystä aiheesta.

Nuorten vastaukset eivät välttämättä ole täysin totuudenmukaisia kyselytutkimuksissa. Vastaaja, noin 15-vuotias nuori, on joissain tapauksissa voinut vastata kyselyyn hieman huolimattomasti, tarkoituksella totuudenvastaisesti tai jättää esimerkiksi osaan kysymyksistä vastaamatta. Tämä tulee muistaa tutkimuksen tuloksia tulkittaessa. Jokaisen vastauksen takana on ihminen, jonka vastaamiseen voivat monet, niin sisäiset kuin ulkoiset, tekijät vastaushetkellä vaikuttaa. Suurin osa vastaajista on kuitenkin luultavasti vastannut kyselyyn totuudenmukaisesti. Lisäksi on huomioitava, että esiin nousseet yhteydet voivat johtua jostain muusta tekijästä, kuin mitä tässä tutkimuksessa on tullut ilmi. Syy-seuraussuhdetta ei tämän tutkimuksen tulosten perusteella voida todeta. Toisaalta aihe on aikaisempaan kirjallisuuteen perustuen sellainen, jossa eri tekijät ovat monella eri tavalla yhteydessä toisiinsa.

Tässä pro gradu -tutkielmassa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä läpi tutkimusprosessin (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutkielman raportointi on avointa ja läpinäkyvää sekä rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti toteutettua. Tutkimuksen luotettavuutta sekä vahvuuksia ja heikkouksia kuvaillaan rehellisesti.

8.2 Johtopäätökset ja ehdotuksia jatkotutkimukseen

Mielenterveys on laaja käsite ja aikaisempaa tutkimusta on tehty niin oireilusta kuin mielenterveyteen liittyvistä sairauksista. Tulevaisuudessakin on tärkeää, että mielenterveyttä tarkastellaan eri näkökulmista hyvinvoinnista ja lievästä oireilusta aina hankaliin sairauksiin ja häiriöihin saakka. Oireilusta masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta on aikaisemman kirjallisuuden perusteella eniten tarkasteltu. Kaikenlainen mielenterveyteen liittyvä oireilu on kuitenkin tärkeää ottaa myös tulevaisuudessa huomioon. Mielenkiintoista olisi masentuneisuuteen liittyen tutkia lisää, kuinka hyvin eri oireet, joita käytetään masentuneisuuden tarkasteluun, todella kertovat masentuneisuudesta sekä verrata, vastaavatko ”masentuneisuudesta” kysyttäessä myönteisesti vastaavat nuoret myös myönteisesti kysymyksiin esimerkiksi ”alakuloisuudesta”, ”surusta” tai ”hermostuneisuudesta”. Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu somaattisia oireita. Jatkotutkimusehdotus, josta jo varmasti löytyy tutkimusta, mutta jota epäilemättä on syytä tutkia vielä, on nuorten somaattisten oireiden, kuten päänsäryn, huimauksen tai vatsakivun rooli nuorten mielenterveyden ongelmien kuvaajina. On tärkeää saada lisää tietoa laajasti kaikista nuorten mielenterveyteen liittyvistä ja vaikuttavista tekijöistä.

Perheen vuorovaikutus on olennaista nuoren kasvulle ja kehitykselle, myös mielenterveydelle. Jatkossa esimerkiksi erilaisten perhemuotojen, sisarusten, isovanhempien, ystävien ja muiden nuorelle tärkeiden ihmisten roolin huomiointi tutkimuksessa yhä monipuolisemmin on tärkeää. Myös perheen ulkopuolisten aikuisten, kuten opettajien, valmentajien tai sukulaisten, merkitys nuorelle ja hänen mielenterveydelleen on huomioitava aihealue jatkotutkimuksen osalta. Tätä voisi tarkastella myös peilaten perheen vuorovaikutukseen.

Sekä aikaisemmassa kirjallisuudessa että tämän tutkimuksen tuloksissa havaittiin eroja tyttöjen ja poikien välillä mielenterveyteen liittyvässä oireilussa ja perheen vuorovaikutuksen kokemisessa. Jatkotutkimusta tarvitaan liittyen sukupuolten välisiin eroihin. Tulevaisuudessa tulee huomioida myös sukupuolen moninaisuus entistä laajemmin.

Jatkotutkimusta sekä perheen vuorovaikutuksesta että nuorten mielenterveydestä tulee tehdä niin poikittais- kuin myös esimerkiksi pitkittäistutkimuksena ja tutkimusmenetelmiä laajasti hyödyntäen. Vuonna 2020 levinnyt maailmanlaajuinen koronapandemia tuo osaltaan tulevaisuudessa uusia näkökulmia nuorten mielenterveyden sekä perheiden vuorovaikutuksen tutkimiseen.

Aihetta voi tarkastella myös yhteiskunnan näkökulmasta. Yhteiskunnan tehtävänä on tukea perheitä ja varmistaa, että jokaisella lapsella ja nuorella on turvallinen elinympäristö ja turvallisia aikuisia elämässään, kuten esimerkiksi Väestöliitto (2020) toteaa. Varhainen perheiden haasteiden ja ongelmien havaitseminen on tärkeää, jotta apua ja tukea voidaan tarjota oikea-aikaisesti. Näin mahdollisiin haasteisiin voidaan tarttua ennen kuin ne kasvavat suuremmiksi ja vaikeammiksi. Nuorille tulee tarjota saavutettavia, mielenterveyttä tukevia palveluita esimerkiksi koulun kautta. Nuorista ja heidän voinnistaan tulee olla vilpittömästi kiinnostunut ja reagoida herkästi mahdollisiin viitteisiin liittyen mielenterveyden oireiluun. Lempeys, läheisyys ja empaattisuus ovat ensisijaisen tärkeitä, kun nuoria tuetaan kohti tasapainoista ja onnellista elämää.

LÄHTEET

- Aalberg, V. 2016. Nuoruusiän psyykkinen kehitys. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, A. Sourander, V. Aalberg (toim.) Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 35-41.
- Aalto-Setälä, T. & Marttunen, M. 2007. Nuoren psyykkinen oireilu - häiriö vai normaalia kehitystä? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 123 (2), 207-213.
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tamminen, N. & Solin, P. 2019. Nuorten kokema positiivinen mielenterveys perhetaustan mukaan. Tutkimuksesta tiiviisti 19/2019. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Arora, P. G., Wheeler, L. A., Fisher, S., & Barnes, J. 2017. A prospective examination of anxiety as a predictor of depressive symptoms among Asian American early adolescent youth: The role of parent, peer, and teacher support and school engagement. *Cultural diversity and ethnic minority psychology*, 23 (4), 541-550.
- Branje, S. J. T., Hale W. W. & Meeus, W. H. J. 2008. Reciprocal development of parent-adolescent support and adolescent problem behaviours. Teoksessa M. Kerr, H. Stattin, R. C. M. E. Engels (toim.) *What can parents do? : new insights into the role of parents in adolescent problem behavior*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, 135-162.
- Branje, S., Laursen, B. & Collins, W. A. 2013. Parent-child communication during adolescence. Teoksessa A. L. Vangelisti (toim.) *The Routledge Handbook of Family Communication*. 2. painos. New York, NY: Routledge, 271-286.
- Bronstein, M. H. & Bradley, R. H. 2003. Socioeconomic status, parenting and child development: an introduction. Teoksessa M. H. Bronstein & R. H. Bradley (toim.) *Socioeconomic status, parenting and child development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1-10.
- 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.

- Bush, K. R. & Peterson, G. W. 2013. Parent-child relationships in diverse contexts. Teoksessa G. W. Peterson & K. R. Bush (toim.) Handbook of marriage and the family. 3. painos. Boston, MA: Springer, 275-302.
- Chiu, M. M. 2016. Socioeconomic status, inequality and academic achievement. Teoksessa G. Perkins (toim.) Socioeconomic status: influences, disparities and current issues. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, 1-19.
- Choate, L. H. 2014. Adolescent girls in distress: a guide for mental health treatment and prevention. 1. painos. New York: Springer Publishing Company.
- Currie, C., Nic Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Pickett, W., Richter, M., Morgan, A. & Barnekow, V. (toim.) 2008. Inequalities in Young People's Health: International Report from the HBSC 2005/06 Survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Currie, C., Griebler, R., Inchley, J., Theunissen, A., Molcho, M., Samdal, O. & Dür, W. (toim.) 2010. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory Items for the 2009/10 Survey. Edinburgh: CAHRU & Vienna: LBIHPR.
- Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z. & Wild, F. (toim.) 2014. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Study Protocol: Background, Methodology and Mandatory items for the 2013/14 Survey. St Andrews: CAHRU.
- Damsgaard, M. T., Holstein, B. E., Koushede, V., Madsen, K. R., Meilstrup, C., Nelausen, M. K., Nielsen, L. & Rayce, S. B. 2014. Close relations to parents and emotional symptoms among adolescents: beyond socio-economic impact?. International journal of public health, 59 (5), 721-726.
- Devenish, B., Hooley, M. & Mellor, D. 2017. The pathways between socioeconomic status and adolescent outcomes: A systematic review. American journal of community psychology, 59 (1-2), 219-238.
- Dwivedi, K. N. & Harper, P. B. 2004. Introduction. Teoksessa K. N. Dwivedi & P. B. Harper (toim.) Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health : a handbook. 1. painos. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 15-28.

- Eriksson, C., Arnarsson, Á. M., Damsgaard, M. T., Potrebny, T., Suominen, S., Torsheim, T. & Due, P. 2019. Building knowledge of adolescent mental health in the Nordic countries. *Nordisk Välfärdsforskning / Nordic Welfare Research* 4 (2), 43-53.
- Finkelstein, D. M., Kubzansky, L. D. & Goodman, E. 2006. Social status, stress, and adolescent smoking. *Journal of Adolescent Health* 39 (5), 678–685.
- García-Carrión, R., Villarejo-Carballido, B. & Villardón-Gallego, L. 2019. Children and Adolescents Mental Health: A Systematic Review of Interaction-Based Interventions in Schools and Communities. *Frontiers in psychology*, 10, 918. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00918
- Gardner, K. A. & Cutrona, C. E. 2004. Social support communication in families. Teoksessa A. L. Vangelisti (toim.) *Handbook of family communication*. 1. painos. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 495-512.
- Gariépy, G., McKinnon, B., Sentenac, M. & Elgar, F. J. 2016. Validity and reliability of a brief symptom checklist to measure psychological health in school-aged children. *Child Indicators Research*, 9 (2), 471-484.
- Gaté, M. A., Watkins, E. R., Simmons, J. G., Byrne, M. L., Schwartz, O. S., Whittle, S., Sheeber, L. B. & Allen, N. B. 2013. Maternal parenting behaviors and adolescent depression: The mediating role of rumination. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42 (3), 348-357.
- Gavazzi, S. 2013. Theory and Research Pertaining to Families with Adolescents. Teoksessa G. W. Peterson & K. R. Bush (toim.) *Handbook of marriage and the family*. 3. painos. Boston, MA: Springer, 303-327.
- Giannakopoulos, G., Mihas, C., Dimitrakaki, C. & Tountas, Y. 2009. Family correlates of adolescents' emotional/behavioural problems: evidence from a Greek school-based sample. *Acta Paediatrica*, 98 (8), 1319-1323.
- Goodman, E., Adler, N. E., Kawachi, I., Frazier, A. L., Huang, B. & Colditz, G. A. 2001. Adolescents' perception of social status: development and evaluation of a new indicator. *Pediatrics* 108 (2), E31. doi: 10.1542/peds.108.2.e31.
- Guilamo-Ramos, V, Jaccard, J. & Dittus, P. 2010. Introduction. Teoksessa V. Guilamo-Ramos, J. Jaccard & P. Dittus (toim.) *Parental monitoring of adolescents: Current Perspectives for Researchers and Practitioners*. New York: Columbia University Press.

- Haugland, S. & Wold, B. 2001. Subjective health complaints in adolescence - reliability and validity of survey methods. *Journal of adolescence*, 24 (5), 611-624.
- Hayes, C. 2004. Prevention of depression and anxiety in children and adolescents. Teoksessa K. N. Dwivedi & P. B. Harper (toim.) Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health : a handbook. 1. painos. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 149-172.
- Health Behaviour in School-Aged Children. 2019. About HBSC. Viitattu 25.11.2019. <http://www.hbsc.org/about/index.html>.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M. & Barnekow, V. 2016. 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. Copenhagen: World Health Organization.
- Jaccard, J., Guilamo-Ramos, V., Bouris, A. & Dittus, P. 2010. A three-process system of parental monitoring and supervision. Teoksessa V. Guilamo-Ramos, J. Jaccard & P. Dittus (toim.) Parental monitoring of adolescents. New York: Columbia University Press, 176-203.
- Jokinen, K. 2014. Perhekäytäntöjen sosiologia. Teoksessa R. Jallinoja, H. Hurme & K. Jokinen (toim.) Perhetutkimuksen suuntauksia. 1. painos. Helsinki: Gaudeamus, 167-191.
- Jones, D. J., Beach, S. R. H. & Jackson, H. 2004. Family influences on health: a framework to organize research and guide intervention. Teoksessa A. L. Vangelisti (toim.) Handbook of family communication. 1. painos. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 647-672.
- Keijser, R., Olofsdotter, S., Nilsson, W. K. & Åslund, C. 2020. The influence of parenting styles and parental depression on adolescent depressive symptoms: A cross-sectional and longitudinal approach. *Mental Health & Prevention*, 20, 200193. doi:10.1016/j.mhp.2020.200193.
- Kmet, L. M., Lee, R. C. & Cook, L. S. 2004. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. Alberta Heritage Foundation for Medical Research. HTA Initiative #13.

- Koerner, A. F. & Fitzpatrick, M. A. 2004. Communication in intact families. Teoksessa A. L. Vangelisti (toim.) Handbook of family communication. 1. painos. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 177-195.
- Korhonen, M. & Perho, H. 2014. Psykososiaalinen kehitysteoria. Teoksessa R. Jallinoja, H. Hurme & K. Jokinen (toim.) Perhetutkimuksen suuntauksia. 1. painos. Helsinki: Gaudeamus, 35-59.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus, 41-59.
- Laursen, B. & Collins, W. A. 2004. Parent-child communication during adolescence. Teoksessa A. L. Vangelisti (toim.) Handbook of family communication. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 333- 348.
- Lee, T. K., Wickrama, K. A., & Simons, L. G. 2013. Chronic family economic hardship, family processes and progression of mental and physical health symptoms in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 42 (6), 821-836.
- Loh, E. & Wragg, J. 2004. Developmental perspective. Teoksessa K. N. Dwivedi & P. B. Harper (toim.) Promoting the emotional well-being of children and adolescents and preventing their mental ill health : a handbook. 1. painos. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 29-48.
- Lynch, J. & Kaplan, G. 2000. Socioeconomic Position. Teoksessa L. F. Berkman & I. Kawachi (toim.) Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 13–36.
- Manongdo, J. A., & Ramírez García, J. I. 2011. Maternal parenting and mental health of Mexican American youth: a bidirectional and prospective approach. *Journal of Family Psychology*, 25 (2), 261-270.
- Ma, L., Gao, L., Chiu, D. T., Ding, Y., Wang, W., & Wang, Y. 2020. Depressive symptoms prevalence, associated family factors, and gender differences: A national cohort study of middle school students in China. *Journal of Affective Disorders*, 274, 545-552.
- Mannerheimin lastensuojeluliitto. 2019. Vanhemmuus ja kasvatus. Viitattu 14.4.2021. <https://www.mll.fi/vanhemmille/tietoa-lapsiperheen-elamasta/vanhemmuus-ja-kasvatus/>.

- Marttunen, M. & Kaltiala-Heino, R. 2017. Nuorisopsykiatria. Teoksessa J. Lönnqvist, M. Marttunen, M. Henriksson, T. Partonen V. Aalberg & O. Seppälä (toim.) Psykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 652-687.
- McPherson, K. E., Kerr, S., McGee, E., Morgan, A., Cheater, F. M., McLean, J., & Egan, J. 2014. The association between social capital and mental health and behavioural problems in children and adolescents: an integrative systematic review. *BMC psychology*, 2 (1), 1-16.
- MIELI Suomen Mielenterveys ry. 2021. Vuorovaikutustaitoja voi oppia. Viitattu 31.3.2021. <https://mieli.fi/fi/mielenterveys/ihmissuhteet/vuorovaikutustaitoja-voi-oppia>.
- Moore, G. F., Cox, R., Evans, R. E., Hallingberg, B., Hawkins, J., Littlecott, H. J., Long, S. J. & Murphy, S. 2018. School, peer and family relationships and adolescent substance use, subjective wellbeing and mental health symptoms in Wales: a cross sectional study. *Child indicators research*, 11 (6), 1951-1965.
- Myrskylä, P. 2009. Koulutus periytyy edelleen. Viitattu 24.5.2021. https://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-03-16_002.html.
- Noller, P. 1995. Parent-adolescent relationships. Teoksessa M. A. Fitzpatrick & A. L. Vangelisti (toim.) *Explaining Family Interactions*. 1. painos. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 77-111.
- Noller, P. & Feeney, J. A. 2004. Studying family communication: multiple methods and multiple sources. Teoksessa A. L. Vangelisti (toim.) *Handbook of family communication*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 31-50.
- Pattanayak, R. D. & Mehta, M. 2012. Childhood and adolescent depression. Teoksessa U. S. Nayar (toim.) *Child and adolescent mental health*. New Delhi: SAGE Publications, 21-38.
- Piper, C. N. & Solomon, C. 2016. Socioeconomic and racial disparities in child health outcomes. Teoksessa G. Perkins (toim.) *Socioeconomic status: influences, disparities and current issues*. Hauppauge, New York: Nova Science Publishers, 55-71.
- Quon, E. C., & McGrath, J. J. 2014. Subjective socioeconomic status and adolescent health: a meta-analysis. *Health Psychology*, 33 (5), 433-447.
- 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.
- Reiss, F. 2013. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: a systematic review. *Social science & medicine*, 90, 24-31.
- Ringdal, R., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., Bjørnsen, H. N., & Moksnes, U. K. 2020. Social support, bullying, school-related stress and mental health in adolescence. *Nordic Psychology*, 72 (4), 313-330.
- Rönkä, A. & Sallinen, M. 2008. Murrosikäisen perhesuhteet: muutoksia ja jännitteitä. Teoksessa E. Sevón & M. Notko (toim.) *Perhesuhteet puntarissa*. 1. painos. Tampere: Gaudeamus Helsinki University Press/Palmenia, 43-67.
- Rönkä, A., Viheräkoski, J., Litsilä, R. & Poikkeus, A-M. 2002. Nuoret ja vanhemmat perhesuhteiden muutoksessa. Teoksessa A. Rönkä & U. Kinnunen (toim.) *Perhe ja vanhemmuus*. 1. painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 51-70.
- Segrin, C. & Flora, J. 2005. *Family communication*. 1. painos. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Settles B. H. 1999. The future of families. Teoksessa M. B. Sussman, S. K. Steinmetz & G. W. Peterson (toim.) *Handbook of marriage and family*. 2. painos. New York: Plenum. 307-326.
- Sevón, E. & Notko, M. 2008. Perhesuhteiden omalakisuus. Teoksessa E. Sevón & M. Notko (toim.) *Perhesuhteet puntarissa*. 1. painos. Tampere: Gaudeamus Helsinki University Press/Palmenia, 13-26.
- Sinkkonen, J. & Kalland, M. 2016. Vanhemmuus, kiintymyssuhde ja perhe. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, A. Sourander & V. Aalberg (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 75-80.
- Smetana, J. G. & Metzger, A. 2008. Don't ask, don't tell (your mom and dad): disclosure and nondisclosure in adolescent-parent relationships. Teoksessa M. Kerr, H. Stattin, R. C. M. E. Engels (toim.) *What can parents do? : new insights into the role of parents in adolescent problem behavior*. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, 65-87.
- Smetana, J. G., Metzger, A., Gettman, D. C., & Campione-Barr, N. 2006. Disclosure and secrecy in adolescent-parent relationships. *Child Development* 77 (1), 201–217.

- Smokowski, P. R., Guo, S., Rose, R., Evans, C. B., Cotter, K. L., & Bacallao, M. 2014. Multilevel risk factors and developmental assets for internalizing symptoms and self-esteem in disadvantaged adolescents: Modeling longitudinal trajectories from the Rural Adaptation Project. *Development and psychopathology*, 26 (4 pt 2), 1495-1513.
- Sourander, A. & Marttunen, M. 2016. Lasten ja nuorten mielenterveyden häiriöiden epidemiologia. Teoksessa K. Kumpulainen, E. Aronen, H. Ebeling, E. Laukkanen, M. Marttunen, K. Puura, A. Sourander, V. Aalberg (toim.) *Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria*. 1. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 116-123.
- Stattin, H., Kerr, M. & Tilton-Weaver, L. 2010. Parental monitoring: a critical examination of the research. Teoksessa V. Guilamo-Ramos, J. Jaccard & P. Dittus (toim.) *Parental monitoring of adolescents*. New York: Columbia University Press, 3-38.
- Tang, X., Tang, S., Ren, Z. & Wong, D. F. K. 2020. Psychosocial risk factors associated with depressive symptoms among adolescents in secondary schools in mainland China: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 263, 155-165.
- Telzer, E. H., & Fuligni, A. J. 2013. Positive daily family interactions eliminate gender differences in internalizing symptoms among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 42 (10), 1498-1511.
- Terveyden eriarvoisuus Suomessa. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 23. Viitattu 24.5.2021. www.julkaisut.valtioneuvosto.fi
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019a. Koulutus. Viitattu 12.4.2021. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/koulutus>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019d. Nuorten ahdistus ja ahdistuneisuushäiriöt. Viitattu 14.4.2021. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot/nuorten-ahdistus-ja-ahdistuneisuushairiot>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019b. Nuorten mielenterveyshäiriöt. Viitattu 24.3.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot>.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2019c. Nuorten masennusoireilu ja masennustilat. Viitattu 25.3.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/nuorten-mielenterveyshairiot/nuorten-masennusoireilu-ja-masennustilat>.
- Tilastokeskus. 2020. Käsitteet. Perhe. Viitattu 8.6.2020. <https://www.stat.fi/meta/kas/perhe.html>.

- Tilton-Weaver, L. C. & Marshall, S. K. 2008. Adolescents' agency in information management. Teoksessa M. Kerr, H. Stattin, R. C. M. E. Engels (toim.) What can parents do? : new insights into the role of parents in adolescent problem behavior. Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons, 11-41.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 12.4.2021. https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.
- Tynjälä, J., Ojala, K., Paakkari, L. & Lyyra, N. 2020. WHO-koululaistutkimus. Viitattu 19.3.2021. <https://www.jyu.fi/sport/fi/tetk/who-koululaistutkimus>.
- Väestöliitto. 2020. Monenlaiset perheet. Viitattu 9.6.2020. https://www.vaestoliitto.fi/vanhemmuus/tietoa_vanhemmille/pienten_lasten_vanhemat/lapsijaseksuaalisuus/usein-kysytyt-kysymykset/monenlaiset-perheet/.
- World Health Organization. 2019. Adolescent mental health. Viitattu 17.1.2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>.
- World Health Organization. 2013. Mental Health Action Plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization.
- Xu, F., Cui, W., Xing, T., & Parkinson, M. 2019. Family socioeconomic status and adolescent depressive symptoms in a Chinese low-and middle-income sample: the indirect effects of maternal care and adolescent sense of coherence. *Frontiers in Psychology*, 10, 819. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00819.
- Yuwen, W. & Chen, A. C. C. 2013. Chinese American adolescents: perceived parenting styles and adolescents' psychosocial health. *International Nursing Review*, 60 (2), 236-243.
- 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.

LIITTEET

LIITE 1. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden tutkimusten kuvaus.

<i>Tutkimus</i>	<i>Tarkoitus</i>	<i>Tutkittavat</i>	<i>Tutkimusasetelma ja tiedonkeruumenetelmät</i>	<i>Keskeiset tulokset</i>
<i>Arora ym. 2017. A prospective examination of anxiety as a predictor of depressive symptoms among Asian American early adolescent youth: The role of parent, peer, and teacher support and school engagement. Yhdysvallat.</i>	Tarkastella mahdollista yhteyttä nuorten ahdistuneisuuden ja masennuksen oireiden välillä. Tarkastella masentuneisuudelta suojaavien tekijöiden kuten vanhempien tuen vaikutusta.	N=186 ensimmäisessä vaiheessa 51.1% poikia 48.9% tyttöjä 5.-8.-luokkalaista N=71 toisessa vaiheessa	Kyselytutkimus. Osa isompaa pitkittäistä tutkimusaineistoa. The Coordinated Community Student Survey (C ² S ²) The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) (muokattu) State-Trait Anxiety Inventory for Children (muokattu) Kysymyksiä nuorten kokemasta vanhempien antamasta tuesta. Sosioekonomista asemaa tarkasteltiin kysymyksellä perheen muuttamisista.	Huomattavat ahdistuneisuusoireet olivat yhteydessä kohonneisiin masentuneisuuden oireisiin ajan myötä (p<0.05). Vanhempien tuki hillitsi yhteyttä nuorten ahdistuneisuuden ja masennuksen oireiden välillä (p<0.05).

<p><i>Xu ym. 2019. Family socioeconomic status and adolescent depressive symptoms in a Chinese low- and middle-income sample: the indirect effects of maternal care and adolescent sense of coherence. Kiina.</i></p>	<p>Tarkastella, onko sosioekonominen asema yhteydessä nuorten masentuneisuuden oireisiin äidin vanhemmuuden ja nuoren koherenssintunteen kautta.</p>	<p>N=783 yläkoululaista 416 poikaa 367 tyttöä keski-ikä noin 13 vuotta N=437 lukiolaista 217 poikaa 220 tyttöä keski-ikä noin 16 vuotta</p>	<p>Kyselytutkimus. Poikittäistutkimus. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES–D) Parental Bonding Instrument (PBI) Itsetäytettävä kysely liittyen sosioekonomiseen asemaan.</p>	<p>Sosioekonominen asema ja äidin huolenpito olivat positiivisesti yhteydessä toisiinsa ($p<0.01$) ja negatiivisesti yhteydessä nuorten masentuneisuuden oireisiin ($p<0.01$). Mitä matalampi perheen sosioekonominen asema oli, sitä vähemmän äidin huolenpitoa nuorille suotiin ja sitä enemmän nuoret raportoivat masentuneisuuden oireita. Äidin vahva kontrolli taas oli positiivisesti yhteydessä nuorten masentuneisuuden oireisiin ($p<0.01$), ei merkitsevää yhteyttä sosioekonomiseen asemaan. Sosioekonominen asema oli merkitsevästi yhteydessä nuorten masentuneisuuden oireisiin epäsuorasti sekä pelkän äidin huolenpidon ($p<0.05$) että äidin huolenpidon ja nuorten koherenssintunteen peräkkäisvaikutuksen kautta ($p<0.001$). Tytöt raportoivat merkitsevästi enemmän masentuneisuuden oireita ($p<0.001$) ja vahvempaa äidin kontrollia ($p<0.05$) kuin pojat.</p>
<p><i>Manongdo & Ramírez García 2011. Maternal Parenting and Mental Health of Mexican American Youth: A Bidirectional and Prospective Approach. Yhdysvallat.</i></p>	<p>Tarkastella kaksisuuntaisia yhteyksiä nuorten raportoimien mielenterveyden oireiden ja äitien vanhemmuustyylien välillä.</p>	<p>Ensimmäisen vaiheen aineistossa N=216 52% tyttöjä 48% poikia 14-19-vuotiaita. Toisen vaiheen aineistossa vuosi ensimmäisen aineiston jälkeen N=88</p>	<p>Kyselytutkimus. Pitkittäistutkimus. Youth Self-Report (YSR) Children’s Report of Parental Behavior Inventory (CRPBI)</p>	<p>Nuorten raportoimia vanhemmuuden tapoja olivat tukea antava vanhemmuus sekä vanhempien ankara kontrolli. Ensimmäisen vaiheen nuoren aggressiivisuus tai väärinkäytökset ennakoivat merkitsevästi korkeampaa toisen vaiheen ankaraa vanhempien kontrollia ($p<0.05$). Ensimmäisen vaiheen ahdistuneisuus, masentuneisuus tai somaattiset oireet ennakoivat merkitsevästi matalampaa toisen vaiheen tukea antavaa vanhemmuutta ($p<0.05$). Ensimmäisen vaiheen vanhemmuuden tyylit eivät kuitenkaan merkitsevästi ennakoineet toisen vaiheen nuorten mielenterveyden oireita.</p>

<p><i>Gaté ym. 2013. Maternal parenting behaviors and adolescent depression: The mediating role of rumination. Australia.</i></p>	<p>Tarkastella taipumusta psykologiseen ruminaatioon eli niin sanottuun asioiden vatvomiseen ja sen roolia välittävänä tekijänä vanhemmuuden tapojen ja nuorten masennusoireiden välillä.</p>	<p>Ensimmäisessä vaiheessa N=163 nuori-äiti-paria, yhteenlaskettu N=326 Noin 12-vuotiaita Toisessa vaiheessa N=144 nuori-äiti-paria, yhteenlaskettu N=288 Noin 15-vuotiaita Kolmannessa vaiheessa N=120 nuori-äiti-paria, yhteenlaskettu N=240 Noin 17-vuotiaita 52% tyttöjä viimeisessä vaiheessa</p>	<p>Kysely-, haastattelu- ja havainnointitutkimus. Pitkittäistutkimus. Center for epidemiological studies depression scale (CES-D) Perheen ympäristöä tutkittiin havainnoimalla positiivisia ja aggressiivisia vanhemmuuden tapoja laboratoriossa toteutetuissa vuorovaikutustilanteissa äidin ja nuoren välillä. Sosioekonomista asemaa mitattiin vanhemman kouluvuosien määrällä.</p>	<p>Merkitsevä epäsuora yhteys äidin vähäisen positiivisen käyttäytymisen ja nuorten masentuneisuusoireiden välillä nuorten ruminaation kautta tytöillä (p=0.02). Keskimmaisessä mittauksessa tytöillä oli merkitsevästi enemmän masentuneisuuden oireita (p<0.05). Tytöillä ensimmäisessä, toisessa ja kolmannessa mittausvaiheessa havaittiin positiivinen merkitsevä yhteys masentuneisuuden oireiden ja äidin aggressiivisen käyttäytymisen välillä suunnitteluun liittyvässä vuorovaikutuksessa (p<0.01) sekä masentuneisuuden oireiden ja äidin aggressiivisen käyttäytymisen välillä ongelmanratkaisuun liittyvässä vuorovaikutuksessa (p<0.05). Negatiivinen merkitsevä yhteys havaittiin masentuneisuuden oireiden ja positiivisen äidin käyttäytymisen välillä ongelmanratkaisuun liittyvässä vuorovaikutuksessa ensimmäisessä mittausvaiheessa (p<0.05) sekä kolmannessa mittausvaiheessa (p<0.01) ja suunnitteluun liittyvässä vuorovaikutuksessa toisessa sekä kolmannessa mittausvaiheessa (p<0.01). Pojilla ainut merkitsevä, positiivinen, yhteys havaittiin toisessa mittausvaiheessa masentuneisuuden ja äidin aggressiivisen käyttäytymisen välillä suunnitteluun liittyvässä vuorovaikutuksessa (p<0.05). Sosioekonominen asema oli tytöillä merkitsevästi negatiivisesti yhteydessä äidin aggressiiviseen käyttäytymiseen vuorovaikutuksessa liittyen suunnitteluun (p<0.05) ja ongelmanratkaisuun (p<0.05) ja merkitsevästi positiivisesti yhteydessä äidin kanssa tapahtuvaan positiiviseen vuorovaikutukseen ongelmanratkaisuun liittyvässä vuorovaikutustilanteessa (p<0.01). Pojilla sosioekonominen asema ei ollut merkitsevästi yhteydessä näihin.</p>
---	---	--	--	---

<p><i>Ringdal ym. 2020. Social support, bullying, school-related stress and mental health in adolescence. Norja.</i></p>	<p>Tarkastella sosiaalisen tuen, kiusaamisen ja koulustressin vaikutusta sekä positiivisiin että negatiivisiin mielenterveyden tekijöihin.</p>	<p>N=1814 16-21-vuotiaita 48% Tyttöjä 52% Poikia</p>	<p>Kyselytutkimus. Poikittaistutkimus. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) The Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale (SWEMWBS) (norjalainen versio) Hopkins Symptom Checklist (HSCL-10) Kysely taustatekijöistä: sukupuoli, ikä, koululinja, vanhempien koulutus ja perheen tulotaso.</p>	<p>Sosiaalinen tuki perheeltä oli merkitsevästi positiivisesti yhteydessä hyvinvointiin (p<0.001) ja merkitsevästi negatiivisesti yhteydessä ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuden oireisiin (p<0.001). Tytöillä oli merkitsevästi matalampi tulos mielen hyvinvoinnissa kuin pojilla (p<0.001). Vanhempien koulutusaste taas oli merkitsevästi positiivisesti yhteydessä nuorten mielen hyvinvointiin (p<0.001). Nuorten kokemalla perheen taloudellisella tilanteella oli positiivinen merkitsevä yhteys mielen hyvinvointiin (p<0.001). Tytöillä todettiin merkitsevästi enemmän ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta kuin pojilla (p<0.001). Perheen riittävä taloudellinen toimeentulo oli merkitsevästi negatiivisesti yhteydessä ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden oireisiin (p<0.001).</p>
<p><i>Lee ym. 2013. Chronic family economic hardship, family processes and progression of mental and physical health symptoms in adolescence. Yhdysvallat.</i></p>	<p>Tarkastella perheen jatkuvien taloudellisten haasteiden vaikutuksia nuorten terveyteen kuten ahdistuneisuuteen, masentuneisuuteen ja fyysisiin vaivoihin vanhempien avioliiton haasteiden ja tukea antavan vanhemmuuden kautta. Lisäksi tarkasteltiin, kuinka nuorten terveysongelmat vastavuoroisesti vaikuttavat vanhempien avioliiton haasteisiin ja tukea antavaan vanhemmuuteen.</p>	<p>Tutkimuksen alussa N=451 nuorta 53% tyttöjä 47% poikia Tutkimuksen alussa 7.-luokkalaisia Tutkimuksen alussa nuoret 12-vuotiaita, lopussa 17-vuotiaita. Lisäksi mukana nuorten isät ja äidit. Perheissä tuli olla myös sisarus. Ensimmäisessä aallossa analysoituva aineisto N=451, toisessa N=424, kolmannessa N=407, neljännessä N=404 ja kuudennessa N=424, viidennen aallon aineistoa ei saatu.</p>	<p>Määrällinen haastattelututkimus, kyselytutkimus, pitkittäistutkimus. Aineisto the Iowa Youth and Families Project (IYFP) -projektista. Symptoms Checklist (SCL-90-R) Depressive symptomology subscale of the Symptoms Checklist (SCL-90-R) Tukea antavaa vanhemmuutta tarkasteltiin viiden kysymyksen asteikolla, vanhemmat vastasivat. Perheen jatkuvia taloudellisia haasteita tarkasteltiin viiden kysymyksen asteikolla, nuoret vastasivat. Taustatekijöistä kysyttiin nuoren sukupuoli sekä vanhempien koulutus, jota mitattiin kouluvuosien määrällä.</p>	<p>Jatkuva perheen haastava taloudellinen tilanne oli suoraan merkitsevästi yhteydessä nuorten masentuneisuuden oireisiin (p<0.01) ja merkitsevästi enemmän yhteydessä tyttöjen kuin poikien masentuneisuuden oireisiin (p<0.05). Lisäksi huomattiin tukea antavan vanhemmuuden olevan merkitsevä, lieventävä välillinen tekijä nuoren ahdistuneisuuden (p<0.05) sekä masentuneisuuden oireiden (p<0.05) ja jatkuvan perheen haastavan taloudellisen tilanteen välillä. Tukea antava vanhemmuus oli merkitsevä, lieventävä välillinen tekijä myös vanhempien avioliiton haasteiden ja nuoren ahdistuneisuuden (p<0.05) sekä masentuneisuuden oireiden (p<0.05) epäsuoran yhteyden välillä. Kun vanhemmuus oli vähemmän tukea antavaa, oli nuorilla merkitsevästi enemmän masentuneisuuden oireita kuin jos vanhemmuus oli enemmän tukea antavaa (p<0.001). Vanhempien riittelyn yhteys nuoren masentuneisuuden oireisiin oli merkitsevästi voimakkaampi silloin, kun vanhemmat antoivat nuorelle vähemmän tukea verrattuna siihen, kun vanhemmat antoivat nuorelle enemmän tukea (p<0.05).</p>

<p><i>Yuwen & Chen 2013. Chinese American adolescents: perceived parenting styles and adolescents' psychosocial health. Yhdysvallat.</i></p>	<p>Tarkastella nuorten käsityksiä vanhemmuuden tyyleistä ja kuinka nämä tyylit voivat vaikuttaa nuorten psykososiaaliseen terveyteen.</p>	<p>N=15 12-17-vuotiaita</p>	<p>Laadullinen haastattelututkimus. Nuoret jaettiin kahteen haastatteluryhmään. Lisäksi kysely liittyen taustatietoihin.</p>	<p>Nuoret mielsivät, että vanhemmilla oli korkeat odotukset nuorten akateemisesta suoriutumisesta ja moraalista arvoista. Heillä oli perheissä tiukemmat säännöt kuin ei-aasialaisten ystävien perheissä. Vanhemmat olivat suojelevampia tyttöjä kuin poikia kohtaan. Sekä tytöt että pojat raportoivat tehottomaa tai heikkoa kommunikointia vanhempien kanssa mikä taas johti lisääntyneisiin ristiriitoihin vanhempien kanssa ja aiheutti emotionaalista stressiä nuorille. Heikon tai tehottoman kommunikoinnin nuoren ja vanhempien välillä sekä vanhempien antaman tuen puutteen tunnistettiin vaikuttavan negatiivisesti nuorten psykososiaaliseen terveyteen.</p>
<p><i>Giannakopoulos ym. 2009. Family correlates of adolescents' emotional/behavioural problems: evidence from a Greek school-based sample. Kreikka.</i></p>	<p>Tarkastella perheen tunnuspiirteiden ja nuorten itseraportoitujen emotionaalisten tai käyttäytymiseen liittyvien ongelmien yhteyttä.</p>	<p>N=639 perhettä Mukana nuoret ja äidit, jotka vastanneet erikseen kyselyihin. 36.8% poikia 63.2% tyttöjä 11-18-vuotiaita</p>	<p>Kyselytutkimus. Poikittaisutkimus. The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; 20) the Family Affluence Scale (FAS) Vanhempien täyttämä Social Adjustment Scale (SAS; 28) (muokattu) The Child Health Questionnaire (CHQ; 24) (olennaiset kohdat)</p>	<p>Vanhempien muu kuin naimisissa oleva siviilisäätö (p=0.010) ja heikko vanhemman ja nuoren välinen suhde (p=0.029) olivat merkitsevästi yhteydessä nuorten emotionaalisten ja käyttäytymisen ongelmien kanssa.</p>
<p><i>Moore ym. 2018. School, peer and family relationships and adolescent substance use, subjective wellbeing and mental health symptoms in Wales: a cross sectional study. Iso-Britannia.</i></p>	<p>Tarkastella perheen, ystävien ja koulusuhteiden erillisiä vaikutuksia ja yhteisvaikutuksia nuorten päihteidenkäyttöön, subjektiiviseen hyvinvointiin ja mielenterveyden oireiluun.</p>	<p>N=9055 11-16-vuotiaita 49% tyttöjä</p>	<p>Kyselytutkimus. Poikittaisutkimus. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) -kysely. Kysymyksiä liittyen mielenterveyden oireisiin, subjektiiviseen hyvinvointiin, perhesuhteisiin, ystävilta saatuun tukeen, kontakteihin koulussa sekä päihteiden käyttöön. The Family Affluence Scale (FAS)</p>	<p>Nuorten positiiviset suhteet perheeseen olivat johdonmukaisesti yhteydessä parempiin tuloksiin mielenterveyden oireiluun liittyen. Merkitsevä yhteys löydettiin niin perheen kommunikoinnin ja nuoren mielenterveyden oireiden (p<0.05) kuin perheen tuen ja nuoren mielenterveyden oireiden (p<0.05) välillä. Paremmat suhteet koulun henkilökuntaan olivat eniten yhteydessä vähäisempiin mielenterveyden oireisiin (p<0.05) silloin, kun nuoret raportoivat vähäisempää perheen tukea. Tuki ystävilta oli yhteydessä korkeampaan kannabiksen käyttöön (p<0.05) ja heikompaan mielenterveyteen (p<0.05) silloin, kun nuoret saivat heikompa tukea perheeltä.</p>

<p><i>Damsgaard ym. 2014. Close relations to parents and emotional symptoms among adolescents: beyond socio-economic impact? Tanska.</i></p>	<p>Tarkastella nuorten ja vanhempien välisen luottamuksellisen kommunikoinnin ja nuorten emotionaalisten oireiden yleisyyden yhteyttä sekä perheen sosioekonominen aseman mahdollista vaikutusta tähän yhteyteen.</p>	<p>N=15 646 7664 poikaa 7950 tyttöä 11-, 13- ja 15- vuotiaita.</p>	<p>Kyselytutkimus. Poikittaisutkimus. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) -kysely. HBSC Symptom Check List (HBSC-SCL) Kysymyksiä suhteista vanhempiin. Kysymyksiä sosioekonomisesta asemasta.</p>	<p>Nuorista kahdeksalla prosentilla oli emotionaalisia oireita lähes päivittäin. OR 2.05 (1.79–2.36) päivittäisiin emotionaalisiin oireisiin nuorilla, joilla ei ole luottamuksellista kommunikointia vanhempien kanssa verrattuna nuoriin, joilla on luottamuksellista kommunikointia vanhempien kanssa ja tytöillä OR 1.97 (1.75–2.23) verrattuna poikiin. Sosioekonominen asema ei merkittävästi vaikuttanut tähän yhteyteen.</p>
<p><i>Smokowski ym. 2014. Multilevel risk factors and developmental assets for internalizing symptoms and self-esteem in disadvantaged adolescents: Modeling longitudinal trajectories from the Rural Adaptation Project. Yhdysvallat.</i></p>	<p>Tarkastella eri riskitekijöiden ja kehityksellisten voimavarojen kuten perheen tuen vaikutusta nuorten masentuneisuuteen ja ahdistuneisuuteen sekä itsetuntoon.</p>	<p>Oireita mitattaessa ensimmäisessä aallossa N=4036, toisessa aallossa N=4231 ja kolmannessa aallossa N=4229. 6- ja 8-luokkalaisten. Keski-ikä 12.8 vuotta. 52% tyttöjä 48% poikia</p>	<p>Kyselytutkimus. Pitkittäistutkimus. Mukana viisivuotisen tutkimuksen kolme ensimmäistä vuotta. The School Success Profile (SSP) (muokattu) The Youth Self- Report (YSR) (tietyt osiot) The Conflict Behavior Questionnaire Parent Support Scale Kysymyksiä taustatekijöistä.</p>	<p>Riski ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen oli kohonneempi niillä nuorilla, joilla oli enemmän riitoja vanhempiensa kanssa (p<0.001). Ahdistuneisuus ja masentuneisuus olivat yleisempiä myös niillä nuorilla, jotka tulivat sosioekonomisesta vähäosaisista perheistä tai naapurustoista (p<0.01). Tuki perheeltä oli yhteydessä vähäisempään ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen (p<0.001).</p>

<p><i>Telzer & Fuligni 2013. Positive daily family interactions eliminate gender differences in internalizing symptoms among adolescents. Yhdysvallat.</i></p>	<p>Tarkastella, kuinka positiivinen ja negatiivinen päivittäinen vuorovaikutus perheen kanssa on yhteydessä sukupuolieroihin nuorten masentuneisuus oireilussa, somaattisessa oireilussa sekä päivittäisessä stressissä, johon liittyy masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta.</p>	<p>N=681 54% tyttöjä 46% poikia 16-19-vuotiaita</p>	<p>Poikittainen kyselytutkimus sekä 14 päivän ajan päiväkirja, jossa kysymyksiä vastattavaksi. The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) Päiväkirjan kysymyksiä, jotka olivat the Profile of Mood States -kyselystä. Päivittäistä positiivista vuorovaikutusta perheen kanssa tarkasteltiin päiväkirjan avulla, jossa kysyttiin, oliko nuori tullut toimeen perheen kanssa. Päivittäistä negatiivista vuorovaikutusta perheen kanssa tarkasteltiin päiväkirjan avulla, jossa kysyttiin perheen kanssa riitelystä ja perheen antamista rangaistuksista. Sosioekonomista asemaa tarkasteltiin vanhempien koulutuksen ja työelämän kautta.</p>	<p>Tytöt raportoivat merkitsevästi enemmän masentuneisuuden oireita ($p<0.001$) kuin pojat. Tytöt raportoivat myös poikia enemmän niin päivittäistä perheen kanssa hyvin toimeen tulemistä ($p<0.05$) kuin myös riitelyä perheen kanssa ja rangaistuksi tuloa ($p<0.001$). Negatiivinen perheen vuorovaikutus oli yhteydessä korkeampiin masentuneisuuden oireisiin ($p<0.001$) pojilla. Positiivinen perheen vuorovaikutus taas ei ollut merkitsevästi yhteydessä masentuneisuuden oireisiin pojilla. Tyttöjen kohdalla negatiivinen perheen vuorovaikutus oli yhteydessä korkeampiin masentuneisuuden oireisiin ($p<0.01$) ja positiivinen perheen vuorovaikutus oli yhteydessä matalampiin masentuneisuuden oireisiin ($p<0.001$).</p>
--	--	---	---	---

<p><i>Ma ym. 2020. Depressive symptoms prevalence, associated family factors, and gender differences: A national cohort study of middle school students in China. Journal of Affective Disorders. Kiina.</i></p>	<p>Tarkastella masentuneisuuden oireiden yleisyyttä ja muutoksia nuorilla. Lisäksi tarkasteltiin vanhempien välisten suhteiden sekä vanhempien ja nuorten välisten suhteiden roolia masentuneisuuden oireiden yleisyyteen ja muutoksiin nuorilla. Sukupuolierot otettiin myös huomioon.</p>	<p>N=10279 N=5310 poikia N=4773 tyttöjä N=196 ei ilmoitettu sukupuolta. Näistä analyysissä mukana he, joilla loppuun asti täytetty aineisto masentuneisuuden oireista. Näin ollen N=9869 ensimmäisessä aineistonkeruussa 7-luokalla, keski-ikä 13.1 vuotta N=9817 toisessa aineistonkeruussa 8-luokalla N=8861 kolmannessa aineistonkeruussa 9-luokalla.</p>	<p>Kyselytutkimus, kohorttitutkimus, pitkittäistutkimus. China Education Panel Survey -kysely Nuorten ja vanhempien taustatietoja. Nuorten suhteita heidän vanhempiinsa. Nuorten masentuneisuusoireita tarkasteltiin 4-kohtaisella mittarilla. Vanhempien keskinäistä suhdetta mitattiin 2-kohtaisella mittarilla. Nuoren ja äidin sekä nuoren ja isän läheisyyttä tarkasteltiin yhdellä kysymyksellä. Nuoren ja vanhemman vuorovaikutusta tarkasteltiin kysymällä erilaisista aktiviteeteista. Kysyttiin perheen sosioekonominen asema ja vanhempien koulutusaste sekä muita taustatietoja.</p>	<p>Äidin ja nuoren välisessä läheisyydessä ei havaittu eroja, mutta pojat raportoivat olevansa läheisempiä isänsä kanssa verrattuna äiteihin ($p<0.001$). Tytöt raportoivat toistuvampaa vuorovaikutusta vanhempiensa kanssa kuin pojat ($p=0.005$). ”Mahdollisen masennuksen” yleisyys kasvoi 7-luokalta 9-luokalle tultaessa sekä tyttöjä että poikia yhdessä tarkastellessa ($p<0.05$). 7-luokan ja 9-luokan välillä niiden tyttöjen, jotka raportoivat tuntevansa itsensä alakuloiseksi tai onnettomaksi ”joskus” tai ”aina” määrä kasvoi merkitsevästi ($p<0.05$). Korkeampi taso äidin ja nuoren läheisyydessä oli itsenäisesti yhteydessä matalampiin masentuneisuuden oireisiin kaikilla nuorilla ($p<0.001$), pojilla ($p<0.01$) ja tytöillä ($p<0.001$). Korkeampi isän ja lapsen läheisyys oli itsenäisesti yhteydessä matalampiin masentuneisuuden oireisiin kaikilla nuorilla ($p<0.001$), pojilla ($p<0.001$) ja tytöillä ($p<0.001$). Useammin toistuva vanhemman ja nuoren välinen vuorovaikutus oli myös itsenäisesti yhteydessä matalampiin masentuneisuuden oireisiin kaikilla nuorilla ($p<0.001$), pojilla ($p<0.001$) ja tytöillä ($p<0.001$). Vanhempien välisen suhteen laatu oli itsenäisesti yhteydessä madaltuneeseen riskiin ”mahdolliseen masennukseen” kaikilla nuorilla ($p<0.001$), pojilla ($p<0.01$) ja tytöillä ($p<0.001$). Korkeampi äidin ja lapsen läheisyys oli itsenäisesti yhteydessä pienentyneeseen riskiin ”mahdolliseen masennukseen” kaikilla nuorilla ($p<0.01$) ja tytöillä ($p<0.001$). Korkeampi isän ja lapsen läheisyys oli itsenäisesti yhteydessä pienentyneeseen ”mahdollisen masennuksen” riskiin kaikilla nuorilla ($p<0.001$) ja tytöillä ($p<0.001$). Enempi vanhemman ja nuoren välinen vuorovaikutus oli itsenäisesti yhteydessä pienentyneeseen ”mahdollisen masennuksen” riskiin kaikilla nuorilla ($p<0.001$) pojilla ($p<0.01$) ja tytöillä ($p<0.001$). Parempi vanhempien välinen vuorovaikutus oli yhteydessä korkeampaan äidin ja nuoren väliseen läheisyyteen, isän ja nuoren väliseen läheisyyteen ja ja enempään vanhemman ja nuoren väliseen vuorovaikutukseen (kaikki $p<0.001$) jotka taas vuorostaan olivat yhteydessä matalampiin masentuneisuuden oireisiin nuorilla ($p<0.001$). Paremmat vanhempien väliset suhteet olivat myös suoraan yhteydessä matalampiin masentuneisuuden oireisiin nuorilla ($p<0.001$).</p>
--	---	--	---	---

<p><i>Keijser ym. 2020. The influence of parenting styles and parental depression on adolescent depressive symptoms: A cross-sectional and longitudinal approach. Ruotsi.</i></p>	<p>Tarkastella vanhemmuuden tyylien ja vanhempien masennuksen vaikutusta nuoruuden ja nuoren aikuisuuden aikaisiin masentuneisuuden oireisiin.</p>	<p>N=1603 58.1% tyttöjä 41.9% poikia Tutkimuksessa yhteensä kolme aaltoa, tämän tutkimuksen analyyseissa mukana kyselyn toinen aalto, jossa nuoret 16-18-vuotiaita, ja kolmas aalto, jossa nuoret 19-21 -vuotiaita.</p>	<p>Kyselytutkimus. Poikkittais- ja pitkittäistutkimus. The Survey of Adolescent Life in Västmanland Cohort study (SALVeCohort) -tutkimus The Depression Self-Rating Scale Adolescent version (DSRS) The Parents as Social Context Questionnaire (PASCQ)</p>	<p>Tytöt raportoivat merkitsevästi enemmän masentuneisuuden oireita kuin pojat ($p<0.001$) sekä toisessa että kolmannessa aallossa. Positiiviset vanhemmuuden tyylit olivat yhteydessä vähäisempiin raportoituihin masentuneisuuden oireisiin nuorilla ($p<0.001$) kun taas negatiiviset vanhemmuuden tyylit olivat yhteydessä enempiin raportoituihin masentuneisuuden oireisiin ($p<0.001$). 18-vuotiaat nuoret raportoivat enemmän masentuneisuuden oireita verrattuna 16-vuotiaisiin nuoriin ($p<0.001$). Positiivisemmat vanhemmuuden tyylit toisessa aallossa olivat yhteydessä vähäisempiin nuorten masentuneisuuden oireisiin kolmannessa aallossa ($p=0.022$). Masentuneisuuden oireiden olemassaolo toisessa aallossa oli vahva enne masentuneisuuden oireista myös kolme vuotta myöhemmin ($p<0.001$).</p>
---	--	---	---	--

LIITE 2. Kirjallisuuskatsaukseen valikoituneiden kvantitatiivisten tutkimusten laadunarviointi Kmetin ym.

(2004) arviointikriteeripisteystystä mukailleen, kriteerit vapaasti suomennettuna.

Tutkimus	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
Arora ym. 2017	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	1	2	2	2	2	2
Damsgaard ym. 2014	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	N/A	1	2
Gaté ym. 2013	2	2	2	2	N/A	2	N/A	2	1	2	2	1	2	2
Giannakopoulos ym. 2009	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	N/A	2	2
Keijser ym. 2020	2	2	1	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	2	2	2
Lee ym. 2013	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	2	2	2
Ma ym. 2020	2	2	2	1	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	2	2	2
Manongdo & Ramírez García 2011	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	1	2	2	2	2	2
Moore ym. 2018	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	N/A	2	2
Ringdal ym. 2020	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	N/A	2	2
Smokowski ym. 2014	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	2	2	2
Telzer & Fuligni 2013	2	2	1	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	2	2	2
Xu ym. 2019	2	2	2	2	N/A	N/A	N/A	2	2	2	2	N/A	2	2

2=kyllä, 1=osittain, 0=ei, N/A=ei arvioida tämän tutkimuksen osalta

Arviointikriteerit

1. Tutkimuskysymykset ja tutkimuksen tavoitteet selkeästi kuvattu
2. Tutkimusmenetelmä selkeä ja tutkimukseen soveltuva
3. Kohde- ja verrokkiryhmien valinta asianmukaisesti kuvattu
4. Kohderyhmän ja tarvittaessa verrokkiryhmän ominaisuudet selkeästi kuvattu
5. Mahdollinen satunnaistaminen kuvattu
6. Mahdollinen tutkijoiden sokkouttaminen raportoitu
7. Mahdollinen tutkittavien sokkouttaminen raportoitu

8. Muuttujat määritely ja soveltuvia, mittarit raportoitu
9. Otoskoko soveltuva
10. Analyysimenetelmät kuvattu ja soveltuvia
11. Päätulosten variansseja raportoita
12. Sekoittavat tekijät kontrolloitu
13. Tulokset raportoitu riittävän yksityiskohtaisesti
14. Johtopäätökset tehty tuloksiin perustuen

LIITE 3. Muuttujien väliset korrelaatiot Spearmanin järjestyskorrelaation mukaisesti *kaikilla nuorilla*.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Mielenterveyteen liittyvä oireilu	-									
2. Sukupuoli	0.21**	-								
3. Helppo puhua isän kanssa	-0.20**	-0.26**	-							
4. Helppo puhua äidin kanssa	-0.24**	-0.08**	0.43**	-						
5. Perheen keskustelu	-0.24**	-0.04	0.24**	0.31**	-					
6. Perheen antama tuki ja apu	-0.22**	0.01	0.30**	0.40**	0.32**	-				
7. Äidin tietoisuus	-0.07**	0.17**	0.09**	0.19**	0.13**	0.22**	-			
8. Isän tietoisuus	-0.13**	0.01	0.24**	0.14**	0.14**	0.24**	0.44**	-		
9. Koettu taloudellinen tilanne	-0.16**	-0.08**	0.18**	0.14**	0.10**	0.20**	0.02	0.16**	-	
10. Koulutusorientaatio	0.04	-0.17**	0.03	0.01	-0.05*	-0.10**	-0.15**	-0.14**	-0.10**	-

*=p<0.05 **=p<0.01

LIITE 4. Muuttujien väliset korrelaatiot Spearmanin järjestyskorrelaation mukaisesti *pojilla*.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Mielenterveyteen liittyvä oireilu	-								
2. Helppo puhua isän kanssa	-0.15**	-							
3. Helppo puhua äidin kanssa	-0.19**	0.47**	-						
4. Perheen keskustelu	-0.23**	0.27**	0.27**	-					
5. Perheen antama tuki ja apu	-0.15**	0.30**	0.34**	0.30**	-				
6. Äidin tietoisuus	-0.13**	0.04	0.17**	0.10**	0.21**	-			
7. Isän tietoisuus	-0.12**	0.13**	0.11**	0.13**	0.21**	0.46**	-		
8. Koettu taloudellinen tilanne	-0.18**	0.16**	0.17**	0.06	0.19**	0.05	0.12**	-	
9. Koulutusorientaatio	0.02	0.03	-0.02	-0.05	-0.11**	-0.11**	-0.13**	-0.06	-

*=p<0.05 **=p<0.01

LIITE 5. Muuttujien väliset korrelaatiot Spearmanin järjestyskorrelaation mukaisesti *työillä*.

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Mielenterveyteen liittyvä oireilu	-								
2. Helppo puhua isän kanssa	-0.16**	-							
3. Helppo puhua äidin kanssa	-0.25**	0.40**	-						
4. Perheen keskustelu	-0.25**	0.21**	0.33**	-					
5. Perheen antama tuki ja apu	-0.28**	0.33**	0.46**	0.34**	-				
6. Äidin tietoisuus	-0.10**	0.21**	0.25**	0.18**	0.23**	-			
7. Isän tietoisuus	-0.15**	0.34**	0.16**	0.15**	0.26**	0.43**	-		
8. Koettu taloudellinen tilanne	-0.13**	0.17**	0.10**	0.13**	0.22**	0.03	0.19**	-	
9. Koulutusorientaatio	0.11**	-0.05	0.02	-0.07**	-0.09**	-0.14**	-0.16**	-0.16**	-

*= $p < 0.05$ **= $p < 0.01$