

# Varhaisen puuttumisen mallin vaikuttavuuden arviointia — tavoitteena nuorten päihteiden käytön ehkäiseminen

Tutkimuksessa arvioitiin varhaisen puuttumisen vaikuttavuutta 14–15-vuotiaiden nuorten (n = 386) päihteiden käytön ehkäisemisessä interventio- ja vertailuryhmässä vuoden seuranta-ajalla. Arvioitava interventio sisälsi yksilöllisen terveystalkustelun kouluterveydenhoitajan kanssa Nuorten päihdemittarilla (Adolescents' Substance Use Measurement, ADSUME) tunnistetun huolen mukaisesti. Aineisto koottiin puolistrukturoidulla kyselyillä. Tutkimuksen seurantavaiheeseen osallistui interventio- ja vertailukouluissa 160 (vastausprosentti 81) ja vertailukouluissa 132 nuorta (vastausprosentti 70). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.

Nuorten arviot päihteisiin liittyvästä terveystalkustelusta kouluterveydenhoitajan kanssa olivat myönteiset sekä interventio- että vertailuryhmissä. Kuitenkin päihteitä runsaasti käyttäneet nuoret arvioivat keskustelujen luottamuksellisuuden puutteelliseksi. Päihteiden käyttö lisääntyi seuranta-aikana molemmissa ryhmissä. Seurantatilanteessa tyttöjen päihteiden vaarallinen suurkulutus (32 %) oli yleisempää kuin poikien (25 %). Tarvitaan intervention sekä ryhmämuotoisten terveystalkustelujen kehittämistä.

**MARJATTA PIRSKANEN, EILA LAUKKANEN, PIRJO VARJORANTA, MIIA LAHTELA,  
ANNA-MAIJA PIETILÄ**

## JOHDANTO

Suomalaisnuorten päihteiden käyttö, erityisesti humalajuominen, on huolestuttavaa. Vaikka raittiiden peruskoulun kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten osuus (43%) on viime vuosina lisääntynyt, heistä 15 prosenttia joi itsensä humalaan vähintään kerran kuukaudessa. Lisäksi 15 prosenttia nuorista tupakoi päivittäin ja 8 prosenttia oli kokeillut huumeita ainakin kerran. (THL 2011.) Muihin eurooppalaisnuoriin verrattuna suomalaisnuorten humalajuominen sekä lääkkeiden ja alkoholin sekakäyttö on yleisempää, toisaalta huumausaineiden käyttö vähäisempää (Hibell ym. 2009). Huolestuttavimpia ovat viimeaikaiset tulokset suomalaistyttöjen ja nuorten naisten humalajuomisen lisääntymisestä (Raitasalo ja Simonen 2011).

Nuorten päihteiden käytön ehkäisy ja varhaisen tuen menetelmien kehittäminen ovat keskeisiä

terveyspolitiikan tavoitteita Suomessa (STM 2008, 2009). On myös kiinnitetty huomiota niiden haittojen ehkäisyyn, joita alkoholi aiheuttaa lasten ja perheiden hyvinvoinnille. Näin tavoitteena onkin ehkäistä perheiden mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtymistä yli sukupolvien (Pitkänen ym. 2008, STM 2009). On olennaista tunnistaa vanhempien huolenpidon ja elämäntapoihin liittyvien mallien, erityisesti äidin tupakoinnin merkitys nuoren päihdeettömyyden edistämisessä (Cleveland ym. 2008, Pitkänen ym. 2008, Duncan ym. 2011).

Seurantatutkimusten (esim. Pitkänen ym. 2008, Huurre ym. 2011) perusteella tiedetään, että nuorena aloitettu alkoholin käyttö on yhteydessä aikuisiän runsaaseen alkoholin käyttöön, päivittäiseen tupakointiin ja lainrikkomuksiin. Nuoruusiän runsas juominen ja siihen liittyvä elämäntyyli ennustavat myös vähäisempää koulutus-

ta, alhaista sosioekonomista asemaa, työttömyyttä ja ihmissuhdeongelmia, psykosomaattisia oireita sekä ahdistuneisuutta. Siten varhainen puuttuminen alkoholin käytön ehkäisemiseksi tai vähentämiseksi voi edistää nuoruusiän suotuisaa kehitystä ja suojata aikuisiän ongelmilta (Huurre ym. 2011).

Alkoholin käytön ehkäisemiseen tai vähentämiseen on kehitetty erilaisia interventioita, joiden vaikuttavuudesta on tehty Cochrane-katsauksia. Arvioiden mukaan nuorten psykososiaalista kehitystä ja käyttäytymistä tukevat sekä perheissä tai kouluissa toteutetut interventiot ovat osoittautuneet vaikuttaviksi lähinnä humalajuomisen vähentämisessä. (Foxcroft ym. 2007, Foxcroft ja Tsertsvadze 2011a, 2011b, 2011c.) Nuoriin kohdentuva lyhytneuvonta eli mini-interventio (brief intervention, BI) ja motivoiva mini-interventio on todettu vaikuttavimmiksi menetelmiksi (Tripodi 2010). Mini-interventiota on arvioitu tehokkaaksi myös nuorten tupakoinnin (Horn ym. 2003, Rice ja Stead 2008) ja huumausaineiden käytön vähentämisessä (Martin ym. 2005, Baer ym. 2008). Tiedetään, että vaikka yksilöllinen interventio ei vaikuttanut 16–19 -vuotiaiden opiskelijoiden juomistiheyteen, juotujen alkoholiannosten ja haitallisten seurausten määrä vähentyi (Pirskanen 2007, Baer ym. 2008).

Nuorille sovelletut mini-intervention menetelmät pohjautuvat WHO:n tutkimusyhteistyössä aikuisille kehitettyyn Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) -testiin ja mini-intervention (Babor ja Higgins-Biddle 2000, Käypä hoito 2012). Mini-intervention vaikuttavuudesta erityisesti miesten alkoholin suurkulutuksen ja humalajuomisen vähentämisessä on useita tutkimuksia ja Cochrane-katsaus (Kaner ym. 2007). Mini-intervention toteuttamisesta on laadittu ohjeita myös nuorten terveydenhuoltoyksiköille (NIAA 2011, Wachtel ja Staniford 2010, Wilson ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa arvioitava varhaisen puuttumisen malli ja Nuorten päihdemittari (Adolescents' Substance Use Measurement, ADSUME) pohjautuvat AUDIT-testin ja mini-intervention periaatteisiin sekä mini-intervention preventiiviseen sovellutukseen (Pirskanen 2007). Malli perustuu osaltaan salutogeeniseen, terveyslähtöiseen teoriaan, jolloin huomio kohdennetaan terveyttä aikaansaaviin voimavaroihin unohtamatta riskitekijöitä. Varhaisen puuttumisen malli, joka on käytössä kansallisella tasolla (STM 2006, Pirskanen 2011, Pirskanen ja Pietilä 2011), kehi-

tettiin Kuopion perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueiden ja Itä-Suomen yliopiston yhteistyönä 14–18 -vuotiaiden nuorten päihteettömyyden edistämiseksi (Pirskanen 2007, Pirskanen ym. 2007). Terveydenhoitajien arvion mukaan varhainen puuttuminen pysäytti nuoria miettimään omaa päihteidenkäyttöään. Sen sijaan luottamukellisuus ja päihteiden riskikäytön yhteydessä tarvittu yhteydenotot vanhempiin ovat aiheuttaneet kritiikkiä. (Pirskanen ym. 2011.) Tutkimustietoa tarvitaan varhaisen puuttumisen malliin sisältyvän yksilöohjauksen kehittämiseen ja mallin vaikuttavuuden arviointiin.

## TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tässä tutkimuksessa selvitetään varhaisen puuttumisen mallin mukaisen intervention vaikuttavuutta 14–15-vuotiaiden nuorten päihteiden käytön ehkäisemisessä interventio- ja vertailuryhmissä vuoden seuranta-ajalla huomioiden nuoren taustatekijät sekä nuorten arvioita terveyskeskustelusta terveydenhoitajan kanssa. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten nuorten päihteiden käyttö on yhteydessä vanhempien koulutukseen, tupakointiin ja tietoon lapsensa päihteiden käytöstä?
2. Miten päihteiden käyttö muuttuu interventio-ryhmässä ja vertailuryhmässä vuoden seuranta-aikana?
3. Millaiseksi nuoret arvioivat päihteiden käyttöön liittyvän terveyskeskustelun terveydenhoitajan kanssa?

## TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### ARVIOITAVA INTERVENTIO

Varhaisen puuttumisen mallin mukainen interventio sisältää: 1. Nuorten päihdemittarin, ADSUME, 2. toimintakaavion ja 3. toimintasuositukset (Pirskanen 2011). ADSUME sisältää yhteensä 17 kysymystä (katso Taulukko 1; kysymykset 1–10). Päihteiden käytön määrää (kysymykset 1–4) ja päihteiden käyttöön liittyviä haitallisia seurauksia (kysymykset 5–9) mittaavat kysymykset on pisteytetty (0–5 pistettä). Kysymysten 5–9 yhteispisteiden (0–43 pistettä) perusteella päihteiden käytössä tunnistetaan neljä tasoa: 1. raittiit, 2. kokeilu- tai toistuva käyttö, 3. riskikäyttö ja 4. vaarallinen suurkulutus. Lisäksi ADSUME sisältää avoimia kysymyksiä päihteiden käytön syistä sekä sosiaalisesta tuesta ja altistumisesta (10–17). Päihteillä tarkoitetaan tässä

### Taulukko 1.

Nuorten (n = 292) päihteiden käyttö ADSUMEn yksittäisten kysymysten mukaan kuvattuna alkutilanteessa 8.-luokalla ja seurantatilanteessa 9.-luokalla interventio- ja vertailuryhmittäin (%)

Kysymyksiä päihteiden käytöstä viimeisen vuoden aikana	Vastausvaihtoehdot	Alkutilanne		Seurantatilanne	
		Interventio-ryhmä (n = 198) %	Vertailuryhmä (n = 188) %	Interventio-ryhmä (n = 160) %	Vertailuryhmä (n = 132) %
1. Tupakoitko tai käytätkö nuuskaa? *)	En	82	85	64	68
	Kyllä, satunnaisesti	11	10	17	19
	Kyllä, päivittäin	7	5	19	13
2. Oletko kokeillut tai käyttänyt päihteitä viimeisen vuoden aikana? *)	En	57	61	41	46
	Alkoholia	39	33	49	44
	Sekakäyttö	4	6	10	10
3. Kuinka usein olet kokeillut tai käyttänyt muita päihteitä kuin tupakkaa viimeisen vuoden aikana? **)	1–3 kertaa	33	45	26	32
	4–6 kertaa	35	21	18	23
	n. kerran kuukaudessa	15	15	13	18
	pari kertaa kuukaudessa	14	13	29	18
	kerran viikossa tai useammin	3	6	14	9
4. Kuinka monta annosta alkoholia juot yleensä niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?	En käytä alkoholia	18	10	8	4
	1–2 annosta	23	26	11	14
	3–4 annosta	28	18	23	20
	5–6 annosta	16	28	29	33
	7 annosta tai enemmän	15	20	29	29
5. Oletko myöhästynyt, lähtenyt kesken päivän tai jäänyt pois koulutusta päihteiden käyttösi takia?	En koskaan	91	92	84	92
	Kerran	3	6	7	1
	2–3 kertaa	4	–	5	3
	4 kertaa tai useammin	1	2	4	4
6. Oletko toiminut päihtyneenä seuraavilla tavoilla (yksi tai useampi merkintä)?	Olen satuttanut itseäni	8	10	16	11
	Olen satuttanut toista	5	5	11	6
	Olen ollut autossa, jota on ajanut päihtynyt	2	2	3	5
	Olen ajanut itse päihtyneenä ajoneuvoa	–	1	4	2
	Olen rikkonut tai varastanut omaisuutta	5	5	4	5
	Olen seksisuhteessa, jota olen katunut	3	2	3	3
	En ole joutunut mihinkään vaikeuksiin	30	24	37	39
7.. Kuinka usein olet toiminut edellä mainitulla tavalla?	Kerran	38	47	36	38
	Kahdesti	24	21	18	12
	Useammin	38	32	46	50
8. Kuinka usein ”meni muisti”?	Ei kertaakaan	65	52	48	48
	Kerran	20	29	33	31
	Useammin	15	19	19	21
9. Oletko sammunut?	En kertaakaan	83	78	61	69
	Kerran	13	14	21	17
	Useammin	4	8	18	14
10. Miksi käytät päihteitä?	Seuran vuoksi	11	13	23	27
	Hauskanpitoon	27	28	47	45
	Rentoutumiseen	11	11	21	15
	Helpottaakseni pahaa oloa	8	7	10	7
	Saadakseni pään sekaisin	4	9	9	14

\*) Kysymyksiin 1–2 vastasivat kaikki nuoret (alkutilanteessa n = 386, seurantatilanteessa n = 292).

\*\*) Kysymyksiin 3–10 vastasivat nuoret, jotka olivat käyttäneet alkoholia tai muita päihteitä (n = 115 alkutilanteessa ja n = 167 seurantatilanteessa).

yhteydessä tupakkaa, alkoholia, huumausaineita, päihitymystarkoituksessa käytettyjä lääkkeitä ja impattavia aineita.

Toimintakaaviossa on havainnollistettu prosessimainen päihteiden käytön tilannearvio ja toiminnan eteneminen. Tilannearvio perustuu ADSUMEn pisteiden ja terveyskeskustelun aikana terveydenhoitajalle muodostuneeseen käsitykseen nuoren voimavaroista. Huolen aste ja interventiosuosituksen on havainnollistettu liikennevaloja kuvaavien värein: vihreä – ei huolta, voimavaroja vahvistava interventio; keltainen – lievä huoli, preventiivinen mini-interventio; harmaa – tuntuva huoli eli ”huolen harmaa vyöhyke”, mini-intervention lisäksi arvio yhteistyökumppanien ja lastensuojelun avun tarpeesta; punainen – vakava huoli, hoidon tarpeen arviointi lääkärin kanssa. (Pirskanen 2011.)

Terveydenhoitajan työn tueksi esitetyissä toimintasuosituksissa korostetaan terveyskeskustelua, jossa terveydenhoitajalta edellytetään nuoren voimavarojen tukemista, dialogista vuorovaikutusta, huolen ilmaisemista ja motivaation herättämistä sekä mini-intervention toteuttamista tai jatkohoidon järjestämistä koululääkärin ja muiden yhteistyötahojen kanssa. Varhaisen puuttumisen ydin on yhteinen pohdinta, jossa tarvittava interventio toteutuu nuoren tarpeiden mukaan: promotiivisesti voimavaroja tukien raittiille ja kokeilijoille, preventiivisenä mini-interventiona päihteitä toistuvasti käyttäville, mini-interventiona riskikäyttäjille ja hoidon tarpeen arviointina vaarallisen suurkulutuksen yhteydessä. Erityisesti pohditaan nuoren omaa arviota ja muutoshalukkuutta sekä päihteettömiä vapaa-ajan viettotapoja. Nuoren luottamuksen säilyttämiseksi tarvitaan perusteellisia keskusteluja riskikäytön ja vaarallisen suurkulutuksen tilanteissa, joissa terveydenhoitajan velvollisuus on käynnistää yhteistyö kodin ja lastensuojelun kanssa (Lastensuojelulaki 417/2007, 25 §, 34 §). Nuorelle perustellaan runsaan päihdekäytön haittoja, koska nuorella saattaa olla virheellinen käsitys päihteiden käytön haittomuudesta. Toisaalta nuoren mielipidettä kunnioitetaan ja sovitaan seurannasta, jos nuori uskoo pystyvänsä muuttamaan käyttäytymistään. Jos terveydenhoitaja tai koululääkäri toteavat seurantakäynneillä, että nuoren päihteiden käyttö ei vähentynyt, aloitetaan hoito päihdehuollon asiantuntijoiden kanssa. (Pirskanen 2011.)

## TUTKIMUSASETELMA

Tutkimus toteutettiin yhden eteläsuomalaisen kunnan kouluterveydenhuollossa. Ensimmäisessä vaiheessa arvottiin kymmenen kouluterveydenhoitajaa (viisi interventioryhmään ja viisi vertailuryhmään), joiden asiakkaina olleet 8.-luokkien oppilaat muodostivat tutkimuksen perusjoukon (N = 1116). Tutkimukseen osallistujiksi valittiin niiden luokkien oppilaat, jotka tulivat kouluterveydenhuollon ohjelman mukaan määräaikaistarkastukseen elo-syyskuussa 2008. Satunnaistetussa otannassa vertailukouluiksi tuli kaksi yksitistä peruskoulu.

Tutkimukselle saatiin ko. alueen sairaanhoitopiiriin eettisen toimikunnan puoltava lausunto (285/E7/2007). Lisäksi tutkimuslupa haettiin kyseisen kunnan terveystoimen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä, koulutoimen johtajalta ja koulujen rehtoreilta. Tutkimustietoa käsiteltiin henkilötietolain (523/1999) mukaisesti. Tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla eikä yksittäisten tutkittavien tai koulujen tunnistaminen ole mahdollista.

Tutkimus perustui nuorten vapaaehtoiseen ja tietoiseen suostumukseen, jonka varmistamiseksi nuorille selitettiin sekä suullisesti että kirjallisesti tutkimuksen tarkoitus, eteneminen ja luottamuksellisuus. Tutkimusluvan myöntäneen tutkimustoiminnan koordinaatioryhmän periaatteiden mukaan terveydenhoitajat kertoivat tutkimuksesta luokissa yhtenevän informaatiomateriaalin avulla.

Vanhemmille lähetettiin kirjallinen tiedote tutkimuksesta ja heiltä pyydettiin kirjallinen suostumus lapsensa tutkimukseen osallistumisesta. Nuorille tiedotettiin, että heillä oli mahdollisuus keskeyttää osallistumisensa tutkimukseen missä vaiheessa tahansa eikä se vaikuttaisi heidän saamaansa tukeen ja hoitoon kouluterveydenhuollossa millään tavalla. Myös terveydenhoitajilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta. (Länsimies-Antikainen 2009.)

## AINEISTON KERUU

Tutkimuksen otos oli 912 nuorta (interventiokouluilla 532 ja vertailukouluilla 380 nuorta). Interventioryhmään kutsuttujen määrä oli suurempi kuin vertailuryhmään kutsuttujen määrä, koska pilottitutkimuksen (Tiilikainen 2009) perusteella tiedettiin, että interventioryhmään osallistuvien nuorten osuus tulee olemaan alhainen.

Tutkimuksen ensimmäiseen vaiheeseen (arvio alkutilanteessa 8.-luokalla) osallistui 386 nuorta,

joista interventiokouluilla 198 nuorta (vastausprosentti 37.2) ja vertailukouluilla 188 nuorta (vastausprosentti 49.5). Vastausprosentti vaihteli huomattavasti: interventiokouluissa 14 %–87 % ja vertailukouluissa 38 %–79 %. Kadon tärkeimmät syyt olivat nuoren oma kieltäytyminen, vanhempien kieltäminen lapsensa osallistumisesta ja puutteelliset tunnistetiedot. Osa nuorista saattoi merkitä tunnistetiedot puutteellisesti esimerkiksi pelätessään runsaan päihteiden käyttönsä paljastumista. Tutkimuksen toiseen vaiheeseen yhden vuoden kuluttua osallistui 292 nuorta, joista interventiokouluilla oli 160 oppilasta (vastausprosentti 81). Vertailukouluilla osallistujia oli 132 oppilasta (vastausprosentti 70). Kato aiheutui poissaoloista ja puutteellisista tunnistetiedoista.

Aineisto kerättiin ennen interventiota 8.-luokalla ja seurantavaiheessa vuoden kuluttua. Tutkimukseen vapaaehtoisesti osallistuvat interventioryhmään kuuluvat nuoret antoivat luvan toimittaa ADSUMEn tuloksen terveydenhoitajalle terveyskeskustelua varten. Varhaisen puuttumisen mallin mukainen interventio toteutettiin syyslukukauden aikana 2008.

Vertailuryhmän nuorille toteutettiin tavanmukainen terveystarkastus. Tätä varten 8.-luokan oppilaat täyttivät terveystarkastuksen, jossa oli muutama kysymys tupakoinnista ja alkoholin käytöstä. Kunnan tavanomaisen käytännön mukaisesti terveydenhoitajat antoivat näin seulotuille oppilaille, joilla ilmeni päihteiden käyttöä, täytettäväksi ADSUME-kyselyn yksilöllisen neuvonnan toteuttamiseksi.

Ennen tutkimuksen aloittamista interventio-koulujen terveydenhoitajille järjestettiin tehostettu koulutus ADSUMEstä ja varhaisen puuttumisen toteuttamisesta systemaattisesti kaikille nuorille. Tutkimukseen osallistuvilla terveydenhoitajilla oli työkokemusta kouluterveydenhuollosta keskimäärin 12 vuotta (vaihteluväli 2–25 vuotta) ja terveydenhoitoalalla keskimäärin 24 vuotta. Terveydenhoitajakoulutuksen lisäksi neljällä oli muu terveydenhuoltoalan lisäkoulutus.

## KYSELYT

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoiduilla kyselylomakkeilla vaihteittain. Kysely 1 (arvio alkuutilanteesta) sisälsi sosiodemografisten taustatietojen (nuorten ikä ja sukupuoli, vanhempien koulutus ja tupakointi) lisäksi ADSUMEn sekä väittämiä (yhteensä 21) terveydenhoitajan toiminnasta terveyskeskustelussa. Kysymysten laadinnassa hyödynnettiin aiempaa tutkimusta (Pirskanen

2007). Seurantakyselyssä toistettiin ADSUME ja em. väittämät ohjeistuksella: ”*Muistele terveydenhoitajan ja sinun välistä keskustelua 8. luokalla ja ympyröi parhaiten mielipidettäsi vastaava vaihtoehto.*” Väittämät olivat 4-portaiset (täysin samaa mieltä, samaa mieltä, eri mieltä, täysin eri mieltä).

## AINEISTON ANALYSOINTI

Kyselyaineisto tallennettiin ja analysoitiin SPSS-ohjelmalla (IBM SPSS Statistics 19). Tulokset esitetään frekvensseinä, prosenttijakaumina ja ristiintaulukkoina. Vanhempien koulutus luokiteltiin dikotomisiksi: kansa-, keski- tai peruskoulu ja ylioppilastutkinto. Myös vanhempien tupakointi luokiteltiin kahteen ryhmään: ei tupakoi ja tupakoi satunnaisesti tai päivittäin. Lisäksi ADSUMEn kysymyksen 13 avulla arvioitiin nuoren käsitystä vanhempiensa tietoisuudesta lapsensa päihteiden käytöstä (kyllä/eivät). ADSUMEn pisteistä tehtiin summamuuttujat, jotka luokiteltiin neljään ryhmään: raittiit (0 pistettä), kokeilu- tai toistuva käyttö (1–6 pistettä), riskikäyttö (7–9 pistettä) sekä suurkulutus (yli 10 pistettä). Lisäksi ADSUMEn summapisteeset luokiteltiin kahteen ryhmään: raittiit ja kokeilijat (0–6 pistettä) sekä riskikäyttäjät (7–35 pistettä). Tässä tutkimuksessa päihteiden käytön määrää (kysymykset 1–4) mittaavien kysymysten Cronbachin alpha-arvo oli 0.646 ja päihteiden käyttöön liittyviä haitallisia seurauksia (kysymykset 5–9) mittaavien kysymysten alpha-arvo oli 0.700.

Myös terveydenhoitajien toimintaa kuvaavat muuttujat luokiteltiin kahteen ryhmään: samaa mieltä ja eri mieltä. Väittämät ryhmittäivät faktorianalyysin perusteella kolmeen ryhmään: terveydenhoitajan ammatillisuus sisältäen luotettavuuden ja empatian (7 väittämää, alpha 0.833) ja asiantuntijuus neuvojen antajana ja kannustajana (12 väittämää, alpha 0.899) sekä tärkeys kysyä päihteiden käytöstä ja tupakoinnista (kaksi väittämää, alpha 0.920).

Muutosta nuorten päihteiden käytössä alku- ja seurantatilanteen välillä arvioitiin McNemarin testillä. Lisäksi varhaisen puuttumisen vaikuttavuutta arvioitiin vertaamalla interventioryhmän ja vertailuryhmän välisten erojen merkitsevyyttä ADSUMEn ja terveydenhoitajan toiminnan tuloksissa  $\chi^2$ -testillä ja Fisherin tarkalla testillä, Wilcoxonin (Mann Whitney) testillä ja logistisella regressioanalyysillä. (Burns ja Grove 2005.) Logistisessa regressioanalyysissä selitettävän (ADSUME-tulos) ja selittävien (sukupuoli, inter-

ventio- ja vertailuryhmä) muuttujien välisten yhteyksien voimakkuus ilmoitetaan vetosuhteina (OR) ja 95 %:n luottamusvälinä (CI).

## TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimusryhmät erosivat sukupuolen perusteella; interventioryhmässä tyttöjä oli enemmän kuin poikia ( $p = 0.005$ ) ja vertailuryhmässä poikien osuus oli suurempi ( $p < 0.001$ ). Seurantatilanteessa interventioryhmässä ( $n = 160$ ) poikia oli 61 (38 %) ja tyttöjä 99 (62 %). Vertailuryhmän 132 nuoresta poikia oli 72 (55 %) ja tyttöjä 60 (45 %). Enemmistö tutkimukseen osallistuneista nuorista oli alkutilanteessa 14 vuotta täyttäneitä (76 % interventioryhmässä ja 77 % vertailuryhmässä).

### NUORTEN PÄIHITEIDEN KÄYTÖN YHTEYS VANHEMPIEN KOULUTUKSEEN, TUPAKOINTIIN JA TIETOO OMAN LAPSEN PÄIHITEIDEN KÄYTÖSTÄ

Vertailuryhmän isistä suurempi osa (66 %,  $p = 0.041$ ) oli ylioppilastutkinnon suorittaneita kuin interventioryhmän isistä (52 %). Äideistä ylioppilaita oli sekä interventio- että vertailuryhmässä vähän yli kaksi kolmasosaa (63 % ja 69 %,  $p =$  ei merkitsevä). Nuorten päihteiden käyttö ei ollut yhteydessä tilastollisesti merkitsevästi vanhempien koulutustasoon.

Interventioryhmän isistä oli tupakoivia 33 % ja äideistä 27 %, vertailuryhmän isistä puolestaan 41 % oli tupakoivia ja äideistä 25 % ( $p =$  ei merkitsevä). Nuorten tupakoinnilla ei ollut merkitsevää yhteydessä isän tupakointiin, mutta yhteys oli äidin tupakointiin tutkimuksen alkutilanteessa sekä interventioryhmässä ( $p = 0.001$ ) että vertailuryhmässä ( $p < 0.001$ ). Myös seurantatilanteessa nuorten tupakointi oli yhteydessä niin interventioryhmässä ( $p = 0.053$ ) kuin vertailuryhmässäkin ( $p = 0.015$ ) äitien tupakointiin.

Tarkasteltaessa nuorten arvioita siitä, kuinka hyvin vanhemmat tiesivät lastensa päihteiden käytöstä, raittiiden ja riskikäyttäjien välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ( $p < 0.001$ ). Enemmistö päihteiden riskikäyttäjistä (77 %) ilmaisi, että vanhemmat eivät tienneet nuoren päihteiden käytöstä. Toisaalta interventio- ja vertailuryhmien vanhempien tieto lastensa päihteiden käytöstä ei ollut eroava ( $p = 0.385$ ).

### NUORTEN PÄIHITEIDEN KÄYTTÖ INTERVENTIO- JA VERTAILURYHMISSÄ

Taulukossa 1 kuvataan nuorten päihteiden käyttöä tutkimuksen alku- ja seurantatilanteessa sekä

interventio- että vertailuryhmässä ADSUMEn kysymysten 1–10 mukaan arvioituna. Alkutilanteessa tupakoimattomia nuoria oli 84 %, kun seurantatilanteessa heitä oli 66 %. Tupakoivien määrä lisääntyi McNemarin testin mukaan tilastollisesti merkitsevästi seuranta-aikana sekä interventio- että vertailuryhmässä ( $p < 0.001$ ). Myös alkoholin ja muiden päihteiden kokeilu lisääntyi seuranta-aikana. Alkutilanteessa raittiita oli 59 % ja seurantatilanteessa 43 %. Päihteiden sekakäyttö lisääntyi alkutilanteen 5 prosentista seurantatilanteen 11 prosenttiin.

Kysymyksiin alkoholin käyttökertoista ja -määristä sekä haitallisista seurauksista (kysymykset 3–10) vastasivat vain ne nuoret, jotka olivat ilmoittaneet käyttäneensä päihteitä kysymyksessä nro 2: alkutilanteessa 115 nuorta (41 %) ja seurantatilanteessa 167 (57 %). Tavallisimmin päihteitä käytettiin 1–3 kertaa kuluneen vuoden aikana; tutkimuksen alkutilanteessa 8.-luokalla 38 % nuorista ja seurantatilanteessa 9.-luokalla 29 % nuorista.

Tarkasteltaessa käytettyjen alkoholiannosten lukumääriä alkutilanteessa nuoret joivat tavallisimmin 1–4 annosta (48 %) ja seurantatilanteessa 60 % nuorista joi yli 5 alkoholiannosta (binge-drinking / humalajuominen). Interventioryhmän nuorista 58 % käytti 5 annosta tai enemmän, vertailuryhmäläisistä 63 % ( $p =$  ei merkitsevä). Alkutilanteessa yli viisi alkoholiannosta juovia poikia oli 41 % ja tyttöjä 35 % ( $p =$  ei merkitsevä). Yli viisi annosta juovien poikien (73 %) ja tyttöjen (51 %) osuus lisääntyi huomattavasti seurantatilanteessa 9.-luokalla ( $p = 0.017$ ).

Päihteiden käyttöön liittyvistä haitallisista seurauksista merkittävimmät muutokset liittyivät liikenne- ja omaisuusrikoksiin. Päihtyneenä ajoneuvoa ajaneiden sekä päihtyneen kyydissä olleiden nuorten osuus lisääntyi. Myös päihtymykseen liittyvät muistin menetykset ja sammumiset olivat yleistyneet seurantavaiheessa. Interventioryhmässä kerran tai useammin sammuneita oli alkutilanteessa 17 % ja seurantatilanteessa 39 % ( $p = 0.001$ ). Vastaavasti vertailuryhmässä alkutilanteessa sammuneita oli 22 % ja seurantatilanteessa 31 % ( $p =$  ei merkitsevä).

Päihteiden käytön syitä verrattaessa havaittiin, että sosiaaliin tilanteisiin liittyvät syyt olivat lisääntyneet muita syitä enemmän. Esimerkiksi seuran vuoksi tai hauskan pitoon päihteitä käytti alkutilanteessa 39 % ja seurantatilanteessa 71 %.

Seurantatilanteessa tupakoivista nuorista 28 % ilmoitti aloittaneensa tupakoinnin alle 12



-vuotiaana, 65 % 13–14 -vuotiaana ja 7 % 15-vuotiaana. Alkoholia käyttäneistä nuorista 15 % ilmoitti aloittaneensa alkoholikokeilut alle 12-vuotiaana, 71 % 13–14 -vuotiaana ja 12 % 15-vuotiaana.

Alkutilanteessa 10 nuorta (5 %) ilmoitti käyttäneensä muita päihdyttäviä aineita (tavallisimmin lääkkeitä) alkoholin lisäksi tai samanaikaisesti. Seurantatilanteessa 29 nuorta (11 %) ilmoitti käyttäneensä alkoholin lisäksi kannabiksen eri muotoja.

Kun nuorten päihteiden käytön muutoksia arvioitiin ADSUMEn kokonaispisteiden avulla, havaittiin yli puolen nuorista olleen raittiita (54 %–65 %) tutkimuksen alkutilanteessa. Seurannassa raittiita oli enää noin neljä kymmenestä (35–46 %). Pojista raittiita oli suurempi osa kuin tytöistä tutkimuksen alku- ja seurantatilanteessa. (Taulukko 2.)

Nuorten päihteiden käyttö lisääntyi tutkimuksen seuranta-aikana ja tyttöjen päihteiden käyttö oli runsaampaa kuin poikien. Seurantatilanteessa tyttöjen päihteiden vaarallinen suurkulutus (32 %) oli yleisempää kuin poikien (25 %). Interventio- ja vertailuryhmittäin erikseen tarkasteltuna tytöistä suurempi osa käytti päihteitä vaarallisen suurkulutuksen mukaisesti tutkimuksen alkutilanteessa ja seurantatilanteessa kuin pojista. Sukupuolten välillä ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää eroa tutkimuksen alku- ja seurantatilanteessa ( $p = 0.090$ – $0.834$ , ks. taulukko

2) eikä logistisella regressioanalyysillä arvioituna (OR = 0.793, 95 % CI 0.498–1.263,  $p = 0.329$ ). Myöskään ADSUMEn tulokset eivät eronneet interventio- ja vertailuryhmiä keskenään verratessa tilastollisesti merkitsevästi alkutilanteessa ( $p = 0.902$ ) eivätkä seurantatilanteessa ( $p = 0.153$ ) Mann Whitney u-testillä tai logistisella regressioanalyysillä arvioituna (OR = 1.200, 95 % CI 0.754–1.910,  $p = 0.443$ ).

#### NUORTEN ARVIOITA TERVEYSKESKUSTELUSTA TERVEYDENHOITAJAN KANSSA

Taulukossa 3 esitetään nuorten arvioita terveyskeskustelusta terveydenhoitajan kanssa tutkimuksen alku- ja seurantatilanteessa sekä mielipiteiden eroja interventio- ja vertailuryhmissä. Nuorten arviot terveydenhoitajien luotettavuutta ja empaattisuutta sisältävästä ammatillisuudesta ja asiantuntijuudesta neuvojen antajana ja kuunteelijana sekä päihteiden käytöstä kyselijänä olivat hyvin myönteiset. Vajaa puolet nuorista, ja tytöistä suurempi osa kuin pojista, oli eri mieltä ainoastaan tunteista puhumisen (47 %) ja henkilökohtaista asioista puhumisen (41 %) suhteen.

Nuorten arviot terveydenhoitajan toiminnasta erosivat huomattavasti sen mukaan, kuinka paljon nuoret käyttivät päihteitä. Seurantavaiheessa päihteitä runsaasti käyttävät nuoret arvioivat pystyvänsä keskustelemaan luottamuksellisesti asioistaan terveydenhoitajan kanssa vähemmän kuin raittiit tai päihteitä vähän käyttävät nuoret

#### Taulukko 2.

Nuorten päihteiden käyttö ADSUMella arvioituna tutkimuksen alku- ja seurantatilanteessa sukupuolen mukaan jaoteltuna (%) interventio- ja vertailuryhmissä

	Alkutilanne 8.-luokalla				Seurantatilanne 9.-luokalla			
	Interventio-ryhmä		Vertailuryhmä		Interventio-ryhmä		Vertailuryhmä	
	Pojat (n = 56) %	Tytöt (n = 96) %	Pojat (n = 72) %	Tytöt (n = 60) %	Pojat (n = 60) %	Tytöt (n = 99) %	Pojat (n = 72) %	Tytöt (n = 60) %
0 p. raittiit	57	54	65	57	40	35	46	35
1–6 p. kokeilu ja toistuva käyttö	18	27	20	17	20	18	20	25
7–9 p. riskikäyttö	16	5	8	10	12	14	11	10
≥ 10 p. vaarallinen suurkulutus	9	14	7	16	28	33	22	30
	0.090 <sup>1)</sup>		0.340 <sup>1)</sup>		0.834 <sup>1)</sup>		0.573 <sup>1)</sup>	

<sup>1)</sup> Tyttöjen ja poikien välisen eron p-arvo (McNemarin testi)

### Taulukko 3.

Nuorten arvio (%) terveyskeskustelusta terveydenhoitajan kanssa tutkimuksen alku- ja seurantaatilanteessa sekä mielipide-ero interventio- ja vertailuryhmien välillä

	Arvio alkutilanteessa 8.-luokalla				Arvio seurantaatilanteessa 9.-luokalla				Mielipide-ero interventio- ja vertailuryhmien välillä
	Samaa mieltä %	Eri mieltä %	Tilastoll. merkitsevyys <sup>1)</sup>	Tilastoll. merkitsevyys <sup>1)</sup>	Samaa mieltä %	Eri mieltä %	Tilastoll. merkitsevyys <sup>1)</sup>	Tilastoll. merkitsevyys <sup>2)</sup>	
<b>Terveydenhoitajan toiminta</b>									
<b>Ammatillisuus, luotettavuus ja empaattisuus</b>									
1. Luo myönteisen ilmapiirin vastaanotolla	91	9	0.125	0.000	84	16	0.000	0.000	0.317
2. Voin kertoa asioistani luottamuksellisesti	78	22	0.005	0.000	69	31	0.000	0.000	0.069
3. Helppo kysyä omista henkilökohtaisista asioista (esim. seurustelu, mieliala)	59	41	0.233	0.016	58	42	0.233	0.016	0.400
4. Voin puhua tunteistani	53	47	0.010	0.004	46	54	0.010	0.004	0.076
5. Suhtautuu myötätuntoisesti vaikeuksiini	85	15	0.199	0.002	83	17	0.199	0.002	0.044
6. Osaa vähentää jännitystä ja ahdistusta	74	26	0.216	0.046	73	27	0.216	0.046	0.019
7. Pystyy tukemaan itsetuntoani	76	24	0.448	0.011	74	26	0.448	0.011	0.119
<b>Asiantuntijuus neuvojen antajana ja kannustajana</b>									
1. Kuuntelee ja paneutuu asioihini keskittyneesti	89	11	0.003	0.008	86	14	0.003	0.008	0.515
2. Riittävästi aikaa asioitteni selvittämiseen	82	18	0.076	0.117	81	19	0.076	0.117	0.534
3. Luottaa kykyihini huolehtia itsestäni	91	9	0.003	0.129	90	10	0.003	0.129	0.278
4. Osoittaa hyväksyvänsä minut ehdoitta	91	9	0.038	0.092	90	10	0.038	0.092	0.508
5. Osaa ehdottaa vaihtoehtoisia ratkaisuja pulmissani	89	11	0.080	0.142	79	21	0.080	0.142	0.327
6. Auttaa minua löytämään keinoja, joilla voin vaikuttaa omaan elämäni	87	13	0.038	0.525	78	22	0.038	0.525	0.389
7. Kunniottaa valitsemiani ratkaisuja vaikeuksissani	89	11	0.001	0.078	82	18	0.001	0.078	0.063
8. Rohkaisee huolehtimaan terveydestäni	96	4	0.229	0.532	93	7	0.229	0.532	0.461
9. Osoittaa arvostavansa minua omana itsenäni	90	10	0.086	0.132	85	15	0.086	0.132	0.551
10. Antaa hyviä terveyteen liittyviä tietoja	92	8	0.152	0.201	89	11	0.152	0.201	0.534
11. Antaa hyviä päihteisiin liittyviä tietoja	89	11	0.336	0.004	85	15	0.336	0.004	0.514
12. Voin luottaa terveydenhoitajan neuvoihin	89	11	0.010	0.009	87	13	0.010	0.009	0.143
<b>Tärkeä päihteistä kyselyjä</b>									
1. Tärkeää kysyä päihteiden käytöstäni	74	26	0.024	0.013	64	36	0.024	0.013	0.422
2. Tärkeää kysyä tupakoinnistani	74	26	0.001	0.074	66	34	0.001	0.074	0.397

<sup>1)</sup> Raittien ja päihteitä vähän käyttävien (ADSUME pisteet 0–6) tai runsaasti päihteitä käyttävien (ADSUME pisteet  $\geq 7$ ) arvioiden ero, Fisherin tarkan testin p-arvo, tilastollisesti merkitsevät arvot lihavoitu

<sup>2)</sup> Interventoryhmään ja vertailuryhmään kuuluvien nuorten arvioiden ero, Fisherin tarkan testin p-arvo, tilastollisesti merkitsevät arvot lihavoitu



(55 % vs 79 %,  $p < 0.001$ ). Myös itsetunnon tukemisessa raittiiden arvio terveydenhoitajan toiminnasta oli myönteisempi (79 %) kuin päihteitä runsaasti käyttävien (66 %,  $p = 0.011$ ).

Seurannassa interventio- ja vertailuryhmään kuuluvien nuorten arviot terveyskeskustelusta terveydenhoitajan kanssa erosivat hyvin vähän. Tilastollisesti merkitsevät erot olivat ainoastaan terveydenhoitajan myötätuntoisessa suhtautumisessa nuoren vaikeuksiin sekä terveydenhoitajan kyvyssä vähentää jännitystä ja ahdistusta. Interventioryhmän nuorista 79 % arvioi terveydenhoitajan suhtautuvan myötätuntoisesti nuoren vaikeuksiin, kun vastaavasti vertailuryhmän nuorista 88 % koki samoin ( $p = 0.044$ ). Interventioryhmän nuorista 68 % arvioi, että terveydenhoitaja osaa vähentää jännitystä ja ahdistusta, vastaavasti vertailuryhmässä nuorista 80 % ( $p = 0.019$ ) koki näin.

## POHDINTA

Tutkimuksessa arvioitiin varhaisen puuttumisen vaikuttavuutta 14–15-vuotiaiden nuorten päihteiden käytön ehkäisemisessä interventio- ja vertailuryhmissä vuoden seuranta-aikana. Arvioitava interventio sisälsi yksilöllisen terveyskeskustelun kouluterveydenhoitajan kanssa Nuorten päihdemittarilla, ADSUMella tunnistetun huolen mukaisesti. Aineisto koottiin kyselyillä ennen interventiota ja vuosi sen jälkeen.

Vaikka nuorten arviot päihteisiin liittyvästä keskustelusta terveydenhoitajan kanssa olivat myönteiset sekä interventio- että vertailuryhmissä, varhaisen puuttumisen vaikuttavuudesta ei saatu näyttöä. Nuorten päihteiden käyttö lisääntyi seuranta-aikana molemmissa ryhmissä. Tyttöjen päihteiden vaarallinen suurkulutus oli hieman yleisempää kuin poikien. Lisäksi osoittautui, että nuorten oman arvion mukaan erityisesti runsaasti päihteitä käyttävien nuorten vanhemmat eivät tiedä lastensa päihteiden käytöstä.

### *Vanhempien mallien ja valvonnan merkitys*

Ryhmät erosivat vanhempien koulutuksen mukaan siten, että vertailuryhmän isistä suurempi osa oli ylioppilastutkinnon suorittaneita kuin interventioryhmän isistä. Vanhempien hyvän sosioekonomisen taustan tiedetään edistävän lasten hyvinvointia ja suojaavan lapsia muun muassa varhaisilta päihdekokeiluilta (Pitkänen ym. 2008). Vanhempien tupakoinnin suhteen ryhmät eivät eronneet. Nuorten tupakoinnin yhteys äidin tupakointiin sekä interventio- että vertailuryhmis-

sä oli yhtenevä aiempiin tutkimuksiin (esim. Pitkänen ym. 2008). Vanhempien oma päihteiden käyttö olisi ollut tärkeä tieto, mutta sitä ei kysytty, koska nuorten on vaikea arvioida sitä. Tähän päädyttiin myös tutkimuseettisistä näkökohdista, vaikka tiedetään riski, että vanhempien päihteiden käyttöön liittyvä elämäntavan malli saattaa siirtyä sukupolvelta toiselle (STM 2009). Valtaosa (77 %) vanhemmista ei tiennyt lapsensa runsaasta päihteiden käytöstä. Huomattavaa oli myös, että seitsemän kymmenestä nuoresta käytti päihteitä seuran vuoksi tai hauskanpitoon. Näin olisi tärkeä järjestää vanhempainiltoja, joissa pohditaan vanhempien huolenpidon, valvonnan ja omien asenteiden sekä käyttäytymismallien merkitystä nuorten terveysvalintoihin ja vapaa-ajanviettoon jo esinuoruusiässä ja varsinaisessa nuoruusiässä (Foxcroft ja Tsertsvadze 2011a, Tripodi ym. 2010).

Nykyisten kouluterveydenhuollon valtakunnallisten suositusten mukaan vanhemmat tulee tavata yläkouluikäisten terveystarkastuksissa. Tällöin on mahdollisuus ottaa puheeksi vanhempien myönteisen tuen ja mallien (Duncan ym. 2011) ja äidin tupakoinnin (Pitkänen ym. 2008) merkitys nuoren päihteettömyyden edistämässä. Vanhempien ja nuoren tapaamisen yhteydessä on mahdollistaa tunnistaa entistä paremmin perheet, joissa on erilaisia tuen tarpeita ja ehkäistä nuorten päihteiden käyttöä (Foxford ym. 2011a). Tarvittavan tuen toteutuminen suomalaisessa kouluterveydenhuollossa olisi tärkeä tutkimuksen ja kehittämisen alue.

### *Humalajuomisen yleisyys*

Tutkimuksen alkutilanteessa kuusi kymmenestä nuoresta oli raittiita, kun seurantatilanteessa raittiita oli enää neljä kymmenestä. Tupakoinnin ja alkoholinkäytön aloittaminen oli yleisintä 13–14-vuotiailla nuorilla. Tulos oli yhtenevä Kouluterveyskyselyn tuloksiin (THL 2011). Tutkimuksen alkutilanteessa pieni osa nuorista oli käyttänyt lääkkeitä alkoholin kanssa, kun seurantatilanteessa yksi kymmenestä nuoresta oli kokeillut kannabista. Näin ollen päihteisiin liittyvä terveysneuvonta on välttämätöntä nuoruusiässä.

Nuorten humalajuominen lisääntyi sekä interventio- että vertailuryhmässä huomattavasti; seurantatilanteessa kuusi kymmenestä nuoresta joi yli 5 alkoholiannosta yhden juomakerran aikana. Koska humalajuominen on yksi merkittävimmistä nuorten koulunkäyntiä, kehitystä ja terveyttä uhkaavista tekijöistä (Huurre ym. 2011), syste-

maattinen seulonta on perusteltua ja voi aikaansaada muutosta (Kaner ym. 2009, Tripodi ym. 2010). Keskusteltaessa käytettyjen alkoholiannoston määrästä terveydenhoitajalla on mahdollisuus korostaa humalajuomisen rajoja (pojille 4 alkoholiannosta, tytöille 3 annosta), vaaroja ja haittoja (tapaturmat, väkivalta, suojaamattomat seksuaalikontaktit, aivojen kehitys, oppimisen ja muistin heikkeneminen, moottorijoneuvon ajaminen päihtyneenä) (NIAA 2011, Pirskanen 2011, Pirskanen ja Pietilä 2011). Lisäksi terveyskeskusteluissa on tärkeää tuntee nykynuorten juomatavat, koska esimerkiksi lakiin tai terveysvaaroihin perustuvat ohjeet eivät auta päihdekokeiluihin ”hauskanpitoon” tai ”seuran vuoksi” hakeutuvia nuoria. Nykynuorten juomatapoja on luonnehdittu ns. bilettämisinä, karnevaalijuomisenä (esim. vappujuhlat, rock-festivaalit ja muut kesätapahtumat) ja yksilöllisenä juomisena (Maunu ja Simonen 2010).

ADSUMEn kokonaispisteiden mukaan arvioituna nuorten päihteiden käyttö lisääntyi tutkimuksen seuranta-aikana sekä interventio- että vertailuryhmässä. Näin ollen valikoimattomaan nuorisoryhmään suunnatun sovelletun mini-intervention vaikuttavuutta ei voitu osoittaa vuoden seuranta-ajalla. Mini-intervention vaikuttavuudesta on kuitenkin näyttöä runsaasti päihteitä käyttävien nuorten päihteiden käytön vähentämisessä (esim. Baer ym. 2008, Tripodi ym. 2010). Toisaalta myös aikuisille toteutetun mini-intervention vaikuttavuudesta tiedetään, että yksi kymmenestä suurkuluttajasta siirtyy alkoholin kohtuukäyttöön. Vähäiseltä tuntuvasta vaikutuksesta huolimatta mini-intervention kustannusvaikuttavuus on arvioitu hyväksi: mini-intervention kohdennettu taloudellinen panostus tuottaa viisinkertaisen säästön esimerkiksi ensiapukäyntien, sairaalan hoitopäivien, liikenneonnettomuuksien ja poliisin toimenpiteiden vähentymisenä. (Kaner ym. 2007, Käypä hoito 2012.) Näin ollen varhainen puuttuminen nuorten päihteiden käyttöön on perusteltua. Neuvonnan vaikutus voi ilmetä vasta toistuvien keskustelujen myötä myöhemmissä, entistä itsenäisemmissä valinnoissa.

Intervention aikaansaaman muutoksen arvioiminen 14–15-vuotiaiden kohdalla on ongelmallista, koska on odotettavissa, että tutkimuksen aikana osa heistä, interventioista huolimatta, kokeilee alkoholin käyttöä nuoruusikänsä ja sosiaalisiin suhteisiin liittyvien houkutusten tai sosiaalisten paineiden johdosta (Maunu ja Simonen 2010). Kouluterveyskyselyn (THL 2011) mukaan

tiedetään, että lukiolaista 28 % ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoista 43 % oli ollut tosihumalassa vähintään kerran kuukaudessa. Näin ollen päihteisiin liittyvät keskustelut erityisesti tyttöjen kanssa (Raitasalo ja Simonen 2011) ovat terveyshaittojen ehkäisyn kannalta välttämättömiä.

#### *Nuorten arviot keskustelusta terveydenhoitajan kanssa*

Nuorten arviot terveydenhoitajien luotettavasta ja empaattisesta ammatillisuudesta ja asiantuntijuudesta neuvojen antajana olivat hyvin myönteiset. Merkittävä oli kuitenkin tulos, että päihteitä runsaasti käyttävistä nuorista vain noin puolet arvioi voivansa kertoa asioistaan terveydenhoitajalle luottamuksellisesti. He ilmaisivat myös, etteivät saaneet siinä määrin itsetuntoa vahvistavaa tukea kuin päihteitä vähemmän käyttävät nuoret arvioivat. Tämän tutkimuksen kato voi osaltaan selittyä tällaisesta luottamuspulasta. Näin ollen terveydenhoitajien toteuttamia interventioita on tärkeä kehittää riskissä olevien nuorten tunnistamiseen, tukemiseen ja luottamuksen vahvistamiseen aiemman tutkimuksen mukaisesti (Pirskanen ym. 2011).

Päihteiden käyttöön liittyvää keskustelua on tarpeen kehittää edelleen, koska nuorten tiedetään suhtautuvan myönteisesti, jos terveydenhoitajat ja lääkärit ottavat puheeksi sensitiivisiä asioita (päihteet, seksuaalisuus, mielenveys) ja keskustelun tiedetään lisäävän nuorten vastuunottoa omasta terveystyöskäytymisestään (Brown ja Wissow 2009). Kouluterveydenhuollon ammattihenkilöstöllä on hyvät mahdollisuudet tällaisten arkaluontoisten asioiden puheeksi ottamiseen, koska nuoret, erityisesti tytöt, hakeutuvat hyvin herkästi terveydenhoitajien vastaanotoille erilaisissa psykosomaattisissa ja psykososiaalisissa pulmissaan (Kinnunen 2011). Myös poikien avun tarpeen, lievienkin signaalien, tunnistamista on tarpeen tehostaa. Neuvonnassa on tärkeä kehittää motivoivaa, muutoksen mahdollisuuksiin ja päihteiden käytön vähentämisen etuihin painottuvaa keskustelua (Baer ym. 2008). Myös median merkityksen ja esimerkiksi internetin hyödyntäminen päihteiden käytön seurannassa voisi olla uusi menetelmä.

Koska yksilöohjaus ei näytä vähentävän nuorten päihteiden käyttöä ja alkoholin käyttö liittyy nuorten sosiaalisiin suhteisiin, jatkossa olisi tärkeää kehittää myös ryhmämuotoisia keskusteluja (Foxcroft ym. 2007). Lisäksi kouluterveydenhuol-

lon yhteistyötä nuorisotoimen ja muiden vapaa-aikatoimintaan osallistuvien tahojen kanssa olisi kehitettävä turvallisten vapaa-ajanviettotapojen varmistamiseksi (Maunu ja Simonen 2010).

### TULOSTEN LUOTETTAVUUDESTA JA YLEISTETTÄVYYDESTÄ

Tutkimuksen ulkoista validiutta ja tiedon yleistettävyyttä heikentää osaltaan heikko vastausprosentti ja poikien suhteellisesti suurempi osuus kadossa tyttöihin verrattuna. Alhaisen vastausosuuden voidaan arvioida johtuvan tutkimuksen tiedottamiseen liittyvistä järjestelyistä, nuoren tunnistetietojen kysymisestä ja nuorten haluttomuudesta osallistua arkaluonteiseksi koettavaan tutkimukseen. Terveystieteiden tiedottajat tiedottivat tutkimuksesta. Tällöin osa nuorista saattoi kokea epävarmuutta, koska ei voinut kuulla tutkimuksen toteuttamisesta suoraan tutkijalta. Näin tietoon perustuvan suostumuksen edellytykset saattoivat jäädä osalle nuorista puutteellisiksi. Tiedetään, että osanottajan kyky ymmärtää tutkimuksen sisältö ja tavoitteet korreloivat vahvasti itse intervention tavoitteiden saavuttamiseen (Länsimies-Antikainen 2009).

Tutkimukseen osallistuvat nuoret valittiin satunnaistetulla otannalla, jotta interventio- ja vertailuryhmiin valitut nuorten ryhmät olisivat taustatekijöiltään mahdollisimman samankaltaisia. Tämän tiedetään edistävän intervention ja tutkimustulosten välisen yhteyden luotettavuuden arviointia. (Burns ja Grove 2005.) Satunnaistetusta otoksesta huolimatta interventoryhmässä oli tyttöjä merkittävästi enemmän kuin poikia ja vertailuryhmässä puolestaan poikia enemmän kuin tyttöjä. Oletettavasti erityisesti ne pojat, joilla oli päihdekokeiluja, kieltäytyivät osallistumasta interventoryhmään. Tämä voi kuvastaa erityisesti poikien luottamuspulaa ja haluttomuutta paljastaa päihdekokeilujaan tai keskustella niistä terveydenhoitajan kanssa. Ryhmät erosivat vanhempien koulutuksenkin mukaan sikäli, että vertailuryhmän isistä suurempi osa oli ylioppilastutkinnon suorittaneita kuin interventoryhmän isistä.

Tutkimustulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä voi haitata nuoren arkuus vastata päihteisiin liittyviin kysymyksiin avoimesti. Myös terveyskeskustelu terveydenhoitajan vastaanotolla voi olla osalle nuorista vaikea, koska päihteiden käyttö voidaan kokea aiheeksi, josta ei haluta keskustella aikuisten kanssa. Interventoryhmään kuuluville nuorille selitettiin, että ADSUMEn tulos on vain kouluterveydenhoitajan ja -lääkärin käytössä eikä tuloksesta kerrota koulun henkilö-

kunnalle eikä vanhemmille ilman nuoren suostumusta. Tästä huolimatta on oletettavaa, että interventoryhmän ja erityisesti poikien alhainen osallistumisprosentti saattoi selittyä nuorten arkuudesta paljastaa varhaisia päihdekokeilujaan.

Yleensäkin nuorten terveyskäyttäytymiseen liittyvän tutkimuksen interventio- vertailuryhmäasetelman laatiminen on pulmallista esimerkiksi satunnaistamiseen ja tutkimuksen kestoon liittyvien vaikeuksien vuoksi (Foxcroft ym. 2007, Tripodi ym. 2007). Lisäksi tutkittavan intervention vaikutusta on vaikea erottaa, koska keskustelu päihteistä on luonteva osa tavanomaista terveyskeskustelua suomalaisessa kouluterveydenhuollossa (Pirskanen ym. 2011). Myös päihteiden käyttöön vaikuttavia muita tekijöitä (esim. koulun tai nuorisotyön samanaikaiset toimenpiteet) on vaikea eliminoida tai arvioida. Nuorisoryhmittäin, kouluittain tai kunnittain vaihtelevin nuorten asenteiden vaikutusta on myös vaikea arvioida.

### PÄÄTELMÄT JA JATKOTUTKIMUSEHDOTUKSET

Intervention aikaansaaman muutoksen arvioiminen 14–15-vuotiaiden nuorten kohdalla on vaativaa. Tässä nuoruusiän kehitysvaiheessa osa nuorista saattaa kokeilla päihteiden käyttöä sosiaalisiin suhteisiin liittyvien paineiden johdosta interventioista huolimatta. Intervention vaikutus voi kuitenkin ilmetä myöhemmin aiempaa itsenäisemmissä valinnoissa.

Varhaisen puuttumisen mallin kehittäminen nuorten päihteiden käytön ehkäisemiseksi on edelleen tarpeen:

- Terveyskeskustelujen toteuttamisessa tarvitaan nuorten kehitysvaiheen ja kulttuurin huomioon ottamista entistä yksilöllisemmin. Tarvitaan keskustelua erityisesti päihteettömyyden eduista, nuoren voimavaroista ja sosiaalisista suhteista sekä vapaa-ajanviettotavoista, koska lakiin tai terveysvaaroihin painottuvat ohjeet eivät ole riittäviä perusteita.
- Nuorten yksilöohjauksen lisäksi tulee kehittää ryhmämuotoisia keskusteluja, joissa vaikutetaan ryhmän kautta nuorten asenteisiin ja yhteisiin valintoihin erityisesti vapaa-ajan sosiaalisissa tilanteissa. Ryhmäkeskusteluissa voidaan hyödyntää monialaista yhteistyötä esimerkiksi nuorisotyöntekijöiden kanssa.
- Tarvitaan interventiota esinuoruusikäisten (12–13-vuotiaiden) ja murrosikäisten (14–15-vuotiaiden) vanhempien tukemiseksi. Yksilöl-

listen keskustelujen lisäksi olisi tärkeää järjestää ryhmäkeskusteluja lasten huolenpidosta, vapaa-ajanviihteen valvonnasta ja vanhempien oman päihdekäytön antaman mallin vaikutuksesta.

- Internetin ja sosiaalisen median hyödyntäminen tiedon tuottajana ja asenteiden muuttajana on tärkeää ottaa huomioon.
- Mahdollistetaan koulutuksella ja yhteistyöllä terveydenhoitajien vuorovaikutustaitojen ja asiantuntijuuden toteutumista, jotta saavutettiin luottamussuhde erityisesti niiden poi-

kien ja nuorten kohdalla, joilla on riskitekijöitä ja/tai runsasta päihteiden käyttöä.

Interventiotutkimuksen menetelmällinen kehittäminen on tärkeää. Muun muassa varhaisen puuttumisen ja terveystieteellisen keskustelun vaikuttavuutta nuorten valintoihin olisi tarkasteltava pidemmällä kuin vuoden aikavälillä.

#### *Kiitokset*

Tutkimusta on tuettu Sosiaali- ja terveysministeriön terveyden edistämisen määrärahalta.

Pirskanen M, Laukkanen E, Varjoranta P, Lahtela M, Pietilä A-M. Evaluations on the effectiveness of early intervention – focusing on preventing adolescents’ substance use  
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2012;49:328–341

The study evaluated the effectiveness of early intervention in preventing substance abuse among 14- to 15-year-old adolescents (n = 386). It involved both intervention and control groups and a one-year follow-up period. The evaluated intervention contained an individual health discussion with a school health nurse according to the concern identified by the Adolescents’ Substance Use Measurement (ADSUME). The data were collected by semi-structured questionnaires. Participants (n = 160) from intervention schools (response rate 81%) and 132 participants from control schools (response rate 70%) participated in the follow-up phase. The data were analysed by statistical methods.

Adolescents’ evaluations on substance use-related discussions with the school nurses were positive in both the intervention and control groups. Nevertheless, heavy users criticised the poor confidentiality of the discussions. During the follow-up period, substance use increased in both groups. In the follow-up phase, hazardous substance abuse was more common among girls (32%) compared to boys (25%). In future, it is important to develop the intervention and group health discussions.

## KIRJALLISUUS

- Babor TF, Higgins-Biddle JC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. A manual for use in primary care. WHO, Department of mental health and substance dependence 2001. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_MSD\\_MSB\\_01.6b.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6b.pdf) [Luettu 3.1.2012]
- Baer JS, Beadnell B, Garrett S B, Hartzler B, Wells E, Peterson PL. Adolescent change language within a brief motivational intervention and substance use outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors* 2008;22:570–575.
- Burns N, Grove SK. The practice of nursing research. conduct, critique, and utilization. 5<sup>th</sup> Edition. Elsevier, Saunders. St. Louis, Missouri 2005.
- Brown JD, Wissow LS. Discussion of sensitive health topics with youth during primary care visits: Relationship with youth perceptions of care. *J Adolesc Health* 2009;44:48–54.
- Cleveland MJ, Feinberg ME, Bontempo DE, Greenberg MT. The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *J Adolesc Health* 2008;43:157–64. Epub 2008 Apr 25 [Luettu 24.5.2012]
- Duncan SC, Gau JM, Duncan TE, Strycker LA. Development and correlates of alcohol use from ages 13–20. *J Drug Educ* 2011;41:235–52.
- Foxcroft D, Ireland D, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;7:9:CD003024. [http://alcoholresearchuk.org/downloads/finalReports/AERC\\_FinalReport\\_0017.pdf](http://alcoholresearchuk.org/downloads/finalReports/AERC_FinalReport_0017.pdf) [Luettu 24.5.2012]
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. a. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7:9:CD009308. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009308/pdf> [Luettu 24.5.2012]
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. b. Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;7:9:CD009307. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009307/pdf> [Luettu 24.5.2012]
- Foxcroft DR, Tsertsvadze A. c. Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;11;(5):CD009113. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009113/pdf> [Luettu 24.5.2012]
- Hibell B, Guttormsson U, Ahlström S, Balakireva O, Bjarnason T, Kokkevi A, Kraus L. The 2007 ESPAD Report – Substance use among students in 35 European countries. The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN). Stockholm 2009. [http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD\\_reports/2007/The\\_2007\\_ESPAD\\_Report-FULL\\_091006.pdf](http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL_091006.pdf). [Luettu 30.5.2012]
- Horn K, Fernandes A, Dino G, Massey CJ, Kalsekar I. Adolescent nicotine dependence and smoking cessation outcomes. *Addict Behav* 2003;28:769–776.
- Huurre T, Lintonen T, Kiviruusu O, Aro H, Marttunen M. Nuoruusiän runsaan alkoholin käytön pitkäaikaisvaikutukset aikuisiän psykososiaaliseen hyvinvointiin. *Yhteiskuntapolitiikka* 2011;76:278–288.
- Kaner EF, Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;Apr 18:(2). <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD004148.pub3/pdf> [Luettu 30.5.2012]
- Kinnunen P. From adolescence to adulthood – young adult’s mental health and predictive factors associated with it. *Acta Universitatis Tamperensis*; 1676, Tampereen yliopiston painatuskeskus. Tampere 2011.
- Käypä hoito. Alkoholiongelman hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnut/hoi50028> [Luettu 25.6.2012]
- Länsimies-Antikainen H. Realization of informed consent in health research. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 177. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos, Kuopio 2009.
- Martin G, Copeland J, Swift W. The adolescent cannabis check-up: feasibility of a brief intervention for young cannabis users. *J Subst Abuse Treat* 2005;29:207–213.
- Maunu A, Simonen J. Miksi juodaan? Nuoret, humala ja sosiaalisuus. Teoksessa Mäkelä P, Mustonen H, Tigerstedt C. (toim.). Suomi juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968–2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Yliopistopaino, Helsinki 2010, 85–98.
- NIAA. Alcohol Screening and Brief Intervention for Youth. A Practitioner’s Guide. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Institute for Social Research, The University of Michigan. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/YouthGuide/YouthGuide.pdf> 2011 [Luettu 23.1.2012]
- Pirskanen M. Nuorten päihteettömyyden edistäminen. Varhaisen puuttumisen malli koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 140. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos, Kuopio 2007.
- Pirskanen M. Nuorten päihdemittari, ADSUME. Teoksessa Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. (toim.). Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. THL:n Opas 14/2011. Helsinki 2011, 169–172, 236–239.

- Pirskanen M, Lahtela M, Varjoranta P, Pietilä A-M. Terveydenhoitajien kokemuksia Nuorten päihdemittarista ja varhaisen puuttumisen mallista. *Terveydenhoitaja* 2011;3:24–27.
- Pirskanen M, Laukkanen E, Pietilä A-M. A formative evaluation to develop a school health nursing early intervention model for adolescent substance use. *Public Health Nurs* 2007;24:256–264.
- Pirskanen M, Pietilä A-M. Opiskelijoiden päihteiden käyttö ja päihteettömyyden edistäminen. Teoksessa Kunttu K, Komulainen A, Makkonen K, Pynnönen P. (toim). *Opiskeluterveys*. Duodecim, Bookwell Oy, Porvoo 2011, 179–190.
- Pitkänen T, Kokko K, Lyyra A-L, Pulkkinen L. A developmental approach to alcohol drinking behaviour in adulthood: a follow-up study from age 8 to age 42. *Addiction* 2008;103 (Suppl. 1):48–68.
- Raitasalo K, Simonen J. Alaikäiset juovat entistä vähemmän, mutta nuorten aikuisten juominen lisääntyy. *Yhteiskuntapolitiikka* 2011;76:19–29. <http://www.stakes.fi/yp/2011/1/raitasalo.pdf> [Luettu 3.1.2011]
- Rice VH, Stead LF. 2008. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*;23;(1):CD001188. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001188.pub3/pdf> [Luettu 30.5.2012]
- STM. *Opiskeluterveydenhuollon opas*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12. Yliopistopaino, Helsinki 2006.
- STM. *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki 2008.
- STM. *Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma*. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:3. Helsinki 2009.
- THL. *Kouluterveyskysely 2011*. Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaiden hyvinvointi vuosina 2000/01–2010/11. <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/index.htm> [Luettu 20.12.2011]
- Tiilikainen Birgit. *Nuorten terveys ja päihteiden käyttö – kysely yläkoulun nuorille*. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, hoitotieteen laitos. Kuopio 2009.
- Tripodi ST, Bender K, Litschge C, Vaughn MG. Interventions for reducing adolescent alcohol abuse: A meta-analytic review. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164:85–91.
- Wachtel T, Staniford M. The effectiveness of brief interventions in the clinical setting in reducing alcohol misuse and binge drinking in adolescents: a critical review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19:605–620.
- Wilson GB, Heather N, Kaner EFS. New developments in brief interventions to treat problem drinking in nonspecialty health care settings. *Current Psychiatry Reports* 2011;13:422–429. DOI 10.1007/s11920-011-0219-x [Luettu 30.3.2012]

#### **MARJATTA PIRSKANEN**

*TtT, tutkija*

*Kuopion perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueet*

#### **EILA LAUKKANEN**

*LT, nuorisopsykiatrian professori*

*Kuopion yliopistollinen sairaala  
Nuorisopsykiatrian yksikkö*

#### **PIRJO VARJORANTA**

*TtL, koulutuspäällikkö*

*Kuopion perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueet*

#### **MIIA LAHTELA**

*TtM, projektikoordinaattori*

*Kuopion perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueet*

#### **ANNA-MAIJA PIETILÄ**

*THT, professori*

*Itä-Suomen yliopisto*

*Hoitotieteen laitos*

*Kuopion perusturvan ja terveydenhuollon palvelualueet*