

The background of the cover is a vibrant, textured illustration. A large, multi-colored rainbow arches across the upper half of the image. Below the rainbow, a green landscape is depicted with stylized, blocky buildings. On the left, a tall white building with many windows is visible. In the center and right, there are smaller buildings with blue and red roofs. The overall style is reminiscent of a woven textile or a digital texture.

Kaili Kepler

Nuorten koettu terveys,  
terveyskäyttäytyminen ja  
sosiaalistumisympäristö  
Virossa



Kaili Kepler

Nuorten koettu terveys,  
terveyskäyttäytyminen ja  
sosiaalistumisympäristö  
Virossa

Esitetään Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan suostumuksella  
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa S 212  
joulukuun 18. päivänä 1999 kello 12.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1999

Nuorten koettu terveys,  
terveyskäyttäytyminen ja  
sosiaalistumisympäristö  
Virossa

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 65

Kaili Kepler

Nuorten koettu terveys,  
terveyskäyttäytyminen ja  
sosiaalistumisympäristö  
Virossa



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 1999

Editors

Harri Suominen

Department of Health Sciences, University of Jyväskylä

Kaarina Nieminen

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

Cover picture

Bitte ein Regenbogen. Der Kinderbuchverlag Berlin.

URN:ISBN:978-951-39-7908-9

ISBN 978-951-39-7908-9 (PDF)

ISSN 0356-1070

ISBN 951-39-0483-0

ISSN 0356-1070

Copyright © 1999, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä  
and ER-Paino Ky, Lievestuore 1999

*'Lujat pysyvät vahvoina'*

(Firma valent per se, sitaatti Ovidiuksen runomuotoisesta  
kirjeestä Epistulae ex Ponto, 4, 3, 7)

*Lindalle, Eiralle ja Markulle*

## ABSTRACT

Kaili Kepler

Adolescents' perceived health, health behaviour and socialisation environment in Estonia

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 1999, 203 p.

(Studies in Sport, Physical Education and Health,

ISSN 0356-1070; 65)

ISBN 951-39-483-0

English summary

Diss.

The aim of the present study was to compare perceived health, health behaviour and socialising factors Estonian- and Russian-speaking 11, 13 and 15-year-old adolescents in Estonia. Another aim was to describe changes in Estonian-speaking adolescents' perceived health and health behaviour in 1994 and 1998. The study is part of an international, WHO-coordinated survey of school children's health and lifestyle (Health Behaviour of School Aged Children - A WHO Cross-National Survey, the HBSC-Study), in which Estonia has participated since 1994. The study was guided by the socialisation environment model as defined by Bronfenbrenner (1979). In this particular study, the features of the socialisation environment, that is, the socialising factors, were home, school and friends.

The data used were from the HBSC-study in Estonia in 1994 and 1998. In 1994 the final population of the cleaned data consisted of 3 516 adolescents (response rate 85%), 2680 of which were Estonian-speaking and 836 Russian-speaking. In 1998 the final population of the cleaned data consisted of 1897 Estonian-speaking adolescents (response rate 63%). The data were collected using a standardised questionnaire to which pupils responded anonymously during a class period. The results were analysed using percentage distributions, crosstabulations, logistic regression analyses, LISREL analysis and MCA analysis.

The results showed that in 1994 Russian-speaking 11-15-year-old schoolchildren regarded that they were very healthy (30%) and very happy (25%) more often than did Estonian-speaking school children (17% and 10 %, respectively). They also had fewer symptoms than Estonian-speaking pupils: more than half of Estonian-speaking adolescents (51%) had three or more psychosomatic symptoms a week, while the corresponding percentage among Russian-speaking pupils was 37%. Twenty-two per cent of 15-year-olds used alcohol monthly, while the percentage of those smoking weekly was 13%. Gender differences in smoking and alcohol consumption were considerable. It was more common among boys than girls to smoke weekly and use alcohol monthly. In the oldest age group Estonian-speaking adolescents who used alcohol and smoked considered their health worse than Russian-speaking adolescents. In the present study school experiences and friends explained adolescents' perceived health and health behaviour significantly better than factors related to home. Nevertheless, among Estonian-speaking adolescents good economic situation of the family had a significant correlation with positive health experiences and physical activity. Similarly, the significance of school and friends on perceived health and health behaviour was statistically more significant among Estonian-speaking than among Russian-speaking adolescents. The structural equation model showed that home, school experiences, friends, perceived health and health behaviour were statistically significantly correlated. Adolescents' use of alcohol, smoking and depression had increased in Estonian-speaking schools between 1994 and 1998. Simultaneously, however, physical activity and positive health experiences had become more frequent. In the period between 1994 and 1998 the differences between boys and girls in use of alcohol and smoking had narrowed considerably.

The information provided by the study can be used in health education and health promotion as well as in the planning of research work in Estonia.

Key words: adolescents, Estonian- and Russian-speaking, socialisation environment, health behaviour, perceived health, health promotion

Author's address      Kaili Kepler  
Department of Health Sciences  
University of Jyväskylä  
P.O. Box 35  
FIN-40351 JYVÄSKYLÄ, Finland  
  
e-mail: kepler@palo.jyu.fi

Supervisor            Professor Lasse Kannas, PhD, MEd  
Department of Health Sciences  
University of Jyväskylä

Reviewers            Professor Mait Arvisto, PhD  
Tallinn Pedagogical University, Tallinn  
  
Professor Anna-Maija Pietilä, PhD  
University of Kuopio, Kuopio

Opponents            Professor Mait Arvisto, PhD  
Tallinn Pedagogical University, Tallinn  
  
Director Harri Vertio, MD  
Finnish Centre for Health Promotion, Helsinki



## ESIPUHE

*"Itsenäisyys on ennen kaikkea oman itsensä toteuttamista."*

*"Älä lannistu vaikeuksissa vaan muista, että ne on annettu voittamista varten."*

*"Tapahtumat, kokemukset ja kohtalot tulevat eteesi päivittäin. Et pääse niitä väistämään, ne on kannettava, kestettävä."*

Näille minulle tärkeiden läheisten ihmisten lausumien ajatusten perusteella huomaisin, että tutkijaksi kasvamisessa on tärkeää oppia tuntemaan itseään. Jo opiskeluaikanani Tarton yliopistossa pohdiskelin jatkuvasti saadakseni jotakin uutta aikaiseksi. Minua houkutteli tutkimustyö, erityisesti terveystieteiden alana. Kuitenkin monet seikat askarruttivat, kuten se, pystynkö löytämään jotakin uutta. Olen saanut kokea viisi vuotta Jyväskylän yliopistossa terveystieteen laitoksella, mitä on olla tutkijana ulkomailla. Se on oman kehityksen opiskelua ja ammatilliseen kehittymiseen suuntautumista. Tutkijan työni on ollut varsin monipuolista, ja tällä tutkimuksellani tunnen edustavani Virossa terveystieteiden tienraivaajasukupolvea. Ensimmäinen maaliin päässyt ehkä huomataan.

Esitän työni valmistumisen johdosta parhaat kiitokseni ensinnäkin Tarton yliopistolle ja edesmenneelle lehtori Taive Kudulle, professori Atko Virulle, lehtori Tamara Jansonille ja lehtori Merike Kullille sekä Viron Terveystieteiden keskuksen johtajalle Anu Kasmelille, Tallinnan Pedagogisen yliopiston professorille Tiina Tasmuthille, jotka ovat rohkaisseet minua ja antaneet tutkimustyöhöni ensimmäiset suuntaviivat.

Olen kasvanut tutkijana hyvin turvallisessa ja miellyttävässä työympäristössä Jyväskylän yliopiston WHO-koululaisprojektissa kollegojen kanssa. WHO-koululaistutkimusprojekti sai Virossa alkunsa projektipäällikkö Mai Maserin johdolla vuonna 1991, ja kun ensimmäinen Viron WHO-koululaistutkimuksen aineisto kerättiin vuonna 1994, Suomen WHO-koululaistutkimuksen ja terveystieteiden pääasiantuntija professori Lasse Kannas tarjosi minulle virolaisten ja suomalaisten koettua terveyttä ja psykosomaattisia oireita käsittävän pro gradu-työn aiheen. WHO-koululaistutkimusprojekti on sitonut minua viisi vuotta, ja tunnen kuuluvani tähän suureen kansainväliseen tutkijajoukkoon, viimeksi tunne vahvistui vuosi sitten marraskuussa pidetyssä WHO-koululaistutkimuksen kokouksessa Itävallassa. Esitän lämpimät kiitokseni kaikille WHO-koululaistutkimukseen osallistuneiden maiden koordinaattoreille ja tutkijoille.

Jo alusta alkaen olen tuntenut olleeni Suomessa kuin salapoliisi, joka seuraa varsinkin WHO-koululaistutkimuksen ja toisten terveystieteiden yksikköön kuuluvien tutkijoiden, opettajien ja johtajien toimintaa. Suuri kiitos työni valmistumisesta kuuluu koko terveystieteiden yksikön tutkijoille ja kollegoilleni.

Haluan kiittää erityisesti työni ohjaajaa professori Lasse Kannasta, joka on hionut minun levotonta luonnetta rauhallisempaan suuntaan, ja toiminut työni ohjaajana merkittävällä tavalla. Erittäin arvokkaita neuvoja ja vinkkejä tutkimuksen sosiaalistumisympäristöä käsittelevään osaan olen saanut professori Pauli Vuolteelta ja terveyttä käsittelevään osaan tutkija Raili Välimalta. Tilastotieteeseen liittyvien ongelmien ratkaisua ovat todella suuresti helpottaneet sekä tutkija Jukka Jokela että Jari Villberg, joilla on erikoinen taito esittää selkeästi tilastokäsittelyn menetelmien periaatteita ja tulosten tulkintoja.

Väitöskirjani esitarkastajat professori Anna-Maija Pietilä ja professori Mait Arvisto paneutuivat työn aikana tarkastukseen perusteellisesti, ja heidän avulleen sain työni lopulliseen muotoonsa. Yhteistyö on ollut rakentavaa, haastavaa ja minua kannustavaa. Tieteelliset keskustelut ovat auttaneet selkeyttämään tutkimusprosessiani.

Ilman Pirjo Koikkalaisen apua en olisi selvinnyt hengissä työstäni. Hänen positiivinen ja rauhallinen asenteensa työni hiomisessa lopulliseen muotoonsa oli varsinkin työn valmistumisen loppuvaiheissa hyvin merkittävä.

Olen kirjoittanut työni suomen kielellä. Suomi ja viro ovat hyvin läheisiä sukieliä, mutta eivät samoja kieliä. Juuri tämän vuoksi kieliasioissa erehtymisen vaara on suuri. Työni suomen kielen tarkistajan lehtori Timo Nurmen työ on ollut varsin raskasta ja tärkeää. Tiivistelmän ja yhteenvedon on englanniksi kääntänyt Kirsi Ylätaalo ja tarkistaneet Eeva ja Paul Hacker. Viron kieltä on hionut Kalle Vooglaid. Professori Harri Suominen on esittänyt työhöni liittyviä merkittäviä korjaus-ehdotuksia. Julkaisutoimikunnan sihteeri Kaarina Nieminen on huolehtinut julkaisun valmistumisesta.

Kauhutarinat loppuunpalamisesta tuntuvat pitäneen minun kannaltani paikansa. Toisaalta liikunta ja ystävien tuki auttoivat jaksamaan. Lämpimät kiitokset koko Rentokunnan ohjaajille, jumppaajille ja johtajille sekä kaikille ystäville ymmärtämyksestä, antoisista keskusteluista ja kannustuksesta.

Vastapainoa työhöni sain myös kotiväeltä. Mieheni Markku on tukenut minua varsinkin tutkimusprosessin vaikeimpina aikoina kärsivällisesti. Markulle kaikesta tuesta sydämellinen kiitos. Äitiäni ja läheisiä sukulaisia kiitan suuresta huolenpidosta.

Haluan kiittää myös sijaismummoa Eira Paunua ja sijaisäitiä Mirjami Laitista, ystäviäni Knuuttilan perhettä, Laitisen perhettä, Sirkka Kannasta ja Suutarisen perhettä, jotka ovat omalla panoksellaan olleet viemässä tutkijanuraani eteenpäin. Kiitos kaikille sekä virolaiselle että suomalaisille prosessin eri vaiheissa mukana olleille.

Tutkimuksen tekemistä ovat helpottaneet myös lukuisat taloudelliset tukijat. Kiitokset Suomen Sosiaali- ja terveysministeriölle, CIMO-säätiölle, Juho Vainio Säätiölle, Kordelinin Säätiölle, Alkoholitutkimussäätiölle, Jyväskylän yliopistolle, Lions-klubille, Suomen Akateemiset Naiset ry:lle ja NNKY:lle. Apurahojen turvin sain työskennellä Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksessa. Viron WHO-koululaistutkimuksen toteuttamista on rahallisesti tukenut Eesti Sotsiaalministeerium.

Omistan työni edesmenneelle rakkaalle mummolleni Lindalle, sijaismummolleni Eiralle sekä miehelleni Markulle.

Jyväskylässä 29. marraskuuta 1999

Kaili Kepler

# SISÄLLYS

## ABSTRACT

## ESIPUHE

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS .....	11
2	ELÄMÄ VIROSSA .....	14
	2.1 Väestöpoliittisen, yhteiskunnallisen ja taloudellisen tilanteen kuvaus .....	14
	2.2 Viron- ja venäjänkieliset nuoret .....	17
	2.3 Nuorten terveyskäyttämistutkimus .....	19
3	SOSIALISAATIO JA SOSIAALISTUMISYMPÄRISTÖ .....	
	TERVEYSKÄYTTÄYTYMISTUTKIMUKSESSA .....	23
	3.1 Sosialisaaion käsitteestä ja prosessista .....	23
	3.2 Nuoruus ja sosialisaaio .....	26
	3.3 Nuorten koettu terveys ja terveyskäyttäytyminen .....	29
	3.4 Aikaisempia tutkimuksia nuorten koetusta terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä .....	31
	3.4.1 Koettu terveys .....	31
	3.4.2 Alkoholin käyttö .....	33
	3.4.3 Tupakointi .....	35
	3.4.4 Liikunta .....	37
	3.4.5 Terveyskäyttäytymisen ja koetun terveyden väliset yhteydet .....	39
	3.5 Keskeiset sosiaalistavat tekijät nuorten sosiaalistumisym- päristössä .....	41
	3.5.1 Koti sosiaalistavana tekijänä .....	42
	3.5.2 Koulu ja ystävät sosiaalistavina tekijöinä .....	44
	3.6 Aikaisempia tutkimuksia kotitaustatekijöiden, koulua sekä ystäväpiiriä kuvaavien ominaisuuksien vaikutuksista terveys käyttäytymiseen ja koettuun terveyteen .....	45
	3.6.1 Sosioekonominen asema .....	45
	3.6.2 Perherakenne ja perheen ilmapiiri .....	48
	3.6.3 Vanhempien terveystottumukset .....	49
	3.6.4 Vanhempien kasvatusasenteet ja - tyyli .....	51
	3.6.5 Asuinpaikka .....	52
	3.6.6 Koulu ja ystäväpiiri .....	53
	3.7 Yhteenveto tutkimuksen keskeisistä käsitteistä ja tutkimusta ohjaava malli .....	54
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT .....	56

5	TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT .....	59
5.1	WHO-koululaistutkimus .....	59
5.2	WHO-koululaistutkimus Virossa vuonna 1994 .....	60
5.3	WHO-koululaistutkimus Virossa vuonna 1998 .....	61
5.4	Tutkittavien taustatiedot .....	63
5.5	Tutkimuksen mittarit ja tilastolliset menetelmät .....	68
5.6	Monimuuttujamenetelmien kuvaus .....	70
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	73
6.1	Nuorten koettu terveys ja terveyskäyttäytyminen.....	73
6.1.1	Subjekttiivinen terveys ja elämäntyytyväisyys .....	73
6.1.2	Psykosomaattinen oireilu ja lääkkeiden käyttö .....	76
6.1.3	Alkoholin käyttö ja tupakointi .....	80
6.1.4	Liikunta-aktiivisuus .....	83
6.1.5	Terveyskäyttäytymisen ja koetun terveyden väliset yhteydet .....	85
6.2	Sosiaalistavat tekijät , koettu terveys ja terveyskäyttäytyminen ....	90
6.2.1	Kotitaustan yhteys koettuun terveyteen .....	90
6.2.2	Koulun ja ystävien yhteydet koettuun terveyteen .....	95
6.2.3	Kotitaustan yhteys terveyskäyttäytymiseen .....	100
6.2.4	Koulun ja ystävien yhteydet terveyskäyttäytymiseen ....	100
6.2.5	Selitysmallit sosiaalistavien tekijöiden, terveys käyttäytymisen ja koetun terveyden välisistä yhteyksistä .....	104
6.3	Vironkielisten koulujen nuorten koetun terveyden ja terveys käyttäytymisen muutokset vuosien 1994–1998 aikana.....	110
6.4	Yhteenveto keskeisistä tutkimustuloksista .....	119
7	POHDINTA .....	123
7.1	Tutkimustulosten merkitysten arviointi .....	123
7.1.1	Koettu terveys ja terveyskäyttäytyminen .....	123
7.1.2	Sosiaalistumisympäristö .....	127
7.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	129
7.2.1	Validiteetti ja reliabiliteetti .....	129
7.2.2	Tutkimustulosten yleistettävyydestä .....	132
7.3	Ehdotuksia jatkotutkimustehtäviksi .....	133
7.4	Tutkimustulosten viestejä suosituksiin terveyden edistämisen kehittämiseksi Virossa .....	135
8	ENGLISH SUMMARY .....	138
9	KOKKUVÖTE .....	142
10	KIRJALLISUUS .....	146
	LIITTEET	

# 1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Virossa lasten ja nuorten terveyden kuvaamiseksi ja terveyden edistämistyön kehittämiseksi tarvitaan tauti- ja kuolleisuustilastojen lisäksi monipuolista tietoa mm. nuorten terveystilasta ja sosiaalistumis ympäristöstä. Tästä syystä lasten ja nuorten terveystilaston seuranta nousi Virossa tutkimuksen ja raportoinnin aiheeksi vasta 1990-luvun alussa. Tutkimukseni lähtökohta olikin tämä havainto, että perusteellista yleiskatsausta nuorten terveydestä ja terveystilasta Virossa ei ole vielä tehty, jotta voitaisiin kehittää terveystilasta ja terveyden edistämistä. Hyvä mahdollisuus tutkia nuorten terveystilasta Virossa nousi tilanteesta, kun Viro liittyi Maailman Terveystilaston koordinoimaan, kansainväliseen koulun terveystilastutkimukseen vuonna 1994. Sen kansainvälisen tutkimuksen tavoitteena on kuvailla ja ymmärtää nuorten terveystilasta sekä siihen yhteydessä olevia yksilöllisiä ja ympäristötekijöitä ja näiden välisiä suhteita. Väitöskirjatyöni käsittelee pääpiirteittäin ensimmäistä vuoden 1994 Viron WHO-koululaistutkimusaineistoa, ja se keskittyy viron- ja venäjänkielisten nuorten terveystilaston tutkimiseen. Tämän lisäksi työni sisältää myös Viron 1998 vironkielisten koulujen WHO-koululaistutkimuksen aineistoa. Tämän tutkimuksen tarkastelujaksoon 1994—1998 liittyy merkittäviä muutoksia Viron yhteiskunnallisessa ja rakenteellisessa kehityksessä.

Tutkimuksen teoriataustaksi olen valinnut sosiaalistumisympäristöteorian terveystilastutkimuksen näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa keskeinen kysymys on se, millaiset sosiaalistavat tekijät sosiaalistumisympäristöstä ovat yhteydessä Virossa asuvien 11-, 13- ja 15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten nuorten terveystilastutkimukseen. Yhteiskunnallisten muu-

tosten vaikutuksia nuorten terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen voidaan tässä tutkimuksessa selvittää tutkimalla vironkielisten koulujen oppilaiden koetun terveyden ja terveyskäyttäytymisen ajallisia muutoksia vuodesta 1994 vuoteen 1998.

Viron- ja venäjänkielisten nuorten väliset erot kiinnostavat, koska itse edustan vironkielistä väestöryhmää ja minulla on tietyt näkemykset kieliryhmien välisistä eroista. Näitä eroja on tutkittu Virossa hyvin vähän, joten nyt on hyvä mahdollisuus todeta tiettyjä asioita 90-luvun muuttuvassa Viron yhteiskunnassa. Itsenäisessä Virossa kieliryhmien välinen vertailu on nousut kiinnostuksen kohteeksi siksi, että virolaisen ja venäläisen kulttuurin, kuten kasvatus- ja terveyskulttuurin, ajatellaan eroavan toisistaan. Kieliryhmien välisten terveys- ja terveyskäyttäytymisen sekä nuorten toimintaympäristöjen erojen selvittämisen näkökulmasta katsottuna tämä asia on ajankohtainen ja tärkeä.

Olen löytänyt tutkimuksen aihepiiriin liittyvää tutkimustietoutta. Virossa sosiaalistumisympäristön tutkimusnäkökulma on uusi, ja tarkoitukseni on herättää huomiota sekä Viron että muiden maiden erilaisissa ammattiryhmissä, varsinkin terveyden edistämistyöntekijöissä, monipuolisista Viron nuorten terveyskäyttäytymisestä ja koettuun terveyteen vaikuttavista sosiaalistavista tekijöistä. Täytyy ottaa huomioon se, että usein sosialisatio määrittellään yhteiskuntaan jäsentymisenä, yhteiskuntaan sopeutuvaksi yksilöksi kehittymisenä, eli sosialisatiossa keskeisenä pidetään yksilön ja ympäristön vuorovaikutusta (Saarinen ym. 1994).

Suomalainen terveystutkimus verrattuna Virossa tehtyyn terveystutkimukseen on ollut kansainvälisesti tunnetumpaa ja korkeatasoisempaa. Tässä tutkimuksessa huomio suuntautuukin suuremmissa osin suomalaisen tieteelliseen terveystutkimukseen kirjallisuuteen, koska Virossa nuorten terveystutkimukseen liittyvää tieteellistä kirjallisuutta on hyvin vähän. Suomalaisten terveystutkimusten mukaan terveydentilan ja terveystutkimuksen sukupuoli- ja sosiaaliluokkaeroja tarkastelevalla tutkimuksella ovat sekä tieteelliset että käytännölliset perustelut. Keskeisin asia on selvittää, kuinka sosiaaliset tekijät vaikuttavat terveydentilaan ja terveystutkimukseen (esim. Karvonen 1989, Lahelma 1992, Rahkonen 1994). Terveydentilan mittaaminen ja terveysongelmien tunnistaminen on vaikea tehtävä. Ikä ja sukupuoli ovat terveystutkimuksissa yleisempiä terveydentilan määrittäjiä sekä yksilö- että väestötasolla. Terveydentilan kuvaamiseksi tarvitaan myös niitä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä ihmisten terveystutkimuksiin. Tällaisia tekijöitä ovat mm. sosioekonomiset tekijät, asuinpaikka, ympäristöriskit ja -olosuhteet, kuuluminen johonkin etniseen ryhmään tai kieliryhmään ja sen tapojen noudattaminen sekä paikalliset terveyteen vaikuttavat kulttuuritekijät. (Pickin & Leger 1994.)

Tämän tutkimuksen kohderyhmänä ovat Viron peruskoululaiset, ja sen takia tarvitaan ymmärrystä myös siitä, mikä on nuoruus. Nuorisotutkimusten erilaisista tulkinnoista huolimatta nuoruuteen liittyviä määrittäviä seikkoja,



jotka antavat nuoruudelle sisällön ja muovaavat sitä, ovat biologiset, psykologiset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset muutokset. Muuttuneille suhteille on tyyppillistä "oman paikan" asettaminen elämään ja itsensä koettelu sekä yhteensovittaminen. (Mäki-Kulmala 1989, 1993.) Pulkkinen (1997) toteaa, että nuoruusikä ei ole vaikeuksien synonyymi, kuten nykyisin helposti ajatellaan. Nuoren sisäiset biologiset ja sosiaaliset muutokset erottavat nuoruusiän elämänculusta omaksi vaiheekseen, jonka kuluessa tapahtuu pikemminkin myönteisiä kuin kielteisiä muutoksia.

Virolaisten terveysongelmat ovat lukuisten tärkeiden osoittimen mukaan kehittyneet yhteiskunnallisten muutosten vuoksi kielteisesti: Virossa on ilmennyt alkoholin käytön lisääntymistä, tupakoinnin yleistymistä, negatiivisia muutoksia ruokatottumuksissa ja huumeongelmia (Lagerspetz 1992, 1993, Rannamäe ym. 1994, Kariis 1995). Myös väestöryhmien väliset terveyserot ovat muuttuneet aiempaa jyrkemmiksi. Tulvan (1994) mukaan Viron yhteiskunta on polarisoitunut siten, että suuri- ja pienituloisimpien luokka-asema on suhteellisen selkeä: noin 4 % väestöstä muodostaa hyvin toimeentulevien ja noin 59 % huonosti toimeentulevien joukon. Näiden kahden ryhmän väliin jäävien ihmisten asema on epäselvin ja muuttuvin, koska he eivät muodosta yhtenäistä ryhmää. Viron yhteiskunnalliset muutokset ovat asettaneet haasteita sekä nuorten että aikuisten koetun terveyden, terveystottumusten ja niihin yhteydessä olevien sosiaalistavien tekijöiden ymmärtämiselle. Virossa lasten ja nuorten koulua, perhettä ja ystäväpiiriä kuvaavia tietoja on vähän, tai tiedot ovat hajanaisia. Viron nykyhetken epävakaa olosuhteet ja niiden vaikutukset terveyteen tulevat näkyviin vasta vuosien kuluessa olojen mahdollisesti vaihtuessa.

Riskikäyttäytyminen saattaa olla yksi niistä tärkeistä tekijöistä, jotka ovat perustana ja selittävät nuorten terveyden kasvavia eroja muutoksessa olevassa maassa, kuten Virossa. Länsimaisen tapakulttuurin vaikutus terveyskäyttäytymiseen, nuorten kyky tai kyvyttömyys sopeutua uuteen ympäristöön ja yhteiskunnalliseen ilmastoon voivat olla uhkana ihmisten terveydelle. Nuoret ovat uusille totumuksille vastaanottavia. Virossa ollaan nykyään yhä enemmän huolestuneita mm. nuorten tupakoinnista ja alkoholinkäytöstä. Nuorten perheiden sosiaalinen asema ja myös kouluympäristö vaikuttavat nuorten terveyskäyttäytymiseen välillisesti arvojen ja asenteiden kautta ja suoraan käyttäytymistä säätelevien voimavarojen muodossa. Tämän väitöskirjan tutkimustiedolla pyritään sekä tieteelliseen että käytännön relevanssiin, koska sen tiedon käyttäjiksi ja soveltajiksi toivotaan mm. koulutus- ja terveystalouden päätöksentekijöitä. Vaikutettaessa ihmisten terveyskäyttäytymiseen terveyden edistämisen keinoin on tärkeää soveltaa ymmärrystä väestön eri kulttuuri-ryhmistä ja yhteiskunnallis-taloudellisesta asemasta. Kieliryhmän perusteella määritetyt terveyskäyttäytymisen profiilit auttavat korostamaan terveyden edistämishjelman ensisijaisia asioita yhteisölle.

## 2 ELÄMÄ VIROSSA

### 2.1 Väestöpoliittisen, yhteiskunnallisen ja taloudellisen tilanteen kuvaus

Viro julistautui itsenäiseksi 20.8.1991, viisi vuosikymmentä sen jälkeen, kun Neuvostoliitto liitti sen itseensä. Viron tasavalta sijaitsee Itämeren itärannikolla ja rajoittuu etelässä Latviaan ja idässä Venäjään. Viron pinta-ala on 45 100 neliökilometriä ja väestötiheys on 33 henkeä neliökilometriä kohti. Valtion tilastointiviraston tietojen mukaan Virossa asui vuonna 1994 yhteensä 1,5 miljoonaa ihmistä, ja vuonna 1998 asui 1,4 miljoonaa ihmistä, joista 10–14-vuotiaita oli 111 323. Kaupungeissa tästä määrästä asuu tätä nykyä 71 %, ja maalaisväestöä on 29 %. Yksi kolmasosa Viron väestöstä muodostuu erilaisiin etnisiin ryhmiin kuuluvista ei-virolaisista<sup>1</sup>. Virolaiset ja venäläiset ovat kaksi tärkeintä etnistä ryhmää, virolaisia on koko väestöstä 62 % ja venäläisiä 30 %. Suurin osa venäläisistä (92 %) asuu kaupungeissa ja Viron itäosassa. Kaupungeissa sijaitsee myös suurin osa (86 %) venäjänkielisistä kouluista, joissa opiskelee yhteensä lähes 70 000 oppilasta. Viime vuosina maasta muuttajien määrä nousi ensimmäistä kertaa useisiin vuosikymmeniin suuremmaksi kuin maahan muuttajien määrä. Vuonna 1993 miesten keskimääräinen oletettu elinikä oli 66 ja naisten 75 vuotta. 1.1.1994 väestöstä 18 % oli vanhempia kuin 60 vuotta, näistä 65 % oli naisia. (Rannamäe ym. 1994, Tulva 1994, Pavelson 1997.)

Viro on siirtynyt demokraattiseen yhteiskuntajärjestelmään ja markkinatalouteen. Viiden vuoden aikainen 90-luvun kehitys voidaan jakaa poliittisten ja taloudellisten muutosten mukaan seuraaviin periodeihin: 1991–1993,

<sup>1</sup> Vir. mitte-eestlane, engl. non-estonian

aika jolloin tapahtui yhteiskunnan uuden poliittisen rakenteen luominen; 1993–1995, aika jolloin tapahtui yhteiskunnan taloudellinen uudelleenjärjestäminen. Vuosien 1991–1993 aikana tapahtuneet muutokset koskivat sekä vironkielistä enemmistöä että venäjänkielistä vähemmistöä, ja vuosien 1993–1995 taloudelliset muutokset vaikuttivat ihmisiin rahanuudistuksen vuoksi. (Vihalemm 1997a, b.)

Etnisyydellä tarkoitetaan tietynlaista kulttuuria, joka on ominaista jollekin ihmisryhmälle, ja tämä ihmisryhmä edustaa vähemmistöä yhteiskunnassa. Täytyy huomioida, että se kulttuuri, joka yhdessä maassa on vähemmistönä, on yleensä jossakin toisessa maassa enemmistönä. Useasti etnisyyys yhdistetään yhteiseen alkuperään, yhteisiin tapoihin, yhteiseen uskontoon tai yhteiseen kieleen. (Wolf-Knuts 1995.) Keltikangas-Järvisen (1995) mukaan käyttäytymispiirteet voivat tuoda esille jotain olennaista kulttuurista, sillä kulttuuri ohjaa käyttäytymistä. Jokainen kulttuuri luo selvät säännöt ja odotukset siitä, miten tilanteissa tulee käyttäytyä.

Poliittisten prosessien ja tapahtuvien muutosten ymmärtämiseksi otetaan huomioon kaksi kansallisuutta ja niiden taustaa myös Virossa. Virossa asuvilla venäläisillä on oma alueellinen identiteettinsä. Venäläisten ja virolaisten väliset suhteet ovat melko hyvät. Siirtymäkausi ja sen vaikeudet yhdistävät virolaisia venäläisiin enemmän kuin ne erottavat heitä toisistaan. Vuoden 1996 maaliskuussa tehdyn kyselytutkimuksen tulosten mukaan 80 % venäläisistä ja 66 % virolaisista katsoo, että on hyvin helppoa tai helppoa löytää yhteisymmärrys. Virolaisten ja venäläisten välistä jännittyneisyyttä aiheuttavat poliittiset muutokset, mukaan luettuna Viron ja Venäjän ulkopoliittiset tapahtumat, ei-ethninen ja historiallinen viha, kuten aiemmin ajateltiin.

Virolaisten ja venäläisten välistä etnistä jännittyneisyyttä ei esiinny käytännössä, vaan se on enemmänkin piilevää. Poikkeuksia on esimerkiksi Itä-Virumaalla, jossa jännittyneisyyttä kieliryhmien välillä huomaa yleisemmin kuin muualla Virossa. (Kirch & Kirch 1997.)

Viron venäläinen väestönosa elää yhä monilla tavoin erilaisessa kulttuurimaailmassa. Venäläisten maahanmuuttajien nuorempi sukupolvi on integroitunut virolaiseen kulttuuriin yhtä vähän kuin heidän vanhempansakin, ja tästä syystä he eivät tunne Viron historiaa, kulttuuria ja mentaliteettia hyvin. (Kirch & Kirch 1995.) Neuvostoliitossa harjoitettiin käytännössä aktiivista venäläistämispoliittikkaa, jonka tavoitteena oli yhden, yhtenäisen kansakunnan luominen. Paikallisten kulttuurien ja alueiden eroja pyrittiin häivyttämään luomalla yhtenäisen neuvostokulttuuri. Virolaisten itsetunto oli huono, ja heitä pidettiin sosiaaliselta asemaltaan venäläisiä alempina. Virossa oman kulttuurin katoamisen pelko heijastui kansallisissa liikkeissä Virossa. Konfliktit venäläisten ja virolaisten välillä johtuivat osaksi kulttuurien eroista. (Juvakka ym. 1992.)

Venäjäntielisen vähemmistön arvomaailma on muuttunut individualistisemmaksi; toisaalta tämä individualismi on passiivista, minkä mukaan mukavuutta pidetään tärkeänä, mutta tästä ei samalla seuraa tarve tehdä uudistuksia. Virolaisille tämä individualismi on aktiivista ja itsensä toteuttamisen sekä menestymisen halu on kasvanut. (Vihalemm 1997a,b.)

Viron itsenäistyminen on tuonut toisten kansallisuuksien edustajille sekä materiaalisia että psykologisia vastoinkäymisiä, ja myös itseluottamus sekä itsevarmuus ovat kärsineet. Venäjäntielisillä on yleisemmin taloudellisia vaikeuksia kuin virolaisilla. Venäläisistä joka toinen (51 %) on huolissaan lasten koulu- ja tulevaisuusasioista, virolaisista vain 25 %, ja joka neljännelle aiheuttavat vaikeuksia työ- ja opiskeluongelmat, virolaisille 13 %. (Laidmäe 1998.) Vihalemm (1997a, b) mukaan venäläisten huono taloudellinen tilanne johtuu osittain Viron itäisestä alueesta, jossa on vakavia taloudellisia ongelmia. Taloudellisesti huonosti toimeentulevat venäläiset perheet ovat yleensä eläkeläisperheitä tai Viron itäisen alueen työttömien perheitä. Näillä perheillä ei ole periaatteessa materiaalisia eikä psyykkisiä resursseja lasten sosiaalistamisen tukemiseksi. Taloudellisesti hyvin toimeentulevien perheillä on todennäköisesti eniten sekä taloudellisia että henkisiä resursseja lasten integraation tukemiseksi. Tähän ryhmään kuuluvat yleensä Tallinnassa asuvat johtajat, ja tämä ryhmä on keskimääräisesti "nuorempi". (Vihalemm 1997a, b.)

Kansallisuusaiheisiin perustuvien sosiologisten tutkimustulosten (esim. Heidmets 1997) mukaan suurin enemmistö Viron venäläisistä on elänyt viisi vuotta Viron itsenäistymisen jälkeen olosuhteissa, joissa ei ole selkeitä ei-virolaisten oikeuksia eikä lasten koulutusmahdollisuuksia ja jossa valtio ei ole puuttanut heidän Viroon jäämiseensä tai maasta poistumiseensa. Seurauksena on ollut sulkeutuminen, välinpitämättömyys ja kiinnostuksen puute Viroa kohtaan. Virolaisia häiritsi suuri ja "toisenlainen" ei-virolaisten kansanosa Virossa, ja lisäksi virolaiset erottivat selkeästi omat ja vieraiden rajat. Ylimieliset kansallisuustunteet ovat nykyisin vähenemässä. Heidmetsin (1997) mukaan Viron kehityssuunnat ovat seuraavat: 1. Assimilaatiolla tarkoitetaan ei-virolaisten virolaistumista, paikallisen kielen ja kulttuurin omaksumista ja sen mukaan identiteetti muutoksia kuten viro kielen omaksumista, Viron kulttuurille ominaisten käyttäytymismallien ja tapojen seuraamista sekä seka-avioliittoja. Tutkimukseen osallistujat arvioivat melko pieneksi (15-25 %) sen todennäköisyyden, että assimilaatio muodostuu lähiaikoina hallitsevaksi kehityssuunnaksi. 2. Integraatiolla tarkoitetaan oman identiteetin säilyttämistä, samankaltaisuuden ja erilaisuuden eli kaksikielisyyden, monikulttuurisen yhteiskunnan hyväksymistä, enemmistön ja vähemmistön selkeitä rooleja sekä sitä, että venäjäntielinen koulu säilyy. 40-50 % arvioi, että integraatiosta tulee hallitseva kehityssuunta. Ei-virolaiset ovat valmiita integroitumaan yleisemmin kuin virolaiset. Yleinen este on selkeän kuvan puuttuminen siitä, mitä tarkoittaa integroitunut Viro. Virolaisilla pelot liittyvät Viron takaisinpaluuseen neuvosto-aikaan ja ei-virolaisilla siihen, että heidät halutaan pois Virosta. 3. Separatiolla tarkoitetaan passiivista ja hiljaista eristäytymistä, sulkeutumista

omaan ei-virolaiseen maailmaan. Viron yhteiskunnassa on kaksi itsenäistä ja eri kieltä puhuvaa kansanosaa, kansalliset pelot, ennakkoluulot sekä työnjako, ja ei-virolaisten joukossa hallitsevat venäläinen media, venäläiset kirkot sekä koulut, Venäjän opetussuunnitelmat ja oppimateriaali. Separaatio on ollut hallitsevana Neuvosto-Viron aikana, ja sen arvioitiin jatkuvan 30–40 %:n todennäköisyydellä. 4. Konfrontaatiolla tarkoitetaan aktiivista eristäytymistä, taistelua omien etujen ja mielipiteiden puolesta. Molemmat osapuolet tuntevat itsensä ahdistuneeksi, korostetaan menneisyyttä ja poliittisen itsenäisyyden vaatimuksia.

Kruusvallin (1997) esittämät Viron kehitysvisiona kuusi vaihtoehtoa: 1. Kansallinen Viro tarkoittaa sitä, että Viro on itsenäinen valtio, jossa toiset kansallisuudet ovat ottaneet omakseen viron kielen ja kulttuurin tai palanneet takaisin kotimaahan. 2. Monikansallinen Viro tarkoittaa, että Viro on itsenäinen ja maassa asuu suuri määrä ei-virolaisia. Suurin osa ihmisistä osaa sekä viron että venäjän kieltä, mutta jokainen kansallisryhmä kehittää omaa kulttuuria, äidinkieltä. 3. Jakaantunut Viro tarkoittaa, että yhteiskunta on jakaantunut kansallisuuden tasolla kahteen osaan, jossa sekä virolaiset ja ei-virolaiset ryhmät ovat eristäytyneet. Kaupungeissa on ”vironkieliset” ja ”venäjänkieliset” asuinalueet, tehtaot, koulut ja kulttuuripaikat. 4. Venäläistynyt Viro tarkoittaa, että enemmistö väestöstä on venäläisiä, ja jokainen kansallisryhmä voi kehittää omaa kulttuuriaan. 5. Uusi Viro tarkoittaa sitä, että Virossa on muodostunut uusi virolais-venäläinen kulttuuri, joka sisältää molempia kulttuuripiirteitä. On paljon seka-avioliittoja. 6. Länsimainen Viro tarkoittaa, että Viro on itsenäinen Euroopan Unioniin kuuluva valtio, jossa on hallitsevana ”länsimainen” euroamerikkalainen kulttuuri. Talous- ja kulttuurielämässä hallitsevana kielenä on englanti. Tutkimustulosten perusteella virolaisille kansallisen Viron kehitys on ylivoimaisesti suosituin ja epäsuosituin venäläistynyt Viro. Venäläiset pitivät yleisemmin monikansallisesta Virossa ja vähiten jakaantuneesta Virossa (Kruusvallin 1997).

## 2.2 Viron- ja venäjänkieliset nuoret

Virossa koulut noudattivat neuvostoaikana koko Neuvostoliiton yhteistä opetussuunnitelmaa, mikä esti Viron oman kulttuurin kehittymistä. Poliittisten ja taloudellisten muutosten jälkeen koulutusjärjestelmiin on tehty paljon uudistuksia. Esimerkiksi kouluilla on vapaus tehdä omat opetussuunnitelmansa, ja opetuskieli on joko viro tai venäjä kaikissa koulutyypeissä. Koulut, joiden opetuskieli on venäjä, ovat saaneet lisätehtävän integroitua virolaiseen yhteiskuntaan. Tutkimustulosten perusteella lasten vanhemmille, opettajille ja lukion opiskelijoille suurimpana ongelmana ovat viron kieleen liittyvät kysymykset, kuten viron kielen opetuksen huono taso sekä koulun tule-

vaisuus ja oppikirjojen puute. Nykyisten venäjänkielisten koulujen oppilaiden tulevaisuus riippuu ylioppilastodistuksesta, jatko-opiskelusta ja viron kielen taidosta. Venäjänkielisten lasten tulevaisuusongelmat Virossa liittyvät mahdollisuuteen olla saamatta korkeakoulututkinto venäjän kielellä, ja toisena ongelmana ovat viron kielen vähäisestä osaamisesta aiheutuvat työttömyysongelmat. (Belobrovtsjeva 1997.)

Venäjänkieliset nuoret ovat vironkielisiin verrattuna orientoituneita yleisemmin ammattikouluun kuin yliopisto-opiskeluun. Syynä on usein nuorten perhetausta, sillä suurin osa venäjänkielisten nuorten vanhemmista on tullut Vieroon teollisuustyöntekijöinä. Venäjänkieliset nuoret ovat kymmenen viime vuoden aikana menneet töihin aikaisemmin kuin vironkieliset. Vuonna 1990 peruskoulun jälkeen lukioon pyrkiviä virolaisia oli kolme neljästä, venäläisistä 55–60 %. Suurin osa, 77 % peruskoululaisista ja 74 % lukiolaisista, on syntynyt Virossa. Heidän vanhemmistaan suurin enemmistö on maahanmuuttajia, mutta 34 % on syntynyt Virossa. Suurin osa nuorista haluaa asua tulevaisuudessa Virossa. Virolaiset lukion viimeisellä luokalla olevat oppilaat ovat yleisemmin tietoisempia ja toiveikkaampia kuin venäjänkieliset. Merkittävä ero virolaisten ja venäläisten välillä on se, että venäläiset odottavat työn etsimisessä apua vanhemmiltaan (56 %), virolaisista vain 5 %. Virolaiset taas pyrkivät löytämään itse työtä tai käyttämään ystäviä ja tuttuja hyväkseen (23 %). (Pavelson 1997.)

Perhetaustan ja taloudellisen tilanteen osuus nuorten menestymisessä ilmenee yleisemmin venäläisten kuin virolaisten ajattelutavoissa. Venäläiset arvioivat rahaa, vanhempien koulutusta ja kansallisuutta tärkeänä edellytyksenä huomattavasti yleisemmin kuin virolaiset, jotka taas pitävät tärkeänä kyvykkyyttä ja ahkeruutta. Virolaiset nuoret pitävät venäläisiin yhdistävänä tekijänä urheilua, sen sijaan vähemmän halutaan opiskella samalla luokalla tai viettää yhdessä vapaa-aikaa. Virolaiset ovat yleisemmin valmiita kilpailemaan kuin venäläiset, ja virolaiset näkevät kilpailumahdollisuuksia niillä alueilla, joilla he pitävät itseään vahvoina, kuten urheilussa ja tiedoissa. Myös jatko-opiskelumahdollisuuksista sekä hyvistä työpaikoista ollaan valmiit kilpailemaan. Mutta käytännössä ei-virolaiset kilpailevat näillä alueilla. (Pavelson 1997.)

Virolaisten mielestä ei-virolaisilla on toisenlainen elämäntähtämys ja elämäntyyli kuin heillä itsellään ja ei-virolaisia pidetään edelleen kommunistisen ideologian kannattajina. Toinen virolaisia häiritsevä seikka on ei-virolaisten harjoittama rikollisuus, ja kolmantena häiritsevien tekijöiden ryhmään kuuluu ei-virolaisten kilpaileminen työmarkkinoilla ja kilpailu sosiaalivakuutuksista. Ei-virolaisten vähäinen viron kielen ja kulttuurin tunteminen sekä toisenlainen ajattelu- ja elämäntapa häiritsevät yleisemmin varakkaita virolaisia ja nuoria. Pienituloiset virolaiset pelkäävät yleisemmin ei-virolaisten kilpailua työmarkkinoilla ja sosiaalivakuutuksesta. Vanhempaa ikäryhmää ja vähemmän koulutuksen saaneita häiritsevät ei-virolaisten suuri määrä ja heidän rikollisuutensa. (Kruusvall 1997.)



Virolaisista oppilaista 36 % pitää ei-virolaisten toisenlaista elämäntyyliä ja käyttäytymistyyliä häiritsevänä, koska se on ulospäinsuuntautunutta, kun taas ei-virolaisten mielestä virolaiset käyttäytyvät välinpitämättömästi ja kylmästi. (Vihalemm 1989.) Virolaiset pitivät huomattavasti yleisemmin (90 %) ei-virolaisten kansanluonnetta täysin tai melko erilaisena kuin ei-virolaiset (60 %). Virolaisten itsepuolustukseen perustuvat mielipiteet kansallisuudesta ovat huomattavasti tiukemmat ja kansallinen identiteetti on konkreettisempaa sekä tietoisempaa kuin ei-virolaisten, joilla identiteetti on hajanainen. (Kirch & Kirch 1997.) Valgun ja Karun (1997) tutkimustulosten perusteella virolaisia pidettiin itsekkäinä, ylpeinä ja vihamielisinä mutta toisaalta tasapainoisina, velvollisuudentuntoisina, älykkäinä ja rehellisinä. Ei-virolaisia pidettiin avuliaina, ystävällisinä, iloisina, mutta myös julmina, epätasapainoisina ja ei-älykkäinä ihmisinä. (Valk & Karu 1997.)

Pavelsonin (1997) mukaan venäjänkielisten nuorten suhtautuminen virolaisiin on yleisesti positiivisempaa kuin virolaisten. Esimerkiksi Narvassa, jossa virolaisten kanssa kommunikointi on vähäistä, hallitsee "virolaishahmo", joka on ahkera, rehellinen ja kunnianhimoinen. Vironkielisellä alueella venäläiset mainitsevat virolaisten positiivisia piirteitä vähemmän, useimmiten mainitaan "varakas", "vaarallinen". Eniten negatiivisia mielipiteitä virolaisista on Tallinnassa: "aggressiivinen" ja "vaarallinen". (Pavelson 1997.) Vuosien 1993 ja 1996 tutkimustulosten mukaan uskonnon merkitys on lisääntynyt huomattavasti. Venäläisten joukossa ortodoksisuuden merkitys on noussut 75 %:sta 89 %:iin. Virolaisten luterilaisen uskonnon merkitys on lisääntynyt 41 %:sta 78 %:iin. (Kirch & Kirch 1997.) Viron virolaisten ja venäläisten koulujen oppilaiden arvostusten vertailu osoittaa, että venäjänkieliset oppilaat pitivät tärkeänä kirjallisuutta, uskontoa ja taidetta, mutta vironkieliset oppilaat taas opiskelua ja sivistystä. Viron ja Latvian venäjänkielisten koulujen ja Venäjän oppilaat arvostavat uskontoa, kirjallisuutta, taidetta ja myös kotia sekä äitiä ja isää. (Orn 1995.)

### 2.3 Nuorten terveyskäyttäytymistutkimus

Viron tieteellinen tutkimustyö on suuressa murroksessa. Vaikka myös neuvostoaikana tehtiin laadukasta tutkimusta, niin paljon erilaisissa instituuteissa "tutkittiin" vain kuukausipalkan vuoksi. Vapautumisen tuomat suurimmat ongelmat Virossa ovat yhteiskuntatieteissä ja osassa humanistisia tieteitä, sillä nämä olivat poliittisesti värittyneitä oppiaineita. (Saraso 1995.)

Virossa terveystutkimusta hallitsivat 1990-luvun asti epidemiologiset tutkimukset (esim. Silla & Teoste 1989), jotka ovat pohjautuneet pääasiassa tautikuolleisuuden ja sairastavuuden tilastoihin. Viime aikoina on ihmisten kokemuksia omasta terveydentilastaan alettu pitää entistä merkityksellisempinä terveydentilan indikaattoreina. Yhteiskunnalliset, kulttuuriset ja

sosiaaliset muutokset vuodesta 1988 lähtien ovat lisänneet empiiristen tietojen keräämistä ja analysoimista. Nykyisin korostetaan taloudellisten, psykologisten sekä käyttäytymiseen liittyvien seikkojen merkitystä ihmisten hyvinvoinnille (mm. Saava ym. 1994, Kiili 1995, Narusk 1995, Eensoo ym. 1997, Uibu 1997, Eensoo ym. 1999, ).

90-luvun alussa Virossa lääkärit toteuttivat pääasiassa epidemiologisia ja sosiologit sosiaalipsykologisia terveystutkimuksia. Vähitellen tutkimus levisi uusille tieteenaloille, kuten kasvatustieteeseen, ja terveyteen liittyviä ilmiöitä alettiin tarkastella erilaisista näkökulmista käsin, vaikkakin gradutöiden tasolla (mm. Kivimets 1998, Pungits 1998). 1990-luvun lopussa terveystutkimus on painottunut taas lääketieteelliseen näkökulmaan (mm. Landör ym. 1997, Lilienberg ym. 1997, Maiste ym. 1997, Lissitsina ym. 1999).

Suuressa määrin nämä 1990-luvun tutkimukset ovat olleet paikallisia, ja niissä mukana ovat olleet vain yhden kaupungin muutamat koulut tai tietyt alueet, esimerkiksi Etelä-Viro tai Pohjois-Viro. Yksi laajimmista projekteista on CINDI-ohjelma, jonka tavoitteena on selvittää sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien ja niiden riskitekijöiden esiintymistä (Tur ym. 1994, Suurorg 1999). Nuorten terveyskäyttäytymistutkimuksilla pyrittiin aluksi selvittämään vain yksittäisiä terveystottumuksia. Tutkimuksen kohteena ovat olleet oppilaiden ruokatottumukset (Pappel 1994, Vendelin 1998), lasten väkivalta (Tuisk 1994), liikuntaharrastukset (Kull 1993, Arvisto ym. 1994, Luiga 1994), AIDS-kysymykset ja seksuaalikäyttäytyminen (Suurorg ym. 1995, Papp 1997), nuorten subjektiivinen terveys (Roosalu & Unger 1994, Maser ym. 1995, Järvelaid 1997), psyykinen terveys (Mehilane 1999, Riiitel 1999), alkoholin käyttö (Tamre & Uring 1993, Hussar 1996, Roosalu ym. 1996), tupakointi (Luiga 1994, Roosalu ym. 1996, Pärna 1997, Eensoo ym. 1998, Pärna 1998, Luiga 1999, Suurorg 1999) ja huumeet (Kariis 1995, Narusk 1996, Kariis 1997). Suurimmassa osassa edellä mainituista virolaisista tutkimuksista ei kuitenkaan anneta koko maata edustavaa kokonaisvaltaista informaatiota nuorten terveydestä, terveyskäyttäytymisestä ja näihin liittyvästä sosiaalistumisympäristöstä eikä näiden ajallisista muutoksista muuttuvassa Viron yhteiskunnassa. Näille terveyskäyttäytymistutkimuksille ovat yleensä ominaisia kyselytutkimukset. Edellä mainituista tutkimuksista vain kaksi tutkimusta ovat trendi-tutkimuksia: WHO-koululaistutkimus (Maser ym. 1995) ja CINDI-tutkimus (Suurorg 1999). Haastattelumenetelmän käyttöä lasten ja nuorten terveyden ja terveyskäyttäytymisen tutkimisessa on Virossa hyvin vähän, tai sitten sitä ei ole ollenkaan.

Viron itsenäistyminen on mahdollistanut osallistumisen erilaisiin kansainvälisiin terveysprojekteihin, esimerkkinä tutkimus lukiolaisten ympäristöasenteista ja terveyskäyttäytymisestä Suomessa, Venäjällä, Virossa ja Belgiassa (Hokka ym. 1997), vertailututkimus virolaisnuorten ja toisten maiden asenteista ja ongelmista (Veisson 1997), elämäntyylin tutkimus 1993–95, jossa ovat mukana Viro, Hollanti, Kazakstan, Liettua, Latvia, Saksa, Sveitsi ja Venäjä (Orn 1995), vertailututkimus Tallinnan, Helsingin ja Moskovan 13–18-vuotiaiden

terveystottumuksista (Pärna 1997), ESPAD- tutkimus 15-vuotiaiden tupakoinnin ja päihteiden käytöstä 26:ssa Euroopan maassa (Hibell ym. 1997), ja 1994 WHO-koululaistutkimus (HBSC-study) 11–15-vuotiaista, jossa oli mukana 24 maata (Kannas 1995, Maser ym. 1995). WHO-koululaistutkimuksessa tutkitaan 11–15-vuotiaiden koettua terveyttä, tupakointia ja alkoholin käyttöä, liikuntatottumuksia, uni-, lepo- ja ruokatottumuksia, kouluviihtyvyyttä ja sosiaalisia verkostoja.

Baltian maita vertailevassa tutkimuksessa tutkitaan päihdeongelmien lisäksi myös rikollisuutta, työttömyyttä, köyhyyttä, ympäristökysymyksiä ja kieliryhmien välisiä suhteita (Simpura 1992). Kieliryhmien välisiä terveys- ja terveyskäyttäytymiseroja on tutkittu jonkin verran, esimerkiksi virolaisten ja venäläisten sosiaalista pätevyyttä Virossa (Kera 1995a,b), viron- ja venäjänkielisten nuorten tupakointitottumuksia (Pärna 1997, 1999) tai sitten suomalaisten ja virolaisten nuorten elämää (Pulkkinen 1990) ja Viron ja Suomen alaluokkien oppilaiden maailmankatsomuksista (Ruokkeinen 1994).

Jos 1990-luvun alussa selitettiin yksittäisiä terveystottumuksia, nykyisin pyritään tarkastelemaan myös mm. nuorten terveystottomusten välisiä yhteyksiä (Suurorg 1999, Pärna 1997) sekä terveyden ja perheen sosioekonomisen aseman välisiä yhteyksiä (Pärna 1997).

Virossa terveyskäyttäytymistä on analysoitu 1990-luvulla useissa tutkimusyksiköissä ja yliopistossa, kuten Eksperimentti- ja Kliinisen Lääketieteen Tutkimusyksikössä (Eksperimentaal- ja Kliiniline Meditsiini Uurimuskeskus), Kansainvälisten ja sosiaalitieteiden Instituutiossa (Rahvusvaheline Sotsisaaalteaduste Instituut), Kardiologiainstituutiossa (Kardioloogiainsituut), Tarton yliopistossa ja Tallinnan Pedagogisessa yliopistossa. Säännöllisesti ja systemaattisesti terveyteen liittyviä tietoja on kerätty Viron Tilastokeskuksen johdolla. Esimerkiksi Viron aikuisväestön terveyskäyttäytymiseen liittyviä tietoja on kerätty 1990-luvusta lähtien kahden vuoden välin. Virossa on melko paljon erilaisia terveystutkimusprojekteja kuten Sydämenprojekti, Tupakka-projekti, Tapaturma-projekti, HIV/AIDS-projekti, Perhesuunnitteluprojekti ja Huume-projekti. Nämä panostavat yleisemmin itse aiheeseen liittyvään koulutukseen ja tietojen jakamiseen kuin tutkimustyöhön (Terviseedendus Eestis 1996).

Edellä olevasta tutkimusyksiköiden tai erilaisten projektien tai tutkimusten luettelosta huomaa, että nuorten terveystutkimuksia tehdään Virossa nykyisin erittäin paljon, mutta ongelmana on se, että tuloksia tavallisesti ei raportoida kansainvälisissä tieteellisissä aikakauslehdissä tai sitten ne esitetään vain paikallisissa seminaareissa. Tästä syystä monet tutkimustiedot eivät siirry tutkimusyhteisön käyttöön. Suurinta osaa tutkimustuloksista ei myöskään voi pitää julkaisukelpoisina, koska tutkimusmenetelmät, tutkimuksen toteutus ja tulosten analysointi eivät ole luotettavia. Virolaisille tutkijoille yleensä tieteellisten artikkeleiden kirjoittaminen kansainvälisiin aikakauslehtiin on vaikeaa ja pulmallista, koska tutkimuksen tekemiseen liittyvä koulutus on ollut puutteellista tai sitä ei ole ollut ollenkaan. Toisaalta vironkielisiä tieteellisiä

aikakauslehtiä on vähän. Merkittävimpiä julkaisuja ovat Viron Lääkärilehti, johon hyväksytään ainoastaan lääketieteelliset artikkelit, ja kasvatustieteen aikakauslehti "Haridus".

Viron velvollisuus on seurata terveyskasvatustutkimuksen kehitystä ja tuoda siihen oma panoksensa samalla tavalla kuin muissa maissa terveystieteen aloilla on tuotu (esim. Kannas 1988, McQueen 1988a,b, Eklund & Rimpelä 1989, Bäckman 1992, Tossavainen 1993, Pietilä 1998, Phongsavan 1998, Samdal 1998). Tutkimusten rinnalla myös käytännöstä lähtevät terveyskasvatuksen kehittämishaasteet ovat tärkeinä syinä terveyskasvatustutkimuksen tehostamiselle Virossa.

Virossa terveyden edistämisen valtakunnalliset tavoitteet on määritelty seuraavasti: terveyden edistämisen kehityssuuntien työstäminen sekä valtion että kunnan tasolla, ennaltaehkäisevien ohjelmien työstäminen, koordinointi ja arviointi sekä yhteistyöverkoston luominen. Tärkeimmät terveyden edistämisen ohjelmat ovat lasten- ja nuorten terveysohjelma vuoteen 2005, alkoholin käytön ja huumeiden ennaltaehkäisy 1997–2007, terveystieteiden tieteellisen kehityksen ohjelma 1999–2009, tuberkuloosin ehkäisy 1998–2003 ja HIV/AIDS-ehkäisy 2001. (Eesti Tervisekasvatuse Keskuse tegevusstrateegia 1999.)

Pöldin (1994) mukaan Viron terveyden edistämisen ja terveyskasvatustoiminnan kehittämiseksi tarvitaan koulutusta opettajille ja opettajien kouluttajille, oppimateriaaleja, aktiivista harjoittelua ja yhteistyötä yhteiskunnassa. Esimerkiksi joukkotiedotusvälineiden mukaanotolla lisättäisiin tietoisuutta terveydentilasta, työskentelyä vanhempien ja opiskelijoiden kanssa, innostuneita ihmisiä ja keskuksia, jotka huolehtivat tiedonvälityksestä, kontakteista ym. tuesta.

### 3 SOSIALISAATIO JA SOSIAALISTUMIS- YMPÄRISTÖ TERVEYSKÄYTTÄYTYMIS- TUTKIMUKSESSA

#### 3.1 Sosialisaaion käsitteestä ja prosessista

Sosialisaaion käsitettä on yritetty määritellä monella eri tavalla. Kasvatustieteilijät painottavat suunniteltua formaalista sosialisaaiota, psykologit ovat keskittyneet yksilöllisiin tekijöihin, kuten yksilöllisyyden ja kognitiivisen kehitykseen, sosiologeilla on suuntaus painottaa sosiaalisten rakenteiden vaikutusta yhteiskunnassa, ja antropologit usein nostavat esiin kulttuurisia tekijöitä. Tästä päätellen on olemassa useita ehdotuksia jäsentää erilaisia sosialisaaioiteorioita. Hurrelmann (1988) on tehnyt jäsentelyn, jonka mukaan on seitsemän lähestymistapaa: sosiaalisen oppimisen teoria, psykoanalyysi, kehitysteoria, ekologinen teoria, järjestelmäteoria, toimintateoria ja sosiaalisten rakenteiden teoria.

Antropologian, psykologian, sosiologian ja kasvatustieteen sosialisaaion määritelmien mukaan on selvää, että sosialisaaio on vuorovaikutusta (Yang 1997), jossa hahmotetaan, missä laajuudessa sosiaaliset, kulttuuriset, ekonomiset ja ympäristötekijät vaikuttavat ihmisen kehitykseen (esim. Damon 1988, Helve 1989, Hurrelmann 1990, Greendorfer 1992, Patriksson 1995, Siljander 1997, Yang 1997). Jokainen tutkimusala kehittää erilaisia näkemyksiä ja vaihteita, mutta suurin ero on tulevaisuusvisioiden kehittämisessä (Greendorfer 1992).

Seuraavana tarkastelen tarkemmin sosialisatiota sisällönä eri tutkimusaloilla. Antropologia on antanut käsityksen niin sosialisatiosta kuin kulttuurin laajoista näkökohdista (Greendorfer 1992, Yang 1997), ja tämä tutkimusalue on keskittynyt kulttuuriin, jossa keskeistä ovat kulttuurin siirto yhdeltä sukupolvelta toiselle sukupolvelle, vuorovaikutus kulttuuristen uskomusten ja sosiaalisten kokemusten välillä ja kulttuurin jatkuvuuden säilyttäminen. (Greendorfer 1992.) Antropologiassa sosialisatiota tarkastellaan kulttuurin sisäistämisen prosessina, enkulturaationa, jossa kulttuuriin liittyviä uskomuksia ja ajattelun malleja sovellettaessa on otettava huomioon lasten ja nuorten kehitys (Wold 1989, Hurrelmann 1990, Greendorfer 1992, Eitzen & Sage 1993, Leonard II 1993, Kronqvist 1996).

Psykologiassa sosialisatiotutkimus keskittyy yksilöllisen kehityksen, persoonallisuuden ja kognitiivisen kehityksen tutkimiseen. (Hurrelmann 1990, Greendorfer 1992, Barber & Olsen 1997, Siljander 1997). Greendorferin (1992) mukaan psykologiset tutkimukset ovat luonteeltaan käyttäytymistutkimuksia, joissa olennaisia ovat oppimiskokemukset, samaistumisprosessit sekä yksilön ja hänen sosiaalisen ympäristönsä yhteensovittaminen.

Yleisin tarkastelunäkökulma sosialisatiioon on sosiologinen näkökulma, jossa ollaan kiinnostuneita yleisesti yksilön sosiaalisista taidoista erilaisissa konteksteissa ja lapsen sovellettamisesta yhteiskunnan jäsenyyteen sekä sen normien ja arvojen opettamisesta seuraavalle sukupolvelle (esim. Helve 1989, Hurrelmann 1990, Siljander 1997). Sosiologia on keskittynyt tiettyjen ryhmien piirteisiin (Greendorfer 1992, Yang 1997), joissa sosialisatio tapahtuu, esimerkiksi sosiaaliset rakenteet, sosiaaliset roolit ja roolien siirtäminen, kokemukset ja vuorovaikutus, oppimisen teoria sekä ryhmäteoria. Siljanderin (1997) mukaan sosiologiset lähestymistavat painottavat yleensä sosialisatioprosessin yhteisöllisiä, yhteiskunnallisia sekä historiallisia ehtoja ja edellytyksiä. Venäläisille nuorille Viron yhteiskuntaan sopeutuminen voi olla erilaisten syiden takia, esimerkiksi perhetaustan vuoksi, vaikeaa ja monimutkaista. Sosiaalistuminen on integroitumisprosessin osaprosessi Virossa. Venäjänkielisellä alueella on integroitumis- ja identiteetti-ongelmia yleisemmin kuin vironkielisillä alueilla. Venäjänkielisten nuorten integrointi Viron yhteiskuntaan riippuu heidän elämänmahdollisuuksistaan Virossa, kuten koulutuksesta, työpaikan saamisesta ja taloudellisesta turvallisuudesta. (Pavelson 1997.)

Sosialisatiotutkimus on yksi keskeisiä tutkimusaiheita liikuntasosiologiassa. Useimmissa maissa teoreettiset käsitykset ja empiiriset tulokset viittaavat urheilun positiiviseen vaikutukseen yksilöön ja hänen hyvinvointiinsa. (Svoboda & Patriksson 1995.)

Sosialisatio on jatkuva prosessi, joka ei pääty jollakin tasolla tai jossakin iässä, vaan se läpäisee kaiken sen, missä ihmiset ovat toimijoita (Eitzen & Sage 1993, Salonen 1997, Siljander 1997). Tästä syystä nykyään sosialisatiota on pidetty lähinnä kasvatussosiologian keskeisenä käsitteenä, jonka suhde kasvatukseen käsitteeseen on kuitenkin häilyvä. Sosialisatio käsittää sen, mitä vanhastaan on tarkoitettu kasvatuksella. Toisin ilmaistuna kasvatusta on se osa



socialisaatiota, johon osallistuvat erityiset kasvatusinstituutiot. Yksi mahdollinen tapa erottaa socialisaatio ja kasvatus liittyy siihen, miten tietoisina prosesseina ne ymmärretään. Tällöin socialisaatiolla tarkoitetaan kokonaisvaltaista yhteiskunnallistumis- ja oppimisprosessia riippumatta siitä, kuinka tietoisia ja suunniteltuja nämä prosessit ovat. Kasvatuksella sen sijaan tarkoitetaan tietoista ja normatiivisesti orientoitunutta toimintaa. Tämän mukaan socialisaatio yksilön kannalta tarkoittaa yhteisten ja vallitsevalle kulttuurille ominaisten toiminta- ja käsitystapojen omaksumista. (Siljander 1997.)

Ei ole yksiselitteistä käsitystä siitä, mitä socialisaatio ja socialisaatio-prosessi perimmältään ovat ja mikä suhde näillä on kasvatukseen (Siljander 1997). Se kutsutaanko tiettyä ilmiötä socialisaatioksi vai kasvatukseksi, ymmärretään lähinnä näkökulmakysymyksenä. Tarkasteltaessa ilmiötä sosiologisesta näkökulmasta puhutaan socialisaatiosta, ja tarkasteltaessa sitä kasvatustieteellisestä näkökulmasta puhutaan kasvatuksesta. (Peltonen 1997.) Esimerkiksi McPhersonin ym. (1989) ja Brustadin (1993) mukaan socialisaatio on yhtenäinen oppimisprosessi, jossa opitaan tietoja, arvoja ja normeja sosiaaliseen elämään osallistumisen vuoksi. Brustad (1993) toteaaakin, että tämä määritelmä tekee selväksi, että sosiaalinen prosessi ei kuulu ainoastaan fyysiseen ympäristöön mutta se sisältää myös sosiaalisia ja psykologisia piirteitä. Socialisaatio etenee vaiheittain. Alussa opimme perheenjäsenen roolin, ja sen jälkeen sopeutumisen toisiin sosiaalisiin instituutioihin. Socialisaation kautta opimme erilaisia rooleja kuten sukupuoliroolin, työroolin, vapaa-ajan roolin ja minä-tunteen kehityksen. Kaikilla sukupolvilla ei ole samanlaista socialisaatioprosessia. Pikemminkin olemme alttiina erilaisille arvoille, uskomuksille ja mielipiteille, jotka vaihtelevat tietysti sosiaaliluokittain, etnisen taustan ja kansallisuuden, sukupuolen ja iän mukaan. Se, missä asumme (kaupunki tai maaseutu), ja elintapamme (mm. uskonto) ovat tärkeitä tekijöitä. Luonnollisesti yhteiskunnat muuttuvat jatkuvasti, ja jokainen uusi sukupolvi sosiaalistuu ja sosiaalistaa eri tavoin.

Socialisaatiota on kuvattu laajasti terveystyötyömuutostutkimuksen näkökulmasta (esim. Kannas 1979, Bronfenbrenner 1981, Tones 1983, Wold 1989, Crockett & Petersen 1993, Eitzen & Sage 1993, Perry ym. 1993, Igra & Irwin 1996, Barber & Olsen 1997), jonka mukaan socialisaatiota voidaan pitää prosessina, jonka kuluessa yksilön elämäntyyli, asenteet, arvot ja normit muodostuvat ympäröivän kulttuurin käyttäytymismallien mukaisesti. Socialisaatioprosessi voi vaihdella elämän eri aikoina sosiaalisissa instituutioissa. (McPherson ym. 1989.) Tonesin (1983) mukaan terveystyötyömuutostutkimuksessa selittää socialisaation käsitteen avulla, joka on suoraa tai epäsuoraa seurausta sosiaalisista normeista, kuten yksilön uskomuksista, arvoista, asenteista, tiedoista ja käyttäytymisestä. Useassa terveystyötyömuutostutkimuksessa (esim. Kannas 1979, Laakso 1981, Wold 1989, Liimatainen-Lamberg 1993, Svoboda 1995) käsitellään socialisaatioteorian ja terveystyötyömuutostutkimuksen yhteyksiä. Esimerkiksi Liimatainen-Lamberg (1993) käyttää socialisaatioteoriaa tupakointitutkimuksessa. Teorian kautta voidaan löytää selityksiä nuorten tupakoinnille ja

sille, miten sosiaalistavat tekijät vaikuttavat nuorten tupakointiin. Lapsen osallistuminen liikuntaan voidaan ymmärtää tuotoksena erilaisten sosiaalistavien tekijöiden vaikutuksista (Laakso 1981, Wold 1989, Svoboda 1995). Laakson (1981) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää eri ympäristötekijöiden yhteyttä niin organisoidun kuin organisoimattomankin liikuntaharrastuksen kehittymiseen. Sosialisatiota koskevaa teoriaa käytettiin apuna lähinnä kuvattaessa lasten ja nuorten liikuntaharrastuksen kehittymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

### 3.2 Nuoruus ja sosialisatio

Nuoruus on ihmisen elämänkaaren merkittävä kehitysvaihe (Helve 1989, Nurmi 1995, Ruoppila 1995, Dunderfelt 1997, Aalberg & Siimes 1999), mutta toisaalta se on hyvin monitasoista. Nuorten kehitystä ohjaavat monet biologiset, psykologiset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset tekijät, jotka ovat monin tavoin vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Itse asiassa nuoruus elämänvaiheena voidaan määritellä juuri näiden kehityksellisten tekijöiden mukaan. (Nurmi 1995.) Fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kehitystä ei voi erottaa erillisiksi alueiksi, vaan ne kulkevat yhdessä ja vaikuttavat toisiinsa (Kaplan 1982, Taipale 1986, Mäki-Kulmala 1993, Dunderfelt 1997, Pötsönen 1998, Aalberg 1991, Aalberg & Siimes 1999). Aalbergin (1991) mukaan nuoruusiän fyysinen kasvu ja siihen liittyvä ruumiinkuvan muutos saavat nuoren arvioimaan uudelleen psyykkistä olemustaan ja nämä muutokset asettavat uusia psykologisia haasteita. Fyysisessä kasvussa on piirteitä, jotka vaikuttavat suoraan seksuaalisen kehityksen kulkuun. Varhaisnuoruudessa nuoren fyysinen kasvu aiheuttaa väistämättä ristiriitatilanteen. Nuori kehittyy somaattisesti kohti sukupuolista kypsyyttä, mutta psyykkisessä maailmassaan varhaisnuori elää kuitenkin vielä lapsuuden sukupuolisuutta.

Yksilötasolla nuoruus on oman identiteetin etsimistä ja itsehallinnan kehittymistä, ja yhteisötasolla tämä merkitsee sosiaalistumista yhteiskunnan eri tehtäviin ja koko kulttuuriin. Yhteisön kannalta nuoruusiän sosiaalisessa kehityksessä ovat tärkeitä arvot ja normit, joiden omaksuminen kytkeytyy koti- ja koulukasvatukseen (Holopainen 1986, Helve 1989, Mäki-Kulmala 1989).

Tärkeä osa nuoruuden kehityksestä koostuu niistä lukuisista rooli- ja muutosmuutoksista, jotka nuori käy läpi. Nuoruusiän kuluessa tapahtuva yksilön sosialisatio ympäröivään yhteiskuntaan ja kulttuuriin uusintaa myös niiden keskeiset roolit, instituutiot ja koko elämäntavan. Ehkä juuri tämän vuoksi ympäröivä yhteiskunta ja aikuiset ovat usein varsin kiinnostuneita tästä elämänvaiheesta. Yhteiskunnallisessa keskustelussa esitetäänkin varsin usein huoli nuorison tilasta, ajattelusta, arvoista ja ongelmakäyttäytymisestä. (Nurmi 1995.) Ruoppilan (1995) mukaan erityisiä vaikeuksia syntyy, kun nuori joutuu yhteiskunnan odotusten ja sen tarjoamien toimintamahdollisuuksien aset-

tamien rajoitusten takia ristiriitatilanteeseen. Tällainen on esimerkiksi yhteiskunnassa vallitseva työttömyys. Käsitys nuoruusiän murroksen luonteesta, siihen sisältyvistä ”kriiseistä”, on kulttuurisidonnainen. Biologisten samoin kuin yhteiskunnallistenkin muutosten johdosta nuorten aikuistumisen tunnusmerkeiksi tulkitsemien käyttäytymistapojen omaksuminen on varhentunut. Esimerkkinä mainittakoon tupakoinnin aloittamisen, alkoholin nauttimisen, huumeiden kokeilun ja seksuaalisten suhteiden aikaistuminen.

Nuoruusiän aikana tapahtuvaa sosiaalistumista on kuvattu sekä nuoriin kohdistuvina kehitystehtävinä että sosiologisina käsittein, jolloin on tarkasteltu muun muassa nuorisokulttuurin muodostumista. Nuoruusiän kehitys on biologisen iän ohella yhteydessä sosiaaliseen aikaan ja iän mukana muuttuviin rooliodotuksiin. Vaikka odotukset ovat kulttuurisidonnaisia, niissä on myös yleispätevyyttä, joka määräytyy nuoren kypsyämisestä. (Pulkkinen 1984, Alsaker 1995, Knutgård 1999.) Nuorisokulttuurilla on tärkeä merkitys nuoren sosiaalistumiselle, sillä tunne siitä, että nuori on merkityksellinen toveriryhmän jäsen, toimii tärkeänä voimavarana nuoren yksilöitymis- ja identiteettikehityksessä (McCubbin ym. 1985, Suurpää & Aaltojärvi 1996). Nuorisokulttuuri muodostuu nuorten yhdessäolon, vapaa-ajan mieltymysten, tapojen ja harrastusten kokonaisuudesta, jolloin vuorovaikutuksessa nuorten kesken muodostuu kulttuuriarvoja ja normeja, jotka liittyvät elämäntapaan, elämän sisältöön ja maailmankuvaan (mm. Taipale 1981, Sinisalo 1985, Helve 1989, Dunderfelt 1997, Karvonen 1998a, Knutgård 1999).

Sosialisaation käsite muodostuu yhteisen sosiokulttuurisen ympäristön vaikutuksista. Käyttäytyminen on sidoksissa sosiokulttuurisen ympäristön yhteisten arvojen, kielen ja merkkien, sääntöjen kanssa. (Liegle 1991, Alsaker 1995, Kronqvist 1996.) On esitetty erilaisia tulkintoja, miten kasvatustraditiot ja kulttuuri muovaavat yksilöitä, miten samanlaisia tai erilaisia etniset tai kulttuuriset ryhmät ovat tai onko olemassa ”kansallisia luonteenpiirteitä”. (Kronqvist 1996.)

Nuorten yhteiskuntaan sosiaalistaminen ja sosiaalistuminen ei ole tutkimuksen ja tiedon lisääntymisestä huolimatta tullut aikaisempaa helpommaksi. Kiinnostavana on pidetty sosiaalistumisen ja roolinottamisen välistä yhteyttä. Lapsuuden sosialisaatio luo perustan yksilön persoonallisuuden kehittymiselle, mutta myöhempi sosialisaatio keskittyy enemmän roolin ottamiseen ja yhteiskuntaan sosiaalistumiseen. Helve (1989) viittaa myös Banduran (1977) sosiaalisen oppimisen teoriaan, joka on laajentanut näkökulmaa sosiaalistumisen ja sosialisaation tarkastelussa. Banduran teoria korostaa mallioppimisen merkitystä ja sen sosiaalista luonnetta.

Eri yhteiskuntien sosialisaatioprosessia koskevissa tutkimuksissa on tutkittu, miten lapset arvostavat tiettyjä sosiaalisia käyttäytymissääntöjä. Tällöin eivät kiinnostuksen kohteena ole kulttuurierot sellaisinaan vaan erilaisten sosialisaatiotekijöiden vaikutukset sosiaaliseen käyttäytymiseen ja persoonallisuuteen. Lasten sosiaalisen käyttäytymisen säännöt ovat erilaisia siir-

ryttäessä yhteiskunnasta toiseen, mutta ne vaihtelevat myös iän, sukupuolen, sosiaalisen syntyperän ja muiden yhteiskunnallisten tekijöiden mukaan. (Bronfenbrenner 1981.)

Eräs ristiriidan lähde nuoren identiteetin muodostumisessa voi olla ero primaarin ja sekundaarin sosialisoinnin välillä. Primaarin sosialisoinnin aikana lapselle kehittyy myönteisessä tapauksessa vakiintunut kuva itsestään, ja sekundaarin sosialisoinnin aikana identiteetti asetetaan jatkuvasti kyseenalaiseksi. Nuoren täytyy vähitellen kyetä integroimaan eri osat ja kehittämään tunne vakaasta omasta identiteetistään: omat ajatukset, tietämys, tunteet ja tyyli. (Kronqvist 1996.) Ihmisen kehityksessä painottuvat yksilön omien kokemusten subjektiivinen merkitys sekä toisaalta ne muutokset, joita tapahtuu yksilössä ja ympäristössä (Bronfenbrenner 1979).

Vaskilammen (1992) mukaan väestön käyttäytymisen merkitykset ovat löydettävissä ryhmän sosiokulttuurisesta kokonaisrakenteesta. Persoonallisuuden kehittyessä ja vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa ihmisille muodostuu yksilöllisiä elämäntapoja (Wold 1989, Jokivuori & Vainio 1990, Hurrelmann 1991). Yksilön synnyinkulttuuri luo puitteet kasvu- ja kehitysolosuhteille, ja tämän vuoksi kehitystä täytyy tutkia kulttuurikontekstissa.

Kansallisella identiteetillä viitataan tavallisesti tiettyyn kansaan, yhteiskuntaan kuulumiseen, ja kulttuuri-identiteetti tarkoittaa samastumista kulttuurin traditioon pohjautuviin ideologioihin ja erityisesti elämäntapoihin, sosiaalisiin rakenteisiin ja kulttuurisiin arvoihin. Useimmat sosiologia-teooriat tarkastelevat lapsen ja nuoren kehitystä monokulttuurisen yhteiskunnan näkökulmasta eivätkä ota huomioon sitä, että kasvuedot ovat muuttuneet. (Kronqvist 1996.) Kulttuuri sisältää useita pedagogisia, sosiaalisia ja ympäristöllisiä tekijöitä, ja niillä on tärkeä rooli terveydessä. Sosiokulttuuristen tekijöiden tärkeys ilmenee terveyskulttuurissa (mm. Rubel & Garro 1992, Badura 1995, Bekker ym. 1996). Rubelin ja Garron (1992) mukaan "terveyskulttuuri" on ihmisten tieto ja ymmärrys, mitä he ovat kokeneet perheen, ystävien ja naapureitten välityksellä terveysongelmista. Oireilevat tai sairaana olevat ihmiset tulkitsevat omassa terveyskulttuurissa omia oireita, oireiden merkitystä ja vakavuutta. Terveyskulttuuri kulttuurin näkökulmasta vaikuttaa vahvasti terveyskäyttäytymiseen. Kulttuurin näkökulmasta terveyskäyttäytyminen vaihtelee paitsi ryhmien sisällä myös niiden välillä. (Kasmel 1996.)

Berryn ym. (1992) mukaan terveyskulttuurin käsitystä pitäisi ymmärtää makro- ja mikrotason kautta. Makrotaso tarkoittaa eri ryhmien terveyskäyttäytymistä jossakin järjestelmässä. Yksilö- eli mikrotasolla terveyskulttuuri viittaa yksilön terveyskäyttäytymiseen, toimintaan tai vuorovaikutukseen ryhmien kanssa.

### 3.3 Nuorten koettu terveys ja terveyskäyttäytyminen

Terveyttä voidaan mitata esimerkiksi subjektiivisena terveytenä ja toiminnallisena terveytenä. Koettu eli subjektiivinen terveys on yksilön omaa kokemusta terveydentilastaan (esim. Aro ym. 1982, Lämsä 1984, Jylhä 1985, Honkasalo 1988, Lahelma 1992, Vertio 1992, Välimaa 1996, Hermanson ym. 1998, Karvonen 1998a), ja toiminnalliseen terveyteen kuuluvat terveydentilan kliininen määrittely, fysiologisten toimintojen ja sosiaalisen toimintakyvyn määrittely. Koska inhimillinen elämä on dynaamista eli muuttuu koko ajan ja koska yksilö on kasvun ja kehityksen eri vaiheissa alttiina terveyden häiriöille, voidaan terveys näin ollen määritellä myös yksilön kyvyksi kohdata kasvu ja kehitys kullekin kulttuurille ominaisella tavalla. (Lämsä 1984, Hurrelman & Lösel 1990, Holopainen 1991, King ym. 1996.)

Terveys ymmärretään tärkeänä hyvinvoinnin ja onnellisen elämän voimavarana. Lasten ja nuorten näkökulmasta katsottuna terveys muodostaa myöhempien elämänvaiheiden perustan. Elämänkaarinäkökulma korostaa lasten ja nuorten omia terveystkokemuksia ja tuo esille terveyden koettuna ja elettyinä ilmiönä. (Karvonen 1998a, Pietilä 1999.) Elämänkaarinäkökulmasta nuorten oman terveydentilan kokemus ja oireilu kuvaavat nuorten senhetkistä hyvinvointia herkemmin ja vivahteikkaammin kuin perinteiset terveystosoittimet. Koettu terveys saattaa ennustaa yksilön terveyden tulevaa kehitystä, joka ilmenee muun muassa siinä, miten oman terveydentilan kokemus yhdistyy elintapoihin ja elämäntyylin muuhun kokonaisuuteen. Koetun terveyden mittarit ovat kiinnostavia siksikin, että nimenomaan kokemusten voidaan ajatella heijastavan myös terveyden sosiaalista ulottuvuutta. Terveystkokemukset syntyvät osittain nuoren ja hänen sosiaalisen ympäristönsä välisessä vuorovaikutuksessa, ja ne ovat siis yhteydessä ajassa esiintyviin ilmiöihin. (Karvonen 1998a.) Terveyden kokeminen, oireet ja erilaiset tuntemukset ovat nuorten elämänlaadun ja psyykkisen hyvinvoinnin tärkeitä määrittäjiä. Nuorelle omassa itsessä tapahtuvien muutosten ja tuntemusten oivaltaminen ja kokeminen normaaleina voi olla vapauttavaa. (Välimaa ym. 1995.) Subjektiivisen terveyden kuvaaminen omista kokemuksista ja käsityksistä on luultavasti nuorille pulmallista, koska nuorten kokemukset vaihtelevat. Terveys voi merkitä aikuisille ja nuorille, sekä tytöille että pojille, eri yhteiskunnissa ja kulttuureissa eri asioita. Holopaisen (1991) mukaan nuorelle terveys on pitkälti eräänlainen psykososiaalinen tasapainotila, johon vaikuttaa se, miten nuori etenee omassa kehityksessään ja tulee toimeen muiden kanssa, ja se on myös onnistumista ja selviytymistä koulussa. Terveys pyritään vähitellen ymmärtämään voimavarana, joka lisää mahdollisuuksia hyvään elämään. Pietilän (1998) mukaan terveyden tutkimisessa pidetään tärkeänä myös ihmisen voimavarojen, terveystvalintojen ja muutosprosessin analyysia ja arviointia erilaisissa elämäntilanteissa. Elämäntilanteen, elämäntilanteen ja terveyden eri ulottuvuuksien sekä keskinäisten yhteyksien tutkiminen tuo uusia näkökulmia kokonaisvaltaiseen terveyden tutkimiseen ja terveyden edistämiseen.

Nuorten psykosomaattiset oireet ovat monimuotoinen ilmiö. Oireiden etiologiaan, ilmaantuvuuteen ja esiintyvyyteen sekä ilmoittamiseen näyttävää liittyvän monet nuoren omasta kehityksestä ja lähiympäristöstä nousevat tekijät. Oireita tarkasteltaessa nuoren ja hänen elämäntilanteensa ymmärtäminen kokonaisvaltaisesti on olennaista. Oireilu voitaisiin ymmärtää hyvinvoinnin puutteena ja viestinä jostain nuoren lähiympäristössään kokemasta stressistä tai terveydellisestä huolesta. (Karvonen 1989.) Lahelman (1992) mukaan oireilulla on terveydentilaa erotteleva ja ennustava ilmaisukykynsä. Oireilua voidaan siten tarkastella omana terveydentilan ulottuvuutena. Tällöin oireilu kuvastaa yksilöiden elämänlaatua, henkistä ja ruumiillista hyvinvointia. Psykosomaattisten oireiden on todettu ilmaantuvan todennäköisimmin juuri nuoruusiässä. Nuoruudessa tapahtuvat fyysiset, psykologiset ja sosiaaliset muutokset vaikuttavat koko loppuelämään. Kehitysvaihemuutoksien läpikäymiseen liittyvät tapahtumat ovat yhteydessä nuoren psyykkiseen aikuisiän terveyteen ja perheen toimintakykyisyyteen. Oireilu on usein ohimenevä nuoruuteen liittyvä vaihe, mutta se voi olla myös pysyväämpää. Nuoruudesta voi jäädä jäljelle oireilutaipumus. Psykosomaattisia oireita kärsivillä nuorilla saattavat luonnehtivana piirteinä olla usein myös epäterveet elämäntavat sekä heikko koulumenestys. (Laurila 1992.)

Terveyden ymmärtäminen tulevien ikävaiheiden kannalta ilmenee myös siinä tavassa, jolla nuorisoon kohdistuvissa tutkimuksissa tarkastellaan heidän terveyteensä liittyvää käyttäytymistä. (Karvonen 1998a, Pietilä 1999.) Mutta terveys ei ole asia, joka nuoria eniten kiinnostaa. Vaikka terveys on nuorille positiivinen arvo, se ei kuitenkaan välttämättä näy heidän käyttäytymisessään (Terveyskasvatuksen opas 1990).

Ihmisten terveyteen liittyvää käyttäytymistä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Yksi näistä näkökulmista on riskikäyttäytyminen, ja toinen näkökulma on selviytymisnäkökulma, jossa ihmisen käyttäytyminen nähdään pyrkimyksenä hallita tilannetta tavalla tai toisella. Riskinäkökulma perustuu epidemiologisesti todennettuun käyttäytymisen ja sairauden väliseen yhteyteen. (Vertio 1992.) Terveyttä vaarantavaa käyttäytymistä pidetään terveyden näkökulmasta riskikäyttäytymisenä. Perinteiset käyttäytymisen riskitekijät ovat tupakointi, alkoholin käyttö, liikunnan puute ja epäterveellinen ravitsemus. (McQueen 1988a,b)

Terveyskäyttäytymiseksi rajataan yleensä ne käyttäytymisen piirteet, joilla on olennainen merkitys terveydelle (McQueen 1988a,b, Rahkonen 1994, King ym. 1996, Phongsavan 1998.) . Monitieteisessä terveystutkimuksessa käytetään käsitettä 'terveyteen liittyvä' tai 'terveyteen suuntautunut käyttäytyminen'. Terveyskäyttäytyminen voi olla tietoista toimintaa, jolla ihminen pyrkii suojaamaan terveyttään tai vähentämään sairautta, tai jokapäiväisiä tottumuksia, jotka vaikuttavat ihmisen terveyteen (McQueen 1988b). Terveyskäyttäytymisen aihepiiriin sanastoon kuuluvat myös terveystottumus ja terveystapa. Niillä tarkoitetaan käyttäytymistä, jonka vaikutus terveyteen on ainakin ajankohtaisen kiinnostuksen kohteena (Rimpelä ym. 1990). Terveystottumukset

voivat olla luonteeltaan sekä vaaraa aiheuttavia että suojaavia. Terveyden kannalta merkitykselliset tavat ja tottumukset muodostuvat vähitellen monien erilaisten tekijöiden vaikutuksesta. Niihin ovat osallisina ihmisen koko psykososiaalinen ympäristö - niin yksilön persoonalliset piirteet, sosiaaliset suhteet kuin yhteiskunnan rakenteelliset tekijätkin. (Kunttu 1997.) Terveyskasvatuksen neuvottelukunta (1995) ymmärtää terveyskäyttäytymisen laajasti arvojen, asenteiden, tietojen ja toiminnan kokonaisuudeksi, johon vaikuttavat yksilö ja häntä ympäröivän yhteisön rakenne, luonne, toiminta ja ajattelutavat. Erityisen merkityksellisenä terveyskäyttäytymisen muotoutumisessa pidetään lapsuuden ja nuoruuden sosiaalista ympäristöä (Miller ym. 1996).

Terveyskäyttäytymistä on tutkittu kolmesta näkökulmasta (esim. Aarø 1988, Kannas 1992, Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995). Lääketieteellisessä lähestymistavassa terveyskäyttäytymistä tarkastellaan taudin, sairauden ja kuoleman syynä, interventio poliittisesta näkökulmasta tutkitaan terveyskäyttäytymisen muutoksia, ja kolmannessa tutkimustavassa, sosiologisessa lähestymistavassa, selvitetään terveyskäyttäytymistä sosiaalisena ilmiönä. Tässä analysoidaan terveyskäyttäytymistä selittäviä tekijöitä ja pyritään terveyskäyttäytymisen ymmärtämiseen.

### **3.4 Aikaisempia tutkimuksia nuorten koetusta terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä**

#### **3.4.1 Koettu terveys**

Useat nuorten terveyskäyttäytymistutkimukset (Glendinning ym. 1992, Dengler ym. 1994, Kepler 1994, Roosalu & Unger 1994, Glendinning ym. 1995, King ym. 1996, Berntsson 1997, Haugland 1997, Hermanson ym. 1998, Rahkonen 1988) viittaavat siihen, että pojat kokevat terveytensä yleisemmin hyväksi kuin tytöt ja että koettu terveydentila huononee iän lisääntyessä. Myös nuorten psykosomaattisia oireita on tarkasteltu monissa tutkimuksissa (Rauste von Wright & von Wright 1981, Rahkonen 1988, Rimpelä ym. 1990, Kiili 1995, Välimaa ym. 1995, King ym. 1996, Rimpelä, M. ym. 1997, Karvonen 1998a). Tulokset nuorten kokemista oireista ovat pääpiirteissään samansuuntaisia. Psykosomaattisia oireita esiintyy lapsuus- ja nuoruusiässä sekä tytöillä että pojilla suhteellisen runsaasti, mutta tyttöjen oiretaso on korkeampi kuin pojilla koko puberteetin ajan ja nuorimman ikäryhmän nuoret kokevat harvemmin erilaisia oireita kuin vanhempien ikäryhmien nuoret. Karvosen (1998a) mukaan tytöt ja pojat alkavat sukukypsyyden saavutettuaan raportoida oireitaan eri tavoin. Tytöt osoittavat poikia enemmän hermostuneisuutta tai ärtyneisyyttä, mutta poikia alkavat hallita somaattiset ja sosiaaliset ongelmat. Nuorempien lasten (8–11-vuotiaiden) arvioissa omasta terveydentilastaan ei ole havaittu

eroja sukupuolten välillä (Moilanen 1986), mutta eräässä virolaisessa tutkimuksessa (Kiili 1995) myöskään murrosikäisten poikien ja tyttöjen välillä terveyden kokemisessa ei ollut eroja. Rahkosen (1988) mukaan sukupuolierot alkoivat ilmetä vasta neljänentoista ikävuoden jälkeen. Sukupuolierot olivat suurimmillaan WHO-koululaistutkimuksen (King ym. 1996) kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä eli 13- ja 15-vuotiaiden keskuudessa.

Lasten ja nuorten suhteellisen hyvästä subjektiivisesti koetusta terveydestä huolimatta lapsilla ja nuorilla ilmenee sekä kansainvälisten että virolaisten tutkimusten perusteella melko yleisesti psykosomaattisia vaivoja (Lämsä 1980, Rahkonen 1988, Rimpelä ym. 1990, Kepler 1994, King ym. 1996, Kuchma ym. 1996, Järveläid 1997, Karvonen 1998a). Esimerkiksi Venäjällä tehdyn tutkimuksen mukaan 11- ja 15-vuotiaista koululaisista lähes puolet koki itsensä täysin terveeksi, mutta siitä huolimatta 88–95 % oireili (Kuchma ym. 1996), ja erään virolaisen tutkimuksen mukaan puolet vastaajista tunsivat pelkoa omasta terveydentilastaan, vaikka he kokivat terveytensä hyväksi (Kiili 1995).

WHO-koululaistutkimuksen 1994 kansainvälisessä aineistossa terveytensä erittäin hyväksi kokeneiden 11–15-vuotiaiden opiskelijoiden osuudet vaihtelivat suuresti maiden välillä. Esimerkiksi ruotsalaiset pojat kokivat itsensä huomattavasti yleisemmin erittäin terveeksi kuin pohjoisirlantilaiset pojat, joiden joukossa oli eniten itsensä ei kovin terveeksi kokeneita. Nuoret monesta itäisen Euroopan maasta, kuten Virosta, Unkarista, Latviasta, Liettuasta, Puolasta ja Venäjältä, kokivat terveytensä vähiten erittäin hyväksi verrattaessa eräisiin Länsi-Euroopan maihin kuten Itävaltaan, Ranskaan ja Espanjaan. (King ym. 1996.) Terveyden kokemisessa on havaittu selvä ero Viron ja Suomen nuorten välillä. 11–15-vuotiaat suomalaiset kokivat yleisemmin terveytensä erittäin hyväksi kuin virolaiset. 11–15-vuotiaista suomalaisista 44–54 % ja virolaisista 12–22 % koki terveytensä erittäin hyväksi. (Kepler 1994.)

WHO-koululaistutkimuksen 1994 kansainvälisessä aineistossa pieni osa 11–15-vuotiaista nuorista ei kokenut terveyttään kovin hyväksi (King ym. 1996), mutta taas Suomessa nuorten terveystapatutkimuksen mukaan noin 17 % 12–18-vuotiaista nuorista ilmoitti kokevansa oman terveydentilansa keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi. Niiden 14–18-vuotiaiden tyttöjen osuus, jotka arvioivat oman terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, on vuoden 1981 jälkeen vaihdellut 19:n ja 24:n prosenttien välillä. Pojista vastaava osuus on 15–20 %. (Rahkonen 1988, Karvonen 1998a.) Rimpelän (1998) mukaan Nuorten terveystapatutkimuksen aikasarjat vuosilta 1977–1997 osoittivat muutamia huolestuttavia trendejä 12–18-vuotiaiden terveydessä. Niska- ja selkäoireet lisääntyivät, mutta muuten koettu terveys ja oireet pysyivät samalla tasolla. Lähes kaikissa terveystapahtumissa muutokset vuosien 1996 ja 1998 välillä olivat huomattavia siten, että nuorten lähes kaikki psykosomaattiset oireet lisääntyivät ja terveydentila koettiin heikommaksi. Erityisen selvästi lisääntyi väsymyksen ja heikotuksen kokeminen.



Koettuun terveyteen liittyvistä eroista on Virossa kahdenlaisia tuloksia. Yhtäältä lähes kaikki nuoret kokivat terveytensä erittäin hyväksi (Järvelaid 1997), toisaalta eräs toinen tutkimus viittaa, että joka kymmenes lukiolainen koki terveytensä huonoksi, erityisesti 15- ja 17-vuotiaat tytöt. Hyvin terveeksi itsensä kokeneita 13–17-vuotiaiden joukossa oli noin 17 %. (Roosalu & Unger 1994.) Tämä ristiriitainen tulos saattaa johtua eri tutkimusajankohdasta, erilaisesta kysymyksen muodosta, otannan suuruudesta ja asuinpaikasta.

Kansainvälisessä WHO-koululaistutkimuksessa tytöt kokivat poikia yleisemmin päänsärkyä, vatsakipua, huimausta ja univaikeuksia kuin pojat (King ym. 1996). Yleisimmät oireet 12–18-vuotiailla pojilla ja tytöillä Suomessa olivat ärtyneisyys, väsymys ja unettomuus, ja erot tyttöjen ja poikien välillä olivat suurimmat päänsärlyn ja vatsakipujen kokemisessa. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan vuodesta 1985 lähtien 12–18-vuotiaiden psyykinen ja psykosomaattinen oireilu kokonaisuudessaan ei ole lisääntynyt, mutta nuorten oirehtiminen on lisääntynyt iän mukana sekä pojilla että tytöillä.

Karvosen (1998a) mukaan selkä- tai niskakipuja ilmoittaneiden osuudet kasvoivat Suomessa selvästi 90-luvulla. Vuosina 1995–97 valitti 30 % tytöistä ja 17 % pojista näitä kipuja kerran tai useammin viikossa, ja vuosina 1985–89 vastaavat prosentit olivat 19 % ja 12 %. Tyttöjen ilmoittama väsymys on lisääntynyt 30 %:sta 36 %:iin.

### 3.4.2 Alkoholin käyttö

Monet eri kansainväliset nuorten terveystutkimukset ovat tuottaneet samansuuntaisia tuloksia nuorten alkoholin käytöstä (Rahkonen & Ahlström 1989, Rimpelä ym. 1995, Ahlström ym. 1996, King ym. 1996, Ahlström ym. 1997, Hibell ym. 1997, Rimpelä, A. ym. 1997, Lintonen 1998, Phongsavan 1998, Suikkila 1998, Rimpelä ym. 1999). Suomessa nuorten alkoholin käytön muutoksia on seurattu Nuorten terveystapatutkimuksessa joka toinen vuodesta 1977 lähtien (Rimpelä, A. ym. 1997) ja Kouluterveyskyselyssä vuodesta 1995 yli 200 kunnassa (Rimpelä ym. 1996, Kouluterveyskysely 1999). Myös joka neljäs vuosi toteutettava WHO-koululaistutkimus vuodesta 1981 lähtien (King ym. 1996) ja ESPAD-tutkimus (Hibell ym. 1997) vuodesta 1995 lähtien antavat kansainvälistä monipuolista vertailutietoa. Näissä kansainvälisissä nuorten terveystutkimuksissa on 1990-luvun puolivälistä lähtien ollut mukana myös Viro. Eri maiden nuorten terveystutkimuksissa (Bailey 1992, Hallman ym. 1992, Ahlström 1994, Kalnins ym. 1995, King ym. 1996, Sells ym. 1996, Windle ym. 1996, Hibell ym. 1997, Hokka ym. 1997, Rimpelä, A. ym. 1997, Karvonen 1998b) ja Virossa toteutetuissa tutkimuksissa (Maser ym. 1993, Tamre & Uring 1993, Hussar 1996, Roosalu ym. 1996, Suurorg 1999) peruskoulun ja lukion nuoret käyttävät alkoholia melko yleisesti ja alkoholin käytön yleisyys lisääntyy huomattavasti iän karttuessa. Kansainvälisen WHO-koululaistutkimuksen 1994 mukaan huomattava kasvu nuorten alkoholin käytössä oli 13:n ja 15:n ikävuoden välillä ja eniten

alkoholia kokeilleita nuoria oli Walesissa sekä Skotlannissa ja vähiten Norjassa (King ym. 1996.). ESPAD-tutkimuksen mukaan eniten alkoholia kokeilleita nuoria oli Tšekissä, Tanskassa ja Slovakiassa (Hibell ym. 1997). WHO-koululaistutkimuksen ja ESPAD-tutkimuksen mukaan 15 vuoden iässä pojat nauttivat alkoholia useammin kuin tytöt (King ym. 1996, Hibell ym. 1997). 15-vuotiaiden keskuudessa vähintään kerran kuussa alkoholia juovien osuudet olivat suurimmat WHO-koululaistutkimuksessa Walesissa ja Espanjassa ja pienimmät Unkarissa, Latviassa, Norjassa ja Puolassa. Mutta ESPAD-tutkimuksen mukaan tutkimusajankohtaa edeltävien 30 päivän aikana alkoholin käyttö oli yleisempää Tanskassa (81 %) ja USA:ssa, ja vähäistä Ruotsissa, Norjassa, Liettuassa ja myös Virossa (King ym. 1996, Hibell ym. 1997). WHO-koululaistutkimuksessa pojat joivat tyttöjä yleisemmin olutta, mutta väkevien juomien ja viinien käytön kannalta sukupuolten väliset erot olivat selvästi pienemmät (King ym. 1996). ESPAD-tutkimuksessa alkoholin käytössä sukupuolierot olivat suurimmat Kroatiassa ja Italiassa, joissa pojat käyttivät alkoholia selvästi yleisemmin kuin tytöt, mutta Suomessa, Liettuassa, Norjassa, Ukrainassa tytöt joivat kuukausittain yleisemmin alkoholia kuin pojat. Humalakokemuksia kolme kertaa tai enemmän olivat sukupuolierot suurimmillaan Virossa, Liettuassa ja Ukrainassa, jonka mukaan pojilla oli huomattavasti yleisemmin humalakokemuksia kuin tytöillä. (Hibell ym. 1997.) Virossa CINDI-tutkimuksen mukaan lukuvuonna 1997–98 pojat joivat peruskouluikässä kaikkia alkoholijuomia huomattavasti yleisemmin kuin tytöt. Neljännessä ja kuudennella luokalla viinin ja väkevien käyttö oli hyvin vähäistä. Alkoholin käyttö nousi huomattavasti iän karttuessa: yhdeksännellä luokalla 27 % nuorista joi olutta, 16 % viiniä ja 11 % väkeviä joka kuukausi. (Suurorg 1999.) Erään toisen virolaisen tutkimuksen mukaan 15–16-vuotiaista joka yhdeksäs tyttö ja kahdeksas poika joi alkoholia vähintään kerran viikossa ja 34 % nuorista käytti alkoholia säännöllisesti. (Roosalu ym. 1996.)

Yhtäältä sukupuolten väliset erot alkoholin käytössä ovat kaventuneet (Ahlström ym. 1995), mutta toisaalta muutamat tutkimukset (esim. King ym. 1996, Predtechenskaya ym. 1996, Roosalu ym. 1996) viestivät, että tyttöjen ja poikien välillä ei ole eroja yleisessä alkoholin käytössä tai tytöillä alkoholin käyttö yleisempää kuin pojilla (Karvonen 1998b, Lintonen 1998, Rimpelä ym. 1999). Mutta yleensä alkoholin käytön useus ja humalaan asti juominen on vielä selvästi yleisempää poikien kuin tyttöjen keskuudessa (Kalnins ym. 1995, King ym. 1996, Sells ym. 1996). WHO-koululaistutkimuksen mukaan Suomessa, Walesissa ja Kanadassa humalakokemukset olivat verrattain yleisiä. Sen sijaan Sveitsissä, Puolassa, Belgiassa ja Espanjassa sekä poikien että tyttöjen humalakokemukset olivat harvinaisia. (Kannas & Kontula 1993.) ESPAD-tutkimuksen mukaan runsaat humalakokemukset olivat yleisemmät Pohjois-Euroopan koululaisilla kuin Etelä-Euroopan nuorilla. Virolaisilla oli tämän tutkimuksen mukaan hieman vähemmän humalakokemuksia edellisten 12 kuukauden aikana (46 %) kuin muiden maiden nuorilla (48 %). (Hibell ym. 1997.)

Suomessa NTT-tutkimuksen mukaan säännöllisesti alkoholia käyttävien osuus 14–18-vuotiaista on kasvanut vuodesta 1993 lähtien. Samalla tosi humalaan itsensä juoneiden, etenkin tyttöjen, osuus kasvoi. (Karvonen 1998b, Lintonen 1998, Rimpelä ym. 1999.) Rimpelän ym. (1999) mukaan viikoittaisten alkoholinkäyttäjien osuudet ovat vuonna 1999 korkeammalla kuin kertaakaan kuluneiden 22 vuoden aikana. Alkoholin viikoittainen tai useammin tapahtuva käyttö lisääntyi kaikissa ikäryhmissä, ja tyttöjen ja poikien väliset erot ovat säilyneet lähes ennallaan. Tosi humalaan itsensä kuukausittain juovien osuudet lisääntyivät 1980-luvun puolivälistä lähtien ja seurasivat näin alkoholin käytön yleisyyden trendiä. Vuosien 1997 ja 1999 välillä nousu pysähtyi, ja tulosten mukaan humalajuomisen kasvu on taantumassa. Sukupuolten väliset erot 14-vuotiaiden parissa kasvoivat huomattavasti 1995–99, jolloin kuukausittainen humalajuominen oli tytöillä huomattavasti yleisempää kuin pojilla. Predtechenskaya ym. (1996) toteavat, että viime vuosien aikana alkoholin käyttö on Venäjän Karjalassa huomattavasti lisääntynyt varsinkin 14–17-vuotiaiden ikäluokassa ja nuoret ovat kokeilleet alkoholia melko varhain. Venäjän Karjalassa yli puolet (53 %) tämänikäisistä tytöistä ja pojista käyttää alkoholia.

### 3.4.3 Tupakointi

Kansainväliset nuorten terveystutkimukset ovat tuottaneet monipuolisia tutkimustuloksia niin kuin edellisessä luvussa todettiin myös nuorten tupakoinnista (King ym. 1996, Ahlström ym. 1997, Hibell ym. 1997, Kannas ym. 1997, Rimpelä, A. ym. 1997, Lintonen 1998, Liimatainen-Lamberg 1999, Rimpelä ym. 1999). Nuorten tupakoinnin muutoksia on seurattu Suomessa Nuorten terveystapatutkimuksessa joka toinen vuosi vuodesta 1977 lähtien (Rimpelä, A. ym. 1997) ja Kouluterveyskyselyssä vuodesta 1995 yli 200 kunnassa (Rimpelä ym. 1996, Kouluterveyskysely 1999). Joka neljäs vuosi toteutettava WHO-koululaistutkimus vuodesta 1981 lähtien (King ym. 1996, Kannas ym. 1997) ja ESPAD-tutkimus (Hibell ym. 1997) antavat kansainvälistä vertailutietoa.

Eri maiden nuorten terveyskäyttätymistutkimuksissa (Hallman ym. 1992, Kannas & Kontula 1993, Kalnins ym. 1995, King ym. 1996, Perry & Stauffer 1996, Hokka ym. 1997, Kannas ym. 1997) ja Viron tutkimuksissa (Maser ym. 1993, Luiga 1994, Roosalu ym. 1996, Pärna 1997, Pärna ym. 1997, Pärna 1998, Suurorg 1999) ilmoittivat pojat kokeilleensa tupakkaa sekä tupakoivat tyttöjä yleisemmin ja iän karttuessa tupakoinnin on todettu lisääntyvän sekä poikien että tyttöjen keskuudessa.

WHO-koululaistutkimuksessa nuorten tupakointitottumuksia on vertailtu yli kymmenen vuoden ajan. Tupakointikokeilujen yleisyydessä ilmeni 1994 aineiston pohjalta suuria maiden välisiä eroja erityisesti 11- ja 13-vuotiaiden keskuudessa. Pojista eniten kokeilijoita oli Slovakiassa, Latviassa ja Suomessa sekä tytöistä Grönlannissa, Slovakiassa ja Suomessa. 15-vuotiailla sukupuolten väliset erot kokeilujen yleisyydessä olivat huomattavasti pienen-

tyneet (Kannas ym. 1997, Kannas & Kontula 1993) ESPAD-tutkimuksen mukaan tupakointikokeilu oli yleisempää Islannissa, Suomessa, Tšekissä ja myös Virossa (72 %) ja vähäisempää Kyproksella sekä Maltalla. (Hibell ym. 1997.) Puolessa ESPAD-tutkimukseen osallistuneissa maissa tupakointikokeilu oli yleisempää pojilla tyttöihin verrattuna, mutta kuudessa maassa kuten Ranskassa päinvastoin. Sukupuolierot olivat suurimmat Liettuassa, Virossa ja Unkarissa verrattuna muihin maihin, joissa pojilla oli huomattavasti yleisemmin tupakointikokeilun kokemuksia kuin tytöillä. (Hibell ym. 1997.)

Suomessa Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan (Rimpelä ym. 1999) tupakkaa kokeilleiden osuudet vuodesta 1977 vuoteen 1999 nuorempien ikäryhmien pojilla (14-vuotiaat) tupakkaa kokeilleiden osuudet ovat laskeneet tutkimusjakson aikana. 14-vuotiailla tytöillä kehitys on ollut poikkeava siten, että 1990-luvulla kokeilleiden osuudet ovat kasvaneet.

Virossa tupakointikokeilussa esiintyy poikien ja tyttöjen välillä suuria eroja, siten että poikien joukossa on huomattavasti enemmän tupakointikokeilijoita kuin tyttöjen joukossa (Maser ym. 1993, Roosalu ym. 1996). Muutamassa virolaisessa tutkimuksessa on havaittu kieliryhmien välisiä eroja nuorten tupakointitottumuksissa, ja näiden tutkimusten mukaan virolaisilla on yleisemmin tupakointikokeilun kokemuksia kuin ei-virolaisten (Suurorg 1999)

Eräässä suomalaisessa tutkimuksessa (Pulkinen 1997) on analysoitu tupakoinnin kehityskaaria nuoruudesta aikuisuuteen. Tupakoinnin aloitussiät vaihtelivat 10 ikävuodesta noin 21-vuotiaaksi. Yli puolet tupakoivista (64 % naisista ja 46 % miehistä) sanoi aloittaneensa tupakoinnin 15-vuotiaana tai nuorempana. Tytöillä tupakoinnin aloittamisen huippu oli 13-15-vuotiaana, ja pojilla aloittaminen jakautui tasaisemmin 13. ja 18. ikävuoden välille. Virossa tehdyn tutkimuksen mukaan kiinnostus tupakkaa kohtaan oli Virossa myös pojilla aikaisemmin kuin tytöillä, pojilla 10-vuotiaana ja tytöillä 12-13-vuotiaana (Roosalu ym. 1996, Pedaste 1999). Predtechenskayan ym. (1996) mukaan Venäjällä koululaiset olivat aloittaneet tupakoinnin hyvin varhaisessa iässä: ensimmäinen tupakointikokeilu 7-8-vuotiaana. Venäjällä pojat aloittivat säännöllisen tupakoinnin aikaisemmin kuin tytöt, pojat 13-14-vuotiaana ja tytöt 15-16-vuotiaana.

Päivittäin tupakoivia 11-vuotiaita on tuskin lainkaan yhdessäkään WHO-koululaistutkimukseen osallistuneessa maassa (Hallman ym. 1992, Kannas ym. 1997). Kingin ym. (1996) mukaan huomattava kasvu nuorten tupakoinnissa oli kaikissa maissa kolmannentoista ja viidennentoista ikävuoden välillä. Keskimäärin 8 % 13-vuotiaista pojista ja 15-vuotiaista pojista 22 % tupakoi viikoittain, tytöistä 7 % ja 19 %. Kannaksen ja Kontulan (1993) mukaan tupakoinnin sukupuolisidonnaisuus näyttää kouluikäisten keskuudessa vähentyneen huomattavasti. Eräissä maissa kuten Espanjassa, Kanadassa ja Ruotsissa sekä Walesissa tyttöjen tupakointi on jo yleisempää kuin poikien. Mutta ESPAD-tutkimuksen mukaan merkittävä ero poikien ja tyttöjen välillä oli USA:ssa, missä päivittäin tupakoivia tyttöjä oli huomattavasti enemmän kuin poikia. ESPAD-tutkimuksen mukaan Virossa 15-vuotiaista pojista 15 % ja ty-

toista 4 % tupakoi joka päivä. (Hibell ym. 1997). Sekä WHO-koululaistutkimuksen että ESPAD-tutkimuksen mukaan Baltian maissa ja muissa tutkimukseen osallistuneissa Itä-Euroopan maissa tyttöjen tupakointi on huomattavasti vähäisempää kuin poikien (Kannas ym. 1997, Hibell ym. 1997).

Vuoden 1994 tutkimus toi esiin uuden kiintoisan tiedon: Grönlannissa 15-vuotiaiden nuorten tupakointi oli selvästi yleisempää kuin muissa tutkimukseen osallistuneissa maissa (Kannas ym. 1997). Kannaksen ja Kontulan (1993) mukaan erityisen vähän pojat tupakoivat 1990-luvun alussa Sveitsissä, Latviassa, Ruotsissa ja Belgiassa. Tyttöjen tupakointi oli erityisen vähäistä Sveitsissä, Latviassa ja Puolassa. Suomen jälkeen yleisintä tyttöjen tupakointi oli Espanjassa ja Kanadassa. ESPAD-tutkimuksen mukaan Islannissa, Irlannissa, Ukrainassa, Suomessa, Turkissa ja USA:ssa nuoret tupakoivat huomattavasti yleisemmin kuin nuoret Sloveniassa, Kyproksella, Portugalissa ja Liettuassa. Päivittäin tupakoivia nuoria oli enemmän Islannissa ja USA:ssa (19 %) (Hibell ym. 1997). Suomalaisten 15-vuotiaiden poikien savukemäärät ovat suuremmat kuin muissa maissa, mutta myös tytöt tupakoivat eurooppalaisittain runsaasti. Tupakoivien poikien viikoittaiset savukemäärät olivat suuret myös mm. Pohjois-Irlannissa, Espanjassa ja Venäjällä sekä tyttöjen samoin mm. Pohjois-Irlannissa ja Espanjassa. (Kannas ym. 1997.)

Suomessa Nuorten terveystapatutkimuksen (Karvonen 1998b, Rimpelä ym. 1999) mukaan poikien tupakoinnin väheneminen vuosina 1989–97 ja tyttöjen tupakoinnin lisääntyminen vuodesta 1993 alkaen aiheuttivat päivittäisen tupakoinnin sukupuolierojen katoamisen lähes kokonaan 1990-luvun lopulla. 14-vuotiailla tytöillä tupakkatuotteiden päivittäinen käyttö lisääntyi edelleen, ja vuonna 1999 he tupakoivat samanikäisiä poikia useammin (17 % vs. 12 %). Suomessa NTT-tutkimuksessa ikäryhmästä riippumatta poikien päivittäinen tupakointi on kahden viime vuoden kuluessa vähentynyt hieman ja oli vuonna 1997 samalla tasolla kuin vuonna 1985. Runsaasti tupakoivien, yli puoli savukeaskia päivässä, osuus on kuitenkin vähentynyt sekä tytöillä että pojilla koko 1990-luvun. (Karvonen 1998b.)

Virossa 15-vuotiaiden poikien viikoittaiset savukemäärät ovat suuremmat kuin tyttöjen (Roosalu ym. 1996), mutta 90-luvulla 15-vuotiaiden poltettujen savukkeiden määrä viikossa on noussut keskimääräisesti 15:sta 37:ään (Pedaste 1999, Suurorg 1999). Tutkimustulosten mukaan ei-virolaiset tytöt polttivat määrällisesti enemmän kuin virolaiset tytöt. (Pärna 1997, Pärna ym. 1997.)

### 3.4.4 Liikunta

Useat kansainväliset (Anderssen & Wold 1992, Telama ym. 1994, Mota & Queiros 1996, Sarkin ym. 1997, Yang 1997, Kannas & Tynjälä 1998, Nupponen & Telama 1998) ja myös Virossa toteutetut tutkimukset (Kull 1993, Maser ym. 1993, Arvisto ym. 1994, Luiga 1994) viittaavat, että tyttöjen liikunta-aktiivisuus on poikiin verrattuna huomattavasti vähäisempi ja iän mukana liikunta-aktiivisuus vähenee.

WHO-koululaistutkimuksen mukaan 2–3 kertaa viikossa tai useammin liikuntaa harrastavia oli melko paljon kaikissa maissa poikien joukossa, mutta tyttöjen joukossa. Useassa maassa erot liikunta-aktiivisuudessa olivat tyttöjen ja poikien välillä suuret, kuten Espanjassa. Norjassa sukupuolten väliset erot olivat hyvin pienet. Virossa, Puolassa, Suomessa ja Slovakiassa vanhimman ja nuorimman ikäryhmän välillä erot liikunta-aktiivisuudessa olivat erittäin suuret. Itävallan, Suomen, Saksan ja Norjan tytöt harrastivat liikuntaa huomattavasti yleisemmin kuin tytöt Liettuassa ja Espanjassa. (King ym. 1996.) Sekä WHO:n tutkimus että muut kansainväliset tutkimukset viittaavat siihen, että erot eri maiden välillä ovat suuret (Telama ym. 1994, King ym. 1996, Kannas & Tynjälä 1998, Nupponen & Telama 1998).

WHO-koululaistutkimuksen tulokset osoittavat selkeämpää ja merkittävämpää suomalaisnuorten liikuntaharrastuneisuuden lisääntymistä. Vuoteen 1994 saakka sekä poikien että tyttöjen liikuntaharrastus lisääntyi. Tyttöillä kuluneen neljän vuoden aikana ei ole ollut enää havaittavissa liikunnan lisääntymistä lukuun ottamatta 15-vuotiaita tyttöjä. Aktiivisesti liikuntaa harrastavien poikien osuudet ovat lisääntyneet viimeksi kuluneen 12 vuoden aikana 11-, 13- ja 15-vuotiaiden ikäryhmässä. 13–15-vuotiaiden ryhmässä harrastajien määrä on kasvanut selvästi myös viimeksi kuluneiden neljän vuoden aikana. Myös tyttöjen osalta liikuntaa aktiivisesti harrastavien osuudet kasvoivat vuodesta 1986 vuoteen 1994. Viimeksi kuluneiden neljän vuoden aikana kuitenkin vain 15-vuotiaiden ryhmässä ilmeni liikuntaharrastuksen lisääntymistä. Liikuntaharrastamisen lisääntyminen ilmenee myös vapaa-ajan liikuntaharrastukseen käytetyn ajan lisääntymisenä. (Kannas & Tynjälä 1998.) Samaa toteavat myös Nupponen ja Telama (1998), että suomalaisten koululaisten liikunta-aktiivisuus on 1980-lukuun verrattuna hieman nousnut. Tämän tutkimuksen mukaan maiden välisessä vertailussa suomalaisten koululaisten liikunta-aktiivisuus oli keskitasoa, mutta liikuntatiheydessä ja intensiivisen liikunnan määrässä suomalaiset tytöt sijoittuvat hyvin.

ICSSPE:n alaisen Committee of International Sport Pedagogy (ICSP) on toteuttanut vuonna 1995 kuuden Euroopan maan 11–16-vuotiaiden nuorten vertailututkimuksen, jossa on mukana myös Viro. Tämän tutkimuksen mukaan liikunta-aktiivisuuden tiheyden perusteella maat jakautuivat kahteen ryhmään. Tšekissä, Suomessa ja Saksassa osallistujia oli yli 70 %, muissa maissa 60–65 %. Varsinkin Saksassa pojat olivat muita aktiivisempia (81 %). Suurin ero poikien ja tyttöjen välillä oli kuitenkin Belgiassa (76/51 %). Poikien ryhmässä vähiten liikkuja oli sekä kuudennella että kahdeksannella luokalla Virossa ja Unkarissa. Kuutos- ja kahdeksaluokkalaiset pojat harrastivat liikuntaa lähes yhtä yleisesti, mutta tyttöjen ryhmässä liikuntaa harrastavien määrä väheni eniten. Virossa vähintään kaksi kertaa viikossa harrasti liikuntaa pojista 68 % sekä kuudennella että kahdeksannella luokalla, vastaavasti tytöistä 60 % ja 49 %. Lisäämällä osallistumistiheyteen liikunnan intensiivisyys

(2 krt/vko ja 2 t/vko) saadaan täsmennettyä tietoa liikunta-aktiivisuudesta. Virossa ja Unkarissa intensiivinen liikunta on vähäistä (36 ja 37 %) ja erityisen runsasta Saksassa. (Nupponen & Telama 1998.)

Virossa oppilaiden liikunta-aktiivisuus oli suurin ennen murrosikää, tytöillä 9–10-vuotiaana, pojilla 11–12-vuotiaana, minkä jälkeen liikunta-aktiivisuus väheni huomattavasti, varsinkin tytöillä (Silla & Teoste 1989).

### 3.4.5 Terveyskäyttäytymisen ja koetun terveyden väliset yhteydet

Useissa tutkimuksissa on todettu monien terveydellisten vaaratekijöiden ja terveyden kannalta edullisten tottumusten merkitystä nuorten koettuun terveyteen (Lamb ym. 1988, Rantanen 1989, Lamb ym. 1990, Rahkonen ym. 1993, Kalnins ym. 1995, Välimaa ym. 1995, King ym. 1996, Kunttu 1997, Kuusela 1997). Kansainvälisen WHO-koululaistutkimuksen mukaan tupakoinnilla, alkoholin käytöllä ja liikunta-aktiivisuudella on hyvin merkittävä vaikutus nuorten terveyteen kaikissa maissa. Esimerkiksi tupakointi oli hyvin selkeästi yhteydessä 15-vuotiaiden poikien itsensä ei kovin terveeksi kokemiseen Belgiassa, Ranskassa, Skotlannissa ja Walesissa, mutta tupakointi ei vaikuttanut poikien huonoon terveyskokemukseen Virossa, Latviassa, Puolassa ja Slovakiassa. Pojilla oireilu ja tupakointi olivat huomattavasti vähemmän yhteydessä toisiinsa kuin olivat subjektiivisen terveyden ja tupakoinnin yhteydet. Oireilun ja tupakoinnin yhteyksiä oli suomalaisilla, latvialaisilla ja puolalaisilla pojilla. Tyttöjen osalta ei kovin terveeksi kokemisen ja tupakoinnin yhteydet olivat tilastollisesti erittäin selkeät Itävallassa, Belgiassa, Kanadassa, Ranskassa, mutta eivät Virossa, Latviassa, Liettuassa, Puolassa ja Venäjällä. Toisaalta taas selkeät yhteydet löytyivät tyttöjen oireilun ja tupakoinnin välillä Virossa, Suomessa, Norjassa, Tanskassa. Mielenkiintoista on todeta, että tytöillä oireilun ja tupakoinnin yhteydet olivat selkeämmät kuin pojilla, joilla tupakointi vaikutti subjektiiviseen terveyteen. (King ym. 1996.)

Myös Suomen terveystapatutkimuksen tulosten mukaan alkoholin käytöllä ja terveydentilalla oli lineaarinen yhteys. Mitä rajummin 12–18-vuotias nuori käytti alkoholia, sitä huonommaksi hän koki terveydentilansa, tai toisinpäin: mitä huonompi oli terveys, sitä yleisemmin käytettiin alkoholia. Alkoholin käytön ja koetun terveydentilan yhteys oli samanlainen pojilla ja tytöillä. Myös oireiden keskiarvo kasvoi alkoholin käytön useuden mukaan sekä tytöillä että pojilla. Yksittäisistä oireista päänsärky ja käsien vapina olivat hyvin selvästi yhteydessä alkoholin käyttöön. Tytöillä varsinkin väsymyksen tunne, uupumus ja nukahtamisvaikeudet olivat yleisemmät runsaasti alkoholia käyttävillä verrattuna raittiisiin tyttöihin. (Rahkonen ym. 1992, Rahkonen ym. 1993.)

Tupakointi luonnehti yleisemmin oireilevaa nuorta kuin oireetonta nuorta (Rantanen 1989, Kalnins ym. 1995, King ym. 1996). WHO-koululaistutkimuksen mukaan ei kovin terveeksi kokeminen ja runsas oireilu olivat yhteydessä tupakointiin monissa tutkituista maista, mutta tytöillä olivat hermostuneisuus

ja ärtyneisyys selvästi yleisemmin yhteydessä tupakointiin kuin pojilla (King ym. 1996). Erään virolaisen tutkimuksen mukaan nuorten subjektiivinen terveystokokemus ei ollut yhteydessä 13–17-vuotiaiden tupakointiin, mutta tupakoivien nuorten vanhemmat arvioivat lastensa terveyden yleisemmin huonommaksi kuin tupakoimattomien nuorten vanhemmat. Nuorten oireilun sekä sairastelun ja tupakoinnin väliset yhteydet olivat selvät. Tupakoivilla nuorilla esiintyi yleisemmin väsymyksen tunnetta, hermostuneisuutta, allergiaa ja tapaturmia kuin tupakoimattomilla nuorilla. (Eensoo ym. 1998.) Suomalaisen nuoren lääkkeiden käytöllä on todettu vähäinen yhteys tupakointiin (Poskiparta ym. 1989). Sen sijaan vitamiinien ja vahvistavien lääkkeiden käytöllä on todettu melko selvä yhteys alkoholin käyttöön (Rahkonen & Hemminki 1988).

Tupakointia ja alkoholin käyttöä on tarkasteltu eräänlaisina "sisartottumuksina", jonka mukaan alkoholin käytön ja tupakoinnin välillä on selkeä yhteys (esim. Thorlindsson 1989, Kalnins ym. 1995, King ym. 1996, Kunttu 1997). Suurorg (1999) havaitsi myös samanlaisen tuloksen Virossa. Niistä nuorista, jotka ilmoittivat käyttävänsä alkoholia, 40 % tupakoi, ja niistä nuorista, jotka eivät käyttäneet alkoholia, tupakoi vain 4 %. Latviassa säännöllinen tupakointi ja humalajuominen olivat keskenään merkittävästi yhteydessä siten, että säännöllisesti tupakoivat nuoret olivat olleet humalassa kahdesti tai useammin yleisemmin kuin tupakoimattomat nuoret. Tupakoinnin ja humalajuomisen yhteydet olivat selkeämmät pojilla kuin tytöillä. (Kalnins ym. 1995.)

Terveystottumuksista on liikunnalla merkittävä yhteys nuoren tupakointiin ja alkoholin käyttöön. Esimerkiksi Suomessa liikuntatottumuksista havaittiin, että alkoholin suurkäyttäjät harrastivat liikuntaa harvemmin kuin raittiit nuoret. Käyttäjistä suurempi osa kuin raittiista nuorista ei uskonut harrastavansa liikuntaa 20-vuotiaana. Runsas tupakointi korreloi myös liikuntatottumusten kanssa, siten että mitä enemmän nuori tupakoi, sitä todennäköisemmin hän urheili harvoin, käytti liikuntaan vain vähän aikaa eikä aikonut tulevaisuudessa harrastaa liikuntaa. (Hallman ym. 1992.) Nuorten liikuntaaktiivisuuden, tupakoinnin ja alkoholin käytön yhteyksistä on monipuolisia tutkimustuloksia. Esimerkiksi liikunnan ja tupakoinnin välinen negatiivinen yhteys on havaittu olevan selvempi pojilla kuin tytöillä (Honkala 1984, Kunttu 1997) ja liikunnan sekä alkoholin käytön väliset yhteydet ovat selvästi heikommät kuin tupakoinnista on todettu (Pulkkinen 1988). Pulkkisen (1988) mukaan kuvaavaa on myös se, että yhteydet eivät ole kovin johdonmukaisia eri tutkimuksissa.

Kuntoilevien tyttöjen on todettu usein pidättäytyvän alkoholista (Pulkkinen 1988) tai ainakin välttävän humalajuomista (Kannas & Vuolle 1989). Vastaavasti etenkin alkoholia käyttävät tytöt harrastavat vähän liikuntaa (Currie & McQueen 1989).



### 3.5 Keskeiset sosiaalistavat tekijät nuorten sosiaalistumis- ympäristössä

Yksilön ja ympäristön välinen suhde ja toisaalta ympäristösidonnaisuus ovat tutkimusaiheina tutkituimpia (Kronqvist 1996). Bronfenbrennerin (1979, 1981, 1991) mukaan sosialisaatioteorian tehtävänä on rakentaa viitekehys yksilön ja hänen kehitysympäristönsä analysoimiseksi. Tästä näkökulmasta katsottuna sosialisaatiotutkimus, joka käsittelee vain yhtä näistä kehitysympäristöistä, on vaarassa yleistää liikaa tuloksiaan.

Ihmisen kehitys on elämänkaaren läpi kestävä yksilön ja ympäristön välinen vuorovaikutusprosessi (esim. Bronfenbrenner 1979, 1981, Hurrelmann 1989, Sulkunen 1989, Bronfenbrenner 1991, Hurrelmann 1991, Eitzen & Sage 1993, Leonard II 1993, Salonen 1997). Tähän vuorovaikutusprosessiin vaikuttavat ihmisen välittömien ympäristöjen väliset suhteet ja ne laajemmat ympäristöt, joihin välittömät ympäristöt sisältyvät. Yksilön kehityspiirteillä oletetaan olevan sama psykologinen merkitys riippumatta siitä kulttuurista, luokasta tai ympäristöstä, jossa ihminen elää. (Bronfenbrenner 1991, Eitzen & Sage 1993, Leonard II 1993, Alsaker 1995.)

Sosiaalistumisympäristöt ovat osa laajempaa yhteiskuntaa, joka Bronfenbrennerin mukaan koostuu mikro-, meso-, ekso- ja makrosysteemien hierarkkisista järjestelmistä (esim. Bronfenbrenner 1979, 1981, 1991, Perry ym. 1993). Useiden tutkijoiden mukaan nuoren kehitysympäristö koostuu vain kolmesta (esim. Leonard II 1991, Liegle 1991) tai kahdesta tasosta (esim. Sulkunen 1989, Adams & Marshall 1996). Kaikissa edellä mainituissa hierarkkisissa järjestelmissä makrotasoon kuuluvat kulttuurin ja yhteiskunnan yhteinen rakenne ja sen järjestelmämuodot, ja mikrotasolla selvitetään yhteyksiä ryhmien ja toisten instituutioiden välillä.

Eksotasolla tarkoitetaan niitä ympäristöjä, joiden kanssa yksilö ei ole enää suorassa vuorovaikutuksessa. Eksosysteemin ympäristöt ovat kuitenkin merkityksellisiä sillä tavoin, että ne ja niiden tapahtumat vaikuttavat ympäristöön, jossa yksilö kasvaa. (Bronfenbrenner 1979, 1991, Knutgård 1999.) Eräissä tutkimuksissa (Helve 1989, Liimatainen-Lamberg 1993, Perry ym. 1993, Igra & Irwin 1996) mainitaan, että medialla, koulutuspolitiikalla ja vanhempien työllä on epäsuoria yhteyksiä nuorten terveystyötyymiseen.

Makrotaso koostuu tietyn kulttuurin, alakulttuurin tai muun laajan sosiaalisen rakenteen mikro-, meso- ja eksosysteemiominaisuuksien käsittävää kokonaisuudesta (Bronfenbrenner 1979, 1981). Jokaisella yhteiskunnalla on oma historia ja yleinen uskomusjärjestelmä ja ideologia, jotka vaikuttavat muiden alempien systeemien sisältöihin ja muotoihin sekä systeemien välisiin suhteisiin. Näihin liittyvät mm. koulutukseen ja taloudellisiin resursseihin liittyvät eriarvoisuudet, jotka puolestaan voivat vaikuttaa yksilöiden elinolosuhteisiin ja ideologioihin. Vastaavia piirteitä voidaan havaita etnisyyden, uskonnon ja muiden alakulttuuristen ryhmittymien piiristä. (Helve 1989,

Sulkunen 1989, Earls 1993, Perry ym. 1993, Adams & Marshall 1996, Igra & Irwin 1996.) Kansalliset normit saavat valtansa paikallisessa vuorovaikutuksessa.

Yhteiskunnallisen kehityksen vaikutuksia lapsen elämään on pidetty lähes itsestäänselvyyksinä. On otettava huomioon, että nykylasten lapsuuteen eivät vaikuta vain nykyhetken tapahtumat. Muutokset tässä ja nyt ovat silmiinpistävimpiä, mutta jokainen tapahtuma on kuitenkin pitkän tapahtumaketjun seurausta. (Steensberg 1991, Lahikainen ym. 1995, Knutgård 1999.)

Ympäristön yhteyttä terveyskäyttäytymiseen voidaan analysoida eri tasoilla. Esimerkiksi on mahdollista tutkia mikrosysteemi eli sitä, miten välitön ympäristö on yhteydessä yksilön käyttäytymiseen, kuten tupakointi- ja alkoholikäyttäytymiseen. (Wold 1989, Perry ym. 1993.)

Yksilön fyysiseen ja sosiaaliseen ympäristöön liittyvät ominaisuudet säätelevät tavalla tai toisella yksilön terveystottumusten kehittymistä. Nuorisoa ja sen sosiaalistumista tutkittaessa on kiinnitetty huomiota sosiaalistajien rooliin sosiaalistumisympäristössä.

Lapsuuden aikaisen sosialisoinnin kannalta merkittävinä tekijöinä on useissa tutkimuksissa pidetty vanhempia, toveriryhmiä, koulua, naapureita, valtiota ja muita instituutioita (esim. Laakso 1981, Hurrelmann 1989, Sulkunen 1989, Eitzen & Sage 1993, Perry ym. 1993, Alsaker 1995, Schaffer 1996, Barber & Olsen 1997, HBSC-study protokolla 1997, Pietilä 1999) sekä mediaa, uskontoa ja kirkkoa, kulttuuria, taloudellista ja poliittista järjestelmää (esim. Sulkunen 1989, Crockett & Petersen 1993, Earls 1993, Eitzen & Sage 1993, Perry ym. 1993, Adams & Marshall 1996). Edellä esitetty luettelo kuvaa sosialisoinnin kannalta merkittäviä tekijöitä yleensä. Edellä lueteltujen tekijöiden yhteys terveystottumusten kehittymiseen voi olla varsin erilainen.

Kehityksen täytyy viime kädessä tapahtua ihmisen välittömässä, lähimmässä ympäristössä, jota kutsutaan mikrojärjestelmäksi (esim. Bronfenbrenner 1979, 1981, Pulkkinen 1984, Helve 1989, Bronfenbrenner 1991, Crockett & Petersen 1993, Perry ym. 1993, Igra & Irwin 1996, Schaffer 1996). Lapsen mikrosysteemi voi koostua esimerkiksi kodista tai päiväkodista, jossa lapselle muodostuu erilaisia vuorovaikutussuhteita aikuisiin ja muihin lapsiin (Helve 1989, Lahikainen ym. 1995).

Moderneissa yhteiskunnissa nopeasti kasvavat muutokset muuttavat myös lapsen suhteita perheessä sekä ystävä- ja auktoriteettisuhteiden luonnetta päivähoitossa ja koulussa. Samalla ne asettavat lapselle jatkuvasti uusia haasteita, joita on vaikea ennakoida. (Lahikainen ym. 1995.)

### 3.5.1 Koti sosiaalistavana tekijänä

Lapsen ensisijainen ja tärkein sosiaalistaja myös terveyden näkökulmasta on perhe (McPherson ym. 1989, Meinberg 1991, Toomsoo 1994, Sweeting & West 1995, Pietilä 1999). Pietilän (1999) mukaan perheiden elämäntilanne on nykyään keskeinen tutkimuskohde, mutta perheiden merkityksen tarkastelu nuor-

ten terveyden edistämisessä on jäänyt vähäiseksi. Perheiden voimavarojen selvittäminen on ajankohtaista, koska koulua merkittävämpi kasvuympäristö nuorelle on edelleen koti.

Lapsi saa ensimmäiset viitteet ja käyttäytymismallit perheessä. Esimerkiksi lapsen ensimmäisen suhtautumisen liikuntaan saa alkunsa perheestä ja se vaikuttaa hänen liikunta-aktiivisuuteensa. Vanhempien oma malli ja positiivinen suhtautuminen voivat saada lapset kiinnostumaan liikunnasta (Meinberg 1991, Brustad 1996). Liikuntaan sosiaalistuminen on moninainen sosiaalinen prosessi, ja se sisältää tietojen, taitojen, arvojen, normien ja minäkäsityksen yhtäläistämistä ja kehitystä. Urheiluseurojen toimintaan osallistuvien lasten saavutukset ovat yhteydessä fyysiseen kehitykseen ja taitoihin, pätevyYTEEN. Varhaisia liikuntakokemuksia voidaan pitää edellytyksenä lasten taitojen, arvojen, asenteiden, mieltymysten ja odotusten kehitykseen. Nämä puolestaan ovat olennaisia myöhemmässä vaiheessa. (Yang 1997.)

Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että perheen rakenne (Siekinen 1992, Perry ym. 1993, Igra & Irwin 1996, Schaffer 1996, Schucksmith ym. 1997), kasvatustyyli (Crockett & Petersen 1993, Igra & Irwin 1996), perheen sosiodemografiset tekijät (Wold 1989, West ym. 1990, Klerman 1993, Leonard II 1993, Sauli 1998) ja vanhempien ja lasten suhteen luonne (Perry ym. 1993, Igra & Irwin 1996) ovat hyvin tärkeitä tekijöitä nuorten kehityksen ja terveyskäyttäytymisen suhteessa.

Perhe kulttuuriyksikkönä tarkoittaa kunkin perheen kulttuuria, niitä merkityksiä, jotka erottavat tietyn perheen kaikista muista. Perhekulttuuria tarkasteltaessa havaitaan, että perhe todellakin on enemmän kuin jäsentensä summa ja että perhe kehittyessään luo jotain uutta ja ainutlaatuista. Vanhemmat voivat ensinnäkin vaikuttaa lapseen epäsuorasti, niin että he eivät ole tietoisia vaikuttamisesta. Toisaalta vaikuttaminen voi olla suoraa, tietoista. Lapsi ensinnäkin oppii sukupuoliroolit pääasiassa vanhemmiltaan, ja lapset näkevät myös työn, rahankäytön ja vapaa-ajanvieton mallit kotonaan. Lapset oppivat myös asenteita ja arvoja vanhempiensa mallista. Vanhemmat toimivat suhteessa lapseensa mahdollistajina ja rajoittajina, jopa estäjinä, vahvistajina tai rankaisijoina osoittamalla hyväksymistään tai paheksuntaa. Vaikka yhteiskunta takaisi minimitoimeentulon, perhe on kuitenkin se yksikkö, joka yksityiskohdiltaan ratkaisee, millaiset materiaaliset mahdollisuudet lapsella on kasvaa. Vanhemmat määräävät, asuuko perhe maaseudulla vai kaupungissa, ja vanhempien koulutus samoin kuin heidän varallisuutensa vaikuttavat siihen, millaiset materiaaliset puitteet he lapselleen luovat. Bronfenbrenner (1991) on aiemmin painottanut voimakkaasti ns. makrotekijöiden osuutta kehityksen suuntaajina. Hän on yhä enemmän korostanut yksilön lähiympäristön ja vuorovaikutuksen merkitystä kehitykselle. Esimerkiksi mallioppimisteorian mukaan lapsi oppii juomaan, kun hän näkee, että vanhemmat juovat. Lapsi sisäistää vanhempiensa käyttäytymisen ja yhdessä luodut merkitykset sisäisiksi toimintamalleiksi, jotka sitten ohjaavat

hänen käyttäytymistään. Vanhempien tulisi luoda sellaisia tilanteita, jotka mahdollistavat erityyppisten käyttäytymismuotojen harjoittelun siten, että lapsi varttuessaan itsenäistyy. (Hurme 1995.)

Aikaisemmissa sosialisatiotutkimuksissa perhettä on käsitelty tärkeimpänä tekijänä varhaislapsuudessa ja ikätovereita nuoruudessa (Narusk & Pulkkinen 1994). Perhe on tärkeä ensisijainen sosiaalistava tekijä lasten liikuntaaktiivisuudessa (McPherson 1989, Brustad 1993). Perhe ja vanhemmat sosiaalistavat nuoria, koska vanhempien omat arvot, uskomukset ja asenteet näkyvät heidän käyttäytymisessään ja sen kautta he ovat ”hyviä” tai ”huonoja” esimerkkejä lapsille. On tärkeätä huomata, että vanhemmat ovat motivoituneita hankkimaan lapsilleen ja perheelleen ”parasta”. He suhtautuvat myönteisesti esimerkiksi terveellisen ruoan valmistukseen. (Tones 1983, Brustad 1993.) Tämä määritelmä tekee selväksi, että sosiaalinen prosessi ei kuulu ainoastaan fyysiseen ympäristöön vaan se sisältyy myös sosiaalisiin ja psykologisiin näkemyksiin. McPhersonin (1981) ja McPhersonin ym. (1989) mukaan ensisijaisessa sosialisatiion yksikössä eli perheessä lapsi oppii osallistumaan sosiaaliseen ryhmään sekä sisarusten että aikuisten kautta. Perhe huolehtii taloudellisesta ja emotionaalisesta tuesta, roolimalleista, arvoista, tiedoista ja normeista sekä mahdollisuuksista esimerkiksi liikuntaympäristössä. Perhe sosiaalisena ympäristönä on tekijä, jonka kautta yhteiskunnan kulttuuriset, taloudelliset ja poliittiset vaikutukset heijastuvat. Samaan aikaan tapahtuu lapsen kasvu ja kehitys tässä dynaamisessa ympäristössä, välittömässä ympäristössä. Vanhemmat huolehtivat sosiaalisesta tuesta ja rohkaisevat lapsia harastamaan liikuntaa. Valikoimalla haetaan piirteitä mediasta, perhe tarkkailee yhteiskunnan normien ja arvojen oppimista. Lyhyesti sanottuna perhe tarjoaa ensimmäisenä viitekehyksiä, joista kehittyä suhtautuminen sosiaaliseen maailmaan, myös urheilumaailmaan.

### 3.5.2 Koulu ja ystävät sosiaalistavina tekijöinä

Perheeseen liittyvien tekijöiden lisäksi myös koulu ja ystävät ovat erittäin tärkeitä tekijöitä nuoren välittömässä, lähimmässä ympäristössä. Viimeaikaiset tutkimukset osoittavat, että ajanvietto tovereiden kanssa, ystävyys ja tovereiden mielipiteet (Crockett & Petersen 1993, Perry ym. 1993) ovat merkittävästi yhteydessä nuorten terveystietoisuuteen.

Toiset sosiaalistavat tekijät huolehtivat sosiaalisten verkkojen yhdistämisestä ja antavat käyttäytymismalleja yhteiskunnassa. Myöhemmin muut tekijät, kuten koulu, kirkko, vapaa-ajan järjestöt, media, toveripiiri, poliittinen ja taloudellinen systeemi, alkavat vaikuttaa sosialisatioprosessiin ja liittyvät toissijaisina tekijöinä sosialisatioon. (Esim. Tones 1983, McPherson ym. 1989, Yang 1997.) Toissijainen sosialisatio on muodollisempi prosessi. Koulu on tärkein toissijainen yksilö sosiaalistava tekijä.

Se mitä opitaan perheen ulkopuolella, voi olla yhteen sopimaton perheen sosialisointin kanssa. Ristiriitoja syntyy varhais- tai myöhäisessä nuoruudessa kohdattaessa uusia ryhmiä, esimerkiksi toveripiiri. Yksilöt sosiaalistuvat vaihtelevasti liikuntaan, ja siihen vaikuttavat sukupuoli, sosiaaliluokka, etnisuus, rotu ja kansallisuus. Nämä tekijät muovaavat arvoja, uskomuksia ja mielipiteitä urheilun maailmassa. Nuorille tytöille sosiaalistuminen liikuntaan, saman sukupuolen roolin tai mallin ottaminen ja vahva vertailuryhmän, nimenomaan vanhempien, tuen täytyy olla saatavissa. Kuitenkin liiallinen tai huomattavan vähäinen urheiluroolien mallin ottaminen voi aiheuttaa ristiriitoja. (McPherson ym. 1989.)

Mesotaso voidaan määritellä kahden tai useamman mikrojärjestelmän järjestelmäksi, eli se sisältää yhteydet, joita on kehittyvän yksilön kahden tai useamman ympäristön välillä, esimerkiksi koti ja päivähoito, päivähoito ja koulu, perhe ja toveriryhmä tai koti ja työpaikka. Mesotason avulla on mahdollista löytää eri ympäristöihin kuuluvien tekijöiden yhteisiä ja vuorovaikutuksellisia vaikutuksia kuten se, miten vanhempien ja ystävien tuki vaikuttaa koulumenestykseen. (Bronfenbrenner 1991, 1979, 1981, Perry ym. 1993.) Mesosysteemin näkökulmasta katsottuna lapsen kehitykseen liittyvät vaikutukset riippuvat suuresti määrin myös mesosysteemin ominaisuuksista, kuten koulun sijainnista (Bronfenbrenner 1991, Crocket & Petersen 1993, Perry ym. 1993, Barber & Olsen 1997).

Koulua voi infrastruktuurinsa puolesta tarkastella kahdella tavalla, kuten yhteiskunnan rakenteen osana, joka on paikallinen ja valtiollinen, ja toisaalta on koulun oma rakenne. Molemmat näkökulmat on otettava huomioon kouluyhteisön terveyttä edistettäessä. (Vertio 1991.) Holopaisen (1991) mukaan tärkeää on, miten kodin ja koulun tavoitteet liittyvät yksilön omiin tavoitteisiin ja voimavaroihin sekä millaisia kokemuksia yksilö saa suorittamisestaan elämässä ja muista ihmisistä.

### **3.6 Aikaisempia tutkimuksia kotitaustatekijöiden, koulua sekä ystäväpiiriä kuvaavien ominaisuuksien vaikutuksista terveyskäyttäytymiseen ja koettuun terveyteen**

#### **3.6.1 Sosioekonominen asema**

Sosioekonomisilla tekijöillä on osoitettu olevan yhteys lukuisiin nuorten terveyden osoittimiin (Mackenbach 1992, Pietilä 1994, Suomalaisten terveys 1996, Currie ym. 1997, Koskinen 1997, Pietilä 1998). Kodin sosioekonomisten tekijöiden ja nuorten terveystottumusten välisistä yhteyksistä on olemassa lukuisia kansainvälisiä tutkimuksia. Esimerkiksi kansainvälisen WHO-koulu- ja nuorisotutkimuksen 1994 aineiston mukaan 11-vuotiaiden ikäryhmässä poikien arviot hyvästä perheen taloudellisesta tilanteesta ja positiiviset terveyskoke-

mukset olivat yhteydessä keskenään seitsemässä maassa, mutta tytöillä 12:ssa tutkimukseen osallistuneista maista (King ym. 1996). Erään virolaisen tutkimuksen mukaan nuorten terveystilanne oli selvästi yhteydessä äidin tuloihin, siten että perheissä, jossa äidin tulot olivat alle 1000 kruunua, nuoret kokivat terveytensä huonommaksi kuin perheissä, jossa äidin tulot olivat yli 5000 kruunua. Myös taloudellisesti huonosti toimeentulevien äitien mielestä heidän lapsensa terveydentila on huonompi kuin taloudellisesti hyvin toimeentulevien äitien mielestä. (Alep ym.1998.) Alemmissa sosiaaliluokissa oirehditaan tutkimusten mukaan psykosomaattisesti enemmän ja herkemmin sekä koetaan terveydentila huonommaksi kuin ylemmässä sosiaaliluokassa. Tällaista oireiden kasaantumista voi havaita jo koulunuorisella, mutta milloin ja missä määrin tämä alkaa, on vaikeasti todennettavissa. (Lehtinen & Väisänen 1984, Currie ym. 1997.) Pietilän (1994, 1998) tutkimuksen mukaan perheen sosiaalisen tilanteen myönteinen kehittyminen lapsen siirtyessä varhaislapsuudesta aikuisuuteen ennusti aikuisiän vahvaa elämänhallintaa. Tutkimuksessa (Pietilä 1994) sai tukea olettamus, että nuoren elämäntyyli muotoutuu jo varhain ja näin elämänsuunta on nähtävissä nuoruusiässä.

Eräässä virolaisessa tutkimuksessa ilmeni, että Virossa pienituloisten perheiden murrosikäiset kokivat psykosomaattisia oireita yleisemmin kuin hyvin toimeentulevien perheiden nuoret (Kiili 1995, Alep ym. 1998). Alepin ym. (1998) mukaan taloudellisesti huonosti toimeentulevien perheiden 12–17-vuotiailla nuorilla esiintyi yleisemmin keuhko- ja vatsasairauksia, hermostuneisuutta ja heikkouden tunnetta kuin taloudellisesti hyvin toimeentulevien perheiden nuorilla.

Perryn ja Staufferin (1996) mukaan nuorten tupakointia voidaan selittää sosiodemografisilla tekijöillä, jotka voivat lisätä tupakoinnin aloittamista tai tupakointia. Perheen sosioekonomisen aseman ja nuorten tupakoinnin ja alkoholin käytön välisiä yhteyksiä tutkittaessa on tutkimusten mukaan todettu alempien sosiaaliryhmien nuorten tupakoivan ja käyttävän alkoholia yleisemmin kuin ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvien (esim. Villalbi ym. 1991, Hallman ym. 1992, Stanton ym. 1994, de Vries 1995, Stanton ym. 1995, Perry & Stauffer 1996, Suomalaisten terveys 1996).

Myös eräässä virolaisessa tutkimuksessa havaittiin samansuuntainen tulos, mutta isän sosiaalinen asema oli yhteydessä 13–18-vuotiaiden tyttöjen tupakointiin. Ne tytöt tupakoivat yleisemmin, joiden isä oli työtön, kuin tytöt, joiden isä oli korkeassa sosiaalisessa asemassa. (Pärna 1997.)

Eräässä tutkimuksessa tulokset sosioekonomisista eroista olivat päinvastaisia. Hyvin taloudellisesti toimeentulevien perheiden nuoret käyttivät alkoholia yleisemmin kuin huonosti toimeentulevien perheiden nuoret. Tupakointi taas oli hyvin taloudellisesti toimeentulevien nuorten liikunnan harrastajien ryhmässä vähäistä. (Gratton & Tice 1989.)

Sosioekonomiset erot ovat Suomessa viime vuosikymmeninä kasvaneet (Suomalaisten terveys 1996). Alkoholin käyttö on lisääntynyt nuorilla kaikissa sosiodemografisissa ryhmissä viime vuosina. Alkoholin käytössä oli sosio-

ekonomisia eroja 1970-luvulla vähemmän kuin 1980-luvulla. (Rahkonen 1988, Rahkonen ym. 1989.) Samansuuntainen tutkimustulos havaittiin myös Virossa. Alkoholista käytettiin yleisemmin sosiaalisissa perheissä, joissa oli huonot olosuhteet, vanhempien heikko sosioekonominen asema tai työttömyyttä (Shapiro & Flaherty-Zonis 1992). Viron aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimuksen mukaan vähemmän koulutetut ihmiset ovat Virossa tyytymättömämpiä terveyteensä kuin korkeammin koulutetut. Syyt eroaviin arviointeihin ovat luultavasti vähemmän koulutettujen ihmisten vaativammassa työolosuhteissa, johon sisältyvät myös epäterveelliset työolot 52 %:n mukaan vastaajista. (Laidmäe 1995.)

Nuorten sosiaalista taustaa on tarkasteltu isän ammatin perusteella, ja tämän mukaan Suomessa eniten raittiita oli maanviljelijöiden lapsien keskuudessa. Eniten alkoholin suurkäyttäjää oli työläisperheiden lasten ryhmässä. Suurkäyttäjien suurempi osuus tässä sosiaaliryhmässä ilmeni vain pojilla. (Hallman ym. 1992.)

Vanhempien sosiaalisella asemalla, ammatilla ja koulutuksella on empiirisesti havaittu olevan yhteyksiä myös liikuntaharrastukseen (Telama ym. 1986, Blanksby ym. 1996, Yang 1997). Esimerkiksi hyvä sosiaalinen asema takaa perheelle paremmat mahdollisuudet harrastaa organisoitua liikuntaa (Meinberg 1991, Yang 1997).

Mutta Yang ym. (1996) toteavat, että isän sosioekonominen asema ei ollut yhteydessä poikien liikunta-aktiivisuuteen. Nämä tulokset ovat erilaisia kuin eräät aiemmat tulokset (McPherson ym. 1989, Lindner ym. 1993). Toisaalta isän sosiaalinen asema vaikuttaa vahvasti nuorten tyttöjen urheiluun. Korkeassa asemassa olevien isien tyttäret harrastavat yleisemmin urheilua kuin alemmassa asemassa olevien isien tyttäret. Tulokset ovat samansuuntaisia myös urheilulajeittain, siten että isän liikunta-aktiivisuus oli yhteydessä lasten hiihtoon. (Yang ym. 1996, Blanksby ym. 1996.)

Vanhempien sosiaalisella asemalla, ammatilla ja koulutuksella on empiirisesti havaittu olevan yhteyksiä myös vitamiinien tai vahvistavien lääkkeiden käyttöön; mitä korkeampi oli huoltajan sosiaalinen asema, sitä todennäköisemmin nuori oli käyttänyt vitamiineja tai vahvistavia lääkkeitä (Rahkonen & Hemminki 1988).

Karvosen ym. (1995) mukaan perheen sosiaalinen asema erottelee suhteellisen huonosti nuorten terveyskäyttäytymistä, mutta nuorten oma sosiaalinen asema koulutustasolla mitattuna on selkeästi yhteydessä terveyskäyttäytymiseen. Vaikka perhetaustan ja oman sosiaalisen aseman yhteyttä nuorten terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen on tutkittu paljon, on sosiaalisen aseman kolmatta ulottuvuutta, sosiaalista liikkuvuutta, tutkittu vähemmän. Nuoren omalla sosiaaliaseman liikkuvuudella on suurempi yhteys tupakointiin kuin perheen sosiaaliluokalla (Glendinning ym. 1994). Suomalaisessa tutkimuksessa selvitettiin, onko terveyttä vaarantava käyttäytyminen, kuten tupakointi, alkoholin käyttö, humalaan juominen, kahvin juonti, liikunnallinen passiivisuus, hampaiden harjaamattomuus, voin ja kulutusmaidon käyttö sekä

makeisten syönti, yhteydessä sosiaaliseen liikkuvuuteen nuorilla. Tutkimuksen aineistoina olivat Nuorten terveystapatutkimuksessa vuosina 1985, -87 ja -89 kerätyt koko maan 16- ja 18-vuotiaita edustavat postikyselyaineistot. Nuoret jaettiin ensin perheen sosiaalisen aseman perusteella ylempiin ja alempiin toimihenkilöihin sekä työväestöön ja maanviljelijöihin. Kussakin sosiaali-ryhmässä määriteltiin sitten oman koulutustason ja koulumenestyksen avulla sosiaaliselta asemaltaan pysyvät, nousussa ja laskussa olevat. Terveyttä vaarantavan käyttäytymisen riski oli merkitsevästi suurempi laskevissa kuin pysyvissä ryhmissä. Liikunnallisen passiivisuuden riski ei eronnut vastaavan ryhmän pysyvien riskistä.

### 3.6.2 Perherakenne ja perheen ilmapiiri

Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että perherakenne on yhteydessä eräisiin terveystottumuksiin (esim. Stanton ym. 1994, 1995, King ym. 1996). Tupakointi oli yleisempää yksinhuoltajien perheiden lapsilla kuin ehjästä perheestä tulleilla lapsilla (Karvonen & Rimpelä 1995, King ym. 1996). Stantonin ym. (1994, 1995) mukaan 15- ja 18-vuotiaiden merkittävä tupakoinnin riski oli tutkimustulosten perustella biologisen isän puuttuminen tai isän ikä. Erään virolaisen tutkimuksen mukaan 13–18-vuotiailla perherakenne oli yhteydessä vain poikien tupakointiin. Pojat, jotka asuivat ehjässä perheessä, jossa on sekä äiti että isä, tupakoivat harvemmin kuin pojat, jotka asuivat äidin ja isäpuolen kanssa. (Pärna 1997.)

Lehtinen ja Väisänen (1984) ovat todenneet, että poikkeavana koettu lapsuudenkodin ilmapiiri ja kasvuympäristön epästabiilisuus olivat yhteydessä psykosomaattisten häiriöiden esiintymiseen. Esimerkiksi stabiilissa ympäristössä kasvaneista 57 %:lla esiintyi psykosomaattisia häiriöitä, kun taas vastaava prosenttiluku oli usein kasvuympäristöä vaihtaneilla 78 % ja aviottomana syntyneillä 83 %. Toskala ja Toskala (1992) ovat tutkineet perheen ja sairastelun yhteyksiä. Heidän mukaansa vanhempien mielenterveysongelmat ja muiden perheenjäsenten krooniset sairaudet tai vammat näyttävät muodostavan murrosikäiselle selvän stressin lähteen. Eräässä tutkimuksessa tuli esille, että perheen sisäinen toimiva vuorovaikutus, yhteiset arvot ja kyky myönteisyyteen ovat merkityksellisiä tuettaessa nuorta hänen terveytensä ylläpitämisessä ja nämä ovat tärkeitä myös nuoren kehittyvän identiteetin ja siten myös elintapojen kannalta. (Meltaus & Pietilä 1998.)

Virossa aikuisväestössä tehdyssä tutkimuksessa perheen ilmapiirin olennaisena osoittajana olivat perheenjäsenten keskinäiset suhteet. Huonot suhteet lasten kanssa aiheuttivat jännittyneisyyttä. Niistä, jotka olivat "täysin" tyytyväisiä lapsiinsa (14–17-vuotiaat), oli subjektiivisesti terveitä 31 %, ja "kohdallisesti" tyytyväisistä oli terveitä vain 19 %. (Laidmäe 1997a,b.) Virolaiset 11–15-vuotiaat nuoret puhuivat omista ongelmistaan Viron WHO- esitut-



kimusaineiston 1991 mukaan yleisemmin äidin kuin isän kanssa. 15-vuotiaista tytöistä 82 % oli sitä mieltä, että vanhemmat kuuntelevat heidän mielipiteitään. (Maser ym. 1993.)

Virossa 13–17-vuotiaat nuoret pitivät hyvin tärkeänä perheen turvallisuutta (Raudik 1996). Saavan ja Eensoon (1997) mukaan tutkimukseen osallistuneista 13–18-vuotiaista nuorista 77 % oli sitä mieltä, että on hyvä olla yhdessä vanhempien kanssa. Venäjänkieliset nuoret olivat yleisemmin sitä mieltä, että vanhemmat ymmärtävät heitä ja ottavat huomioon heidän tunteitaan kuin vironkieliset nuoret. Venäjänkieliset oppilaat olivat vironkielisiä yleisemmin myös sitä mieltä, että vanhemmat odottavat heiltä liikaa.

### 3.6.3 Vanhempien terveystottumukset

Nuorten päihde- ja vaikuteaineiden väärinkäyttö on kansainvälisen huomion keskipiste, ja sitä on tutkittu monipuolisesti. Yksi mielenkiinnon kohde on ollut päihteiden ja perhetekijöiden yhteyksien selvittäminen. Perheenjäsenten päihteiden käyttö ja perheilmapiiri viittaavat huomattavan vahvoihin yhteyksiin näiden muuttujien ja murrosikäisten päihdeaineiden väärinkäytön välillä. (Denton & Kampfe 1994.) Meltauksen ja Pietilän (1998) mukaan perheissä, joissa päihteiden käyttö kuuluu jokapäiväiseen elämään, puuttuu turvallinen ja välittävä vanhempi-lapsisuhde.

Vanhempien terveystottumusten, normien, arvostusten ja uskomusjärjestelmän on todettu heijastuvan nuorten terveystottumuksiin (esim. Crockett & Petersen 1993, Leonard II 1993, Brustad 1996, King ym. 1996, Predtechenskaya & Golder 1996, Scaffer 1996, Windle ym. 1996, Barber & Olsen 1997, Jackson & Henriksen 1997, Meltaus & Pietilä 1998). Nuorten alkoholin käytön riskitekijä voi olla perhe: perheenjäsenten alkoholin käyttö, perheriidat ja huono toimeentulo (Windle 1996). Kanadassa, Itävallassa, Unkarissa ja Espanjassa kysyttiin WHO-koululaistutkimuksen yhteydessä 13- ja 15-vuotiailta vanhempien alkoholin käytön yleisyyttä. Alkoholia vähintään viikoittain käyttävillä oppilailta oli yleisemmin sellainen isä tai äiti, joka käytti alkoholia päivittäin kuin sellaisilla oppilailta, jotka eivät käyttäneet alkoholia lainkaan. (King ym. 1996.)

Vanhempien tupakointi vaikuttaa lasten terveyteen suoraan tai epäsuorasti mallien kautta, mutta mallivaikutusten näkyminen vaatii aikaa. Tutkimustulosten mukaan äidin tupakointi jouduttaa lapsen tupakoinnin aloittamista ja äidin sekä isän runsas tupakointi on yhteydessä nuoren tupakoinnin jatkumiseen. (Pulkkinen 1997.) Vanhempien tupakointi vaikuttaa nuoriin: 40–66 %:lla nuorista isä tupakoi, 8–14%:lla oli tupakoiva äiti. Useimmin vanhemmat ovat tarjonneet: ”parempi kotona kuin jossakin itse”. (Predtechenskaya & Golder 1996.) Venäjällä Novokuibozessa toteutetun tutkimuksen tulosten mukaan 62 %:n oppilaan perheessä tupakoidaan (Kuznetsov 1996). Erään virolaisen tutkimuksen mukaan 13–18-vuotiaiden nuorten isistä 45 % ja äideistä 29 % tupakoi. Merkittäviä eroja ilmeni kieliryhmien välillä, ja tämän tutkimuksen mukaan virolaisnuorten perheissä äiti tupakoi yleisemmin kuin ei-

virolaisnuorten perheissä. Tämän tutkimuksen mukaan äidin tupakointi oli selkeästi yhteydessä poikien tupakointiin muttei tyttöjen tupakanpolttoon. (Pärna 1997.) Toisen virolaisen tutkimuksen mukaan 64 % 10–15-vuotiaista nuorista vastasi, että heidän jompikumpi vanhempansa tupakoi. Tutkimuksessa kävi ilmi, että tupakoivilla nuorilla oli yleisemmin tupakoiva vanhempi kuin ei tupakoivilla nuorilla. Tupakoivilla pojilla 78 % ja tytöillä 84 % isä tai äiti tupakoi. (Suurorg 1999.) Eensoon ym. (1998) mukaan yli puolet vanhemmista vastasi, että joku heidän perheessä tupakoi ja tulosten perusteella vain 4 % vanhemmista oli tietoisia lapsensa tupakoinnista.

Perhejuhlat kuten joulu tai syntymäpäivät lisäsivät alkoholin käytön alttiutta (Villalbi ym. 1991). Virolaisessa tutkimuksessa havaittiin, että vanhemmat itse tarjoavat nuorille alkoholia. Poikien arviot siitä, etteivät vanhemmat lupaa syntymäpäiväkutsuilla lasten käyttää alkoholia, on yleisempää kuin tyttöjen joukossa. 26 % 15-vuotiaiden tyttöjen ja 44 % poikien vanhemmista ei anna lupaa käyttää alkoholia. (Roosalu ym. 1996.)

Liikuntaharrastuksen kehittyminen jatkuu koko yksilön elämän ajan, ja siinä lapsuus ja nuoruus ovat ratkaisevia vaiheita (Laakso & Vuolle 1980, Iso-Ahola & Hatfield 1986, Wold 1989, Nupponen 1997, Nupponen & Telama 1998). Lapsi hankkii liikuntakokemuksia yleensä ensimmäiseksi kotoa, joten vanhemmilla on vahva vaikutus lasten urheiluun sosiaalistumisessa ja tärkeä merkitys lapsen ensikokemuksille. Vanhemmat voivat omalla esimerkillään tarjota virikkeitä sekä suunnata että vahvistaa harrastustoimintaa. Tutkimusten mukaan vanhemmat ovat yksi tärkeimmistä liikuntaharrastukseen vaikuttavista sosialisaatiotekijöistä (Wold 1989, McPherson ym. 1989, Anderssen & Wold 1992, Greendorfer 1992, Brustad 1993, De Knop ym. 1993, Woolger & Power 1993, Yang 1997). Tutkimustulokset tukevat käsitystä, että lapset sosiaalistuvat liikuntaan ja urheiluun vahvasti äidinsekä isän tarjoamien mallien kautta. Silvennoisen ym. (1984) mukaan isän malli on äitiä selvästi voimakkaampi urheiluun sosiaalistajana. Mitä aktiivisemmin isä itse harrastaa liikuntaa, sitä enemmän odotetaan lapsen menestymistä urheilussa. Useat muutkin tutkimukset (Heinemann 1980, McPherson ym. 1989, Moore ym. 1991, Anderssen & Wold 1992, Brustad 1993, Yang ym. 1996, Yang 1997) viittaavat siihen, että liikunnallisesti aktiivisten vanhempien lapset ovat yleisemmin kiinnostuneita urheilusta kuin liikunnallisesti inaktiivisten vanhempien lapset. McPherson ym. (1989) totesi, että vanhemmat auttavat lapsia liikuntaan sosiaalistumiseen ollessaan itse liikunnallisesti aktiivisia tai ovat mukana organisoidussa urheilussa, selittävät lapsille liikunnan tarpeellisuudesta ja hyödyistä, katsovat televisiosta säännöllisesti urheiluohjelmia ja keskustelevat kotona urheiluaiheista. Nuoruudessa nuoret voivat myös itse vaikuttaa vanhempien liikunta-aktiivisuuteen, silloin kuin nuoren liikunta-aktiivisuus on riippuvainen tovereista, valmentajista tai opettajista. Vanhempien kiinnostus liikuntaan herää lapsen liikuntaharrastuksen kautta. (McPherson ym. 1989.) Myöhempää fyysistä aktiivisuutta ennusti parhaiten nuoruuden fyysinen aktiivisuus, vaikka isän liikuntaharrastus oli eräissä ryhmissä lähes yhtä hyvä ennustaja. (Yang 1997.)

Siitä, missä määrin isä tai äiti vaikuttavat tyttöjen ja poikien urheiluun sosiaalistumiseen, eri tutkimukset antavat toisistaan poikkeavia tuloksia. Yang (1997) totesi isän fyysisen aktiivisuuden korreloivan poikien liikunta-aktiivisuuteen. Äidin liikunnallisella aktiivisuudella oli heikko mutta merkitsevä yhteys tyttöjen liikunnan määrään. Silvennoisen (1987) mukaan vanhempien tai muiden perheenjäsenten antamalla myönteisellä tuella on tärkeä merkitys tytöille, mutta vanhempien liikunnallinen aktiivisuus vaikutti enemmän poikien urheilun harrastamiseen. Samansuuntainen tulos havaittiin myös virolaisessa tutkimuksessa, jonka mukaan 14–15-vuotiaiden poikien liikunta-aktiivisuuteen vaikuttaa vanhempien säännöllinen liikuntaharrastus. Tyttöjen liikunta-aktiivisuus oli yhteydessä vanhempien positiiviseen suhtautumisen liikuntaan. (Raudsepp & Viira 1998.) Anderssen ja Wold (1992) puolestaan totesivat, että pojille tärkeintä oli vanhempien antama suora apu, kun taas tyttöjen harrastamiseen vaikutti eniten paras ystävä. Toisaalta taas kotona vanhempien malli urheiluun sosiaalistajana on merkittävämpi kuin sisarusten ja koulun (Iso-Ahola & Hatfield 1986, De Knop ym. 1993).

Kodin liikunnallinen ilmapiiri heijastuu kaikkien perheenjäsenten suhtautumisessa liikuntaan. Liikunnasta pitävät vanhemmat rohkaisivat lapsia harrastamaan liikuntaa yleisemmin kuin liikunnasta vähemmän nauttivat vanhemmat. Vanhempien rohkaisu ja innostus olivat näissä yhteyksissä tärkeitä tekijöitä pojille. Pojat ilmoittivat saavansa rohkaisua liikuntaharrastukseen vanhemmilta tyttöjä yleisemmin. Vanhempien rohkaisu oli vahvemmin yhteydessä myös poikien koettuun fyysiseen kuntoon kuin tyttöjen. (Brustad 1993, 1996.) WHO-koululaistutkimuksessa mm. latvialaiset pojat saivat rohkaisua liikuntaharrastukseen yleisesti isältä, mutta tytöt päinvastoin koulun opettajilta (Kalnins ym. 1995).

Liikuntaharrastukseen liittyviä merkityksiä on paljon ja erilaisia, ja vanhempien uskomukset ja odotukset ovat tärkeitä lapsen käyttäytymisessä (Woolger & Power 1993, Mota & Queiros 1996). Vanhempien mukaan heidän tyttärensä (43 %) ovat merkittävästi vähemmän liikunnallisesti aktiivisia kuin pojat (20 %). Vanhempien vastaukset viittaavat siihen, että he uskovat lastensa liikkuvan riittävästi (72 % pojista ja 67 % tytöistä). Vanhempien mukaan heidän lapsensa olivat aktiivisempia kuin lasten ystävät. (Mota & Queiros 1996.)

### 3.6.4 Vanhempien kasvatusasenteet ja -tyylit

Useassa tutkimuksessa on korostettu vanhempien kasvatusasenteiden ja perheen elämäntyylin yhteyksiä nuorten tupakointiin ja alkoholin käyttöön (esim. Kandel 1990, Villalbi 1991, Bush & Iannotti 1993, Foxcroft & Lowe 1995, Glendinning ym. 1995, Stanton ym. 1995, King ym. 1996, Radziszewska ym. 1996). Radziszewskan ym. (1996) mukaan nuorten tupakointi erosi hieman sallivan, autoratiivisen tai autokraattisten perheiden välillä. Vapaa salliva kasvatustyyli oli hieman voimakkaammin yhteydessä tupakointiin kuin muut

kasvatustyyliä. Merkittävät yhteydet oli koettu perhe-elämän ja 12–16-vuotiaiden nuorten alkoholin käytön sekä tupakoinnin välillä (Foxcroft & Lowe 1995). Erot ilmenivät myös poikien ja tyttöjen välillä. Pojat, jotka kokivat perheensä "autoritaariseksi" tai "välinpitämättömäksi", käyttivät yleisemmin alkoholia ja tupakoivat. Toisaalta tytöt, jotka kokivat perheensä "lämpöiseksi", käyttivät vähemmän alkoholia, mutta he olivat yleisemmin sitä mieltä, että tupakointi helpottaa ongelmia, ja he ilmoittivat käyttävänsä yleisemmin myös huumeita. (Foxcroft & Lowe 1995.)

Kandelin (1990) mukaan nuoren tupakointi ja päihteiden käyttö on yhteydessä vanhempien antaman ohjauksen puutteeseen, kurinpidollisiin rangaistuksiin ja äidin ja isän erimielisyyksiin lapsen kasvatuksesta. Äidin kasvatustyyllillä on suurempi merkitys lapsen käyttäytymiseen kuin isän kasvatuksella. 12–15-vuotiailla pojilla sosiaalisen tuen vähäisyys kotona ja keskittymiskyvyn puute sekä tytöillä rikolliset taipumukset lisäsivät tupakointikokeilujen yleisyyttä (Stanton ym. 1995). Kodin kireä ilmapiiri viittaa nuorten tupakointiin (King ym. 1996). Heikkoa tukea ja heikkoa kontrollia kuvaa hylkääminen ja välinpitämättömyys, ja sellaista kokeneet lapset tekevät usein rikoksia. Tämä on yhteydessä runsaaseen alkoholin käyttöön. (Foxcroft & Lowe 1995.) Myös suuremmat vanhempien antamat viikkorahat lisäsivät alkoholin käyttöä (Villalbi ym. 1991).

### 3.6.5 Asuinpaikka

Suomessa tupakoinnin alue-eroja on yleensä tutkittu lääni- tai vastaavan jaon pohjalta eikä alueiden välisiä kulttuurihistoriallisia eroja ole otettu huomioon. Nuorten terveystapatutkimuksessa tutkittiin sitä, johtuvatko nuorten tupakoinnin alue-erot eri alueilla asuvien nuorten sosioekonomisen taustan eroista. Tutkimuksen aineistona oli Nuorten terveystapatutkimuksessa vuosina 1987–1993 kerätty yli 15 000 16–18-vuotiasta käsittävä postikyselyaineisto. Tupakointia mitattiin nuuskan kokeilun, tupakoimattomuuden ja runsaan tupakoinnin yleisyydellä. Runsasta tupakointia lukuun ottamatta tupakoinnin kulttuurialue-erot kasvoivat, kun sosioekonomiset tekijät vakioitiin. Terveyskäyttäytymisen sosioekonomista eroja kartoittavien tutkimusten mukaan nuorten säännöllinen tupakointi ei Suomessa ole yhteydessä asuinalueeseen. Mutta tupakoinnin on havaittu olevan yhteydessä nuoren asuinpaikan kaupungistumisasteeseen siten, että tupakointi on sitä yleisempää, mitä kaupungistuneemmalla alueella nuori asuu. (Karvonen & Rimpelä 1995.)

Asuinpaikan väliset erot kaventuvat vuosien mukaan. Maaseudun nuorilla alkoholin käytön on todettu lisääntyvän yleisemmin kuin kaupunkilaisilla. (Rahkonen ym. 1989.) Hallman ym. (1992) saivat päinvastaisia tuloksia. Alkoholin suurkäyttäjien osuudet olivat suuremmat kaupunkien lähiöissä asuvilla nuorilla. Kaupungin lähiössä asuvista nuorista 33 % oli suurkäyttäjiä ja 17 % raittiita. Maaseudulla asuvista nuorista sen sijaan 40 % oli raittiita ja vain 15 % suurkäyttäjiä.

Virossa kaupunkia ja maaseutua verrattaessa terveellisesti eläviä ihmisiä on enemmän maalla ja pienissä kaupungeissa kuin suurissa kaupungeissa. Siitä huolimatta maaseudun ihmiset arvioivat aikuisväestön tutkimuksen mukaan terveytensä kaupunkilaisia huonommaksi (Laidmäe 1997a,b, 1995). Nuoria koskevien tutkimusten mukaan Virossa lukiolaiset ja ammattikoululaiset käyttivät alkoholia yleisemmin Tallinnassa kuin Tartossa (Tamre & Uring 1993) ja tupakointikokeilu ja säännöllinen tupakointi oli huomattavasti yleisempää Tallinnassa kuin Tartossa. Esimerkiksi Tallinnassa 10 % ja Tartossa 6 % nuorista tupakoi säännöllisesti. (Pärna ym. 1997.)

### 3.6.6 Koulu ja ystäväpiiri

Nuoria koskevat tutkimukset osoittavat, että terveyskäyttäytyminen on suoranaisesti yhteydessä koulukokemuksiin ja ikätovereihin. Peruskoulussa huonosti menestyvien nuorten käyttäytyminen on terveyden kannalta kuluttavampaa kuin hyvin menestyvien luokkatoverien. Erityisen selviä erot ovat tupakan ja päihteiden käytössä. Mitä huonompi nuoren koulumenestys on ja mitä negatiivisempi koulunkäyntiasenne on sekä mitä lyhyemmällä koulutusuralla nuori on, sitä yleisemmin hän tupakoi, käyttää alkoholia ja juo itsensä humalaan. (Rahkonen & Hemminki 1988, Nutbeam ym. 1991, Allison 1992, Correspondence 1992, Hallman ym. 1992, Rahkonen ym. 1992, Rahkonen ym. 1993, Schulenberg ym. 1994, King ym. 1996, Perry & Stauffer 1996, Sells ym. 1996, Windle ym. 1996, Pulkkinen 1997.) Hallmannin ym. (1992) mukaan myös koulukiusaaminen korreloi voimakkaasti ja tilastollisesti erittäin merkitsevästi tupakoinnin ja alkoholin käyttöön, siten että koulukiusaamiseen osallistunut nuori oli huomattavasti todennäköisemmin tosikäyttäjä kuin raitis.

Bailey (1992) toteaa, että nuorten siirtyminen peruskoulusta lukioon lisää päihdeaineiden käytön kokeiluja ja käyttöä. Jos nuoret käyttivät runsaasti alkoholia ja tupakoivat, he yleisemmin käyttivät yhdistetyssä muodossa kaikkia, myös huumeita. Tämä ilmiö oli sama sekä pojilla että tytöillä.

Viimeaikaiset tutkimustulokset ovat osoittaneet, että yksilöllisten tekijöiden lisäksi tärkeitä tekijöitä nuorten terveyskäyttäytymisessä ovat ystävät (esim. Glendinning ym. 1995, Bush & Iannotti 1992). Young People's Leisure & Lifestyles Projectin tutkimustulosten perustella 15–16-vuotiaat jaettiin kolmeen ryhmään: konventionaaliset, kouluun ja perheen suuntautuneet nuoret sekä ystäväpiiriin suuntautuneet nuoret. Terveyskäyttäytyminen, erityisesti tupakointi ja alkoholin käyttö, olivat selvästi yhteydessä nuorten tyyppittelyyn. Ystäväpiiriin suuntautuneiden ryhmässä säännöllinen alkoholin käyttö oli yleisempää, ja nämä nuoret kokivat terveytensä harvemmin hyväksi kuin muut. (Glendinning ym. 1995.)

Kansainvälisen WHO-koululaistutkimuksen mukaan useassa maassa nimenomaan tupakoivat nuoret viettävät paljon aikaa ystävien kanssa, eivät ainoastaan koulun jälkeen vaan myös iltaisin, poissa kotoa ja poissa vanhem-

pien vaikutuksesta. Tupakoivat nuoret viettävät yleisemmin aikaa tupakoivien ystävien kanssa kuin tupakoimattomat nuoret (Sells ym. 1996.). Samansuuntaisia tutkimustuloksia havaittiin myös Virossa (Pärna 1997, Suurorg 1999). Nuoret, joilla oli tupakoiva ystävä, polttivat tupakkaa yleisemmin kuin nuoret, joilla ei ollut tupakovia ystäviä. 13–18-vuotiaista nuorista 57 % ilmoitti, että heidän ystävänsä tupakoi. Mielenkiintoista on, että ystävien tupakointi oli hyvin selkeästi yhteydessä tyttöjen tupakointiin mutta ei poikien. (Pärna 1997.) Suurorgun (1999) mukaan 10–15-vuotiailla pojilla oli tupakoivia ystäviä enemmän kuin tytöillä.

Myös ikätoverien alkoholin käyttö oli yhteydessä nuorten myönteiseen asenteeseen omaan alkoholinkäyttöön (Windle ym. 1996). Alkoholin käyttö liittyy nuorilla vapaa-ajan viettoon kodin ulkopuolella ja myöhäiseen kotiintuloon. Vaikka alkoholin käyttö ei väsyttäisikään nuorta, se on osa kuluttavaa, "väsyttävää" elämäntyyliä. (Rahkonen & Hemminki 1988, Correspondence 1992, Rahkonen ym. 1992, Rahkonen ym. 1993, King ym. 1996.) Tutkimustulokset viittaavat siihen, että varhaiset päihdekokeilut lisäävät nuoren suosiota toveripiirissä (Pulkkinen 1997). Toisaalta ystävien liikuntaharrastus sekä tuki vaikuttivat nuorten suurempaan liikunta-aktiivisuuteen (Anderssen & Wold 1992).

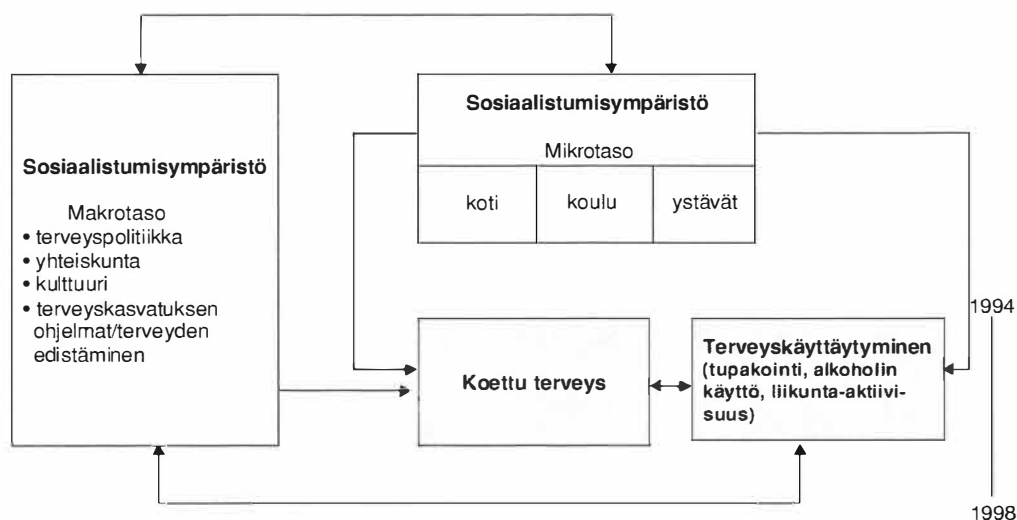
### **3.7 Yhteenvedo tutkimuksen keskeisistä käsitteistä ja tutkimusta ohjaava malli**

Tätä tutkimusta ohjaavat sellaiset keskeiset käsitteet kuin sosiaalistumis-ympäristö, terveyskäyttäytyminen, koettu terveys ja nuoruus, joita käytetään tutkimusta ohjaavan mallin laatimisessa. Sosiaalistumisympäristö on osa laajempaa yhteiskuntaa mikrotasosta makrotasoon (Bronfenbrenner 1979, Liegle 1991, Perry ym. 1993, Adams & Marshall 1996). Sosiaalistumisympäristöinä tässä tutkimuksessa käytetään vain mikrotason kolmea aluetta, kuten kotia, koulua ja ystäväpiiriä, ja ne määritellään tässä tutkimuksessa sosiaalistaviksi tekijöiksi. Sosiaalistavien tekijöiden merkitystä tarkastellaan terveyskäyttäytymisen ja koetun terveyden kannalta. Koettu terveys, jota tässä tutkimuksessa käytetään käsitteenä, määritellään subjektiivisena terveydentilana, oireiluna, onnellisuuskokemuksina ja lääkkeiden käytöllä. Kokemukset terveydestä syntyvät osittain nuoren ja hänen sosiaalisen ympäristönsä välisessä vuorovaikutuksessa ja siis ajassa esiintyviin ilmiöihin (Karvonen 1998a), ja terveyskäyttäytyminen on joko terveyttä edistävää tai ehkäisevää, ja ne ovat osa ihmisen arkielämän kokonaisuutta (Jensen 1991, Phongsavan 1998). Tässä tutkimuksessa terveyskäyttäytymiseen kuuluvat sellaiset terveystottumukset kuten liikunta, tupakointi ja alkoholin käyttö.

Aikaisempien tutkimusten mukaan (esim. Foxcroft & Lowe 1995, Karvonen 1998a, Phongsavan 1998, Samdal 1998, Pietilä 1999) mukaan nuoruudessa perhe ja koulu sosiaalistavina tekijöinä ovat nuorille välttämättömiä sekä sosiaalisesti että kehityksen kannalta, ja ne vaikuttavat terveyskäyttäytymiseen. Myös nuorten terveyskäyttäytyminen ja koettu terveys liittyvät toisiinsa (King ym. 1996, Kunttu 1997). Vaikka kodin ja perhetaustan yhteys on kiistan, on myös koulun ja ystävien merkitys nuorten koetussa terveydessä ja terveyskäyttäytymisessä varsin huomattava (Samdal 1998, Karekivi 1999, Pietilä 1999).

Tutkimuksen lähtökohtaletuksina ovat myös sellaiset havainnot, että viron- ja venäjänkieliset eroavat käyttäytymisessä toisistaan (Juvakka ym.1992, Kirch & Kirch 1997, Pärna 1997), yhteiskunnalliset muutokset Virossa ovat lisänneet 90-luvun aikana riskikäyttäytymisalttiutta (Lagerspetz 1993, Rannamäe ym. 1994) ja nuorten terveys- ja terveyskäyttäytymistutkimustuloksista saadaan sellaisia tietoja, joilla on käyttöä terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen kehittämistyössä (mm. Lääkintöhallitus 1987, Tossavainen 1993, Kannas 1995, Karekivi 1999).

Edellä mainittuja lähtökohtia huomioon ottaessaan kuviossa 1 on esitetty sosiaalistumisympäristön, terveyskäyttäytymisen ja koetun terveyden väliset oletetut yhteydet. Voidaan olettaa, että sosiaalistavista tekijöistä koti, koulu ja ystävät ovat yhteydessä sekä alkoholin käyttöön, tupakointiin ja liikuntaan että terveyskokemuksiin, ja myös terveyskäyttäytymisellä on merkitystä nuorten koettuun terveyteen. Voidaan myös olettaa, että nuorten alkoholin käyttö ja tupakointi ovat Virossa lisääntyneet. Tutkimusta ohjaavaan malliin on lisätty mm. käytännöllinen näkökulma, koska oletetaan, että tietyt terveystottumukset on syytä sisällyttää sekä viron- että venäjänkielisten terveyskasvatusohjelmiin. (Kuvio 1.)



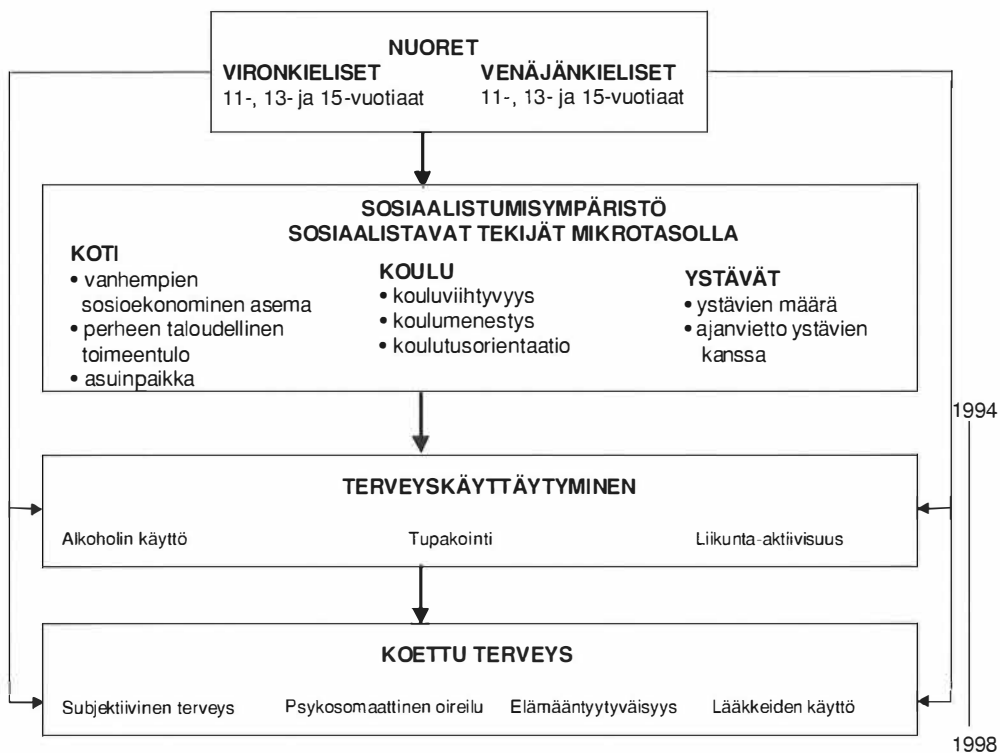
KUVIO 1 Tutkimusta ohjaava malli

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen ensisijaisena tarkoituksena on vertailla Virossa asuvien viron- ja venäjänkielisten nuorten koettua terveyttä, terveystäytymistä ja sosiaalistumisympäristöä. Tutkimuksen avulla pyrin selvittämään, missä määrin sosiaalistavat tekijät (koti, koulu ja ystävät), koettu terveys (subjektiivinen terveydentila, elämäntyytyväisyys, psykosomaattinen oireilu, lääkkeiden käyttö) ja terveystäytyminen (alkoholin käyttö, tupakointi, liikunta) ovat keskenään yhteydessä viron- ja venäjänkielisten 11-, 13- ja 15-vuotiaiden ikäryhmässä vuonna 1994. Tutkimuksen toisena tärkeänä tarkoituksena on kuvata vironkielisten koulujen nuorten koetussa terveydessä ja terveystäytymisessä tapahtunutta muutosta vuosien 1994 ja 1998 välillä.

Tutkimusta ohjaavan mallin (kuvio 1, s. 55) pohjalta on muodostettu tutkimusasetelma ja -ongelmat (kuvio 2, s. 57). Kuviossa 2 nuolet kuvaavat tutkimuksen keskeisten käsitteiden välisten yhteyksien tarkastelun suuntaa. Sosiaalistumisympäristön tekijät, kuten koti, koulu ja ystävät, ovat keskeiset muuttujat, joiden suhdetta tarkastellaan terveystäytymiseen ja koettuun terveyteen. Lisäksi kuvataan terveystäytymisen ja koetun terveyden muutosta vuosien 1994 ja 1998 välillä.





KUVIO 2 Tutkimusasetelma

## Tutkimusongelmat

1. Koettu terveys ja terveyskäyttäytyminen
  - 1.1. Millainen on 11-, 13- ja 15-vuotiaiden nuorten subjektiivinen terveys, elämäntyytyväisyys, psykosomaattinen oireilu ja lääkkeiden käyttö ja missä määrin viron- ja venäjänkieliset nuoret eroavat toisistaan koetun terveyden osalta?
  - 1.2. Kuinka yleisesti 11-, 13- ja 15-vuotiaat nuoret tupakoivat, käyttävät alkoholia ja harrastavat liikuntaa ja missä määrin viron- ja venäjänkieliset nuoret eroavat toisistaan näiden terveystottumusten osalta?
  - 1.3. Missä määrin tupakointi ja alkoholin käyttö ovat yhteydessä 15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten nuorten koettuun terveyteen?
  - 1.4. Missä määrin liikunta-aktiivisuus on yhteydessä 11-, 13- ja 15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten koettuun terveyteen?

2. Sosiaalistavat tekijät, koettu terveys ja terveyskäyttäytyminen
  - 2.1. Missä määrin sosiaalistavat tekijät (kotitausta, koulukokemukset ja ystäväpiiriä kuvaavat ominaisuudet) ovat yhteydessä koettuun terveyteen 11-, 13- ja 15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten ryhmässä?
  - 2.2. Missä määrin sosiaalistavat tekijät (kotitausta, koulukokemukset ja ystäväpiiriä kuvaavat ominaisuudet) ovat yhteydessä tupakointiin ja alkoholin käyttöön 15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten ryhmässä?
  - 2.3. Missä määrin sosiaalistavat tekijät (kotitausta, koulukokemukset ja ystäväpiiriä kuvaavat ominaisuudet) ovat yhteydessä liikunta-aktiivisuuteen 11-, 13- ja 15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten ryhmässä?
  - 2.4. Missä määrin koti, koulu, ystävät, terveyskäyttäytyminen ja koettu terveys ovat keskenään yhteydessä 15-vuotiaiden ikäryhmässä?
3. Missä määrin on tapahtunut vironkielisten koulujen 11-, 13- ja 15-vuotiaiden nuorten koetussa terveydessä ja terveyskäyttäytymisessä muutoksia vuosien 1994 ja 1998 aikana?

## 5 TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT

### 5.1 WHO-koululaistutkimus

Tämä tutkimus on osa laajempaa, WHO:n koordinoimaa koululaistutkimusta (Health Behaviour of School Aged Children - A WHO National Survey, the HBSC-Study). WHO-koululaistutkimus on monivuotinen, kansainvälinen terveystutkimus, jossa selvitetään 11-, 13- ja 15-vuotiaiden nuorten elämäntapaa terveyden näkökulmasta. Tutkimusaineistot on aiemmin, vuosina 1984, 1986, 1990, 1994 ja 1998, kerätty kyselymenetelmää käyttäen. Seuraava tutkimusaineisto kerätään samalla metodilla vuonna 2002. Vuonna 1984 tutkimukseen osallistui 13 023 oppilasta neljästä Euroopan maasta; vuonna 1986 maita oli 11 ja oppilaita 39 721. Vuonna 1990 tutkimukseen osallistui 12 Euroopan maan lisäksi Kanada ja oppilaita oli 53 564. Vuonna 1994 tutkimukseen osallistui 23 Euroopan maata ja Kanada, yhteensä 102 799 oppilasta. (Tynjälä & Törmäkangas 1995, Tynjälä 1999.) Uusimpaan tutkimukseen osallistui 28 Euroopan maata tai aluetta, Kanada, Israel, USA sekä Venäjä, ja oppilaita oli 123 227 (WHO.2000, 1999).

Tämä terveystutkimus on lähtökohdiltaan käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteellinen. Tutkimuksen tavoitteena on kuvailla ja lisätä ymmärrystä nuorten koetusta terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä sekä siihen yhteydessä olevista yksilöllisistä ja ympäristötekijöistä sekä näiden välisistä suhteista ja prosesseista. Yksilön käyttäytyminen liittyy läheisesti sen ryhmän sosiaalisiin ja kulttuurinormeihin, johon yksilö kuuluu tai haluaisi kuulua. Elämäntyyli heijastaa todennäköisesti koko yhteiskunnan taloudelliseen, poliittiseen ja organisaatiorakenteeseen liittyviä ominaisuuksia. (Aarø & Wold 1986, Aarø

1988, King ym. 1996.) Olennaista ja merkityksellistä WHO-koululaistutkimukselle on, että se antaa mahdollisuuden tutkia nuorten terveystietoisuutta sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla.

WHO-koululaistutkimuksessa poimitaan otokset normaaliopetuksessa olevista kolmen luokkatason oppilaista, jotka edustavat koulujen valittuja ikäryhmiä keski-ikänsä 11.5, 13.5 ja 15.5 (+/- 6 kuukautta). Siten perusjoukkoja ja niistä poimittuja otoksia on 6 kappaletta. Jokaisen WHO-koululaistutkimukseen osallistuneen maan pitää noudattaa kansainvälistä protokollaa. Tutkimusmenetelmänä on luokkakysely. Kyselylomake on alun perin englanninkielinen, mutta se käännetään jokaisessa maassa omalle äidinkielelle (liite 1). Jos maa on väestöltään heterogeeninen ja jos maassa on useita etnisiä ryhmiä, kulttuureja tai kieliryhmiä, täytyy kansainvälisen protokollan mukaisesti ottaa tämä huomioon. (Aarø & Wold 1986, Health Behaviour in School-Aged Children Research Protocol for the 1997/98 Survey 1998, Tynjälä 1999.)

## 5.2 WHO-koululaistutkimus Virossa vuonna 1994

Viro on ollut mukana WHO-koululaistutkimuksessa vuodesta 1991, jolloin toteutettiin esitutkimus (N=1037). Vuonna 1994 tehtiin ensimmäinen koko maata edustava aineiston keruu ja toinen vuonna 1998.

Olennaista tutkimuksen perusjoukon kannalta vuonna 1994 oli, että tutkimukseen otettiin mukaan venäjänkieliset koulut, mutta ulkopuolelle suljettiin erityiskoulut. Otokselle asetettiin tavoitteeksi, että se edustaa koko maata kieliryhmäjakautuksen, sukupuolijakautuksen ja kaupunki-maaseutu- ulottuvuuden suhteen. Perusjoukon muodostivat 5.-, 7.- ja 9.-luokkalaisten normaaliopetuksessa olevat oppilaat erikseen venäjän- ja vironkielisissä kouluissa. Oppilaat poimittiin Tilastokeskuksen otantaohjelmalla vuoden 1993 koulurekisteriä näiden vuosien vastaavan luokkatason oppilasmäärää otantaperusjoukkona käyttäen. 5.-luokkalaisten vironkielisten koulujen perusjoukossa oppilaita oli 11 516, ja tavoiteltu otoskoko oli 1030. 7.-luokalla vastaavat luvut olivat 13 303 ja 1030 sekä 9.-luokalla 12 214 ja 1030. 5.-luokkalaisten venäjänkielisten perusjoukko koostui 5927 oppilaasta, ja tavoiteltu otoskoko oli 350; 7.-luokalla perusjoukossa oli 7197 ja tavoiteltu otoskoko 350 oppilasta; 9.-luokalla vastaavat luvut olivat 6571 ja 350 oppilasta. Tavoiteotoskoko 4150 oppilasta 64 koulusta, niistä 3100 vironkielistä 44 koulusta ja 1050 venäjänkielistä 20 koulusta. Tavoiteoppilasmäärä oli kaupungeista vironkielisiä 1900 ja maaseudulta 1200, venäjänkielisiä yhteensä 1050. (Liitteet 2 ja 3.)

Viron- ja venäjänkielisten koulujen ositeperusteena oli jako kuntiin: kaupunkeihin ja maalaiskuntiin. Ositteita muodostui 21: Tallinn, Tartu, Pärnu, Sillamäe, Narva, Kohtla-Järve, Harjumaa (Keila, Tabasalu, Kose), Hiiumaa (Kärdla), Ida-Virumaa (Jõhvi), Jõgevamaa (Jõgeva, Adavere), Järvamaa (Türi,

Aravete, Paide), Läänemaa (Lihula, Taebala, Haapsalu), Lääne-Virumaa (Rakvere, Tamsalu, Väike-Maarja), Põlvamaa (Põlva, Kanepi), Pärnumaa (Vändra, Türi), Raplamaa (Rapla, Märjamaa), Saaremaa (Kuressaare, Orissaare), Tartumaa (Ülenurme, Puhja), Valgamaa (Valga, Otepää), Viljandimaa (Viljandi, Võhma, Mustla), Võrumaa (Võru, Võrusoo). (Liite 4.)

Kyselylomakkeet toimitettiin kouluihin tammikuussa ja vastauksia pyydettiin helmikuun loppuun mennessä. Kouluille ei aiheutunut kustannuksia kyselyyn vastaamiseksi. Tutkimus toteutettiin 1994 helmikuussa anonyyminä kyselynä 5.-, 7.- ja 9.-luokkalaisille, ja opettajat valvoivat kyselyä. Tutkimukseen osallistuivat kaikki koulut. Viron- ja venäjänkielisten vastaajien osuus tavoiteotoksesta aineistossa oli 3766, josta vironkielisiä oli 2829 ja venäjänkielisiä 937. Vastausprosentti oli 91 % , vironkielisiä 91,3 % ja venäjänkielisiä 89 % tavoiteotoksesta. Koulusta poissa olleiden määrää ei kysytty Virossa. Aineiston keruussa ja tallennusvaiheessa oli puutteita, koska muistiin ei kirjattu palautettujen lomakkeiden määrää kunnittain ja aineiston tallennusvaiheessa ei tehty sellaista muuttujaa, joka kuvaisi kuntaa. Aineiston puhdistaminen on suoritettu kahdella tavalla. Ensimmäisessä vaiheessa tarkastettiin kyselylomakkeista ne vastauslomakkeet, joissa vastausarvo ei ollut vaihtelualueen sisällä, ja systemaattisen epäasiallisesti täytetyt lomakkeet poistettiin. Lisäksi korjattiin koodaus- ja tallennusvirheet. Toisessa vaiheessa Bergenissä poistettiin aineistosta kansainvälisen tutkimusprotokollan ohjeiden mukaan ne kyselylomakkeet, joissa oppilaalla oli yli 25 % kysymyksistä puuttuvaa tietoa, ja ne oppilaat, joiden ikä poikkesi vähintään +/- kuusi kuukautta kunkin luokka-asteen keski-ikästä. Puhdistetun aineiston kooksi tuli 3516, ja tästä määrästä vironkielisiä oppilaita oli 2680 ja venäjänkielisiä 836. Vastausprosentti aineiston puhdistuksen jälkeen oli tavoiteotoskoosta 85 %, josta vironkielisillä 86 % ja venäjänkielisillä 80 %. Vuoden 1994 aineiston kuvaus on esitetty liitetäulukoissa 6-10.

### 5.3 WHO-koululaistutkimus Virossa vuonna 1998

Perusjoukon määrittely perustui vuoden 1998 tutkimuksessa samanlaiseen menettelyyn kuin vuonna 1994. Vuoden 1998 keväällä tavoitteena oli kerätä Virossa koko maata edustava otos viron- ja venäjänkielisistä peruskouluista. Oppilaat poimittiin Tilastokeskuksen otantaohjelmalla lukuvuoden 1996-1997 koulurekisteristä käyttäen näiden vuosien vastaavan luokkatason oppilasmäärää otantaperusjoukkona. 5.-luokkalaisten viron- ja venäjänkielisten koulujen perusjoukossa oppilaita oli 20 763, ja tavoiteltu otoskoko oli 1350. 7.-luokalla vastaavat luvut olivat 19 763 ja 1350 sekä 9.-luokalla 17 054 ja 1050. Koulujen (n=54) otoksen tavoitekooksi asetettiin 3900 oppilasta, joista vironkielisiä oli 3000 ja venäjänkielisiä 900 .

Koulujen ositeperusteena oli jako kuntiin: kaupunkeihin ja maalais-kuntiin. Ositteita muodostui 20: Tallinn, Tartu, Pärnu, Narva, Kohtla-Järve, Harjumaa (Keila, Tabasalu, Kose), Hiiumaa (Kärdla), Ida-Virumaa (Jõhvi), Jõgevamaa (Jõgeva, Adavere, Tabivere), Järvamaa (Türi, Aravete, Paide), Läänemaa (Lihula, Taebala, Haapsalu), Lääne-Virumaa (Rakvere, Tamsalu, Väike-Maarja), Põlvamaa (Põlva, Kanepi, Viluste), Pärnumaa (Vändra, Türi), Raplammaa (Rapla, Märjamaa), Saaremaa (Kuressaare, Orissaare), Tartumaa (Puhja, Ülenurme, Elva), Valgamaa (Otepää, Valga), Viljandimaa (Viljandi, Võhma, Mustla), Võrumaa (Võrusoo, Parksepa). (Liite 5.)

Tutkimus toteutettiin 1998 huhti- ja toukokuussa anonyyminä kyselynä viron- ja venäjänkielisten peruskoulun 5.-, 7.- ja 9.-luokkalaisille, ja opettajat valvoivat kyselyä. Vastaa- jien osuus tavoiteotoksesta aineistossa oli 2469 (vastausprosentti 63 %), ja näistä vironkielisiä oli 2117 (71 %) ja venäjänkielisiä 352 (39 %). Tutkimukseen osallistui koulujen tavoiteotoksesta (n=54) 44 kou- lua, ja vastausprosentti oli 81 %. Samoin kuin vuonna 1994 myös tässä tutki- muksessa koulusta poissa olleiden määrää ei kysytty eikä kirjattu palautettujen lomakkeiden määrää kunnan mukaan eikä otettu varakouluja tilalle. Aineis- ton puhdistaminen suoritettiin samalla tavalla kuin vuonna 1994. Ensimmäi- sessä vaiheessa poistettiin aineistosta venäjänkielisten koulujen oppilaiden lomakkeet, koska vastausprosentti 39 % oli hyvin pieni. Vuonna 1998 oppilai- den ikä poikkesi kunkin luokka-asteen keski- iästä hyvin paljon, ja tästä syys- tä ne poistettiin aineistosta toisessa vaiheessa Bergenissä kansainvälisen tutkimusprotokollan ohjeiden mukaan. Puhdistetun aineiston koko on 1897. Kato muodostui 572 oppilaasta, jotka poistettiin aineiston puhdistuksen yh- teydessä. Vironkielisten koulujen tavoiteotosmäärästä (n=3000) laskettu vas- tausprosentti puhdistuksen jälkeen oli 63 %. Vuoden 1998 aineiston kuvaus on esitetty liitetaulukoi- ssa 11-13.

Vuoden 1998 tutkimuksen toteutuksessa ja aineiston tarkastelussa ilmeni seuraavia ongelmia ja puutteita:

1. Viron koulujärjestelmässä on tapahtunut neljän vuoden aikana suuria muutoksia, koska uusi koululaki astui voimaan lukuvuon- na 1996–1997, ja sen mukaan peruskoulu jakaantuu kahteen eri asteeseen aikaisemman kolmen sijasta. Tätä nykyä on peruskou- lun ensimmäinen aste (luokat 1.–6.) ja toinen aste (luokat 7.–9.). Tästä syystä opetusryhmissä saattoi olla eri-ikäisiä koululaisia, esimerkiksi viidennellä luokalla oli kuudesluokkalaisia tai sitten seitsemännellä luokalla kahdeksaluokkalaisia. Kyselyyn vasta- sivat kaikki, ja tämän takia mukaan joutuivat eri-ikäiset. Myös useissa kouluissa on kurssimuotoista opetusta, mikä aiheutti on- gelmia aineiston keruussa.
2. Tutkimuksen toteutuksen vastuu kuului kahdelle henkilölle, yksi Etelä-Virosta ja toinen Pohjois-Virosta. Vaikka molemmalle tutki- muksen toteuttajalle oli annettu selkeät ohjeet, niitä ei noudatet-

tu. Koulun opettajille ja rehtoreille tarkoitetut kirjeet ja ohjeet tästä tutkimuksesta jäivät sivuseikaksi.

3. Tutkimuksen kokonaisvastuu ja koordinoiminen oli Virossa hyvin epäselvä, koska tutkimuksen päättäjänä työskentelin Jyväskylän yliopistossa. Tästä syystä tuli kommunikaatiovaikeuksia Viron ja Suomen välillä.
4. WHO-koululaistutkimukseen suhtautuminen on ollut 90-luvun lopussa kielteinen ja kriittinen monista syistä, esimerkiksi tutkimustuloksista ei ole kovin paljon raportoitu viron kielellä.
5. Vuonna 1994 oli vielä vähän terveyskäyttäytymistutkimuksia, mutta neljän vuoden aikana kouluissa on toteutettu erilaisia kyselyjä.
6. Virossa paljon ongelmia aiheuttivat myös taloudelliset vaikeudet.

Kaikista puutteista ja ongelmista huolimatta Viron vuoden 1998 WHO-koululaistutkimus lähetettiin korjausten jälkeen Bergeniin kansainvälisen datan tekemistä varten. Viron aineisto hyväksyttiin kansainväliseen aineistoon elokuussa 1999.

## 5.4 Tutkittavien taustatiedot

Perheen sosiaalista asemaa mitattiin sekä isän että äidin ammatilla ja perheen taloudellisella toimeentulolla. Yleisesti katsottuna Virossa vuonna 1994 nuorten äidit kuuluivat yleisemmin ylempien toimihenkilöiden ryhmään kuin isät. Tässä ilmenivät myös hyvin selvät erot kieliryhmien sisällä: vironkielisten nuorten äidit olivat huomattavasti yleisemmin ylempiä toimihenkilöitä kuin vironkielist isät. Sosiaalisen ammattiaseman eroja isien ja äitien välillä ei ilmennyt venäjänkielisten nuorten keskuudessa. Yli puolet vastaajista tulivat perheistä, joissa isä edusti työväestöä. Viron- ja venäjänkielisten tyttöjen isien sosiaalinen asema erosi hieman, siten että vironkielist tytöt olivat yleisemmin perheistä, joissa isä oli johtaja tai ylempi toimihenkilö (39 %) verrattaessa venäjänkielisiin (31 %).

Äidin sosiaalinen asema erosi hyvin selkeästi kieliryhmien välillä. Venäjänkielist nuoret olivat yleisemmin perheistä, joissa äiti oli alempi toimihenkilö. Vironkielisten nuorten äideistä lähes puolet kuuluivat ylempien toimihenkilöiden ryhmään.

Nuorten arviointi perheensä taloudellisesta tilanteesta erosi tilastollisesti huomattavasti kieliryhmien välillä. Venäjänkielist nuoret olivat vironkielisiin verrattuna yleisemmin sitä mieltä, että heidän perheensä tulee taloudellisesti hyvin toimeen. Vironkielist nuoret taas arvioivat perheensä taloudellisen tilanteensa enemmän keskitasoa paremmaksi kuin venäjänkielist.

Kaupunkiseudulla asuvien venäjänkielisten nuorten osuus oli yleisempää kuin vironkielisten osuus. Venäjänkielisistä nuorista 93 % ja vironkielisistä vain 55 % asui kaupungeissa. Maaseudulla asuvia virolaisnuoria oli 45 %, kun taas venäjänkielisistä vain 7 % asui maaseudulla.

Vironkieliset orientoituvat huomattavasti yleisemmin lukioon kuin venäjänkieliset nuoret. Tästä huolimatta venäjänkieliset pitivät enemmän koulukäynnistä kuin vironkieliset. Yhteenvedo sosiaalistavien tekijöiden muuttujen kieliryhmien välisistä eroista on taulukossa 1.

Vironkielisten nuorten vanhempien sosiaalisessa ammattiasemassa on tapahtunut huomattavia muutoksia vuodesta 1994 vuoteen 1998. Nuorten molempien vanhempien eli äitien ja isien ylempien toimihenkilöiden osuus on vähentynyt, ja hyvin selvästi isien alempien toimihenkilöiden osuus on kasvanut. Vuonna 1994 ylempiä toimihenkilöitä oli koululaisten isien keskuudessa 38 %, mutta vuonna 1998 heitä oli 24 %. Suurimmat muutokset ovat tapahtuneet äitien sosiaalisessa asemassa: 45 % koululaisista tuli vuonna 1994 perheistä, jossa äiti oli ylempi toimihenkilö, mutta neljä vuotta myöhemmin ylempiä toimihenkilöitä oli vain 24 %. Äidit kuuluvat nykyisin yleisemmin työntekijöiden ryhmään eli keskitasoryhmään kuin neljä vuotta sitten.

Nuoret arvioivat myös perheensä taloudellisen tilanteensa viisi vuotta sitten paremmaksi kuin vuonna 1998. Vuonna 1994 14 % nuorista arvioi perheensä taloudellisen tilanteensa hyväksi, mutta vuonna 1998 vain 12 %.

Kaupunkiseudulla asuvien nuorten osuus oli yleisempää vuonna 1998 kuin 1994. Maaseudulla asuvien nuorten osuus vuonna 1998 oli 41 % ja vuonna 1994 45 %. (Taulukko 2.) Molempina tutkimusvuosina isän ja äidin ammattistatus olivat tilastollisesti erittäin selvästi yhteydessä nuorten arviointeihin perheen taloudellisesta tilanteesta, siten että ylempien toimihenkilöiden perheissä nuoret arvioivat perheensä taloudellisen tilanteensa huomattavasti paremmaksi kuin alempien toimihenkilöiden perheissä.



TAULUKKO 1 Tutkimukseen osallistuneiden nuorten taustatekijöiden kuvaus kieliryhmän mukaan vuonna 1994 (%)

	VIRON- KIELISET	VENÄJÄN- KIELISET
<b>Sukupuoli</b>		
Pojat	46	48
Tytöt	54	52
Yhteensä	100	100
N	2680	836
p	ns	
<b>Ikäryhmä</b>		
11 v = 5 lk	33	33
13 v = 7 lk	34	31
15 v = 9 lk	33	36
Yhteensä	100	100
N	2680	836
p	ns	
<b>Sosiaaliluokka</b>		
<b>Isä</b>		
Ylempi	38	34
Keskitaso	51	52
Alempi	11	14
Yhteensä	100	100
N	2148	646
p	.048	
<b>Sosiaaliluokka</b>		
<b>Äiti</b>		
Ylempi	45	36
Keskitaso	34	37
Alempi	21	27
Yhteensä	100	100
N	2568	787
p	.005	
<b>Perheen taloudellinen tilanne</b>		
Tulee erittäin hyvin toimeen	1	4
Tulee hyvin toimeen	13	37
On varakkuudeltaan keskitasoa	72	39
Ei tule kovin hyvin toimeen	9	4
Ei tule ollenkaan hyvin toimeen	1	16
Ei tiedä	4	
Yhteensä	100	100
N	2672	830
p	<.001	
<b>Asuinpaikka</b>		
Kaupunki	55	93
Maaseutu	45	7
Yhteensä	100	100
N	2666	830
p	<.001	

Taulukko 1 jatkuu

	VIRON- KIELISET	VENÄJÄN- KIELISET
<b>Peruskoulun jälkeen</b>		
Lukioon	56	41
Ammattikouluun	9	17
Töihin	3	6
Iltalukioon	1	1
Ei tee mitään	–	1
Ei osaa sanoa	31	34
Yhteensä	100	100
N	2654	832
p	<.001	
<b>Koulumenestys</b>		
Erittäin hyvä	5	6
Hyvä	31	29
Keskitasoa	56	57
Alle keskitasoa	8	8
Yhteensä	100	100
N	2672	828
P	ns	
<b>Pitää koulunkäynnistä</b>		
Hyvin paljon	10	16
Melko paljon	50	68
Ei pidä kovin paljon	37	12
Ei pidä lainkaan	3	4
Yhteensä	100	100
N	2657	829
p	<.001	
<b>Ystävien määrä</b>		
Ei ole ystäviä	3	2
Yksi ystävä	17	13
> 2 ystävää	80	85
Yhteensä	100	100
N	2658	814
p	.010	
<b>Ystävien kanssa ajanvietto</b>		
4–5 pv/vk	31	35
2–3 pv/vk	33	35
Yksi pv/vk	31	24
Ei ole ystäviä	5	6
Yhteensä	100	100
N	2659	813
p	.005	

TAULUKKO 2 Vironkielisten koulujen nuorten sosioekonomisten tekijöiden kuvaus tutkimusajankohdan mukaan (%)

	1994	1998
<b>Sosiaaliluokka</b>		
<b>Isä</b>		
Ylempi	38	24
Keskitaso	51	36
Alempi	11	40
Yhteensä	100	100
N	2148	1484
p	<b>&lt;.001</b>	
<b>Sosiaaliluokka</b>		
<b>Äiti</b>		
Ylempi	45	24
Keskitaso	34	51
Alempi	21	25
Yhteensä	100	100
N	2568	1760
p	<b>&lt;.001</b>	
<b>Perheen taloudellinen tilanne</b>		
Tulee erittäin hyvin toimeen	1	1
Tulee hyvin toimeen	13	11
On varakkuudeltaan keskitasoa	72	75
Ei tule kovin hyvin toimeen	9	13
Ei tule ollenkaan hyvin toimeen	1	
Ei tiedä	4	
Yhteensä	100	100
N	2672	1878
p	<b>&lt;.001</b>	
<b>Asuinpaikka</b>		
Kaupunki	55	59
Maaseutu	45	41
Yhteensä	100	100
N	2666	1897
p	<b>.001</b>	

## 5.5 Tutkimuksen mittarit ja tilastolliset menetelmät

Tutkimuksessa käytettiin WHO-koululaistutkimuksen vuoden 1994 viron- ja venäjänkielisen kyselyjen (liite 1) sekä vuoden 1998 kyselyn aineistoja. Tässä tutkimuksessa käytetyt mittauskohteet ja mittarit on esitetty taulukossa 3. Koettua terveyttä kuvaavina mittareina olivat subjektiivinen terveydentila, elämäntyytyväisyys, psykosomaattinen oireilu, lääkkeiden käyttö ja oireiluindeksi eli summamuuttuja, joka laskettiin kahdeksasta yksittäisestä oireesta; päänsärky, vatsakipu, selkäkipu, ärtyneisyys, masentuneisuus, univaikeudet, ärtyneisyys ja hermostuneisuus.

Nuorten terveyskäyttäytymisestä kartoitettiin tupakointia ja alkoholin käyttöä sekä vapaa-ajan liikuntaharrastusta. Tupakoinnin indikaattoreina käytettiin tupakkaa kokeilleiden osuutta sekä päivittäistä, viikoittaista ja kuukausittaista tupakointia. Alkoholin käyttöä kuvaa alkoholia kokeilleiden ja olutta, viiniä tai väkeviä käyttävien sekä itsensä humalaan juovien osuus. Alkoholin käytön summa laskettiin oluen, viinin ja väkevien käytöstä, ryhmittelemällä nuorten oluen, viinin ja väkevien alkoholijuomien käyttö kolmeen ryhmään seuraavasti: yhtä tai useampia alkoholilajikkeita joka viikko, noin kerran kuukaudessa tai tätä harvemmin käyttävät. Liikunnan indikaattoreina olivat vapaa-aikana tapahtuvat liikuntaharrastuskerrat viikossa ja tunnit viikossa.

Sosiaalistumisympäristöä mitattiin kodin sosioekonomista asemaa kuvaavilla mittareilla, kuten isän ja äidin ammatilla, perheen taloudellisella toimeentulolla sekä asuinpaikalla. Isän ja äidin ammatti luokiteltiin erilaisten ammattiryhmien perusteella kolmeen ryhmään. Kyseinen mittari on kehitetty Viron Tilastokeskuksessa. Perheen taloudellinen tilanne ja asuinpaikka luokiteltiin ristiintaulukointia varten uudelleen. Perheen taloudellisen toimeentulon osalta käytettiin kolmiluokkaista ryhmittelyä: hyvä (perheeni tulee erittäin hyvin toimeen taloudellisesti, perheeni tulee hyvin toimeen taloudellisesti), keskinkertainen (perheeni on varakkuudeltaan keskitasoa), huono (perheeni ei tule kovin hyvin toimeen taloudellisesti, perheeni ei tule ollenkaan hyvin toimeen taloudellisesti). Asuinpaikan osalta muodostettiin kaksi ryhmää: kaupunki (kaupungissa, keskustassa tai muussa taajamassa, kaupungissa, keskustan ja taajaman ulkopuolella), maaseudulla (maaseudulla kirkonkylässä, asutuskeskuksessa tai muussa taajamassa, maaseudulla kirkonkylän, asutuskeskuksen tai muiden taajamien ulkopuolella). Koulua kuvaavat muuttujat määriteltiin nuorten koulutusorientaation, koulumenestyksen ja kouluviihtyvyyden perusteella. Nämä muuttujat luokiteltiin ristiintaulukointia varten seuraavasti: koulutusorientaatio lukio (pyrin lukioon), ammattikoulu (pyrin ammattikouluun tai muuhun ammatilliseen koulutukseen), töihin/ei osaa sanoa (mene töihin, en osaa sanoa), koulumenestys hyvä (oikein hyvä ja hyvä), keskitasoa, alle keskitason, kouluviihtyvyys pitää (pitää koulunkäynnistä hyvin paljon, pitää koulunkäynnistä melko paljon), ei pidä (ei pidä koulunkäyn-

nistä kovin paljon, ei pidä koulunkäynnistä lainkaan). Ystäväpiiriä mitattiin ystävien määrällä ja kodin ulkopuolella ajanvietolla ystävien kanssa. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3 Tämän tutkimuksen mittauskohteet ja mittarit

Mittauskohteet	Tutkimuksessa käytetyt mittarit	Kysymysten numerot viron- ja venäjän-kielisissä kyselylomakkeissa (Liite 1)
1. Koettu terveys	- subjektiivinen terveydentila*	24
	- psykosomaattiset oireet, 8 oiretta*	27
	- oireilua koskeva summaindeksi*	
	- onnellisuuskokemukset*	25
	- lääkkeiden käyttö*	29
2. Terveyskäyttäytyminen	- alkoholikokeilu*	15
	- alkoholin käyttö lajeittain (olut, viini, väkevät)*	16
	- alkoholin käytön summaindeksi*	
	- tupakointikokeilu*	12
	- nykyinen tupakointi*	13
	- vapaa-ajan liikunta-aktiivisuus krt*	18
	- vapaa-ajan liikunta-aktiivisuus t/vk	19
3. Sosiaalistumisympäristö		
3.1. Koti	- sosiaaliluokka perustuen isän ammattiin*	6
	- sosiaaliluokka perustuen äidin ammattiin*	7
	- perheen taloudellinen toimeentulo*	58
	- asuinpaikka (kaupunki/maaseutu)*	5
3.2. Koulu	- koulumenestys	9
	- koulutusorientaatio	8
	- kouluviihtyvyys	10
3.3. Ystävät	- ystävien määrä	45
	- ajanvietto ystävien kanssa	46

\* Muuttujat, joita käytettiin vuosien 1994 ja 1998 tutkimustulosten vertailussa

Tutkimusaineiston analyysi tehtiin SPSS/PC Win 6.1 –ohjelmalla. Tutkimusongelmia tarkasteltiin koetun terveyden, terveyskäyttäytymisen ja sosiaalistavien tekijöiden kuvaamisesta suorilla jakaumilla ja ristiintaulukoinneilla. Yhteyksien tilastollista merkitsevyyttä testattiin ristiintaulukoinneissa Khiin neliötestillä. Tilastollisten merkitsevyyksien rajat olivat  $p < .05$  (\*),  $p < .01$  (\*\*),  $p < .001$  (\*\*\*) . Monimuuttujaisessa sosiaalistavien tekijöiden ja terveyskäyttäytymisen sekä sosiaalistavien tekijöiden ja koetun terveyden yhteyksien tutkimukseksi käytettiin logistista regressioanalyysia (Logit Analysis, Nummenmaa ym. 1997) ja Lisrel-analyysia (Linear Structural Relations, Jöreskog & Sörbom 1993). Taustamuuttujien omavaikutusta ja yhteisvaikutusta koettuun terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen tutkittiin MCA-menetelmällä (Multiple Classification Analysis, Heikkilä 1998). (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4 Mittauskohteet ja niihin liittyvä analyysimenetelmä

Tutkimusongelma	Tilastolliset analyysimenetelmät
1. Koettu terveys ja terveystyöskäyttäytyminen	Prosenttijakaumat Ristiintaulukointi
2. Sosiaalistavat tekijät, koettu terveys ja terveystyöskäyttäytyminen	Prosenttijakaumat Ristiintaulukointi Logistinen regressioanalyysi Lisrel-analyysi
3. Koettu terveys ja terveystyöskäyttäytyminen vuosina 1994 ja 1998	Prosenttijakaumat Ristiintaulukointi MCA-analyysi

## 5.6 Monimuuttujamenetelmien kuvaus

Logistisessa regressioanalyysissä ensimmäisessä vaiheessa tarkasteltiin erikseen kunkin muuttujan ja vasteen välistä yhteyttä, ja tällöin Waldin testin perusteella ( $p < 0.05$ ) tilastollisesti merkitseväksi osoittautuneet muuttujat otettiin mukaan analyysiin. Seuraavissa vaiheissa muuttujajoukosta valittiin aina paras selittävä muuttuja. Parhaiten selittävä muuttuja pudottaa heikommät pois mallista. Täten logistinen regressioanalyysi soveltuu käytettäväksi selvitettäessä suuresta muuttujajoukosta vasteeseen yhteydessä olevia tekijöitä. Odds ratio eli suhteellisen osamäärän arvo saatiin kaikille analyysissä mukana oleville selittäjille. Tutkimuksessa pyrittiin tuomaan esiin seuraava: mitkä tekijät ovat yhteydessä epäterveelliseen käyttäytymiseen ja toisaalta mitkä tekijät vähentävät riskikäyttäytymistä. (Läärä & Lammi 1989, Tynjälä 1999)

Tässä tutkimuksessa riskisuhteet ja niiden 95 %:n luottamusvälit laskettiin seuraavissa ryhmissä: isän ja äidin ammattistatus, perheen taloudellinen toimeentulo, asuinpaikka, koulutusorientaatio, koulumenestys, koulunkäynnistä pitäminen, ystävien määrä ja ystävien kanssa ajanvietto. Logistisessa regressioanalyysissä käytettiin pakotetun mallia eli kaikki selittävät muuttujat olivat mukana analyysissä samanaikaisesti. Analyysissä olivat mukana kaikki perhettä, koulua ja toveripiiriä kuvaavat muuttujat ja taustamuuttujista sukupuoli, kieliryhmä ja luokkataso. Tulosten esittelyssä kuvataan analyysiin mukaan otetut muuttujat, jotka todettiin tilastollisesti merkitseviksi ( $p < .01$ ,  $p < .001$ ).

Logistisen regressioanalyysin avulla haluttiin tutkia, selittääkö oppilaan sukupuoli, kieli, ikäryhmä, isän ja äidin ammattistatus, perheen taloudellinen toimeentulo, asuinpaikka, koulutusorientaatio, koulumenestys, koulunkäynnistä pitäminen, ystävien määrä ja ystävien kanssa ajanvietto tupakointia, alkoholin käyttöä, liikunta-aktiivisuutta ja koettua terveyttä. Tärkein ja olennai-

sin syy logistisen regressioanalyysin käyttöön ristiintaulukoinnin jälkeen oli se, että haluttiin tutkia samanaikaisesti näiden selittävien muuttujien vaikutusta selitettävään dikotomiseen muuttujaan kerrallaan.

Selitysmallien tulkinnan yksinkertaistamiseksi kaikki selittävät muuttujat muutettiin kaksi- tai kolmiluokkaiseksi. Logistisessa regressiomalleissa muuttujat dikotomisoitiin seuraavasti:

1. Vanhimmassa ikäryhmässä nuorten tupakointia tarkasteltiin kaksiluokkaisena: tupakoivia nuoria eli kyselyhetkellä päivittäin ja viikoittain tupakoivia verrattiin harvemmin tupakoiviin ja täysin tupakoimattomiin nuoriin. Odds ratio -arvot (riskisuhde) yli 1:n kuvaavat tupakointia lisäävää vaikutusta, ja arvot alle 1:n kuvaavat sitä vähentävää eli tupakoimattomuutta lisäävää vaikutusta. Odds ratio -arvon (OR) tilastollinen merkitsevyys ja sen 95 %:n luottamusväli (lv) on esitetty suluissa.
2. Alkoholinkäyttöä tarkasteltiin kaksiluokkaisena, eli erilaisia alkoholijuomia kuten olutta, viiniä ja väkeviä alkoholijuomia päivittäin, viikoittain ja kuukausittain käyttäviä verrattiin alkoholijuomia harvemmin kuin kuukaudessa ja ei lainkaan käyttäviin. Odds ratio -arvot yli 1:n kuvaavat alkoholinkäyttöä lisäävää vaikutusta ja arvot alle 1:n alkoholin käyttöä vähentävää vaikutusta.
3. 11–15-vuotiaiden nuorten liikunta-aktiivisuutta tarkasteltiin kaksiluokkaisena: liikunnallisesti aktiivisia eli liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa harrastavia verrattiin liikunnallisesti passiivisiin nuoriin, jotka harrastivat liikuntaa kerran viikossa, kerran kuukaudessa, harvemmin kuin kerran kuukaudessa tai sitten eivät lainkaan. Odds ratio -arvot yli 1:n kuvaavat liikuntaa lisäävää ja arvot alle 1:n liikuntaa vähentävää vaikutusta.
4. Subjektiivisesti koettua terveyttä tutkittiin kaksiluokkaisena: itsensä erittäin terveeksi kokevia verrattiin itsensä melko ja ei kovin terveeksi kokeviin 11–15-vuotiaisiin nuoriin. Odds ratio -arvot yli 1:n kuvaavat subjektiivisesti koettua terveyttä lisäävää vaikutusta ja arvot alle 1:n sitä vähentävää vaikutusta.
5. Logistisessa regressioanalyysissä onnellisuuskokemuksia tarkasteltiin kaksiluokkaisena, eli itsensä erittäin ja melko onnelliseksi kokevia nuoria verrattiin ei kovin ja ei lainkaan onnelliseksi kokeviin 11–15-vuotiaisiin nuoriin.
6. Psykosomaattista oireilua tarkasteltiin kaksiluokkaisena: runsaasti oireilevia nuoria, jotka kokivat viikossa vähintään kolme oiretta, verrattiin vähän oireileviin 11–15-vuotiaisiin nuoriin (ei oireita tai 1–2 oiretta viikossa).

Kovarianssirakennemallit, havaittujen muuttujien kovarianssit ja varianssit, kuvataan niiden taustalla olevan mallin avulla. Kovarianssirakennemalli on sen laajan malliperheen nimitys, joka käsittää sekä faktorimallit että regressio- ja polkumallit sekä erityisesti niiden väliset yhteydet. LISREL-analyysissa kuvataan havaittujen mitattujen muuttujien ja latenttien muuttujien faktoreiden väliset yhteydet, ja lisäksi siinä voi piirtää yhteydet tai polut faktoreiden välille. Tunnetuin kovarianssi rakennemalli on LISREL-malli. (Nummenmaa ym. 1997.) Tässä tutkimuksessa LISREL-analyysia käytettiin 15-vuotiaiden kodin, koulun, ystävien, terveyskäyttäytymisen ja koetun terveyden muuttujien mallintamiseen. Mallinnus perustui muuttujien väliseen polykoriseen korrelaatiomatriisiin, joka laskettiin käyttäen Prelis-2.30-ohjelmaa. Muuttujien välisten yhteyksien kuvaamiseen käytettiin rakenneyhtälömallia ja mallinnus suoritettiin LISREL- 8.30-ohjelmalla. Luokitteluasteikollisten muuttujien jakaumien ei-normaalisuuden takia estimointimenetelmänä käytettiin painotettua neliösumman menetelmää (WLS). Peräkkäisellä P<sup>2</sup>-testillä testattiin beeta-kertoimien yhtäsuuruutta. Tässä tutkimuksessa Lisrel-malli tehtiin siksi, että saataisiin sovitetuksi hyvin vaihtoehtoisia malleja tarkasteltavana olevaan muuttujajoukkoon ja että mallin tekemistä ohjasivat tätä tutkimusta ohjaavan mallin oletukset.

Varianssianalyysissa selitettävien muuttujien keskiarvoja voidaan verrata eri selittävien muuttujien luokissa. Erot koko aineiston keskiarvon (GM) ja selittävien muuttujien luokkien keskiarvojen välillä voidaan kuvata MCA:lla. On tavallista, että selittävät muuttujat korreloivat keskenään. MCA:ssa tämä yritetään ottaa huomioon vakioitujen keskiarvojen avulla. MCA-analyysi antaa tunnusluvun R<sup>2</sup>, joka ilmoittaa, kuinka paljon mallin selittävät muuttujat yhdessä selittävät selitettävän muuttujan varianssia. Tässä tutkimuksessa selittävinä muuttujina olivat tutkimusajankohta, ikä, nuorten arviointi taloudellisesta tilanteesta, isän ja äidin ammattistatus ja asuinpaikka. MCA-analyysissa on yksi selitettävä muuttuja ja tässä tutkimuksessa selitettävät muuttujat olivat tupakointi, humalakemukset, liikunta-aktiivisuus, subjektiivinen terveys, elämäntyytyväisyys ja psykosomaattinen oireilu.



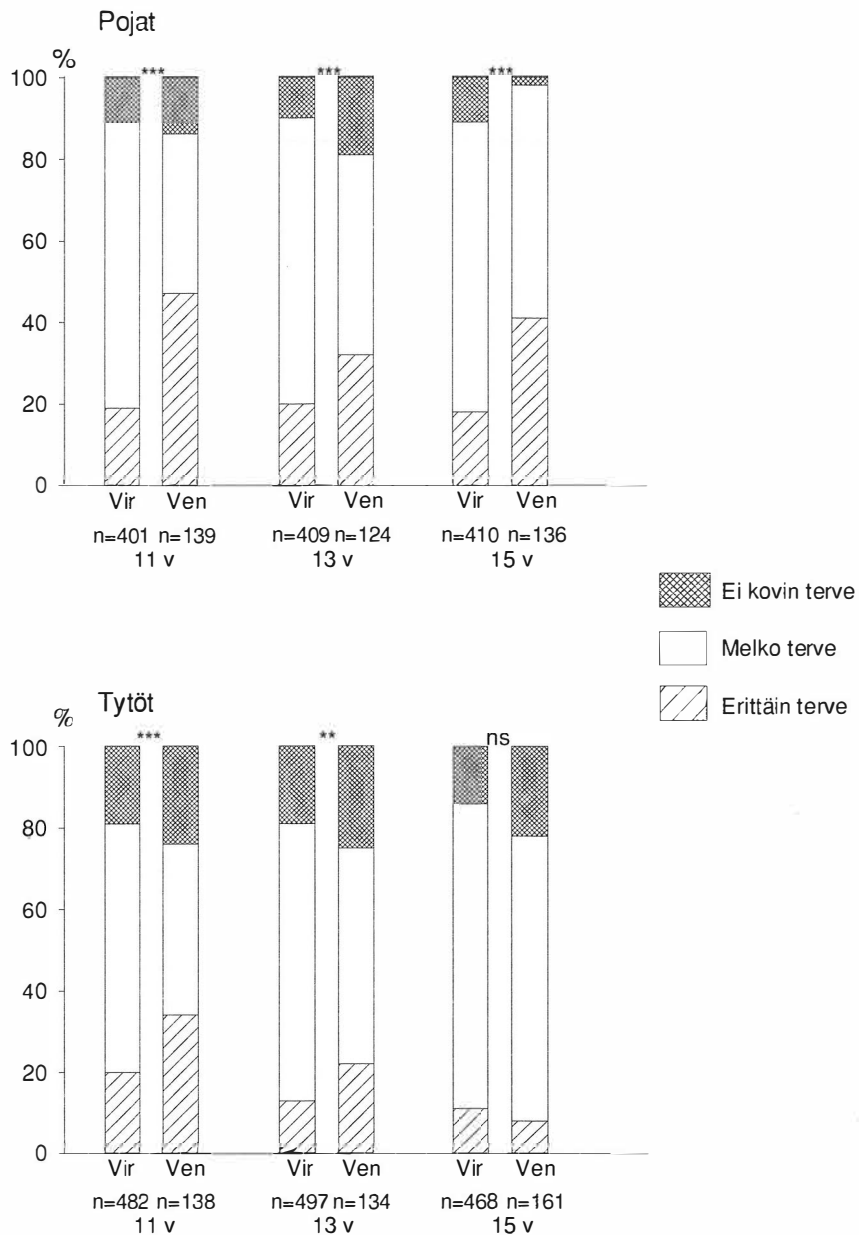
## 6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 6.1 Nuorten koettu terveys ja terveyskäyttäytyminen

#### 6.1.1 Subjektiiivinen terveys ja elämäntyytyväisyys

Virossa nuorten kokemukset terveydestä olivat yleensä positiivisia, sillä yli 80 % 11-, 13- ja 15-vuotiaista pojista ja tytöistä kokivat itsensä vähintään melko terveiksi. Vaikka suurin osa nuorista oli erittäin tai melko terveitä, terveytensä huonoksi kokeneita nuoria oli 9–20 %. Ikäryhmien väliset erot ilmenivät nuorten itsensä erittäin terveeksi ja terveytensä huonoksi kokemisessa vain tyttöjen keskuudessa, mutta ei poikien joukossa. Nuorimmassa viidesluokkalaisten tyttöjen ryhmässä 23 % ja 15-vuotiaista vain 10 % koki terveytensä erittäin hyväksi. Sukupuolierot terveyskokemuksissa olivat tilastollisesti erittäin selvät kaikissa ikäryhmissä, siten että tytöt kokivat terveytensä yleisemmin huonoksi kuin pojat. Sukupuolierot subjektiivisessa terveydessä olivat tilastollisesti erittäin selvät vironkielisten 11- ja 13-vuotiailla ja 15-vuotiaiden venäjänkielisillä. Venäjänkielisten vanhimmassa ikäryhmässä lähes puolet pojista ja vain 8 % tytöistä arvioi terveytensä erittäin hyväksi.

Viron- ja venäjänkieliset nuoret kokivat terveytensä eri tavalla Virossa. Venäjänkieliset koululaiset arvioivat terveytensä sekä erittäin hyväksi että ei-hyväksi huomattavasti yleisemmin kuin vironkieliset nuoret ja näin erityisesti 11- ja 13-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa. Poikien välillä erot olivat tilastollisesti erittäin merkitsevät vain itsensä erittäin terveeksi kokemisessa: 18–20 % vironkielisistä pojista ja 32–47 % venäläispojista tunsivat itsensä erittäin terveeksi. 11- ja 13-vuotiaat venäläispojat kokivat itsensä yleisemmin ei kovin terveeksi kuin virolaispojat. (Kuvio 3.)

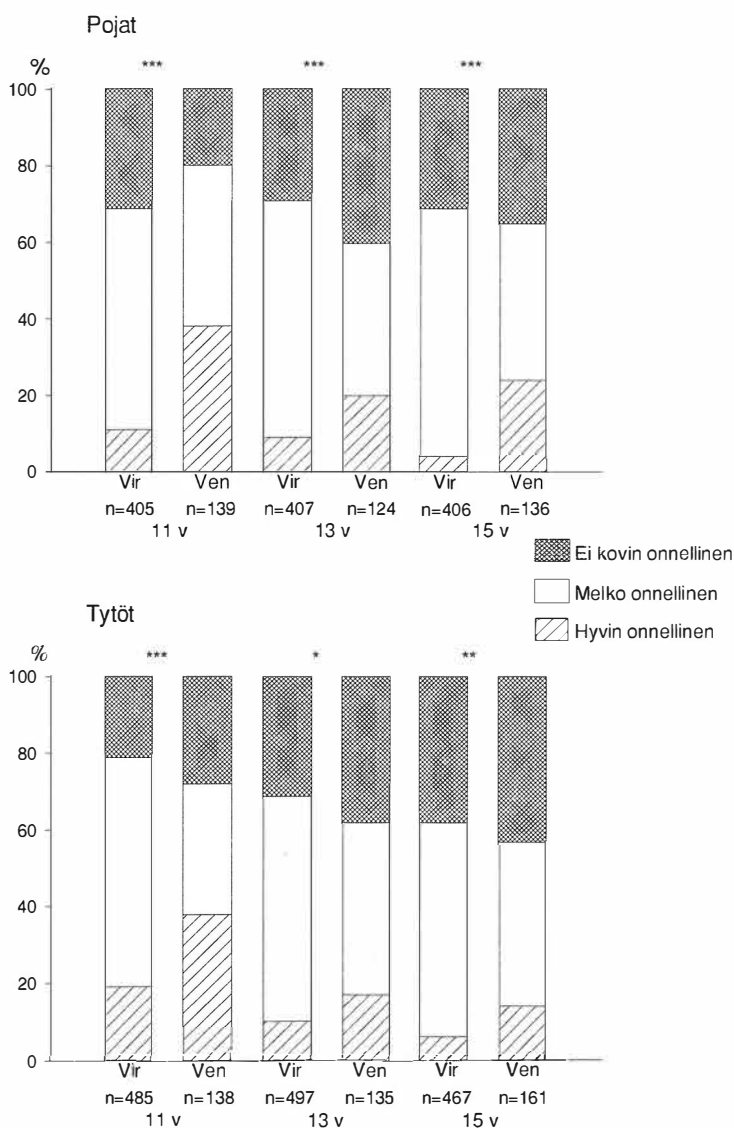


KUVIO 3 Subjekttiivisesti koettu terveys iän, sukupuolen ja kieliryhmän mukaan  
 \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ , ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Suurin osa nuorista koki elämäntilanteensa vähintään tyydyttäväksi, sillä 61–77 % 11–15-vuotiaista pojista ja tytöistä oli ainakin melko onnellinen. Elämäntilanteensa tyytymättömiä nuoria oli 3–5 %. Nuorten ikäerot elämäntyytyväisyydessä ilmenivät itsensä hyvin onnelliseksi kokemisessa sekä poikien että tyttöjen keskuudessa, siten että nuorten onnellisuuskokemukset vähenivät jyr-

kästi iän karttuessa. Onnellisuuskokemukset iän lisääntyessä vähenivät jyrkästi erityisesti venäjänkielisten poikien ja tyttöjen keskuudessa. Onnellisuuskokemusten sukupuolierot ilmenivät ainoastaan vironkielisten 11-vuotiaiden ryhmässä, jossa tytöt pitivät itseään ja elämäntilannettaan hyvin onnellisena huomattavasti yleisemmin kuin pojat.

Viron- ja venäjänkieliset nuoret kokivat elämäntilanteensa eri tavalla. Hyvin onnelliseksi itsensä kokeminen oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää venäjänkielisillä nuorilla kaikissa ikäryhmissä. Venäjänkielisistä nuorista hyvin onnellisia oli 25 %, mutta vironkielisistä vain 9 %. Poikien väliset erot onnellisuuden kokemuksissa kieliryhmien välillä olivat erittäin suuria. Nuorimmassa ikäryhmässä venäläiset tytöt kokivat elämäntilanteensa hieman yleisemmin ei lainkaan onnelliseksi kuin vironkieliset. (Kuvio 4.)



KUVIO 4 Onnellisuuden kokemukset iän, sukupuolen ja kieliryhmän mukaan (%),  
 \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

### 6.1.2 Psykosomaattinen oireilu ja lääkkeiden käyttö

Virossa nuorten suhteellisen hyvästä subjektiivisesta terveydestä huolimatta nuorilla ilmeni melko yleisesti psykosomaattisia oireita. 11–15-vuotiailla nuorilla yleisimmät viikoittain ilmenevät psyykkiset oireet olivat ärtyneisyys (59 % oli maininnut), hermostuneisuus (42 %) ja väsymys (39 %). Myös päänsärky ja vatsakipu olivat melko yleisiä somaattisia oireita sekä pojilla että tytöillä. Tytöt ilmoittivat kaikkia oireita poikia huomattavasti yleisemmin, mutta erot tyttöjen ja poikien välillä olivat suurimmat päänsärlyn, vatsakivun, masentuneisuuden ja ärtyneisyyden kokemisessa. Esimerkiksi somaattisista oireista kuten päänsärystä kärsi tytöistä viikoittain 33 % ja pojista 21 %, tai sitten mielialaan liittyvää tuntemusta kuten ärtyneisyyttä ilmoitti tytöistä 66 % ja pojista 52 %. (Liite 14.)

Erilaisten oireiden viikoittainen kokeminen yleistyi kummallakin sukupuolella iän lisääntyessä. Hermostuneisuuden, ärtyneisyyden ja selkävivun kokeminen vähintään kerran viikossa yleistyi sekä pojilla että tytöillä. Sen sijaan vatsakipua kokivat hieman yleisemmin 11-vuotiaat kuin 13- ja 15-vuotiaat.

Vironkieliset nuoret oireilivat huomattavasti yleisemmin kuin venäjänkieliset. Pojista viidesluokkalaiset virolaiset kokivat venäjänkielisiä ikätovereitaan yleisemmin masentuneisuutta (17 % vs. 5 %), väsymyksen tunnetta (37 % vs. 19 %), hermostuneisuutta (36 % vs. 20 %) ja ärtyneisyyttä (53 % vs. 37 %). Virolaiset 11-vuotiaat tytöt kokivat hieman yleisemmin masentuneisuutta, hermostuneisuutta ja väsymyksen tunnetta kuin venäläiset tytöt. 13-vuotiaiden ryhmässä vironkielisillä pojilla oli yleisemmin viikoittain hermostuneisuuden tunnetta (37 % vs. 18 %), ja myös hieman enemmän heillä oli univaikeuksia ja ärtyneisyyttä kuin venäjänkielisillä. Vanhimman ikäryhmän vironkieliset pojat olivat huomattavasti yleisemmin väsyneitä (40 % vs. 14 %), hermostuneita ja ärtyneitä, ja heillä oli paljon useammin univaikeuksia kuin venäjänkielisillä pojilla. Vironkielisillä pojilla oli hieman yleisemmin myös päänsärkyä ja selkävivun kipua. Myös 15-vuotiaat virolaiset tytöt kokivat useammin väsymystä, hermostuneisuutta, masennusta ja univaikeuksia kuin venäläiset tytöt. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5 Viikoittainen oireilu iän, sukupuolen ja kieliryhmän mukaan (%)

Viikoittainen oireilu	POJAT											
	11 v			13 v				15 v				
	vir	ven	ns	kaikki	vir	ven	ns	kaikki	vir	ven	ns	kaikki
Päänsärky	22	21	ns	22	22	26	ns	23	21	13	*	19
Vatsakipu	19	17	ns	19	18	14	ns	17	13	11	ns	13
Selkäkipu	4	6	ns	4	9	8	ns	9	16	9	*	14
Masentuneisuus	17	5	***	15	13	12	ns	13	19	13	ns	17
Ärtyneisyys	53	37	**	49	52	41	*	50	61	46	**	57
Hermostuneisuus	36	20	**	32	37	18	***	33	51	23	***	44
Univaikeus	30	26	ns	29	31	22	*	29	34	15	***	29
Väsytys	37	19	***	32	35	19	**	32	40	14	***	33

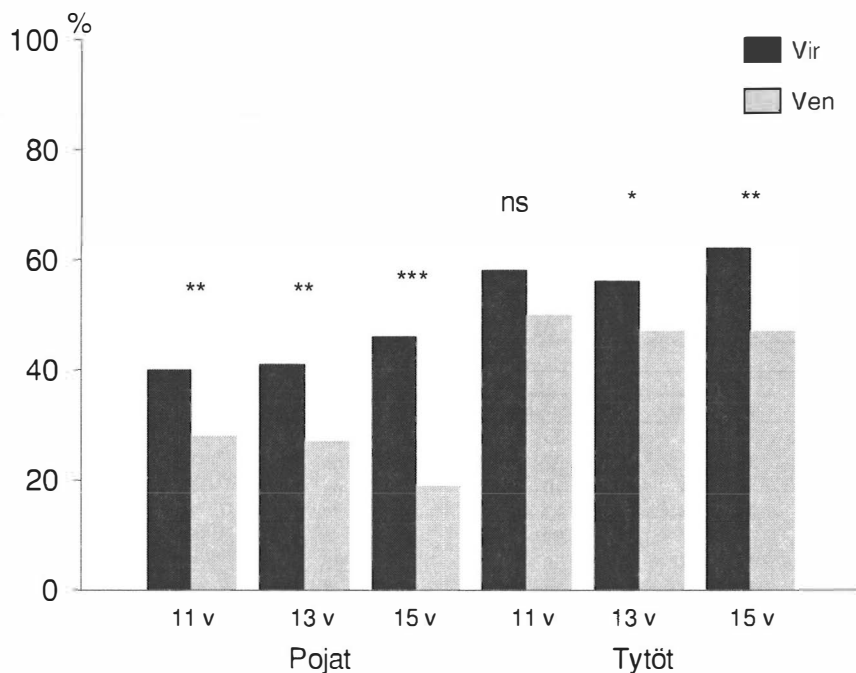
Viikoittainen oireilu	TYTÖT											
	11 v			13 v				15 v				
	vir	ven	ns	kaikki	vir	ven	ns	kaikki	vir	ven	ns	kaikki
Päänsärky	33	34	ns	33	31	40	ns	33	30	37	ns	31
Vatsakipu	32	31	ns	32	25	25	ns	25	17	18	ns	18
Selkäkipu	9	14	ns	10	11	11	ns	11	15	13	ns	14
Masentuneisuus	26	15	**	23	26	15	**	24	35	22	**	31
Ärtyneisyys	59	57	ns	59	70	59	**	67	72	66	ns	71
Hermostuneisuus	41	28	**	38	55	28	***	50	57	45	**	54
Univaikeus	37	42	ns	38	39	29	*	37	37	25	**	34
Väsytys	48	37	*	46	47	29	***	43	50	32	***	46

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001, ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Kun tarkasteluun otettiin mukaan myös oireilu kerran kuussa ja tarkasteltiin kaikkia ikäluokkia, muodostuivat tällöin tietyissä oireissa selvemmät erot kieliryhmien välille kuin viikoittaisessa oireilussa. Esimerkiksi väsymyksen tunnetta ja masennusta kokivat 11–15-vuotiaat vironkieliset pojat ja tytöt yleisemmin kuin samanikäiset venäjänkieliset nuoret. Tilastollisesti merkitsevät erot ilmenivät kaikkien oireitten kokemisessa juuri 15-vuotiaiden poikien keskuudessa, jossa vironkieliset oireilivat selvästi enemmän.

Kummassakin kieliryhmässä tyttöjen kokonaisoireilu oli poikiin verrattaessa huomattavasti yleisempää, sillä tytöt kokivat kaikissa ikäryhmissä 3–8 oiretta viikossa huomattavasti yleisemmin kuin pojat (liite 15). 11–15-vuotiaista virolaistytöistä 58 % ja -pojista 42 % ilmoitti kokevansa 3–8 oiretta viikossa sekä samanikäisistä venäläistytöistä vajaa puolet, ja venäläispojista vain 24 % oireili runsaasti. Ikäryhmien väliset erot ilmenivät ainoastaan venäjänkielisten poikien ryhmässä, jossa viidesluokkalaiset kokivat runsaasti oireita viikoittain huomattavasti yleisemmin kuin yhdeksäsluokkalaiset.

Myös vironkielisten poikien kaikissa ikäryhmissä runsaasti oireilevia nuoria oli selvästi enemmän kuin venäjänkielisten ryhmissä. 11–15-vuotiaista vironkielisistä pojista 40–46 % ilmoitti kokevansa 3–8 oiretta viikossa, mutta venäläisistä pojista vain 19–28 %. Myös 13- ja 15-vuotiaat vironkieliset tytöt oireilivat runsaasti yleisemmin kuin venäjänkieliset tytöt. (Kuvio 5.)



KUVIO 5 Runsas oireilu ( $\geq 3$  oiretta/vk) iän, sukupuolen ja kieliryhmän mukaan (%), \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ , ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Nuorten lääkkeiden käyttö oli melko yleistä. Hyvästä subjektiivisesta terveydestä ja vähäisemmästä oireilusta huolimatta venäjänkieliset nuoret käyttivät yleisemmin lääkkeitä kuin virolaiset. (Taulukko 6.) 11–15-vuotiailla koululaisilla lääkkeiden käytön yleisimmät syyt olivat kuume, päänsärky ja yskä. Nuorten keskuudessa rauhoittavien lääkkeiden käyttö oli hyvin harvinaista. Sukupuolella ei ollut kovin suurta merkitystä lääkkeiden käytön yleisyyteen, mutta päänsärky- ja vatsakipulääkkeitä käyttivät tytöt poikia hieman yleisemmin. Lääkkeiden käyttö väheni iän mukana sekä tytöillä että pojilla.

TAULUKKO 6 Lääkkeiden yleinen käyttö kieliryhmän mukaan, koko aineisto (%)

Lääkkeiden käytön summaindeksi	vir	ven	kaikki
Ei lääkkeitä	47	42	46
Yksi lääke	29	24	28
2–4 lääketä	24	34	26
Yhteensä	100	100	100
N	2581	746	3327
p	<b>&lt;.001</b>		

Päänsärkyyn käytettäviä lääkkeitä käyttivät venäläiset 11- ja 13-vuotiaat pojat yleisemmin kuin samanikäiset virolaispojat. Nuorimman ikäryhmän venäjänkieliset pojat olivat ottaneet lääkettä vatsakipuun ja kuumeeeseen kyselyä edeltäneen kuukauden aikana hieman yleisemmin kuin vironkieliset pojat. Hermostuneisuuteen käytettäviä lääkkeitä 11-vuotiaat virolaispojat käyttivät huomattavasti yleisemmin kuin venäjänkieliset pojat.

Venäjänkieliset tytöt kaikissa ikäryhmissä lääkitsivät vatsakipua huomattavasti yleisemmin kuin vironkieliset tytöt. Venäläistytöistä 32 % käytti lääkkeitä vatsakipuun, mutta virolaistytöistä vain 16 %. Myös 11- ja 13-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa päänsärkylääkkeiden käyttö oli yleisempää venäjänkielisillä kuin vironkielisillä. 11- ja 15-vuotiaat venäjänkieliset tytöt olivat ottaneet lääkettä nuhaan hieman yleisemmin kuin vironkieliset tytöt. (Liite 16.)

Yhteenveto koetun terveyden muuttujien kieliryhmien välisistä eroista on taulukossa 7.

TAULUKKO 7 Kieliryhmien välisten erojen tilastolliset merkitsevyydet (p-arvot) koetun terveyden muuttujien osalta. (Suluissa kieliryhmä jossa terveydentila oli huonompi verrattuna toiseen kieliryhmään.)

Koettu terveys	POJAT		
	11 v	13 v	15 v
Subjekttiivinen terveydentila	<.001 (vir)	<.001 (vir)	<.001 (vir)
Koettu onnellisuus	<.001 (vir)	<.001 (vir)	<.001 (vir)
Viikoittainen oireilu (indeksi)	.001 (vir)	.008 (vir)	<.001 (vir)
Lääkkeiden käyttö			
Yskään	ns	ns	ns
Kuumeeeseen	.016 (ven)	ns	ns
Päänsärkyyn	.001 (ven)	.002 (ven)	ns
Vatsakipuun	.050 (ven)	ns	ns
Unettomuuteen	ns	ns	ns
Hermostuneisuuteen	.015 (vir)	ns	ns
	TYTÖT		
	11 v	13 v	15 v
Subjekttiivinen terveydentila	<.001 (vir)	.003 (vir)	ns
Koettu onnellisuus	<.001 (vir)	.016 (vir)	.003 (vir)
Viikoittainen oireilu (indeksi)	ns	.030 (vir)	.003 (vir)
Lääkkeiden käyttö			
Yskään	ns	ns	.025 (ven)
Kuumeeeseen	ns	ns	ns
Päänsärkyyn	ns	<.001 (ven)	ns
Vatsakipuun	.002 (ven)	<.001 (ven)	<.001 (ven)
Unettomuuteen	ns	ns	ns
Hermostuneisuuteen	ns	ns	ns

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

### 6.1.3 Alkoholin käyttö ja tupakointi

Valtaosa 11–15-vuotiaista nuorista oli kokeillut alkoholia, 65–92 % pojista ja 44–92 % tytöistä. Poikien ja tyttöjen väliset erot alkoholin kokeilussa ilmenivät ainoastaan nuorimmassa ikäryhmässä, jossa pojilla (66 %) oli huomattavasti yleisemmin alkoholikokemuksia kuin tytöillä (44 %). Iän lisääntyessä alkoholikokeilut yleistyivät hyvin selvästi siten, että 15-vuotiaista lähes kaikilla oli alkoholin juomis- tai maistamiskokeiluja. Verrattaessa nuorten alkoholikokemuksia kieliryhmien välillä vironkieliset pojat kaikissa ikäryhmissä ja tytöt nuorimmassa ikäryhmässä olivat maistaneet yleisemmin alkoholia kuin samanikäiset venäjänkieliset nuoret. (Liite 17.)

Alkoholin käytön yleisyyttä selvitettiin kysymällä alkoholilajeittain, kuinka usein nuoret joivat olutta, viiniä ja väkeviä. Alkoholin käyttö oli erittäin vähäistä 11- ja 13-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa 88–99 % koululaisista ei juonut olutta, viiniä eikä väkeviä. Vanhimmassa ikäryhmässä sekä poikien että tyttöjen keskuudessa alkoholipitoisten juomien käyttö vähintään kerran kuukaudessa oli edelleen melko harvinaista. Tässä iässä pojat käyttivät alkoholia selvästi yleisemmin kuin tytöt. Alkoholijuomia vähintään kerran viikossa nautti 15-vuotiaista pojista 14 % ja tytöistä 5 %. Vähintään kerran kuukaudessa alkoholipitoisia juomia käytti vanhimmassa ikäryhmässä pojista joka viides ja tytöistä 10 %. (Liite 18.)

Vaikka vironkieliset nuoret olivat kokeilleet alkoholia yleisemmin kuin venäjänkieliset, alkoholin käytössä ei esiintynyt kieliryhmien välisiä eroja poikien keskuudessa, mutta 15-vuotiaiden tyttöjen ryhmässä ilmeni pieniä eroja. Alkoholipitoisia juomia käyttivät venäjänkieliset 15-vuotiaat tytöt hieman yleisemmin kuin vironkieliset tytöt. (Liite 18.)

Olut oli suosituin alkoholi 15-vuotiailla nuorilla, sekä pojilla että tytöillä. Poikien suosituin alkoholijuoma oluen jälkeen olivat väkevät alkoholijuomat, mutta tytöt joivat yleisimmin oluen lisäksi viiniä. Sukupuolten välinen ero oli johdonmukaista; pojat joivat tyttöjä useammin kaikkia alkoholijuomia. Pojista 28 % ja tytöistä 6 % joi olutta vähintään kerran kuukaudessa, ja viiniä sekä väkeviä joi vähintään kerran kuukaudessa 7–10 % pojista ja 2–4 % tytöistä. Tarkasteltaessa viron- ja venäjänkielisten 15-vuotiaiden alkoholin käyttöä alkoholilajeittain erot ilmenivät vain tyttöjen välillä viinin ja väkevien käytössä. Venäjänkieliset käyttivät näitä juomia vähintään kerran viikossa yleisemmin kuin vironkieliset. Venäjänkielisistä tytöistä 9 % ja virolaistytöistä 4 % joi viiniä vähintään kerran kuukaudessa. (Liite 19.)

Yhdeksännellä luokalla 11 % pojista ja 2 % tytöistä ilmoitti olleensa vähintään 4–10 kertaa tosihumalassa, eli tytöt joivat itsensä selvästi harvemmin humalaan kuin pojat tässä iässä. Kieliryhmien väliset erot humalakokemuksissa ilmenivät ainoistaan tyttöjen välillä: venäjänkielisillä oli yleisemmin vähintään yhden kerran humalakokemuksia kuin vironkielisillä. (Taulukko 8.)



TAULUKKO 8 15-vuotiaiden humalakokemukset sukupuolen ja kieliryhmän mukaan (%)

Humalakokemukset	POJAT			TYÖT		
	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki
Ei koskaan	51	59	53	77	68	74
Kerran	23	18	21	14	21	16
2–3 kertaa	15	14	15	8	9	8
4–10 kertaa	5	5	5	1	1	1
Useammin kuin 10 kertaa	6	4	6	–	1	1
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	411	138	549	468	161	629
p	ns			.010		

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Humalakokemusten ja alkoholin käytön yleisyyden välinen yhteys oli hyvin selvä molemmissa kieliryhmissä sekä pojilla että tytöillä. Niillä nuorilla, jotka joiivat vähintään kerran kuukaudessa alkoholia, oli yleisemmin myös humalakokemuksia verrattuna nuoriin, jotka käyttivät alkoholia harvoin.

Tupakointiin liittyvä ensikokeilu näytti Virossa olevan 11–15-vuotiaiden nuorten keskuudessa melko yleistä, lähes puolet (42 %) koululaisista ilmoitti kokeilleensa ainakin kerran tupakkaa. Pojilla oli tupakointikokemuksia tyttöjä huomattavasti yleisemmin kaikissa ikäryhmissä, mutta suurimmillaan erot olivat 11-vuotiaiden ryhmässä, jossa pojista 41 % ja tytöistä vain 8 % oli kokeillut tupakkaa. Tupakkaa kokeilleiden nuorten määrä kasvoi selvästi siirryttäessä 15-vuotiaiden ikäryhmään, jossa 81 % pojista ja lähes puolet tytöistä oli maistanut tupakkaa.

Verrattaessa vironkielisten ja venäjänkielisten nuorten tupakointikokeilua oli vironkielisillä pojilla kaikissa ikäryhmissä ja tytöillä 13-vuotiaiden ikäryhmässä tupakointikokemuksia venäjänkielisiä poikia ja tyttöjä yleisemmin. Merkittävä kieliryhmien ero ilmeni poikien vanhimmassa ikäryhmässä, jossa 85 %:lla vironkielisistä ja 69 %:lla venäjänkielisistä oli tupakointikokemuksia. (Taulukko 9.)

TAULUKKO 9 Tupakointikokeilut iän, sukupuolen ja kieliryhmän mukaan (%)

Tupakointi-kokeilut	POJAT								
	11 v			13 v			15 v		
	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki
Kyllä	44	34	41	67	50	63	85	69	81
Ei	56	66	59	33	50	37	15	31	19
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	403	140	543	406	123	529	410	138	548
p	*			**			***		

Tupakointi-kokeilut	TYTÖT								
	11 v			13 v			15 v		
	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki
Kyllä	9	7	8	31	20	29	48	40	46
Ei	91	93	92	69	80	71	52	60	54
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	481	137	618	496	135	631	469	161	630
p	ns			*			ns		

p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001, ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Virossa koululaisten sekä päivittäinen että viikoittainen tupakointi oli hyvin harvinaista varsinkin nuorimmissa ikäryhmissä, joissa 90–99 % koululaisista ei tupakoinut kyselyhetkellä. Vanhimmassa ikäryhmässä nuoret tupakoivat jo melko yleisesti ja sukupuolten eroakin oli erittäin selvä siten, että 15-vuotiaista pojista 22 % ja tytöistä 6 % tupakoi viikoittain. (Taulukko 10.)

TAULUKKO 10 Nuorten tupakointi iän, sukupuolen ja kieliryhmän mukaan (%)

Tupakointi	POJAT								
	11 v			13 v			15 v		
	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki
Päivittäin	–	1	–	1	2	1	16	15	15
Viikoittain	–	1	1	4	5	4	5	7	6
< 1 krt/kk	4	1	3	6	3	5	9	5	8
Ei polta	96	97	96	89	90	90	70	73	71
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	406	139	545	407	121	531	409	137	546
p	ns			ns			ns		

Tupakointi	TYTÖT								
	11 v			13 v			15 v		
	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki
Päivittäin	–	–	–	–	1	–	3	4	3
Viikoittain	–	–	–	1	–	1	2	3	2
< 1 krt/kk	–	1	1	2	–	2	4	4	4
Ei polta	100	99	99	97	99	97	91	89	91
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	484	138	622	499	134	633	467	161	628
p	ns			ns			ns		

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

15-vuotiaat viikoittain tupakoivat pojat polttivat keskimäärin 31 ja tytöt 26 savuketta viikossa. Satunnaisesti tupakoivia, jotka ilmoittivat tupakoivansa harvemmin kuin kerran viikossa, oli 13- ja 15-vuotiaiden poikien keskuudessa (5–8 %) yleisemmin kuin tyttöjen keskuudessa (2–4 %).

Vaikka vironkielisillä nuorilla oli tupakointikokeiluja yleisemmin kuin venäjänkielisillä nuorilla, nykyisessä tupakoinnissa kieliryhmien välillä ei ollut eroja. Viron- ja venäjänkielisten 15-vuotiaiden poikien välillä viikoittain tupakoivien savukkeiden määrässä ei ollut eroja, mutta venäjänkieliset tytöt tupakoivat viikossa keskimäärin enemmän kuin vironkieliset. Viikoittain venäläiset tytöt tupakoivat 28 ja virolaiset 24 savuketta. (Liite 20.)

### 6.1.4 Liikunta-aktiivisuus

Virossa 11–15-vuotiaat nuoret harrastivat liikuntaa melko yleisesti, siten että lähes joka toinen koululainen ilmoitti harrastavansa liikuntaa yhdestä kolmeen kertaan viikossa. Liikunnallisesti erittäin aktiivisia eli päivittäin liikuntaa harrastavia oli tämänikäisistä nuorista 16 % ja passiivisia lähes saman verran eli 12 %.

Tyttöjen ja poikien välillä esiintyi liikunnan harrastamisen useudessa huomattavia eroja kaikissa ikäryhmissä siten, että tytöt harrastivat poikia selvästi harvemmin liikuntaa. Pojista 40–54 % harrasti vähintään neljä kertaa viikossa liikuntaa, ja tytöistä puolestaan hieman yli puolet ilmoitti harrastavansa vain 1–3 kertaa viikossa liikuntaa. Luokkatasoisesti tarkasteltaessa liikunnan harrastamisen tiheydessä oli suuria eroja, mutta nämä erot olivat erityisen selvät tyttöjen keskuudessa. Viidennellä luokalla nuoret olivat liikunnallisesti aktiivisempia kuin yhdeksännellä luokalla olevat nuoret.

Verrattaessa nuorten liikunnan harrastamista viron- ja venäjänkielisten ryhmässä harrastivat venäjänkieliset 15-vuotiaat pojat ja nuorimman ikäryhmän tytöt hieman useammin liikuntaa kuin vironkieliset (taulukko 11).

TAULUKKO 11 Vapaa-ajan liikuntaharrastuksen useus iän, sukupuolen ja kieliryhmän mukaan (%)

Liikuntaharrastuksen useus	POJAT								
	11 v			13 v			15 v		
	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki
Päivittäin	26	38	29	22	27	23	11	22	14
4–6 kertaa viikossa	27	20	25	29	18	27	27	22	26
2–3 kertaa viikossa	30	27	29	29	32	30	35	24	32
Kerran viikossa	7	6	7	11	8	10	16	17	16
Harvemmin	10	9	9	9	15	10	11	15	12
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	404	138	542	403	124	527	410	138	548
p	ns			ns			**		

Liikuntaharrastuksen useus	TYTÖT								
	11 v			13 v			15 v		
	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki
Päivittäin	17	23	18	7	7	7	4	8	5
4–6 kertaa viikossa	20	15	19	15	18	15	11	12	11
2–3 kertaa viikossa	34	31	33	34	35	35	32	27	31
Kerran viikossa	17	12	16	23	14	21	27	19	25
Harvemmin	12	19	14	21	25	22	26	34	28
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	481	135	616	497	134	631	468	161	629
p	*			ns			ns		

\*p<.05, \*\*p<.01, ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Liikuntaan käytetyn ajan suhteen nuoret jakautuivat siten, että runsaasti yli puolet nuorista sijoittui puolesta tunnista kolmeen tuntiin viikossa liikuntaa harrastavien ryhmään ja tätä enemmän ( $\geq 4$  tuntia) harrastavia poikia oli 31–39 % ja tyttöjä 16–21 %. Sukupuolten välinen ero liikunnan ajankäytössä oli sen mukaan hyvin selvä, eli tytöt olivat passiivisempia kuin pojat liikuntaan käytetyn ajan kannalta.

Kieliryhmien välillä ilmeni huomattavia eroja liikuntaan käytetyn ajan suhteen siten, että vironkieliset nuoret harrastivat kaikissa ikäryhmissä 4–6 tuntia tai enemmän liikuntaa selvästi yleisemmin kuin samanikäiset venäläisnuoret (taulukko 12).

TAULUKKO 12 Vapaa-ajan liikuntaharrastukseen käytetty aika, tunteja viikossa iän, sukupuolen ja kieliryhmän mukaan (%)

Liikunta- harrastus t/vk	POJAT								
	11 v			13 v			15 v		
	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki
Ei yhtään	7	16	9	5	14	7	7	7	8
Noin ½ tuntia	15	26	18	13	25	16	9	24	12
Noin 1 tunnin	16	22	18	16	25	18	13	21	15
Noin 2–3 tuntia	27	14	24	29	25	28	29	17	26
Noin 4–6 tuntia	18	9	15	19	3	15	21	13	19
7 tuntia tai enemmän	17	13	16	18	8	16	21	18	20
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	397	129	526	402	122	524	406	137	543
p	***			***			***		
Liikunta- harrastus t/vk	TYTÖT								
	11 v			13 v			15 v		
	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki
Ei yhtään	9	21	12	10	31	15	12	27	16
Noin ½ tuntia	23	27	23	20	18	20	16	26	19
Noin 1 tunnin	22	33	25	22	24	22	20	17	19
Noin 2–3 tuntia	27	14	24	28	16	25	28	19	25
Noin 4–6 tuntia	12	2	10	11	4	10	15	7	13
7 tuntia tai enemmän	7	3	6	9	7	8	9	4	8
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	474	133	607	488	134	622	454	158	612
p	***			***			***		

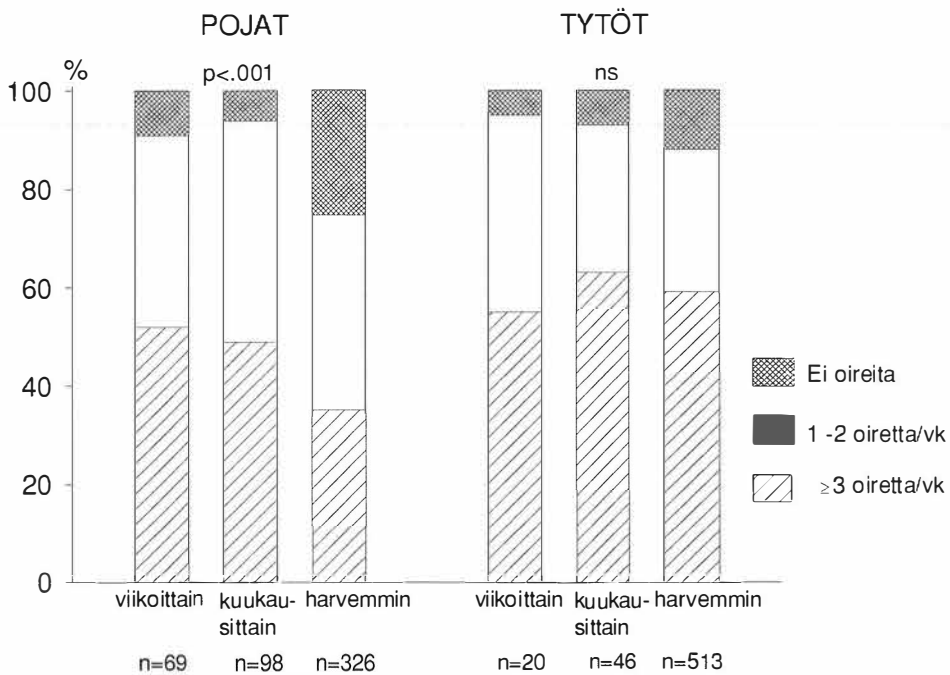
\*\*\*p<.001

### 6.1.5 Terveyskäyttäytymisen ja koetun terveyden väliset yhteydet

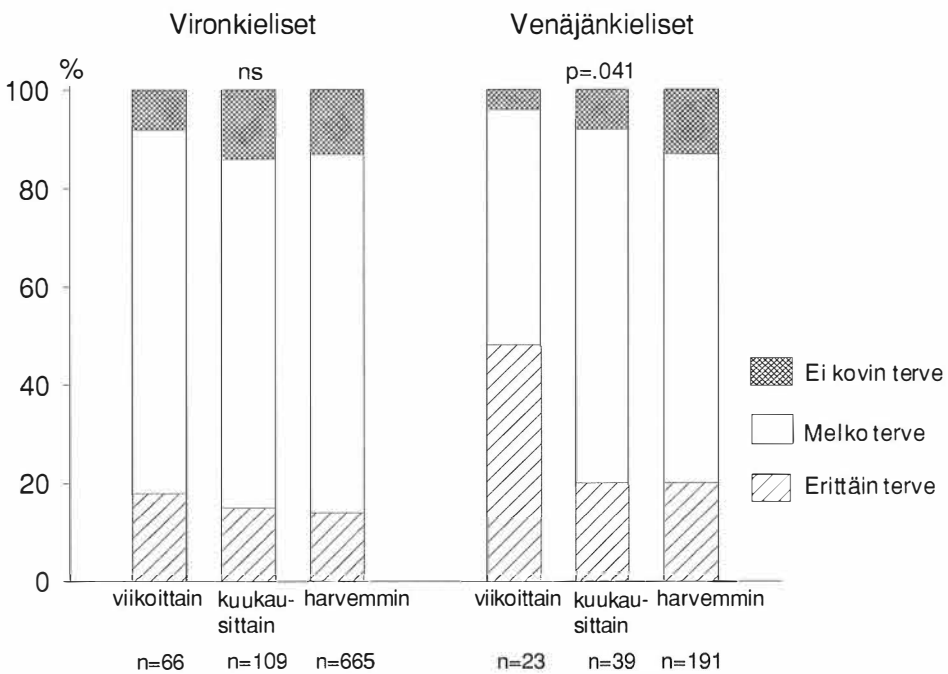
Tämän luvun ensimmäisessä osassa kuvataan nuorten tupakoinnin ja alkoholin käytön yhteyksiä subjektiivisesti koettuun terveydentilaan koko aineistossa ja kieliryhmittäin vain 15-vuotiaiden ryhmässä, koska nuorimmissa ikäryhmissä alkoholin käyttö ja tupakointi oli hyvin vähäistä. Toisessa osassa tarkastellaan liikunta-aktiivisuuden ja koetun terveyden välisiä yhteyksiä ensin koko aineistossa ja sen jälkeen ikä- ja kieliryhmittäin.

Vanhimmassa ikäryhmässä nuorten tupakoinnilla ja alkoholin käytöllä oli merkitystä nuorten subjektiivisesti koettuun terveydentilaan, mutta erityisesti alkoholin käyttö ja tupakointi olivat yhteydessä poikien psykosomaattiseen oireiluun (Kuvio 6). Nuoret, jotka joivat vähintään kerran kuukaudessa olutta, viiniä tai väkeviä tai sitten olivat olleet yli kymmenen kertaa tosihumalassa, oireilivat huomattavasti yleisemmin kuin harvoin alkoholia käyttäneet ja humalassa olleet nuoret. Kuukausittain alkoholia juoneista lähes puolet (49 %) koki kolme tai enemmän oiretta viikossa. Nuorista, joilla oli runsaasti humalokokemuksia, 66 % oireili runsaasti, kun taas ei humalassa olleista nuorista vain 47 % koki kolme tai enemmän oiretta viikossa. Nuorten humalokokemukset olivat selvästi yhteydessä myös rauhoittavien lääkkeiden käyttöön seuraavasti: mitä useammin nuori oli ollut humalassa, sitä yleisemmin hän käytti lääkkeitä hermostuneisuuteen (12 %). Virolaisnuorilla oli humalokokemuksilla selkeämpi yhteys nuorten oireiluun ja lääkkeiden käyttöön kuin venäjänkielisillä. Kymmenen kertaa tai useammin tosihumalassa olleet vironkieliset nuoret oireilivat selvästi yleisemmin (78 %) kuin ei humalassa olleet nuoret (52 %). Runsaasti humalokokemuksia ilmoittaneista nuorista 12 % käytti nukahtamislääkkeitä ja 16 % lääkkeitä hermostuneisuuteen, kun taas ei humalassa olleista nuorista näitä lääkkeitä käytti 3 %.

Kieliryhmittäin tarkasteltuna tutkimuksellisesti hyvin poikkeavat erot subjektiivisen terveydentilan ja alkoholin käytön välillä olivat venäjänkielisten ryhmässä, jossa alkoholin suurkuluttajat kokivat terveytensä yleisemmin erittäin hyväksi (48 %) kuin harvoin alkoholia käyttävät (20 %) (Kuvio 7).

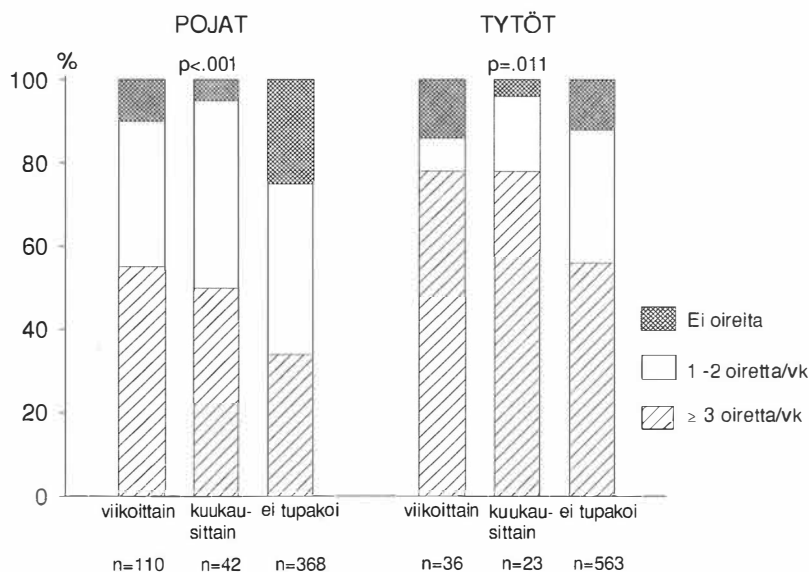


KUVIO 6 15-vuotiaiden poikien ja tyttöjen psykosomaattinen oireilu alkoholin käytön mukaan (%), ns = tilastollisesti ei merkitsevä



KUVIO 7 15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten nuorten subjektiivinen terveydentila alkoholin käytön mukaan (%), ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Nuorten tupakointi oli vastaavanlaisessa yhteydessä sekä oireiluun että lääkkeiden käyttöön, kuin olivat alkoholin käyttö ja humalakokemukset. Päivittäin tupakoivista nuorista 61 % ja tupakoimattomista 48 % olivat runsaasti oireilevia. Tupakoinnin ja oireilun väliset yhteydet olivat selkeämmät pojilla kuin tytöillä ja vironkielisillä selkeämmät venäjänkielisiin verrattuna. (Kuvio 8, Liitteet 21 ja 22.)

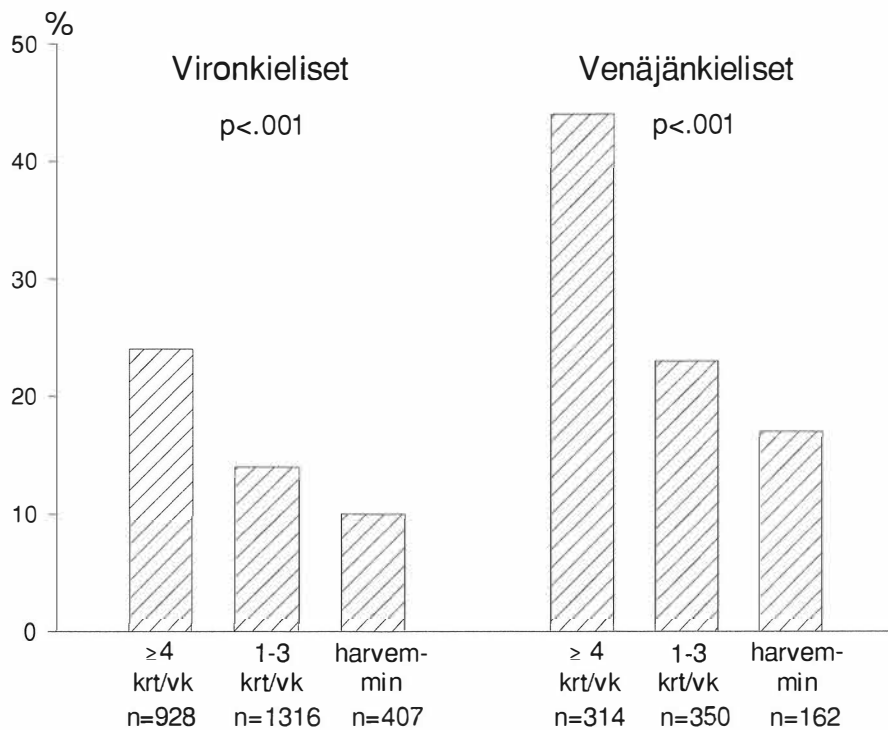


KUVIO 8 15-vuotiaiden poikien ja tyttöjen psykosomaattinen oireilu tupakoinnin mukaan (%)

Tupakoinnilla oli merkitystä vain vironkielisten lääkkeiden, kuten vatsakipu-, nukahtamis- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöön. Vironkieliset tupakoitsijat käyttivät näitä lääkkeitä yleisemmin kuin tupakoimattomat. Viikoittain tupakoivista nuorista 26 % käytti vatsakipulääkkeitä ja 6 % käytti sekä hermostuneisuus- että nukahtamislääkkeitä, mutta tupakoimattomat vastaavasti 11 % ja 2 %.

Liikunta-aktiivisuudella oli yleisesti ottaen positiivinen yhteys 11–15-vuotiaiden nuorten subjektiivisiin arvioihin omasta terveydentilastaan: liikunnallisesti hyvin aktiivisen ryhmän nuoret kokivat itsensä erittäin terveeksi huomattavasti yleisemmin kuin liikunnallisesti passiivisen ryhmän nuoret. Päivittäin liikuntaa harrastavista 34 % ja harvoin liikuntaa harrastavista vain 10 % koki itsensä erittäin terveeksi. Liikunnallisesti passiivisten ryhmässä taas 23 % koki itsensä ei kovin terveeksi, kuin taas hyvin aktiivisten ryhmässä ei-terveeksi ilmoittaneita nuoria oli puolet vähemmän (12 %). Verrattaessa luokkatasoittain liikunta-aktiivisuuden ja terveystilanteiden yhteyksiä selkeämmät yhteydet ilmenivät nuorimmassa ja vanhimmassa ikäryhmässä. Päivittäin liikuntaa harrastavien sekä 11- että 15-vuotiaiden ryhmässä koki 36 % nuorista itsensä erittäin terveeksi, mutta harvemmin kuin viikoittain liikuntaa harrastavista 11-vuotiaista nuorista 16 % ja 15-vuotiaista 9 % ilmoitti terveydentilansa hyväksi.

Tarkasteltaessa 11–15-vuotiaiden liikunta-aktiivisuuden ja koetun terveyden välisiä yhteyksiä kieliryhmittäin oli venäjänkielisillä nuorilla liikunta-harrastus virolaisnuorilla verrattuna tilastollisesti selvemmin yhteydessä itsensä erittäin terveeksi kokemiseen. Venäjänkielisistä nuorista, jotka harrastivat liikuntaa vähintään neljä kertaa viikossa, lähes puolet (44 %) koki terveytensä erittäin hyväksi, kun taas harvoin liikuntaa harrastavien ryhmässä hyvin terveeksi tuntevia oli vain 17 %. Virolaisnuorilla liikunnan harrastuksen ja subjektiivisen terveydentilan suhde oli vastaavanlaisesti 24 % ja 10 %. (Kuvio 9.)



KUVIO 9 11–15-vuotiaiden viro- ja venäjänkielisten nuorten subjektiivinen terveydentila ("erittäin terve") liikunta-aktiivisuuden mukaan (%)

Liikuntaan käytetyn ajan ja subjektiivisesti koetun terveydentilan väliset yhteydet näkyivät vanhimmissa ikäryhmissä siten, että mitä enemmän nuori käytti aikaa liikuntaan, sitä paremmaksi hän koki oman terveydentilansa. Esimerkiksi 13-vuotiaat nuoret, jotka harrastivat liikuntaa viikossa seitsemän tuntia tai sitä enemmän, ilmoittivat oman terveydentilansa erittäin hyväksi (32 %), kun taas puolesta tunnista tuntiin harrastavien nuorten joukossa itsensä erittäin terveeksi tuntevia oli vain 15 %. Kieliryhmiä verrattaessa liikuntaan käytetty aika oli selvästi yhteydessä sekä viro- että venäjänkielisten nuorten subjektiiviseen terveydentilaan, mutta tilastollisesti selvimät yhteydet ilmenivät venäjänkielisten keskuudessa. Venäjänkielisten nuorten ryhmässä yli puolet venäläisnuorista (52 %), jotka harrastivat liikuntaa seitsemän tuntia tai



enemmän viikossa, kokivat itsensä erittäin terveeksi, ja puolesta tunnista tuntiin liikuntaa harrastavien ryhmässä erittäin terveitä oli 18 %. Virolaisnuorilla tämä suhde oli 25 % ja 9 %.

Nuorten liikuntaharrastuksen useuden ja liikuntaan käytetyn ajan suhteessa oli merkitystä myös nuorten lääkkeiden käyttöön, eli mitä harvemmin nuori harrasti liikuntaa, sitä yleisemmin hän käytti lääkkeitä päänsärkyyn (32 %), nukahtamiseen (7 %) ja hermostuneisuuteen (8 %). Viikossa seitsemän tuntia tai sitä enemmän liikuntaa harrastaneista näitä lääkkeitä käytti vastaavasti 21 %, 5 % ja 6 %. Venäjänkielisten keskuudessa liikunnan useudella oli merkitystä päänsärkylääkkeiden käyttöön siten, että mitä harvemmin nuori harrasti viikossa liikuntaa, sitä useammin hän käytti lääkkeitä päänsärkyyn (29 %) verrattaessa päivittäin liikuntaa harrastaviin (10 %).

Kuitenkin liikuntaan käytetyn ajan ja onnellisuuskokemusten väliset yhteydet olivat päinvastaisia kuin nuorten subjektiivisen terveydentilan arvioinnissa. Nuorimmassa ja vanhimmassa ikäryhmässä liikunnallisesti hyvin aktiiviset kokivat itsensä yleisemmin ei kovin onnelliseksi kuin liikunnallisesti passiiviset nuoret. Esimerkiksi 11-vuotiaat nuoret, jotka harrastivat liikuntaa viikossa puolesta tunnista tuntiin, olivat hyvin tyytyväisiä oman elämäntilanteensa (23 %), mutta vähintään seitsemän tuntia liikuntaa harrastavien ryhmässä hyvin onnellisia oli 19 %. 13-vuotiaiden ryhmässä taas liikunnallisesti aktiiviset nuoret kokivat itsensä yleisemmin onnelliseksi (18 %) kuin liikunnallisesti passiiviset nuoret (11 %). Kieliryhmiä tarkasteltaessa virolaisnuorilla olivat tilastollisesti merkitsevät yhteydet liikunta-aktiivisuuden ja onnellisuuskokemusten välillä (liitteet 23 ja 24). Liikunnallisesti hyvin aktiiviset eli neljästä seitsemään kertaa viikossa urheilevat tai liikuntaan seitsemän tuntia tai enemmän käyttäneet kokivat itsensä hyvin onnelliseksi huomattavasti yleisemmin kuin passiiviset nuoret. Päivittäin urheilevista virolaisnuorista 67 % ja seitsemän tuntia tai enemmän urheilevista 78 % oli onnellisia. Liikunnallisesti passiivisten nuorten keskuudessa nämä luvut olivat 54 % ja 58 %.

Nuorten liikuntaharrastuksen useus ja siihen käytetty aika olivat yhteydessä psykosomaattiseen oireiluun vain 15-vuotiaiden ryhmässä. Vanhimmassa ikäryhmässä liikunnallisesti passiiviset nuoret oireilivat huomattavasti yleisemmin kuin liikunnallisesti aktiiviset nuoret. Viikossa neljästä kuuteen kertaan liikuntaa harrastavien ryhmässä 41 % mutta yli puolet (54 %) liikunnallisesti passiivisista nuorista koki 3-8 psykosomaattista oiretta viikossa. Seitsemän tuntia tai enemmän tuntia viikossa liikuntaa harrastavista nuorista 37 % mutta puolesta tunnista tuntiin harrastavista nuorista jo yli puolet (52 %) oireili runsaasti. Molemmissa kieliryhmissä liikuntaan käytetyllä ajalla oli yhteys nuorten psykosomaattiseen oireiluun. Vähän aikaa liikuntaan käyttäneet oireilivat huomattavasti yleisemmin kuin paljon aikaa käyttäneet. Venäläisistä 39 % ja virolaisista 58 % liikuntaa viikossa noin tunnin harrastaneista koki oireita kolmesti tai useammin viikossa. Seitsemän tai enemmän tuntia harrastaneista venäläisnuorista 10 % ja virolaisista 44 % oireili runsaasti. (Liitteet 25 ja 26.)

## 6.2 Sosiaalistavat tekijät , koettu terveys ja terveyskäyttäytyminen

### 6.2.1 Kotitaustan yhteys koettuun terveyteen

Vanhempien ammattistatuksella, erityisesti äidin ammattistatuksella, oli 11–15-vuotiaiden poikien ryhmässä suurempi merkitys subjektiivisesti koettuun terveydentilaan kuin tyttöjen ryhmässä. (Liitteet 27 ja 28.) Tutkimustulosten mukaan alempien toimihenkilöiden äitien pojat kokivat terveytensä erittäin hyväksi ja myös ei kovin hyväksi yleisemmin kuin ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden pojat. Työntekijöiden äitien pojista 12 % koki itsensä ei kovin terveeksi ja 31 % erittäin terveeksi, kun taas ylempien toimihenkilöiden isien pojista ei kovin terveeksi kokeneita oli 9 % ja erittäin terveeksi kokeneita 22 %. Isän ammattistatuksella oli päinvastainen merkitys äidin ammattistatukseen verrattuna poikien erittäin terveeksi kokemiseen. Ylempien toimihenkilöiden isien pojat kokivat terveytensä yleisemmin hyväksi kuin alempien toimihenkilöiden isien pojat.

Vertailtaessa erikseen viron- ja venäjänkielisiä koululaisia nuorten subjektiivinen terveys ja vanhempien ammattistatus olivat yhteydessä sekä vironettä venäjänkielisillä, mutta venäjänkielisillä nuorilla äidin ammattistatus ja itsensä erittäin terveeksi kokeminen olivat tilastollisesti selvemmin yhteydessä keskenään kuin vironkielisillä. Venäläisten ylempien toimihenkilöiden äitien lapsista 29 % ja alempien toimihenkilöiden lapsista 36 % koki itsensä erittäin terveeksi. Virolaisilla nämä osuudet olivat vastaavasti 16 % ja 19 %. (Taulukko 13.)

Perheen taloudellinen tilanne oli tilastollisesti hyvin merkitsevästi yhteydessä nuorten subjektiivisesti koettuun terveydentilaan sekä 11–15-vuotialla venäjän- ja vironkielisillä nuorilla siten, että perheensä taloudellisen tilanteensa hyväksi kokeneet nuoret kokivat terveytensä huomattavasti yleisemmin hyväksi kuin perheensä taloudellisen tilanteen huonoksi kokeneet nuoret (Taulukko 13).

Vanhempien ammattistatus oli yhteydessä nuorten psykosomaattiseen oireiluun. 13-vuotiaiden perheissä, joissa äiti oli alempi toimihenkilö, nuoret kokivat kolme ja enemmän oiretta viikossa yleisemmin kuin ylempien toimihenkilöiden perheissä. Kieliryhmiä tarkasteltaessa nuorten oireilun ja vanhempien ammattistatuksen suhde oli ainoastaan vironkielisillä nuorilla, joilla äidin statuksella oli samankaltainen yhteys, kuin edellä kuvattiin nuorten viikoittaiseen oireiluun. (Taulukko 14.)

TAULUKKO 13 11–15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten nuorten kodin sosioekonomisten tekijöiden yhteydet subjektiivisesti koettuun terveyteen (%)

Sosiaalitusympäristö	Subjektiivinen terveydentila			Yht.	N	p
	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Ei kovin hyvä			
<i>Vironkieliset</i>						
Isän ammattistatus						
ylempi	19	68	13	100	816	
keskitaso	16	69	15	100	1081	
alempi	15	72	13	100	240	ns
Äidin ammattistatus						
ylempi	16	71	13	100	1136	
keskitaso	16	69	15	100	874	
alempi	19	64	17	100	545	.038
Perheen taloudellinen tilanne						
hyvä	28	63	9	100	368	
keskitaso	15	71	14	100	1920	
huono	12	64	24	100	264	<.001
Asuinpaikka						
kaupunki	18	69	13	100	1445	
maaseutu	15	70	15	100	1208	ns
<i>Venäjänkieliset</i>						
Isän ammattistatus						
ylempi	31	55	14	100	217	
keskitaso	34	34	51	100	336	
alempi	23	51	26	100	90	ns
Äidin ammattistatus						
ylempi	29	57	14	100	284	
keskitaso	27	53	20	100	288	
alempi	36	44	20	100	211	.027
Perheen taloudellinen tilanne						
hyvä	39	49	12	100	334	
keskitaso	22	56	22	100	327	<.001
huono	30	49	21	100	165	
Asuinpaikka						
kaupunki	31	52	17	100	771	
maaseutu	20	56	24	100	55	ns

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

TAULUKKO 14 11–15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten nuorten kodin sosioekonomisten tekijöiden yhteydet viikoittaiseen psykosomaattiseen oireiluun (oireiluindeksi) (%)

Sosiaalistumisympäristö	Psykosomaattinen oireilu			Yht.	N	p
	Ei oireita	1–2 oiretta/vk	≥3 oiretta/vk			
<b>Vironkieliset</b>						
Isän ammattistatus						
ylempi	15	36	49	100	805	
keskitaso	16	34	50	100	1064	
alempi	16	29	55	100	230	ns
Äidin ammattistatus						
ylempi	15	37	48	100	1120	
keskitaso	14	14	55	100	848	
alempi	17	31	52	100	526	.012
Perheen taloudellinen tilanne						
hyvä	17	36	47	100	363	
keskitaso	15	34	51	100	1872	
huono	12	27	61	100	261	.006
Asuinpaikka						
kaupunki	17	34	49	100	1409	
maaseutu	13	32	55	100	1183	.006
<b>Venäjänkieliset</b>						
Isän ammattistatus						
ylempi	31	38	31	100	197	
keskitaso	25	25	35	100	284	
alempi	21	44	35	100	80	ns
Äidin ammattistatus						
ylempi	25	38	37	100	251	
keskitaso	23	37	40	100	255	
alempi	30	37	33	100	179	ns
Perheen taloudellinen tilanne						
hyvä	27	42	31	100	286	
keskitaso	24	35	41	100	295	
huono	28	30	42	100	142	.049
Asuinpaikka						
kaupunki	26	37	37	100	676	
maaseutu	16	41	43	100	49	ns

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Perheen taloudellisen tilanteen ja nuorten psykosomaattisten vaivojen väliset yhteydet olivat tilastollisesti hyvin merkitsevät vain pojilla, mutta eivät tytöillä (liitteet 35 ja 36). Hyvin taloudellisesti toimeentulevissa perheissä nuoret kokivat oireita kolmesti tai useammin viikossa harvemmin kuin keskinkertaisesti toimeentulevissa perheissä. Taloudellisesti huonosti toimeentulevien perheiden pojista lähes puolet (46 %) oireili kolmesti tai useammin viikossa, kun taas hyvin taloudellisesti toimeentulevien perheissä 30 % nuorista oireili runsaasti. Perheen taloudellisen tilanteen ja nuorten oireilun yhte-

ydet olivat huomattavasti selkeämmät virolaisilla kuin venäläisillä. Taloudellisesti huonosti toimeentulevien perheissä vironkielisistä nuorista 61 % ja venäläisistä 42 % koki runsaasti oireita, mutta hyvin taloudellisesti toimeentulevissa perheissä 47 % virolaisista ja 31 % venäläisistä koki kolme tai enemmän oiretta viikossa. (Taulukko 14.)

Kaikilla kodin taustatekijöillä, kuten isän ja äidin ammattistatuksella sekä perheen taloudellisella tilanteella, oli merkitystä 11–15-vuotiaiden nuorten onnellisuuskokemuksiin. Erot ilmenivät poikien ja tyttöjen välillä. (Liite 29.) Isän ammatilla oli merkitystä poikien onnellisuuskokemuksissa ja äidin ammattistatuksella tyttöjen onnellisuuskokemuksissa. Molempien vanhempien sosioekonomisen aseman yhteys nuorten onnellisuuskokemuksiin ilmeni kieliryhmiä tarkasteltaessa selkeämmin vironkielisillä venäjänkielisiin verrattuna (Taulukko 15) ja luokkatasoja tutkittaessa varsinkin nuorimmissa ikäryhmissä (liite 30). Ylempien toimihenkilöiden lapset kokivat elämänsä onnellisemmaksi kuin alempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden lapset. Perheissä, joissa isä oli työntekijä, 10 % nuorista koki itsensä hyvin onnelliseksi, mutta ylempien toimihenkilöiden perheissä hyvin onnellisia oli 16 %. Alempien toimihenkilöiden äitien lapsista 5 % ja ylempien toimihenkilöiden lapsista 2 % tunsivat itsensä ei kovin onnelliseksi.

Nuorten kokemukset perheensä taloudellisesta tilanteesta olivat tilastollisesti selkeästi sidoksissa nuorten onnellisuuskokemuksiin kaikissa ikäryhmissä sekä viron- että venäjänkielisillä pojilla ja tytöillä (Taulukko 15). Perheen taloudellisen tilanteen hyväksi arvioineet nuoret kokivat itsensä hyvin onnelliseksi huomattavasti yleisemmin kuin perheen taloudellisen tilanteen huonoksi arvioineet nuoret. Taloudellisesti hyvin toimeentulevissa perheissä 28 % nuorista koki elämänsä hyvin onnelliseksi, mutta hyvin onnelliseksi kokevia nuoria oli huonosti taloudellisesti toimeentulevissa perheissä vain 10 %.

Vanhempien ammattistatus oli yhteydessä virolaisnuorten lääkkeiden käyttöön. Virolaisperheissä, joissa isä oli työntekijä tai äiti alempi toimihenkilö, nuoret käyttivät yleisemmin vatsakipu-, päänsärky- ja rauhoittavia lääkkeitä kuin ylempien toimihenkilöiden perheiden nuoret. Edellä kuvatun kaltaisesti isän ammattistatus oli yhteydessä tyttöjen vatsakipu- ja poikien rauhoittavien lääkkeiden käyttöön, mutta äidin ammatilla olivat yhteydet taas poikien päänsärky- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttöön. (Liite 31.) Luokkatasoittain tarkasteltaessa alempien toimihenkilöiden isien 11-vuotiaat lapset käyttivät lääkkeitä päänsärkyyn, vatsakipuun, unettomuuteen ja hermostuneisuuteen yleisemmin kuin ylempien toimihenkilöiden samanikäiset lapset. Samanlaiset yhteydet olivat äidin ammattistatuksen ja 13-vuotiaiden päänsärky- sekä rauhoittavien lääkkeiden käytön välillä. (Liite 32.)

TAULUKKO 15 11–15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten nuorten kodin sosioekonomisten tekijöiden yhteydet subjektiiviseen onnellisuuskokemukseen (%)

Sosiaalistumisympäristö	Koettu onnellisuus				Yht.	N	p
	Hyvin onnellinen	Melko onnellinen	Ei kovin onnellinen	Ei lainkaan onnellinen			
<i>Vironkieliset</i>							
Isän ammattistatus							
ylempi	13	63	22	2	100	816	
keskitaso	10	60	28	2	100	1081	
alempi	6	58	31	5	100	240	<.001
Äidin ammattistatus							
ylempi	11	62	25	2	100	1137	
keskitaso	9	60	28	3	100	876	
alempi	9	57	30	4	100	543	.009
Perheen taloudellinen tilanne							
hyvä	22	61	15	2	100	369	
keskitaso	9	63	26	2	100	1918	
huono	3	40	47	10	100	265	<.001
Asuinpaikka							
kaupunki	12	60	26	2	100	1445	
maaseutu	8	59	29	4	100	1208	<.001
<i>Venäjänkieliset</i>							
Isän ammattistatus							
ylempi	29	44	26	1	100	218	
keskitaso	26	41	30	3	100	336	
alempi	19	45	27	9	100	90	.027
Äidin ammattistatus							
ylempi	26	43	27	4	100	283	
keskitaso	22	46	29	3	100	288	
alempi	28	34	33	5	100	213	ns
Perheen taloudellinen tilanne							
hyvä	34	43	22	1	100	334	
keskitaso	17	43	35	5	100	327	
huono	22	34	33	11	100	166	<.001
Asuinpaikka							
kaupunki	26	41	29	4	100	772	
maaseutu	13	42	40	5	100	55	ns

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Asuinpaikka ei erotellut nuorten subjektiivisesti koettua terveydentilaa, mutta se oli selkeästi yhteydessä nuorten oireilemiseen ikäryhmän mukaan 13- ja 15-vuotiaiden ryhmässä, sukupuolen mukaan sekä pojilla että tytöillä ja kieliryhmiä vertailtaessa vain vironkielisten ryhmässä. Maaseudulla asuvat nuoret kokivat kolme tai enemmän oiretta viikossa yleisemmin (55 %) kuin kaupungissa asuvat nuoret (49 %). (Taulukko 14.)

Kaupunkilaisnuoret kokivat elämäntilanteensa hyvin onnelliseksi yleisemmin (17 %) kuin maalaisnuoret (8 %). Asuinpaikan ja onnellisuuskokemusten yhteydet olivat erityisen selkeät 11-vuotiaiden ikäryhmässä, sukupuolia vertailtaessa tyttöjen keskuudessa ja kieliryhmiä tarkasteltaessa vironkielisten joukossa. Kaupunkilaiset 15-vuotiaat nuoret käyttivät jonkin verran yleisemmin unettomuuslääkkeitä kuin maaseudun samanikäiset nuoret. (Liite 32.)

## 6.2.2 Koulun ja ystävien yhteydet koettuun terveyteen

Koulua ja ystäväpiiriä kuvaavat tekijät, kuten koulutusorientaatio, koulumenestys, kouluviihtyvyys, ajanvietto ystävien kanssa ja ystävien määrä, olivat yhteydessä nuorten koettuun terveyteen.

Vanhimmissa ikäryhmissä oppilaiden urasuunnitelmalla ja 15-vuotiaiden ryhmässä myös koulunkäynnistä pitämisellä havaittiin selkeämmät yhteydet koululaisten koettuun terveydentilaan kuin nuorimmassa ikäryhmässä. Lukioon aikoneista ja koulunkäynnistä pitäneistä 15-vuotiaista nuorista terveeksi kokeneita oli huomattavasti yleisemmin kuin ammattikouluun tai työelämän urakseen ilmoittaneiden ja koulusta ei pitävien ryhmässä. Lukioon aikoneiden 15-vuotiaiden joukossa ei kovin terveeksi kokeneita oli 11 %, mutta työelämään suuntautuneista näitä oli jo 18 %. Vanhimmassa ikäryhmässä koulunkäynnistä pitämisen ja subjektiivisesti koetun terveyden välillä löytyi yhteyksiä (liite 30), 10 % koulunkäynnistä pitäneistä nuorista ja 17 % koulunkäyntiin negatiivisesti suhtautuneista nuorista arvioi oman terveydentilansa ei kovin hyväksi.

Koulumenestyksellä oli merkitystä 11-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa ilmeni että mitä huonommin nuori menestyi koulussa, sitä harvemmin hän koki terveytensä erittäin hyväksi. Hyvin koulussa menestyvistä 11-vuotiaista 29 % ja huonosti menestyvistä 22 % koki itsensä erittäin terveeksi. (Liite 30)

Vertailtaessa kieliryhmiä tulevaisuusorientaation, koulunkäynnistä pitämisen ja koulumenestyksen kannalta yhteydet nuorten subjektiivisesti koettuun terveydentilaan näkyivät erityisen selkeästi vironkielisten keskuudessa mutta eivät venäjänkielisten keskuudessa (Taulukko 16).

Ystävien määrällä oli suurempi merkitys 11–15-vuotiailla tytöillä kuin samanikäisillä pojilla (liite 29) ja ikäryhmiä tarkasteltaessa nuorempien ikäryhmien nuorilla subjektiivisissa terveyskokemuksissa (liite 30). Nuoret, joilla oli kaksi ystävää tai enemmän, kokivat terveytensä yleisemmin erittäin terveeksi kuin nuoret, joilla ei ollut läheisiä ystäviä. Ystävien määrän ja ystävien kanssa ajanvieton yhteydet nuorten kokemaan terveyteen olivat selvästi yleisempiä vironkielisillä kuin venäjänkielisillä koululaisilla. (Taulukko 16.)

Nuorten koulutusorientaatio ei ollut yhteydessä nuorten oireiluun, mutta koulunkäynnistä pitäminen eli koulussa viihtyminen oli siihen hyvin selkeästi yhteydessä sekä viron- että venäjänkielisillä nuorilla kaikissa ikäryhmissä siten, että mitä enemmän nuori piti koulunkäynnistä, sitä harvemmin hän oireili (Taulukko 17).

TAULUKKO 16 11–15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten nuorten koulu-  
kokemusten ja ystävien yhteydet subjektiiviseen terveydentilaan (%)

Sosiaalistumisympäristö	Subjektiivinen terveydentila			Yht.	N	p
	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Ei kovin hyvä			
<b>Vironkieliset</b>						
<b>KOULU</b>						
Tulevaisuusorientaatio						
lukio	17	71	12	100	1484	
ammattikoulu	19	67	14	100	247	
töihin/ei osaa sanoa	16	66	18	100	911	.008
Koulunkäynnistä pitäminen						
pitää	18	70	12	100	1589	
ei pidä	14	68	18	100	1056	<.001
Koulumenestys						
hyvä	18	71	11	100	957	
keskitasoa	16	70	14	100	1501	
alle keskitason	19	54	27	100	201	<.001
<b>YSTÄVÄT</b>						
Ystävien määrä						
ei ole ystäviä	11	65	24	100	84	
yksi ystävä	15	66	19	100	454	
≥ 2 ystävää	17	70	13	100	2107	.001
Ajanvietto ystävien kanssa						
4–5 krt/vk	20	67	13	100	819	
1–3 krt/vk	15	71	14	100	1699	
ei ole ystäviä	22	53	25	100	128	<.001
<b>Venäjänkieliset</b>						
<b>KOULU</b>						
Tulevaisuusorientaatio						
lukio	29	58	13	100	340	
ammattikoulu	35	49	16	100	142	
töihin/ei osaa sanoa	29	49	22	100	346	.011
Koulunkäynnistä pitäminen						
pitää	32	51	17	100	689	
ei pidä	19	60	21	100	136	.011
Koulumenestys						
hyvä	35	52	13	100	289	
keskitasoa	27	53	20	100	465	
alle keskitason	30	50	20	100	70	ns
<b>YSTÄVÄT</b>						
Ystävien määrä						
ei ole ystäviä	5	50	45	100	20	
yksi ystävä	25	50	25	100	106	
≥ 2 ystävää	32	52	16	100	684	.001
Ajanvietto ystävien kanssa						
4–5 krt/vk	33	50	17	100	287	
1–3 krt/vk	29	54	17	100	477	
ei ole ystäviä	25	53	22	100	45	ns

ns = tilastollisesti ei merkitsevä



Negatiivisesti koulunkäyntiin suhtautuneista nuorista yli puolet (57 %) oireili runsaasti. Nuorista, jotka pitivät koulunkäynnistä runsaasti, oireilevia oli 44 %. Koulumenestyksen ja nuorten oireilun väliset yhteydet ilmenivät vain tyttöjen keskuudessa (liite 29). Huonosti koulussa menestyvät tytöt kokivat viikossa kolme oiretta tai useampia (60 %) yleisemmin kuin hyvin koulussa menestyvät tytöt (52 %). Psykosomaattisen oireilun ja koulu-menestyksen välillä ilmeni kieliryhmien välisiä eroja siten, että vironkielisillä nuorilla nämä yhteydet olivat hyvin selkeät venäjänkielisiin verrattuna. Huonosti koulussa menestyvät virolaiset nuoret kokivat yleisemmin oireita kolmesti tai useammin viikossa kuin hyvin menestyvät virolaisnuoret. (Taulukko 17.)

Ystävien määrän merkitys nuorten oireilemisessä oli sukupuolia katsottaessa ainoastaan pojilla (liite 29) ja ikäryhmittäin tarkasteltaessa 15-vuotiailla (liite 30). Nuorilla, joilla ei ollut läheisiä ystäviä, oireilu oli yleisempää kuin nuorilla, joilla oli kaksi tai useampia läheisiä ystäviä. Pojista, joilla ei ollut ystäviä, 61 % koki viikossa kolme oiretta tai useampia oireita, kun taas pojista, joilla oli paljon ystäviä, vain 37 % oireili runsaasti. Viron- ja venäjänkielisillä ystävien määrän ja oireilun yhteydet olivat samankaltaiset kuin edellä kuvattiin. Ystävien kanssa ajanvieton ja nuorten psykosomaattisen oireilun suhde oli ikäryhmiä vertailtaessa vain 11-vuotiaiden ryhmässä. (Taulukko 17.)

Lukioon suuntautuneiden, koulunkäynnistä pitävien ja hyvin koulussa menestyvien sekä tyttöjen että poikien ryhmässä hyvin onnelliseksi itsensä kokeminen oli huomattavasti yleisempää kuin työelämän urakseen ilmoittaneiden, koulunkäynnistä ei pitävien ja huonosti koulussa menestyvien keskuudessa. Tulevaisuusorientaation ja onnellisuuskokemusten välisiä yhteyksiä ei ilmennyt venäjänkielisten ryhmässä vironkielisiin verrattuna. (Taulukko 18.)

Luokkatasoja tarkasteltaessa hyvin selkeät kouluorientaation ja onnellisuuskokemusten yhteydet olivat 15-vuotiaiden ryhmässä. Vanhimmassa ikäryhmässä lukioon pyrkivistä nuorista 70 % ja taas lähes puolet (48 %) työelämään suuntautuneista nuorista koki itsensä onnelliseksi. Yhdeksännellä luokalla nuorista, jotka pitivät koulunkäynnistä, 10 % oli erittäin tyytyväisiä elämäänsä, kun taas koulunkäynnistä ei pitävien joukossa hyvin onnellisia oli vain 5 %. Hyvin koulussa menestyvien 15-vuotiaiden ryhmässä 11 % nuorista ja huonosti menestyvistä 7 % koki itsensä hyvin onnelliseksi.

Ystävien määrällä oli merkitystä nuorten onnellisuuskokemuksissa kaikissa ikäryhmissä sekä viron- että venäjänkielisten poikien ja tyttöjen ryhmässä. Nuoret, joilla oli kaksi tai enemmän läheistä ystävää, kokivat itsensä hyvin onnelliseksi huomattavasti yleisemmin (15 %) kuin nuoret, joilla ei ollut läheisiä ystäviä (3 %). Ajanvietto ystävien kanssa ja onnellisuus näyttivät olevan yhteydessä erityisen selkeästi 15-vuotiaiden ikäryhmässä ja sukupuolia vertailtaessa tyttöjen ja kieliryhmiä tarkasteltaessa vironkielisten ryhmässä. Yleisesti voidaan sanoa, että mitä useammin nuori vietti viikossa omaa aikaa ystävien kanssa, sitä yleisemmin hän koki itsensä hyvin onnelliseksi. Vanhimmassa ikäryhmässä nuorista, jotka olivat ystävien kanssa neljänä viitenä päivänä viikossa ulkona, 11 % koki itsensä hyvin onnelliseksi. Mutta nuorista, joilla ei ollut ystäviä, hyvin onnellisia oli vain 2 %.

TAULUKKO 17 11–15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten nuorten koulu-  
kokemusten ja ystävien yhteydet psykosomaattiseen  
oireiluun (oireiluindeksi) (%)

Sosiaalistumisympäristö	Psykosomaattinen oireilu			Yht.	N	p
	Ei oireita	1–2 oiretta/vk	≥3 oiretta/vk			
<b>Vironkieliset</b>						
<b>KOULU</b>						
Tulevaisuusorientaatio						
lukio	15	35	50	100	1463	
ammattikoulu	11	37	52	100	240	
töihin/ei osaa sanoa	16	31	53	100	878	ns
Koulunkäynnistä pitäminen						
pitää	17	36	47	100	1551	
ei pidä	12	30	58	100	1032	<.001
Koulumenestys						
hyvä	16	34	50	100	944	
keskitasoa	15	34	51	100	1455	
alle keskitason	13	24	63	100	199	.012
<b>YSTÄVÄT</b>						
Ystävien määrä						
ei ole ystäviä	8	27	65	100	82	
yksi ystävä	10	37	53	100	449	
≥ 2 ystävää	17	33	50	100	2054	.002
Ajanvietto ystävien kanssa						
4–5 krt/vk	18	33	49	100	800	
1–3 krt/vk	14	34	52	100	1663	
ei ole ystäviä	14	30	56	100	124	ns
<b>Venäjänkieliset</b>						
<b>KOULU</b>						
Tulevaisuusorientaatio						
lukio	28	39	33	100	312	
ammattikoulu	28	32	40	100	124	
töihin/ei osaa sanoa	23	37	40	100	289	ns
Koulunkäynnistä pitäminen						
pitää	27	38	35	100	601	
ei pidä	19	32	49	100	123	.007
Koulumenestys						
hyvä	25	40	35	100	262	
keskitasoa	27	36	37	100	403	
alle keskitason	17	38	45	100	60	ns
<b>YSTÄVÄT</b>						
Ystävien määrä						
ei ole ystäviä	11	33	56	100	18	
yksi ystävä	17	33	50	100	98	
≥ 2 ystävää	28	38	34	100	595	.011
Ajanvietto ystävien kanssa						
4–5 krt/vk	24	39	37	100	240	
1–3 krt/vk	27	37	36	100	431	
ei ole ystäviä	18	33	49	100	39	ns

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

TAULUKKO 18 11–15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten nuorten koulu-  
kokemusten ja ystävien yhteydet subjektiiviseen onnellisuus-  
kokemukseen (%)

Sosiaalistumisympäristö	Koettu onnellisuus				Yht.	N	p
	Hyvin onnellinen	Melko onnellinen	Ei kovin onnellinen	Ei lainkaan onnellinen			
<i>Vironkieliset</i>							
<b>KOULU</b>							
Tulevaisuusorientaatio							
lukio	11	64	23	2	100	1484	
ammattikoulu	7	52	35	6	100	248	
töihin/ei osaa sanoa	9	55	32	4	100	913	<.001
Koulunkäynnistä pitäminen							
pitää	13	64	21	21	100	1593	
ei pidä	5	54	36	5	100	1052	<.001
Koulumenestys							
hyvä	15	64	19	2	100	957	
keskitasoa	7	60	30	3	100	1501	
alle keskitason	6	40	44	10	100	201	<.001
<b>YSTÄVÄT</b>							
Ystävien määrä							
ei ole ystäviä	1	42	50	7	100	83	
yksi ystävä	7	56	33	4	100	450	
≥ 2 ystävää	11	61	25	3	100	2112	<.001
Ajanvietto ystävien kanssa							
4–5 krt/vk	12	60	25	3	100	818	
1–3 krt/vk	9	61	28	2	100	1699	
ei ole ystäviä	5	48	48	39	100	129	<.001
<i>Venäjänkieliset</i>							
<b>KOULU</b>							
Tulevaisuusorientaatio							
lukio	26	42	28	4	100	339	
ammattikoulu	23	44	29	4	100	142	
töihin/ei osa sanoa	25	38	32	5	100	348	ns
Koulunkäynnistä pitäminen							
pitää	27	43	27	3	100	690	
ei pidä	12	34	44	10	100	136	<.001
Koulumenestys							
hyvä	29	44	24	3	100	288	
keskitasoa	24	41	31	4	100	467	
alle keskitason	16	27	47	10	100	70	<.001
<b>YSTÄVÄT</b>							
Ystävien määrä							
ei ole ystäviä	10	20	65	5	100	20	
yksi ystävä	19	35	35	11	100	106	
≥ 2 ystävää	26	43	28	3	100	685	<.001
Ajanvietto ystävien kanssa							
4–5 krt/vk	27	42	28	3	100	287	
1–3 krt/vk	23	42	30	5	100	478	
ei ole ystäviä	29	20	47	4	100	45	.034

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Urasuunnitelman, koulunkäynnistä pitämisen ja koulumenestyksen yhteydet nuorten lääkkeiden käyttöön olivat hyvin selkeät. Ylipäätään työelämään suuntautuneiden, koulunkäynnistä ei pitävien ja huonosti koulussa menestyvien ryhmässä erilaisten lääkkeiden käyttö oli yleisempää kuin lukiopyrkivien, koulunkäynnistä pitävien ja hyvin koulussa menestyvien keskuudessa. Ystävien määrällä oli merkitystä 15-vuotiaiden rauhoittavien lääkkeiden ja 11-vuotiaiden päänsärkyväkkeiden käytössä (liite 32) siten, että mitä vähemmän nuorilla oli ystäviä, sitä yleisemmin he käyttivät lääkkeitä hermostuneisuuteen ja päänsärkyyn. Pojat, jotka viettivät ystävien kanssa aikaa 4–5 iltana viikossa, käyttivät yleisemmin vatsakipulääkkeitä kuin pojat, jotka olivat ystävien kanssa parina iltana viikossa. (Liite 31) Venäjänkieliset nuoret, jotka eivät olleet ystävien kanssa, söivät jonkin verran yleisemmin unettomuuslääkkeitä kuin nuoret, jotka olivat ystävien kanssa 4–5 iltana viikossa.

### 6.2.3 Kotitaustan yhteys terveyskäyttäytymiseen

Nuorten kotitaustalla ei ollut merkitystä viron- ja venäjänkielisten koululaisten tupakointiin eikä myöskään alkoholin käyttöön (Taulukko 31). Mutta isän ja äidin ammatilla sekä perheen taloudellisella tilanteella oli selvempi yhteys 11–15-vuotiaiden vironkielisten nuorten liikunta-aktiivisuuteen kuin venäjänkielisillä nuorilla. Vironkielisistä nuorista päivittäin liikuntaa harrastavia oli enemmän perheissä, joissa äiti oli ammattistatukseltaan työntekijä (17 %), verrattuna perheisiin, joissa äiti oli korkeassa asemassa (12 %). Isän ammatilla ja liikunta-aktiivisuudella olivat päinvastaiset yhteydet. Korkeassa asemassa olevien isien vironkielististä nuorista 13 % harrasti päivittäin liikuntaa, kun taas matalassa asemassa olevien isien lapsista vain 10 % harrasti runsaasti liikuntaa. Perhemuuttujista nuorten kokemukset perheensä taloudellisesta tilanteesta olivat kaikkein selvimmän yhteydessä sekä viron- että venäjänkielisten koululaisten liikunta-aktiivisuuteen. Taloudellisesti hyvin toimeentulevien virolaisperheiden lapsista 20 % ja venäjänkielisten lapsista 26 % harrasti liikuntaa joka päivä, mutta taas taloudellisesti huonosti toimeentulevissa perheissä vain 13 % virolais- ja 21 % venäläisnuorista ilmoitti harrastavansa liikuntaa päivittäin.

### 6.2.4 Koulun ja ystävien yhteydet terveyskäyttäytymiseen

Seuraavaksi tarkastellaan tupakoinnin, alkoholin käytön ja koulun sekä ystäväpiirin välisiä yhteyksiä ainoastaan vanhimmassa ikäryhmässä. Tutkimustulosten perusteella 15-vuotiaiden nuorten koulutusorientaatiolla, koulunkäynnistä pitämisellä ja koulumenestyksellä oli yhteyksiä nuorten terveystottumuksiin, mutta erityisesti koulua kuvaavat ominaisuudet olivat erittäin selvästi yhteydessä nuorten tupakointiin (taulukko 19, liite 33). Koululaisilla olivat tilastollisesti selvät yhteydet koulumenestyksen ja tupakoinnin tai alkoholin käytön välillä (taulukko 20). Lukion urakseen ilmoittaneet, koulunkäynnistä pitäneet ja hyvin koulussa menestyneet koululaiset tupakoivat päivit-

täin huomattavasti harvemmin kuin ammattikouluun tai työelämän urakseen ilmoittaneet, koulunkäynnistä ei pitäneet ja huonosti koulussa menestyneet. Ammattikouluun suuntautuneiden nuorten ryhmässä päivittäin tupakkaa polttavia oli 16 %, mutta lukioon aikoneista heitä oli vain 6 %. Edellä kuvatun kaltaisesti pojilla tulevaisuusorientaatio oli selkeämmin yhteydessä tupakointiin kuin tytöillä, ja kieliryhmiä vertailtaessa urasuunnitelman yhteydet nuorten tupakointiin näkyivät erityisen selkeästi vironkielisten ryhmässä. (Taulukko 19.)

Negatiivisesti koulunkäyntiin suhtautuneille ja keskinkertaisesti tai huonosti koulussa menestyville nuorille (12 %) oli yleisempää päivittäinen tupakointi kuin positiivisesti koulunkäyntiin suhtautuneille ja hyvin koulussa

TAULUKKO 19 15-vuotiaiden koulukokemusten ja ystävien yhteydet tupakointiin (%)

Sosiaalistumisympäristö	Tupakointi				Yht.	N	p
	Päivittäin	Viikoittain	Harvemmin	Ei tupakoi			
<b>Vironkieliset</b>							
<b>KOULU</b>							
Tulevaisuusorientaatio							
lukio	6	1	6	87	100	605	
ammattikoulu	17	10	6	67	100	120	
töihin/ei osaa sanoa	13	10	6	71	100	137	<.001
Koulunkäynnistä pitäminen							
pitää	7	3	4	86	100	540	
ei pidä	11	6	10	73	100	327	<.001
Koulumenestys							
hyvä	2	1	4	93	100	288	
keskitaso/alle keskitason	12	5	7	76	100	583	<.001
<b>YSTÄVÄT</b>							
Ystävien määrä							
ei ole ystäviä		2	7	91	100	91	
yksi ystävä	4	4	7	85	100	188	
≥ 2 ystävää	10	4	6	80	100	640	ns
Ajanvietto ystävien kanssa							
4–5 krt/vk	19	7	7	67	100	239	
1–3 krt/vk	5	3	6	86	100	593	
ei ole ystäviä			2	98	100	41	<.001
<b>Venäjänkieliset</b>							
<b>KOULU</b>							
Tulevaisuusorientaatio							
lukio	7	3	3	87	100	197	
ammattikoulu	15	9	7	69	100	45	
töihin/ei osaa sanoa	13	9	9	69	100	55	.010
Koulunkäynnistä pitäminen							
pitää	8	6	5	81	100	226	
ei pidä	14	3	1	72	100	72	ns
Koulumenestys							
hyvä	4	2	1	93	100	92	
keskitaso/alle keskitason	12	6	6	76	100	204	.010
<b>YSTÄVÄT</b>							
Ystävien määrä							
ei ole ystäviä					100	5	
yksi ystävä	6	6	6	82	100	34	
≥ 2 ystävää	10	5	4	81	100	256	ns
Ajanvietto ystävien kanssa							
4–5 krt/vk	15	6	6	73	100	106	
1–3 krt/vk	7	4	4	85	100	170	
ei ole ystäviä		6	6	88	100	17	ns

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

menestyneille nuorille (3 %). Koulunkäynnistä pitämisen ja koulumenestyksen selkeä suhde tupakointiin oli poikia ja tyttöjä vertailtaessa pojilla ja kieliryhmiä tarkasteltaessa vironkielisillä (taulukko 19). Koulunkäynnistä pitämisellä ei ollut merkitystä tyttöjen ja venäjänkielisten tupakointiin.

Koulua kuvaavista ominaisuuksista nuorten koulumenestys oli erittäin selvästi yhteydessä 15-vuotiaiden alkoholin käyttöön siten, että mitä huonommin nuori menestyi koulussa, sitä useammin hän ilmoitti käyttävänsä erilaisia alkoholijuomia kuten olutta, viiniä tai väkeviä. Hyvin koulussa menestyvistä nuorista 6 % ja huonosti menestyvistä 10 % joi viikoittain erilaisia alkoholijuomia. Koulumenestyksen ja alkoholin käytön väliset yhteydet löytyivät selkeämmin vironkielisten nuorten keskuudessa kuin venäjänkielisten ryhmässä. (Taulukko 20.)

Ystävien määrällä ja ajanvietolla ystävien kanssa oli tilastollisia merkitseviä yhteyksiä nuorten tupakoinnissa, alkoholin käytössä (taulukko 20) ja liikunta-aktiivisuudessa. Nuoret, joilla oli kaksi tai enemmän läheistä ystävää, tupakoivat päivittäin, käyttivät alkoholia ja harrastivat päivittäin liikuntaa selvästi yleisemmin kuin nuoret, joilla ei ollut läheisiä ystäviä. Yleisesti voidaan myös sanoa, että mitä useammin nuori vietti viikossa omaa aikaa ystäviensä kanssa, sitä yleisemmin hän tupakoi, käytti alkoholia ja oli liikunnallisesti hyvin aktiivinen. Ystäväpiiriä kuvaavien tiettyjen ominaisuuksien yhteydet terveystottumuksiin olivat erittäin selkeät pojilla ja kieliryhmiä vertailtaessa vironkielisillä. (Taulukko 19.) Pojista, jotka olivat ystäviensä kanssa ulkona neljänä viitenä päivänä viikossa, 26 % tupakoi päivittäin ja 18 % käytti alkoholia viikoittain, kun taas yhdestä kolmeen päivään ystäviensä kanssa olevista pojista poltti tupakkaa päivittäin vain 10 % ja käytti alkoholia viikoittain 12 %. Nuoret, joilla oli kaksi tai enemmän läheistä ystävää, harrastivat liikuntaa päivittäin yleisemmin kuin nuoret, joilla ei ollut läheisiä ystäviä. Nuorista, joilla ei ollut ystäviä, 17 % harrasti liikuntaa vähintään kuusi kertaa viikossa, kun taas nuorista, joilla oli paljon ystäviä, aktiivisia liikuntaharrastajia oli 30 %. Edellä kuvatun kaltaisesti erittäin selkeät yhteydet ajanvieton ja tupakoinnin, ystäviensä määrän ja alkoholin käytön sekä ystäviensä määrän ja liikuntauseuden välillä löytyivät vironkielisistä, mutta eivät venäjänkielisistä nuorista (Taulukko 20).

TAULUKKO 20 15-vuotiaiden koulukokemusten ja ystävien yhteydet alkoholin käyttöön kieliryhmän mukaan (%)

Sosiaalistumisympäristö	Alkoholin käyttö			Yht.	N	p
	Viikoittain	Kuukausittain	Harvemmin			
<i>Vironkieliset</i>						
<b>KOULU</b>						
Tulevaisuusorientaatio						
lukio	8	10	82	100	475	
ammattikoulu	4	19	77	100	88	
töihin/ei osaa sanoa	9	19	72	100	94	.010
Koulunkäynnistä pitäminen						
pitää	8	12	80	100	421	
ei pidä	8	16	76	100	236	ns
Koulumenestys						
hyvä	6	7	87	100	283	
keskitasoa/alle keskitason	9	16	75	100	554	<.001
<b>YSTÄVÄT</b>						
Ystävien määrä						
ei ole ystäviä	-	10	90	100	39	
yksi ystävä	5	9	86	100	183	
≥ 2 ystävää	9	14	77	100	613	.020
Ajanvietto ystävien kanssa						
4-5 krt/vk	10	19	71	100	223	
1-3 krt/vk	8	11	81	100	576	
ei ole ystäviä	-	3	97	100	40	<.001
<i>Venäjänkieliset</i>						
<b>KOULU</b>						
Tulevaisuusorientaatio						
lukio	8	17	75	100	125	
ammattikoulu	13	16	71	100	27	
töihin/ei osaa sanoa	10	10	80	100	39	ns
Koulunkäynnistä pitäminen						
pitää	8	14	78	100	149	
ei pidä	13	19	68	100	12	ns
Koulumenestys						
hyvä	6	16	78	100	80	
keskitasoa/alle keskitason	11	15	74	100	173	ns
<b>YSTÄVÄT</b>						
Ystävien määrä						
Ei ole ystäviä	-	-	100	100	39	
yksi ystävä	7	4	89	100	27	ns
≥ 2 ystävää	9	17	74	100	223	
Ajanvietto ystävien kanssa						
4-5 krt/vk	21	13	66	100	90	
1-3 krt/vk	3	18	79	100	149	
ei ole ystäviä	-	-	100	100	12	<.001

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

## 6.2.5 Selitysmallit sosiaalistavien tekijöiden, terveystyötytymisen ja koetun terveyden välisistä yhteyksistä

Logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin hyvään koettuun terveyteen, onnellisuuskokemuksiin, runsaaseen oireiluun ja terveystyötytymiseen kuten tupakointiin, alkoholin käyttöön sekä liikunta-aktiivisuuteen yhteydessä olevia sosiaalistumisympäristön tekijöitä.

Sosiaalistumisympäristöä kuvaavat muuttujat, jotka logistisessa regressioanalyysissä osoittautuivat itsenäisesti subjektiiviseen terveyteen yhteydessä oleviksi tekijöiksi, olivat perheen taloudellinen toimeentulo, äidin ammattitilanne, tulevaisuusorientaatio, koulumenestys, koulunkäynti, ystävien kanssa ajanvietto, kieliryhmä, sukupuoli ja luokkataso. Kodin sosioekonomisista tekijöistä perheen taloudellinen toimeentulo selitti hyvin nuorten itsensä erittäin terveeksi kokemista. Erittäin terveeksi kokeminen oli lähes kaksi kertaa yleisempää niiden nuorten keskuudessa, jotka arvioivat perheensä taloudellisen tilanteen hyväksi verrattuna nuoriin, joiden perheen taloudellinen toimeentulo oli huono. Logistisen regressioanalyysin mukaan äidin alempi ammattitilanne selitti nuorten positiivista terveystyötytymistä. Alempien toimihenkilöiden äitien lapset (OR=1.49) kokivat itsensä erittäin terveeksi yleisemmin kuin ylempien toimihenkilöiden lapset. Koulunkäynnistä pitäminen oli merkittävä itsenäinen selittäjä nuorten subjektiivisiin terveystyötytymisiin. Erittäin terveeksi kokeminen oli yleisempää niiden nuorten keskuudessa, jotka orientoituivat ammattikouluun verrattuna nuoriin, jotka eivät osanneet sanoa koulutusorientaatiosta. Terveeksi kokemisen edistäviksi tekijöiksi osoittautuivat myös hyvä koulumenestys ja kaupungissa asuminen.

Ystäväpiiriä kuvaavista tekijöistä ystävien kanssa ajanvietto osoittautui tärkeimmäksi itsenäiseksi selittäjäksi nuorten subjektiiviselle terveydelle: erittäin terveeksi kokeminen oli 1.55 kertaa yleisempää ryhmässä, jossa nuorilla ei ollut ystäviä ja 1.24 kertaa yleisempää niiden ryhmässä, jotka viettivät aikansa kodin ulkopuolella 4–5 päivää viikossa verrattuna nuoriin, jotka viettivät 1–3 päivää viikossa aikaa ystävien kanssa.

Logistisen regressioanalyysin mukaan myös kieliryhmä oli itsenäinen selittäjä nuorten subjektiivisesti koettuun terveyteen. Venäjänkielisten nuorten ryhmässä erittäin terveeksi kokeminen oli 1.46 kertaa yleisempää vironkielisiin verrattuna. Sekä sukupuoli että luokkataso selittivät itsenäisesti nuorten subjektiivisia terveystyötytymisiä. Pojat (OR=1.61) kokivat tyttöjä useammin sekä 11-vuotiaat (OR=1.71) ja 13-vuotiaat (OR=1.25) 15-vuotiaita yleisemmin itsensä erittäin terveeksi. (Taulukko 21.)

Logistisessa regressioanalyysissä tilastollisesti merkitseviksi ja itsenäisesti elämäntyytyväisyyteen yhteydessä oleviksi tekijöiksi osoittautuivat sosiaalistavista tekijöistä ja taustamuuttujista useat tekijät, kuten perheen taloudellinen tilanne, koulunkäynnistä pitäminen, koulumenestys, ystävien määrä, luokkataso ja kieliryhmä. Koulumenestys ja ystävien määrä osoittautuivat tärkeimmiksi itsenäisiksi selittäjiksi nuorten omalle onnellisuus-



TAULUKKO 21 Koetun terveyden (erittäin terve/melko terve, ei kovin terve) riskisuhde (odds ratio, logistinen regressioanalyysi) ja sen 95 %:n luottamusväli 11-15-vuotiailla nuorilla sosiaalistumis-ympäristötekijöiden mukaan

	N	Odds Ratio	95 % lv	p-arvot
Sukupuoli				
pojat	1403	1.61	1.33 - 1.95	<.001
tytöt	1670	1.00		
Ikäryhmä				
11-vuotiaat	995	1.71	1.34 - 2.18	<.001
13-vuotiaat	1022	1.25	0.98 - 1.58	ns
15-vuotiaat	1056	1.00		
Kieliryhmä				
vironkieliset	2384	1.00		
venäjänkieliset	689	1.46	1.16 - 1.85	.001
Äidin ammattistatus				
ylempi	1343	1.00		
keskitaso	1051	1.10	0.88 - 1.37	ns
alempi	679	1.49	1.17 - 1.90	.010
Perheen taloudellinen tilanne				
hyvä	628	1.98	1.45 - 2.69	<.001
keskitaso	1991	1.04	0.79 - 1.39	ns
huono	454	1.00		
Tulevaisuusorientaatio				
lukio	1713	1.20	0.96 - 1.51	ns
ammattikoulu	353	1.44	1.06 - 1.95	.020
töihin/ei osaa sanoa	1007	1.00		
Koulumenestys				
hyvä	1155	1.33	1.08 - 1.64	.006
keskitasoa	1707	1.00		
alle keskitason	211	1.51	1.05 - 2.17	.025
Koulunkäynnistä pitäminen				
pitää	2034	1.40	1.12 - 1.74	.003
ei pidä	1039	1.00		
Ajanvietto ystävien kanssa				
4 - 5 pv/vk	975	1.24	1.02 - 1.52	.033
1 - 3 pv/vk	1950	1.00		
ei ole ystäviä	148	1.55	1.03 - 2.32	.036
Asuinpaikka				
kaupunki	1944	1.28	1.03 - 1.59	.025
maaseutu	1129	1.00		

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

kokemukselle: itsensä onnelliseksi kokeminen oli yli kolme kertaa yleisempää ryhmissä, joissa nuoret menestyivät hyvin koulussa ja joissa nuorilla oli kaksi tai useampia ystäviä verrattuna näihin ryhmiin, joissa nuorilla oli koulumenestys alle keskitasoa ja joissa nuorilla ei ollut ystäviä. Myös nuorten onnellisuutta edistävinä ja merkittävänä tekijöinä olivat koulunkäynnistä pitäminen ja hyvä perheen taloudellinen tilanne. Logistisen regressioanalyysin mukaan myös kieliryhmä oli itsenäinen selittäjä nuorten onnellisuuskokemuksiin. Venäjänkielisten nuorten ryhmässä onnelliseksi kokeminen oli 1.66 kertaa yleisempää vironkielisiin verrattuna. Logistisen regressiomallin mukaan sukupuoli ei ollut merkittävä selittäjä nuorten onnellisuuskokemuksissa. (Taulukko 22.)

TAULUKKO 22 Onnelliseksi kokemisen (hyvin onnellinen, melko onnellinen/ei kovin onnellinen, ei ollenkaan onnellinen) riskisuhde ja (odds ratio, logistinen regressioanalyysi) ja sen 95 %:n luottamusväli 11-15-vuotiailla nuorilla sosiaalistumisympäristötekijöiden mukaan

	N	Odds Ratio	95 % lv	p-arvot
Sukupuoli				
pojat	1577	1.16	0.92 - 1.33	ns
tytöt	1836	1.00		
Ikäryhmä				
11-vuotiaat	1142	1.39	1.15 - 1.68	.001
13-vuotiaat	1126	1.11	0.92 - 1.33	ns
15-vuotiaat	1145	1.00		
Kieliryhmä				
vironkieliset	2614	1.00		
venäjänkieliset	799	1.66	1.36 - 2.00	<.001
Perheen taloudellinen tilanne				
hyvä	687	3.67	2.81 - 4.79	<.001
keskitaso	2201	2.07	1.69 - 2.54	<.001
huono	525	1.00		
Koulunkäynnistä pitäminen				
pitää	2250	2.02	1.71 - 2.39	<.001
ei pidä	1163	1.00		
Koulumenestys				
hyvä	1229	3.35	2.47 - 4.52	<.001
keskitasoa	1924	2.07	1.57 - 2.72	<.001
alle keskitason	260	1.00		
Ystävien määrä				
ei ole ystäviä	101	1.00		
yksi ystävä	540	2.17	1.38 - 3.41	<.001
≥2 ystävää	2772	3.36	2.19 - 5.12	<.001

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

11–15-vuotiaiden runsaaseen oireiluun (≥3 oiretta/vk) yhteydessä oleviksi tekijöiksi osoittautuivat koulunkäynti ja koulumenestys sekä sukupuoli ja kieliryhmä. Runsas viikoittainen oireilu oli 1.72 kertaa yleisempää ni-

den nuorten ryhmässä, jossa nuoret eivät pitäneet koulunkäynnistä tai menestyivät lähes kaksi kertaa huonommin koulussa verrattuna nuoriin, jotka pitivät koulunkäynnistä tai joiden koulumenestys oli hyvä. Vironkielisten nuorten ryhmässä oli runsas oireilu 1.6 kertaa yleisempää samanikäisiin venäjänkielisiin verrattuna. 3–8 oiretta viikossa kokeminen oli tytöillä yli kaksi kertaa yleisempää kuin pojilla. (Taulukko 23.)

TAULUKKO 23 Viikoittaisen oireilun ( $\geq 3$  oiretta/vk/1–3 oiretta/vk tai harvemmin) riskisuhde (odds ratio, logistinen regressioanalyysi) ja sen 95 %:n luottamusvälit 11–15-vuotiailla nuorilla sosiaalistumisympäristötekijöiden mukaan

	N	Odds Ratio	95 % lv	p-arvot
Sukupuoli				
pojat	1495	1.00		
tytöt	1801	2.39	2.05 - 2.76	<.001
Ikäryhmä				
11-vuotiaat	1058	1.00		
13-vuotiaat	1106	0.91	0.76 - 1.08	ns
15-vuotiaat	1132	1.07	0.89 - 1.27	ns
Kieliryhmä				
vironkieliset	2576	1.64	1.36 - 1.94	<.001
venäjänkieliset	720	1.00		
Koulumenestys				
hyvä	1200	1.00		
keskitasoa	1841	1.14	0.98 - 1.34	ns
alle keskitason	255	1.88	1.39 - 2.53	<.001
Koulunkäynti				
pitää	2144	1.00		
ei pidä	1152	1.72	1.47 - 2.01	<.001

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Vanhimmassa ikäryhmässä viikoittaiseen tupakointiin yhteydessä oleviksi tekijöiksi osoittautuivat tulevaisuusorientaatio, koulumenestys, ajanvietto ystävien kanssa ja sukupuoli. Tulosten mukaan sosiaalistavista tekijöistä koulumenestys osoittautui tärkeimmäksi itsenäiseksi selittäjäksi 15-vuotiaiden nuorten viikoittaiselle tupakoinnille: tupakointi oli yli nelinkertainen ryhmässä, jossa koulumenestys oli huono verrattuna ryhmään, jossa koulumenestys oli hyvä tai keskitasoa. Nuorten tupakointi oli yli kolme kertaa yleisempää myös silloin kun koululaiset viettivät aikansa paljon ystävien kanssa verrattuna nuoriin, joilla ei ollut ystäviä. Ammattikouluun orientoituneet nuoret (OR=2.09) ja nuoret, jotka eivät osanneet sanoa koulutusorientaatiosta (OR=1.78), tupakoivat viikoittain yleisemmin kuin lukioon orientoituneet nuoret. Nuorilla sosiaalistavien tekijöiden lisäksi sukupuoli osoittautui itsenäiseksi tupakointiin liittyviksi tekijöiksi siten, että pojilla tupakointi oli yli kolme kertaa yleisempää kuin tytöillä. (Taulukko 24.)

TAULUKKO 24 Tupakoinnin (päivittäin, viikoittain/kuukausittain, harvemmin) riskisuhde (odds ratio, logistinen regressioanalyysi) ja sen 95 %:n luottamusväli 15-vuotiailla nuorilla sosiaalistumisympäristötekijöiden mukaan

	N	Odds Ratio	95 % lv	p-arvot
Sukupuoli				
pojat	511	3.20	2.08 - 4.92	<.001
tytöt	613	1.00		
Tulevaisuusorientaatio				
lukio	794	1.00		
ammattikoulu	163	2.09	1.29 - 3.37	.002
töihin/ei osaa sanoa	167	1.78	1.07 - 2.96	.026
Koulumenestys				
hyvä	373	1.00		
keskitasoa	638	2.01	1.12 - 3.60	.019
alle keskitason	113	4.40	2.16 - 8.96	<.001
Ajanvieto ystävien kanssa				
4 - 5 pv/vk	329	3.41	0.98 - 11.87	.050
1 - 3 pv/vk	740	1.42	0.41 - 4.94	ns
ei ole ystäviä	55	1.00		

Itsenäisesti kuukausittaiseen alkoholikäyttöön yhteydessä olevaksi tekijäksi osoittautui logistisen regressioanalyysin mukaan 15-vuotiailla vain sukupuoli. Alkoholin käytön yleisyys oli pojilla yli kolminkertainen (OR=3.53) verrattuna tyttöjen ryhmään.

Analyysin mukaan 11–15-vuotiaiden liikunta-aktiivisuuteen olivat yhteydessä sosiaalistavista tekijöistä useat muuttujat, kuten äidin ammattistatus, perheen taloudellinen tilanne, tulevaisuusorientaatio, koulunkäynnistä pitäminen ja ystävien kanssa ajanvieto. Logistisen regressioanalyysin mukaan kodin sosioekonomisista tekijöistä äidin ammattistatus selitti hyvin nuorten liikunta-aktiivisuutta. Liikunta-aktiivisuus vähintään kaksi kertaa viikossa oli 1.57 kertaa yleisempää 11–15-vuotiaiden nuorten ryhmässä, jossa nuorten äidit olivat ammatiltaan keskitasoa verrattuna nuoriin, joiden äidit olivat alempia toimihenkilöitä. Analyysin mukaan koulukokemuksista tulevaisuusorientaatio oli hyvin vahva itsenäinen selittäjä nuorten liikunta-aktiivisuudelle. Lukioon orientoituneet nuoret harrastivat 1.6 kertaa yleisemmin vähintään kaksi kertaa viikossa liikuntaa kuin nuoret, jotka eivät tienneet, mitä aikovat tehdä. Sosiodemografisista tekijöistä sekä sukupuoli että ikä osoittautuivat vahvoiksi itsenäisiksi selittäjiksi nuorten liikunta-aktiivisuudelle: pojilla liikunta-aktiivisuus oli 2.88 kertaa yleisempää kuin tytöillä ja 11-vuotiailla 2.64 kertaa yleisempää vanhimpaan ikäryhmään verrattuna. Liikunta-aktiivisuutta edistäviksi eli vahvistaviksi tekijöiksi osoittautuivat myös hyvä perheen taloudellinen toimeentulo ja ystävien suuri määrä. (Taulukko 25.)

TAULUKKO 25 Liikunta-aktiivisuuden (vähintään 2 krt/vk/kuukausittain, harvemmin) riskisuhde (odds ratio, logistinen regressio-analyysi) ja sen 95 %:n luottamusväli 11–15-vuotiailla nuorilla sosiaalistumisympäristötekijöiden mukaan

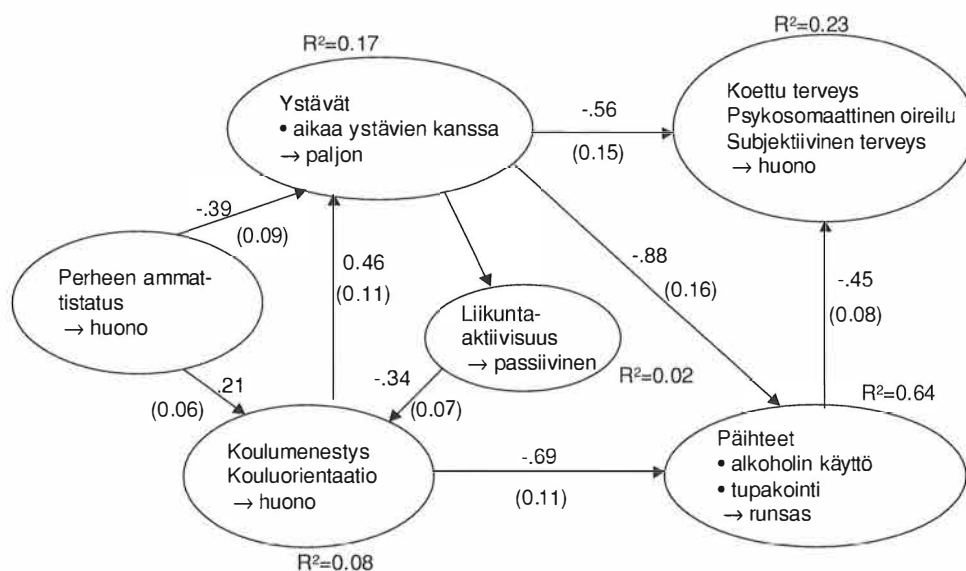
	N	Odds Ratio	95 % lv	p-arvot
Sukupuoli				
pojat	1415	2.88	2.43 – 3.41	<.001
tytöt	1678	1.00		
Ikäryhmä				
11-vuotiaat	1005	2.64	2.14 – 3.26	<.001
13-vuotiaat	1021	1.52	1.26 – 1.84	<.001
15-vuotiaat	1067	1.00		
Äidin ammattistatus				
ylempi	1339	1.18	0.96 – 1.44	ns
keskitaso	1063	1.57	1.27 – 1.95	<.001
alempi	691	1.00		
Perheen taloudellinen tilanne				
hyvä	629	1.57	1.26 – 1.95	.023
keskitaso	2005	1.00		
huono	459	1.13	0.90 – 1.41	ns
Tulevaisuusorientaatio				
lukio	1718	1.60	1.32 – 1.94	<.001
ammattikoulu	358	1.43	1.08 – 1.89	.010
töihin/ei osaa sanoa	1017	1.00		
Koulunkäynnistä pitäminen				
pitää	2055	1.28	1.08 – 1.52	.005
ei pidä	1038	1.00		
Ystävien määrä				
ei ole ystäviä	89	1.00		
yksi ystävä	500	1.09	0.67 – 1.75	ns
≥ 2 ystävää	2504	1.68	1.07 – 2.63	0.23

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Logistisen regressioanalyysin tulokset osoittivat, että sosiaalistavat tekijät selittivät koettua terveyttä, tupakointia ja liikuntaa, mutta tämän analyysin avulla ei ilmennyt, miten koti, koulu, ystävät, terveystyöskäyttö ja koettu terveys keskenään ovat yhteydessä. Tästä syystä tarkoituksena oli selvittää Lisrel-mallin analyysien avulla, minkälaisilla rakenneyhtälöillä voidaan kuvata 15-vuotiaiden nuorten sosiaalistavien tekijöiden, terveystyöskäytymisen ja koetun terveyden välisiä yhteyksiä, eli toisin sanoen tutkimusta ohjanneen mallin oletusten perusteella rakennettu malli teki mahdolliseksi testata suoraan faktoreiden välisiä yhteyksiä. Kieliryhmävertailua Lisrel-mallin avulla ei tehty, koska venäjänkielisillä muuttujien väliset korrelaatiot olivat hyvin pieniä ja 15-vuotiaiden ikäryhmässä samaa malli pätee sekä pojilla että tytöillä.

LISREL-malli 15-vuotiaille oli aineistoon sopiva, kuten testaustulokset osoittavat (Kuvio 10). Tulokset kertovat sosialisatioympäristöstä sen, että ystävä- ja koulufaktori yhdessä selittivät parhaiten yhdeksäsluokkalaisten päihteiden käyttöä eli tupakointia ja alkoholin käyttöä. Huono koulumenestys ja ystävien kanssa paljon kodin ulkopuolella vietetty aika olivat tärkeimmät tupakointiin ja alkoholin käyttöön liittyvät tekijät. Koulu- ja ystäväfaktori se-

littivät peräti 64 % päihteiden faktorin varianssista. Myös tupakointi ja alkoholin käyttö olivat tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä huonoon koettuun terveyteen kuten runsaaseen psykosomaattiseen oireiluun ja ei kovin terveeksi kokemiseen. Ystäväfactori ja päihteiden käyttö selittivät 23 % terveysfaktorin vaihtelusta. Lisrel-mallista ilmeni, että perhestatusfactori selitti ystävien kanssa vietettävää aikaa ja ystävien määrää sekä koulumenestystä. Vanhempien alempi ammattistatus ja huono taloudellinen toimeentulo olivat yhteydessä nuorten runsaaseen ajanviettoon ystävien kanssa kodin ulkopuolella. Ylempi vanhempien ammattistatus, hyvä taloudellinen toimeentulo, hyvä koulumenestys ja lukioon orientoituminen liittyivät toisiinsa. (Kuvio 10.)



$\chi^2=336.33$ ,  $N=718$

Kriittinen otoskoko  $N(CN)=359.43$

Arvioi  $\chi^2$ -testin sopivuutta mallin riittävyysmittana.

Jos otoskoko > CN ei  $\chi^2$ -testi sovellu mallin riittävyden mittaamiseen.

Jos > .01 on malli OK.

RMSEA ilmoittaa kuinka suuri osa havaitusta otoskovarianssista on jäänyt mallissa selittämättä. Jos < .008 on malli riittävä.

RMSEA = .048

RMR = .084 (keskimääräinen jäännöskovarianssi)

GFI on otoskoosta riippumaton yhteensopivuuksindeksi. Jos > .90 on malli riittävä.

GFI = .97

KUVIO 10 Sosiaalistumisympäristön, terveyskäyttäytymisen ja koetun terveyden rakenneyhtälömalli (Lisrel-malli) 15-vuotiailla

### 6.3 Vironkielisten koulujen nuorten koetun terveyden ja terveyskäyttäytymisen muutokset vuosien 1994–1998 aikana

Vironkielisten koulujen nuoret kokivat terveytensä selkeästi eri tavalla vuosina 1994 ja 1998, siten että 11–15-vuotiaat nuoret arvioivat terveytensä erittäin hyväksi huomattavasti yleisemmin vuonna 1998 kuin 1994. Vuonna 1994 nuorista 17 % koki itsensä erittäin terveeksi, ja vuonna 1998 vastaava osuus oli 24 %. Itsensä terveeksi kokevien osuudet ovat pysyneet lähes ennallaan vain 15-vuotiaiden poikien ryhmässä, sen sijaan 11-15-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa oli vuonna 1998 huomattavasti yleisemmin itsensä erittäin terveeksi kokevia kuin vuonna 1994. Tyttöjen erittäin terveeksi kokeminen on huomattavasti yleistynyt vanhimmissa ikäryhmissä. Vuonna 1994 13-vuotiaista tytöistä 13 % ja 15-vuotiaista 11 % koki itsensä erittäin terveeksi, vuonna 1998 vastaavat osuudet olivat 20 % ja 18 %. Molempina tutkimusajankohtina tytöt kokivat terveytensä yleisemmin ei kovin terveeksi kuin pojat kaikissa ikäryhmissä. (Taulukko 26.)

Ajanjaksolla 1994–1998 vironkielisten nuorten elämäntyytyväisyys on huomattavasti lisääntynyt, siten että vuonna 1994 nuorista 10 % oli hyvin onnellisia, kun taas vuonna 1998 itsensä hyvin onnelliseksi kokevia oli 16 %. Verrattaessa nuorten onnellisuuskokemuksia ikäryhmittäin ja sukupuolittain sekä pojat että tytöt kokivat kaikissa ikäryhmissä (lukuun ottamatta 11-vuotiaat tytöt) elämäntilanteensa eri tavalla vuonna 1998 kuin 1994, siten että itsensä hyvin onnelliseksi kokevia poikia ja tyttöjä oli tilastollisesti huomattavasti yleisemmin vuonna 1998 kuin 1994. (Taulukko 27.)

Virossa nuorten hyvän subjektiivisen terveyden ja elämään tyytyväisyyden lisääntymisestä huolimatta koululaisten yksittäisten psykosomaattisten oireiden kokeminen on lisääntynyt tai sitten vähentynyt vuosien 1994 ja 1998 välisenä aikana. Ajanjaksolla 1994–1998 poikien kaikissa ikäryhmissä ja 11- ja 13-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa viikoittainen masentuneisuus on tilastollisesti huomattavasti lisääntynyt. Sen sijaan vuonna 1998 tytöillä kaikissa ikäryhmissä ja pojilla nuorimmissa ikäryhmissä oli univaikeuksia vähemmän kuin nuorilla vuonna 1994. Vanhimmassa ikäryhmässä tytöt kokivat vuonna 1998 päänsärkyä ja vatsakipua huomattavasti yleisemmin kuin tytöt vuonna 1994. Vuonna 1998 kokivat 11-vuotiaat pojat selvästi yleisemmin selkäkipua kuin neljä vuotta aiemmin olleet samanikäiset pojat. (Taulukko 28.) Vuonna 1998 11-15-vuotiaiden viikoittainen kokonaisuoireilu oli vähäisempää kuin vuonna 1994 (Kuvio 11).

Vuosien 1994 ja 1998 välillä vironkielisillä nuorilla päänsärkyväkkeitä käyttäminen on huomattavasti lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä. Vanhimmassa ikäryhmässä sekä pojat että tytöt käyttivät lääkkeitä vatsakipuun huomattavasti yleisemmin vuonna 1998 verrattuna nuoriin vuonna 1994. Unettomuus- ja rauhoittavien lääkkeiden käyttö on hieman vähentynyt 15-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa neljän vuoden aikana.

TAULUKKO 26 Nuorten subjektiivisesti koettu terveys sukupuolen ja iän mukaan vuosina 1994–1998 (%)

	POJAT											
	11 v				13 v				15 v			
	Erittäin terve	Melko terve	Ei kovin terve	N	Erittäin terve	Melko terve	Ei kovin terve	N	Erittäin terve	Melko terve	Ei kovin terve	N
1994	19	70	11	401	20	70	10	409	18	71	11	410
1998	32	60	8	225	27	66	7	370	20	66	14	251
p	.003				.020				ns			
	TYTÖT											
1994	20	61	19	482	13	68	19	497	11	75	14	468
1998	28	58	14	248	20	70	9	453	18	65	17	330
p	.020				<.001				.006			

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

TAULUKKO 27 Nuorten elämäntyytyväisyys ”onnellisuuskokemukset” sukupuolen ja iän mukaan vuosina 1994–1998 (%)

	POJAT											
	11 v				13 v				15 v			
	Erittäin onnellinen	Melko onnellinen	Ei kovin onnellinen	N	Eritt. onnellinen	Melko onnellinen	Ei kovin onnellinen	N	Erittäin onnellinen	Melko onnellinen	Ei kovin onnellinen	N
1994	11	86	3	405	9	88	3	407	4	93	3	406
1998	21	77	2	225	14	85	1	370	8	91	1	250
p	.004				.04				.004			
	TYTÖT											
1994	19	80	1	485	10	86	4	497	6	90	4	467
1998	25	73	2	250	16	83	1	455	13	84	3	333
p	ns				.001				.004			

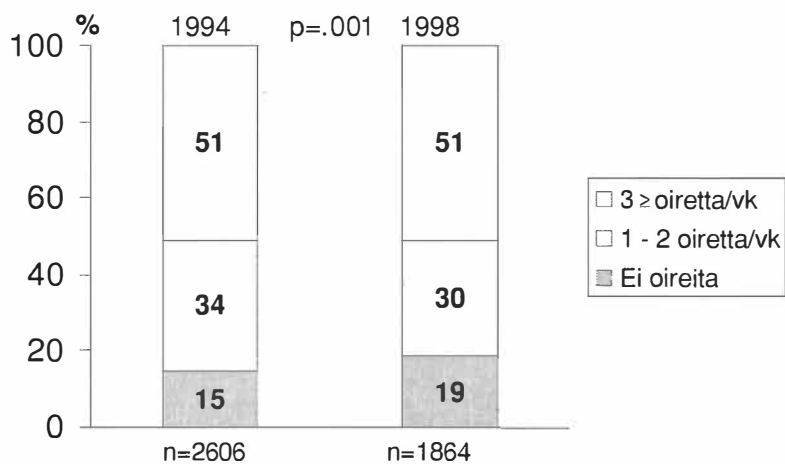
ns = tilastollisesti ei merkitsevä



TAULUKKO 28 Viikoittainen oireilu sukupuolen ja iän mukaan vuosina 1994-1998 (%)

Viikoittainen oireilu	POJAT								
	11 v			13 v			15 v		
	1994	1998	p	1994	1998	p	1994	1998	p
Päänsärky	22	23	ns	22	23	ns	21	23	ns
Vatsakipu	19	25	ns	17	15	ns	13	17	ns
Selkäkipu	4	12	<.001	9	13	ns	16	21	ns
Masentuneisuus	17	30	<.001	13	29	<.001	18	33	<.001
Ärtynisyys	53	47	ns	52	47	ns	61	54	ns
Hermostuneisuus	36	31	ns	37	34	ns	51	43	.030
Univaikeus	30	22	.020	31	21	<.001	34	27	ns
Väsymys	37	36	ns	35	34	ns	40	45	ns
	TYTÖT								
Päänsärky	33	39	ns	31	31	ns	30	41	<.001
Vatsakipu	32	30	ns	25	26	ns	17	27	<.001
Selkäkipu	9	12	ns	11	14	ns	15	18	ns
Masentuneisuus	26	38	<.001	26	37	<.001	35	40	ns
Ärtynisyys	59	52	ns	70	64	.040	72	70	ns
Hermostuneisuus	41	33	ns	55	48	.03	57	58	ns
Univaikeus	37	22	<.001	39	21	<.001	37	27	.002
Väsymys	48	48	ns	47	49	ns	50	55	ns

ns = tilastollisesti ei merkitsevä



KUVIO 11 Nuorten kokonaisoireilu vuosina 1994-1998 (%)

Ajanjaksolla 1994–1998 olivat 11-15-vuotiaiden poikien tupakointikokeilut pysyneet ennallaan, sen sijaan 15-vuotiaat tytöt olivat lisänneet kokeiluja. Vuonna 1994 oli 15-vuotiaista tytöistä 48 % kokeillut tupakkaa, ja vuonna 1998 kokeilleiden määrä oli kasvanut 56 %:iin. Molempina tutkimusajankohtina nuorten tupakointikokeilut lisääntyivät hyvin selvästi iän karttuessa ja pojilla oli tupakointikokemuksia tyttöjä yleisemmin kaikissa ikäryhmissä. (Liite 34.)

Nuorten nykyisessä tupakoinnissa on tapahtunut neljän vuoden aikana suuria muutoksia 15-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa. Viikoittain tupakoivien määrä lisääntyi hyvin selvästi vuosien 1994 ja 1998 välisenä aikana 15-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa ja 13-vuotiaiden poikien ryhmässä. Vuonna 1994 viikoittain tupakoi 15-vuotiaista tytöistä 5 %, vuonna 1998 vastaava osuus oli 12 %. (Taulukko 29.) Molempina tutkimusajankohtina pojat kuitenkin tupakoivat ikäryhmissä tyttöjä yleisemmin, mutta vuosien 1994-1998 aikana sukupuolierot olivat selvästi kaventuneet. (Taulukko 29.)

Alkoholia kokeilleiden nuorten osuudet lisääntyivät tilastollisesti merkittävästi pojilla ja tytöillä kahdessa nuoremmassa ikäluokassa. Esimerkiksi vuonna 1994 11-vuotiaista tytöistä 48 % ja 13-vuotiaista 75 % ilmoitti kokeilleensa alkoholia, ja vuonna 1998 vastaavat osuudet olivat 62 % ja 86 %. Molempina tutkimusajankohtina alkoholin kokeilu lisääntyi iän lisääntyessä ja pojilla oli alkoholikokemuksia tyttöjä yleisemmin vain nuorimmissa ikäryhmissä. Poikien ja tyttöjen erot alkoholikokeiluissa olivat vuonna 1994 tilastollisesti merkittävämmät kuin vuonna 1998. (Taulukko 30.)

Alkoholin yleinen käyttö on lisääntynyt huomattavasti vuosien 1994 ja 1998 välisenä aikana. Olutta, viiniä ja väkeviä viikoittain käyttävien määrä on lisääntynyt tilastollisesti merkittävästi 15-vuotiailla pojilla ja tytöillä vanhimmissa ikäryhmissä. Vuonna 1994 15-vuotiaista pojista 14 % ja tytöistä 3 % joi erilaisia alkoholijuomia viikoittain, ja neljä vuotta myöhemmin vastaavat osuudet olivat pojilla 23 % ja tytöillä 11 %. Huomattava muutos alkoholin kuukausittaisessa käytössä oli vuosina 1994–1998 tapahtunut myös 13-vuotiailla tytöillä. Kuukausittain alkoholijuomia käyttävien osuudet ovat kasvaneet 5 %:sta 14 %:iin. (Kuvio 12.)

Molempina tutkimusajankohtina oluen, viinin ja väkevien käyttö lisääntyi iän mukana ja pojilla alkoholin käyttö oli tyttöihin verrattuna yleensä yleisempää. Vanhimmissa ikäryhmissä poikien ja tyttöjen väliset erot kuukausittaisessa alkoholinkäytössä olivat huomattavasti selkeämmät vuonna 1994 verrattuna vuoteen 1998. (Kuvio 12.)

TAULUKKO 29 Vuosina 1994 ja 1998 nuorten tupakointi iän ja sukupuolenmukaan (%)

	POJAT											
	11 v				13 v				15 v			
	Tupakoi viikoittain	Harvem- min	Ei tupakoi	N	Tupakoi viikoittain	Harvem- min	Ei tupakoi	N	Tupakoi viikoittain	Harvem- min	Ei tupakoi	N
1994	-	4	96	406	5	6	89	407	21	9	70	409
1998	1	5	94	227	7	7	86	369	24	7	69	251
p	ns				.020				ns			
	TYTÖT											
1994	-	1	99	484	1	2	97	499	5	4	91	467
1998	1	1	98	251	2	3	95	457	12	7	81	334
p	ns				ns				<.001			

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

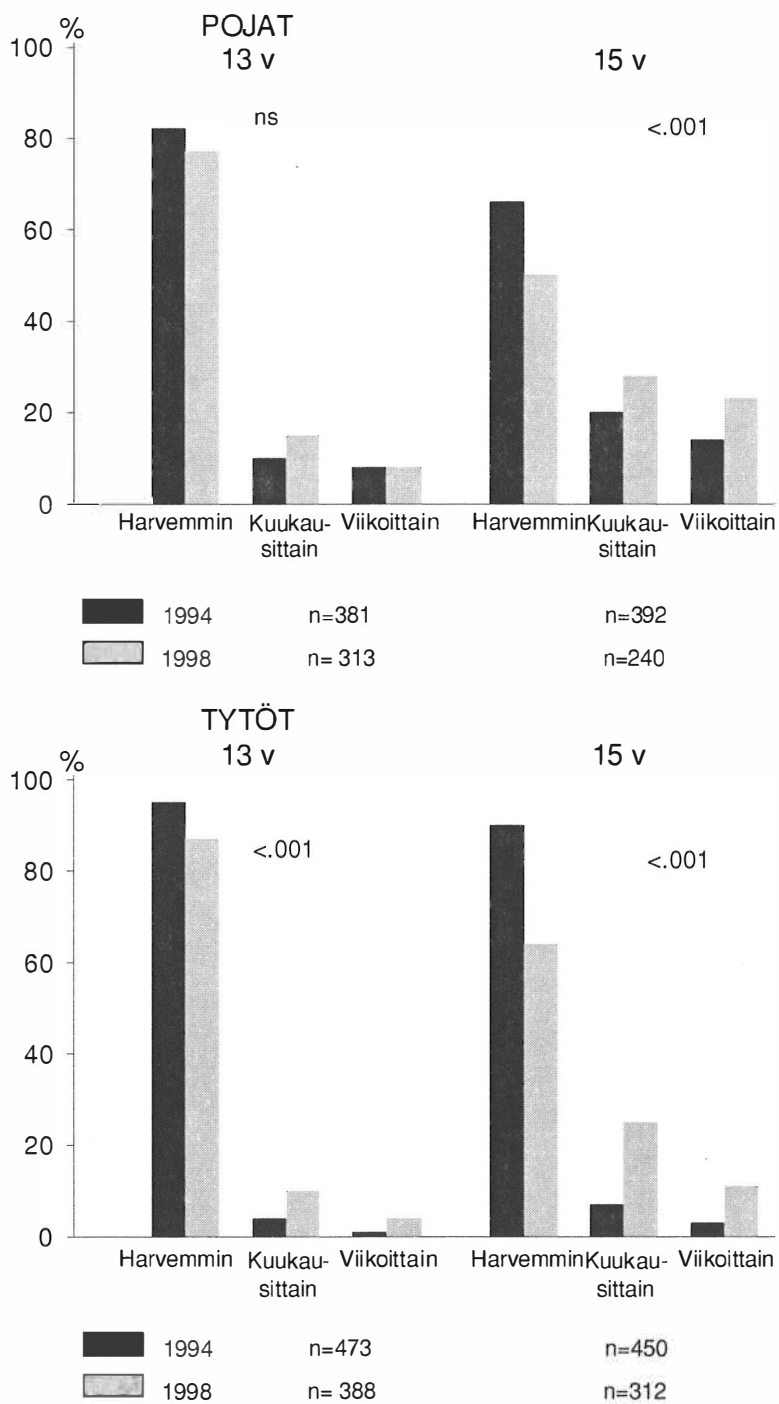
TAULUKKO 30 Alkoholikokeilut sukupuolen ja iän mukaan vuosina 1994–1998 (%)

	POJAT									
	11 v			13 v			15 v			
	Kyllä	Ei	N	Kyllä	Ei	N	Kyllä	Ei	N	
1994	71	29	388	84	16	388	96	4	407	
1998	76	24	226	91	9	372	96	4	252	
p	.020			.005			ns			
	TYTÖT									
	1994	48	52	468	75	25	483	93	7	463
	1998	62	38	250	86	14	456	96	4	334
p	<.001			<.001			ns			

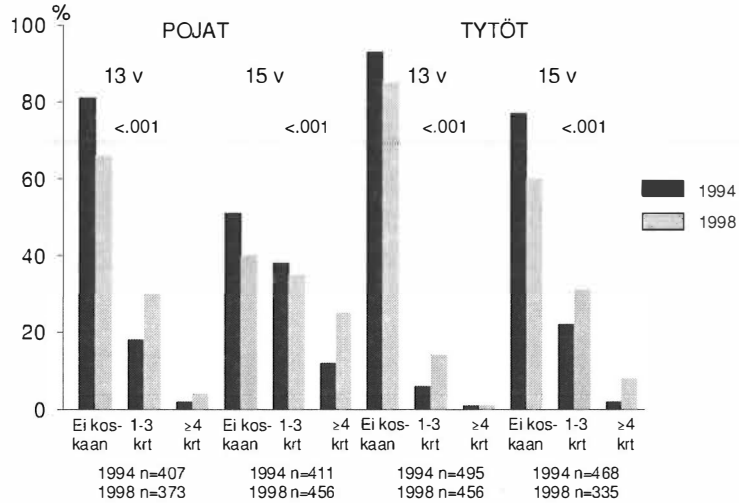
ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Alkoholin humalakäyttö lisääntyi tilastollisesti erittäin merkitsevästi sekä poikien että tyttöjen 13- ja 15-vuotiaiden ikäryhmissä vuosina 1994–1998. Vuonna 1994 vanhimmasta ikäryhmästä 12 % pojista ja 2 % tytöistä oli ollut 4–10 kertaa tai useammin tosihumalassa. Neljä vuotta myöhemmin (1998) samanikäisistä pojista 25 % ja tytöistä 8 % ilmoitti kokeneensa 4–10 kertaa tai useammin tosihumalan. Keskimmaisessä ikäryhmässä ovat huomattavasti yleistyneet vähintään kolme kertaa tosihumalassa olleiden määrät. Vuonna 1994 13-vuotiaista pojista 18 % ja tytöistä 6 % sekä vuonna 1998 pojista 30 % ja tytöistä 14 % ilmoitti olleensa vähintään kolme kertaa humalassa. Humalakokemukset yleistyivät hyvin selkeästi sekä vuonna 1994 että vuonna 1998. 13:n ja 15:n ikävuoden välillä ja pojat käyttivät molemmissa ikäryhmissä yleisemmin alkoholia kuin tytöt. Sukupuolten väliset erot humalakokemuksissa ovat pienentyneet molemmissa ikäryhmässä. (Kuvio 13.)

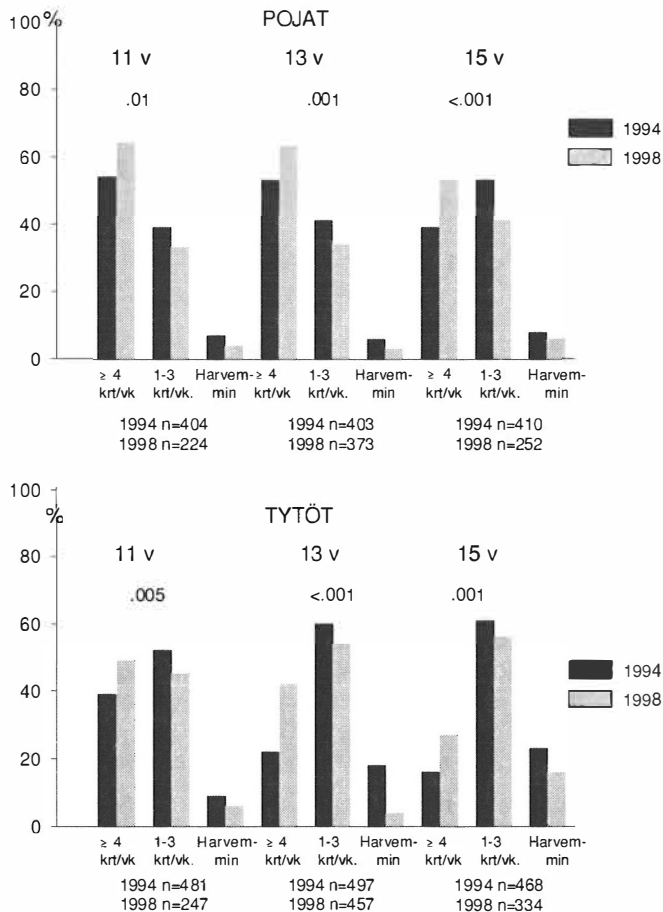
Koululaisten liikunta-aktiivisuus on yleistynyt erittäin selvästi vuosina 1994–1998 kaikissa ikäryhmissä sekä poikien että tyttöjen keskuudessa. Liikunta-aktiivisuus on vähentynyt erityisen selkeästi tytöillä 11. ja 13. ikävuoden välillä, mutta pojilla 13. ja 15. ikävuoden välillä. Molempina vuosina pojat olivat liikunnallisesti aktiivisempia kuin tytöt kaikissa ikäryhmissä. (Kuvio 14.)



KUVIO 12 13- ja 15-vuotiaiden alkoholin käyttö sukupuolen mukaan vuosina 1994 ja 1998, ns=tilastollisesti ei merkitsevä



KUVIO 13 13- ja 15-vuotiaiden humalakemukset sukupuolen mukaan vuosina 1994 ja 1998



KUVIO 14 Nuorten liikunta-aktiivisuus iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1994 ja 1998

Tutkimusajankohdan, iän, perheen taloudellisen tilanteen, isän ja äidin ammattistatuksen ja asuinpaikan omavaikutusta ja yhdysvaikutusta viikoittaiseen tupakointiin ja humalakokemuksiin ( $\geq 4$  kertaa) tutkittiin tarkemmin MCA:lla 15-vuotiaiden poikien ja tyttöjen ryhmissä. Sen lisäksi tarkasteltiin samalla tutkimusmenetelmällä taustamuuttujien omavaikutusta ja yhdysvaikutusta 11-15-vuotiaiden liikunta-aktiivisuuteen (vähintään 4 kertaa viikossa), erittäin hyvään subjektiiviseen terveyteen, onnellisuuskokemukseen ja runsaaseen psykosomaattiseen oireiluun (3-8 oiretta viikossa). MCA:n mukaan tutkimusajankohta oli yhteydessä tyttöjen tupakointiin sekä poikien että tyttöjen humalakokemuksiin ja liikunta-aktiivisuuteen. Liikunta-aktiivisuuden mallin merkittävä selittäjä oli molemmalla sukupuolella ikä, ja pojilla myös perheen taloudellinen toimeentulo. MCA:n mukaan perheen taloudellinen toimeentulo, tutkimusajankohta ja ikä selittivät parhaiten poikien ja tyttöjen hyvää subjektiivista terveydentilaa. Pojilla tutkimusajankohta, perheen taloudellinen tilanne ja isän ammattistatus osoittautuivat merkitseviksi selittäjiksi onnellisuuskokemuksissa, mutta tytöillä parhaiksi selittäjiksi osoittautuivat ikä, perheen taloudellinen tilanne ja äidin ammattistatus. Perheen taloudellinen toimeentulo selitti hieman myös runsaasta oireilua. Tutkimusajankohdan, iän, perheen taloudellisen tilanteen, isän ja äidin ammattistatuksen ja asuinpaikan selitysosuudet terveystottumuksissa ja koetussa terveydessä olivat MCA:ssa hyvin pieniä. (Liite 37.)

#### 6.4 Yhteenvedo keskeisistä tutkimustuloksista

Keskeisten tutkimustulosten yhteenvedo nuorten sosiaalistavien tekijöiden, nuorten koetun terveyden ja terveyskäyttämisen välisistä yhteyksistä kieliryhmittäin on taulukossa 31. Yhteenvedossa on otettu huomioon sekä tutkimusta ohjanneen mallin (kuvio 1, s. 55) että tutkimusasetelman (kuvio 2, s. 57) peruslähtökohdat.

1. Virossa venäjänkieliset nuoret arvioivat itsensä erittäin terveiksi, hyvin onnellisiksi ja oireilivat vähemmän vironkielisiin nuoriin verrattuna. Hyvästä koetusta terveydestä huolimatta venäjänkieliset nuoret käyttivät yleisemmin lääkkeitä kuin vironkieliset.
2. Vironkieliset nuoret olivat kokeilleet tupakkaa ja maistaneet alkoholia yleisemmin kuin venäjänkieliset, mutta tupakoinnissa ja alkoholin käytössä ei esiintynyt kieliryhmien välisiä eroja. Vironkieliset nuoret käyttivät aikansa liikuntaan selvästi enemmän venäjänkielisiin verrattuna.

3. Epäterveellinen terveyskäyttäytyminen ja huono koettu terveys liittyivät toisiinsa selkeämmin pojilla kuin tytöillä ja vironkielisillä nuorilla selvemmin kuin venäjänkielisillä nuorilla: mitä useammin pojat tupakoivat ja käyttivät alkoholia, sitä yleisemmin he kokivat erilaisia psykosomaattisia oireita; mitä useammin vironkieliset olivat runsaasti humalassa, tupakoivat ja olivat liikunnallisesti passiivisia, he oireilivat ja käyttivät rauhoittavia lääkkeitä hyvin yleisesti. Mutta venäjänkielisillä nuorilla taas alkoholin käyttö ja liikunta-aktiivisuus olivat yhteydessä hyvään subjektiiviseen terveyteen ja liikuntapassiivisuus päänsärkylääkkeiden käyttöön.
4. Terveyttä edistävä terveyskäyttäytyminen ja hyvä koettu terveys liittyivät toisiinsa: mitä liikunnallisesti aktiivisempia 11- ja 15-vuotiaat nuoret olivat, sitä positiivisemmin he kokivat terveytensä.
5. Nuorten koti-, koulu- ja ystävätaustalla oli enemmän merkitystä koettuun terveyteen kuin terveystottumuksiin, siten että pojilla perhetausta ja tytöillä koulu ja ystävät olivat yhteydessä koettuun terveyteen: poikien perheen hyvä sosioekonominen asema liittyi hyvään koettuun terveyteen; tytöillä hyvä koulumenestys ja runsaan ystävien määrä olivat yhteydessä hyvään koettuun terveyteen. Koti-, koulu- ja ystävätaustalla oli enemmän merkitystä koettuun terveyteen vironkielisillä kuin venäjänkielisillä: perhe- ja koulumuuttajista perheen hyvä taloudellinen toimeentulo, koulumuuttajista hyvä koulumenestys, ammattikouluun orientoituminen ja useiden ystävien määrä olivat yhteydessä vironkielisten nuorten hyvään koettuun terveyteen (vähemmän oireita, lääkkeiden käyttö vähäistä, terveyden hyväksi kokeminen, elämäntyytyväisyys). Vanhimmassa ikäryhmässä lukioon aikoneille ja koulussa viihtyvillä nuorilla kokemukset terveydestä olivat positiivisia, mutta nuorimmassa ikäryhmässä hyvään terveyteen vaikuttanut hyvä koulumenestys.
6. Asuinpaikka ja huono koettu terveys liittyivät toisiinsa: maaseudulla asuvilla nuorilla oli psykosomaattinen oireilu melko yleistä, ja he olivat elämäänsä tyytymättömiä kuin kaupunkilaiset nuoret.
7. Vironkielisten nuorten isän ylempi ammattistatus selitti nuorten liikunta-aktiivisuutta.
8. Nuorten huonot koulukokemukset ja ystävät liittyivät 15-vuotiaiden poikien epäterveelliseen terveyskäyttäytymiseen: mitä huonommin pojat viihtyivät koulussa ja menestyivät koulussa huonosti, sitä yleisemmin he tupakoivat; ystävien kanssa kodin ulkopuolella paljon aikansa viettävät pojat tupakoivat ja käyttivät alkoholia keskimääräistä yleisemmin. Vironkielisillä nuorilla selitti vanhimmassa ikäryhmässä huono koulumenestys alkoholin käyttöä tilastollisesti merkittävämmän kuin venäjänkielisillä.



9. Vuonna 1994 15-vuotiailla nuorilla Virossa hyvä koulumenestys, lukioon orientoituminen ja hyvä koettu terveys sekä runsas ajanvietto ystävien kanssa kodin ulkopuolella ja myös tupakointi sekä alkoholin käyttö, perheen huono taloudellinen tilanne ja huono koettu terveys liittyivät toisiinsa. Mutta ylempi vanhempien ammattistatus, perheen hyvä taloudellinen tilanne, hyvä koulumenestys ja lukioon orientoituminen olivat keskenään yhteydessä.
10. Vironkielisten koulujen nuorten kokemukset terveydestä ovat muuttuneet vuosien 1994 ja 1998 välillä positiivisemmaksi. Toisaalta taas nuorten alkoholin käyttö, humalakokemukset ja tupakointi ovat lisääntyneet, ja näin erityisesti tyttöjen keskuudessa. Epäterveellinen terveystyytyminen on yleistynyt myös 13-vuotiaiden sekä poikien että tyttöjen ryhmässä. Poikien ja tyttöjen erot tupakoinnissa ja alkoholin käytössä ovat vuosien 1994 ja 1998 välillä selvästi pienentyneet. Nuorten liikunta-aktiivisuus on kasvanut selvästi vuodesta 1994 vuoteen 1998. Tutkimusajankohta, ikä, perheen taloudellinen tilanne, isän ja äidin ammattistatus sekä asuinpaikka yhdessä selittivät vironkielisten nuorten koettua terveyttä ja terveystottumuksia heikosti.

TAULUKKO 31 Yhteenvedo sosiaalistumisympäristön ja terveysindikaattoreiden välisistä merkitsevästä yhteyksistä kieliryhmittäin (\*\*p<.001, \*p<.01) ristiintaulukoinnin perusteella ( $\chi^2$ -testi)

Sosiaalistumisympäristö	VIRONKIELISET				VENÄJÄNKIELISET			
	koettu terveys	tupakointi <sup>1)</sup>	alkoholin käyttö <sup>1)</sup>	liikunta-aktiivisuus	koettu terveys	tupakointi <sup>1)</sup>	alkoholin käyttö <sup>1)</sup>	liikunta-aktiivisuus
<b>KOTI</b>								
Isän ammattistatus	c) *** d) **			***				
Äidin ammattistatus	b) ** c) ** d) **			***				
Perheen taloudellinen tilanne	a) *** b) ** c) ***			***	a) *** d) ***			
Asuinpaikka	a) ** b) ***							
<b>KOULU</b>								
Tulevaisuusorientaatio	a) ** c) ***	***	**		a) **	**		
Koulunkäynnistä pitäminen	a) *** b) *** c) ***	***			a) ** b) ** c) ***			
Koulumenestys	a) *** b) ** c) ***	***	***		c) ***	**		
<b>YSTÄVÄT</b>								
Ystävien määrä	a) *** b) ** c) ***				a) *** b) ** c) ***			
Ajanvietto ystävien kanssa	a) *** c) ***	***	***			***		

Koettu terveys

- a) subjektiivinen terveydentila
- b) psykosomaattinen oireilu
- c) koettu onnellisuus
- d) lääkkeiden käyttö

\*\*p<.01, \*\*\*p<.001, ns = tilastollisesti ei merkitsevä

<sup>1)</sup> 15-vuotiaat

## 7 POHDINTA

### 7.1 Tutkimustulosten merkitysten arviointi

#### 7.1.1 Koettu terveys ja terveystyytymys

Lapsuuden ja nuoruuden terveyden kannalta on merkittävää terveyden subjektiivinen kokemuksellinen olemus (Välimaa 1996, Hermanson ym. 1998, Pietilä 1999). Terveyskokemukset syntyvät osittain nuoren ja hänen sosiaalisen ympäristönsä vuorovaikutuksessa. Viron yhteiskunnallisten muutosten totuudenmukaisia tulkintoja ja ennusteita jatkotoimenpiteisiin uskotaan löytyvän tutkimuksista, jotka perustuvat ihmisten omiin kokemuksiin (Narusk 1994). Kansainvälisen HBSC- terveystyytymystutkimuksen (mm. King ym. 1996) ja Nuorten Terveystapatutkimuksen mukaan (mm. Rahkonen 1988, Karvonen 1998a, b) tämän tutkimuksen tulos sukupuoli- ja ikäeroista oli yhtenevä, mutta Virossa nuoret kokivat terveydentilansa huonommaksi ja oireilivat yleisemmin verrattuna näihin kansainvälisiin tuloksiin. Tässä tutkimuksessa terveytensä sekä erittäin hyväksi kokevia ja huonoksi kokevia nuoria oli noin 20 %. HBSC-tutkimukseen osallistuneissa maissa, kuten Ruotsissa, Ranskassa ja Israelissa, runsaasti yli puolet koki itsensä erittäin terveeksi (King ym. 1996) Tämän tutkimuksen tulos subjektiivisesta terveydestä oli samansuuntainen verrattaessa Viron eräisiin muihin nuorten terveystyytymystutkimuksiin (Roosalu & Unger 1994, Lissitsina ym. 1999, Rүүitel 1999, Suurorg 1999). Koettu terveys saattaa ilmentää lähiyhteisön tai laajemminkin yhteiskunnassa piilevää pahoinvointia ja elämän rasisitustekijöitä (Lehtinen ym. 1989, Anreyeva 1991, Myllykangas 1992), tai sitten murroskaudet ovat usein uhkia hyvinvoinnille, esimerkiksi turvattomuuden lisääntymisen takia (Taipale ym. 1997).

Ikää on terveyserojen tutkimuksessa useimmiten käsitelty tutkimuksen kohteena olevaa hyvinvoinnin ja jonkin toisen tekijän välistä riippuvuutta sekoittavana tekijänä. Kaikissa ikäryhmissä miesten kuolleisuus on selvästi suurempi kuin naisten. Sen sijaan sairastavuuden ja toimintakyvyn häiriöiden kohdalla sukupuolten väliset erot ovat useimmiten varsin pieniä. (Koskinen 1997.)

Terveyden kokemisessa ilmeneviä sukupuolieroja on yritetty selittää mm. biologisilla eroilla tai sukupuolisidonnaisilla tavoilla reagoida ympäröivään todellisuuteen ja omaan itseensä (Välimaa ym. 1995, Välimaa 1996). Eräästä kehityspsykologian näkökulmasta (Aalberg & Siimes 1999) tiedetään, että nuori näyttää oireensa mutta ei mielellään puhu niistä, koska nuori tutustuu kehoonsa ja tarkkailee muutoksia. Tytöt ja pojat kypsyvät nuoruudessa eri tahtiin, heidän terveystkokemuksensa ja terveystsongelmansa ovat erilaisia, ja ne muuttuvat nuoruuden aikana. Sukupuolten välisten koetun terveyden erojen taustalla voi olla myös erilainen tapa nimetä tuntemuksia. Oireita kokemalla ihminen määrittelee terveydentilansa, joten kokemuksessa tärkeää on oireiden saama merkitys. Oireiden merkitykset opitaan myös kulttuurisesti; ne ovat yhteydessä sosiaaliryhmään, kulttuuriin käsityksiin, koulutukseen, uskonnollisiin kokemuksiin ja kokemuksiin sairauksista ja terveydenhuollosta. (Rimpelä 1988.)

Tässä tutkimuksessa venäjänkielisillä nuorilla oli positiivisemmat kokemukset terveydestään kuin vironkielisillä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella viron- ja venäjänkielisten nuorten terveydestä ei ole syytä todeta, että vähemmistön nuoret kärsivät tai voivat huonosti nykyisessä Virossa, ja tätä samaa osoittavat Virossa muutkin tutkimukset (mm. Kasmel 1996, Valk 1998). Mutta lähtöoletukseni oli päinvastainen niin, että venäjänkieliset voivat subjektiivisesti huonommin, koska vuonna 1994 elettiin Virossa itsenäistymisen takia muutosten aikaa ja oletin, että virolaisiin se vaikuttaa positiivisesti ja venäläisiin negatiivisesti. Kun tulos osoitti toista, etsin selityksiä ja tutkimuksessa esiin nousseiden erojen syitä. Päädyin moneen selitykseen, ja yksi niistä liittyy kulttuuriin eroihin. Useat Viron venäjänkieliset ovat maahan muuttaneita asukkaita, jotka ovat tuoneet kulttuurinsa mukanaan. Venäläisten oma kulttuuri oli vielä voimakas vuonna 1994, eikä se ole kovin sulautunut virolaiseen kulttuuriin. Tähän tutkimustuloksen selitykseen sain vahvistusta eräästä näkökulmasta (Berry 1990), jonka mukaan sopeutuminen yhteiskuntaan riippuu oman etnisen ryhmän identiteetistä ja sosiaalisesta sopeutumisesta enemmistön identiteetistä eli tässä tutkimuksessa venäjänkielisten sopeutumisesta Viron yhteiskuntaan. Sopeutumisen alussa yhteydet toisen kulttuurin kanssa vielä puuttuvat ja ongelmia on vähän, niin kuin vuonna 1994 Virossa. Sopeutumiseen vaikuttavat ikä, sukupuoli, koulutus, kulttuurien erilaisuus, valtion vähemmistöpolitiikka, enemmistön asenteet ja sosiaalinen tuki. (Valk 1998.) Suomessa merkittävin vähemmistöryhmä on ollut ruotsinkielinen väestö, jonka terveys ja hyvinvointi on osoittautunut olevan jonkin verran keskimääräistä parempi sekä aikuisten että nuorten osalta (Kannas ym. 1995, Koskinen 1997).

Kansainvälisissä nuorten terveyskäyttäytymistutkimuksissa on havaittu tupakoinnin, alkoholinkäytön sekä humalokokemusten kasvavan 13- ja 15-ikävuoden välillä ja sukupuolten välisten erojen on havaittu kaventuneen. Samalla on myös havaittu, että tupakointi, alkoholin käyttö ja humalaan asti juominen on virolaisnuorilla harvinaista toisin kuin muiden Euroopan maiden nuorilla (King ym. 1996, Hibell ym. 1997). Tämän tutkimuksen mukaan koululaisten tupakointi ja alkoholin käyttö oli vähäistä ja liikuntaa harrastettiin kohtuullisesti. Olen samaa mieltä kuin eräissä tutkimuksissa (Ziehe 1991, Kraav 1999) on todettu, että yhteiskunnallinen ilmapiiri vaikuttaa nuorten terveyskäyttäytymiseen. Esimerkiksi alkoholinkäyttöön ja tupakointiin suhtauduttiin neuvostoaikana ja 90-luvun alussa yhteiskunnallisesti paljon jyrkemmin kuin nykyään. Viime vuosina on ilmennyt nuorten riskikäyttäytymisen lisääntymistä (Kariis 1995, Papp 1997, Pungits 1998). Olen sitä mieltä, että myös tuotteiden parempi saatavuus ja mahdollisesti myös savuke- ja alkoholimainokset, ovat vaikuttaneet Virossa terveyskäyttäytymisen muutoksiin. Esimerkiksi tupakka- ja alkoholituotteiden saatavuus saattaa vaikuttaa ihmisten valintoihin tapojen, arvojen ja asenteiden lisäksi.

Tutkimuksista (Topo ym. 1988, Hallman ym. 1992) tiedetään, että tupakoinnilla, alkoholin käytöllä ja liikunnalla on selvästi omat funktionsa nuorille. Harvoin on kysymys harkitusta terveyskäyttäytymisestä, vaan esimerkiksi tupakointi ilmentää pikemminkin halua olla tietynlainen nuori, joka harrastaa vapaa-aikanaan tiettyjä asioita ja joka liikkuu tietynlaisten nuorten seurassa. Samanlaisena ilmauksena saattaa toimia myös tupakoimattomuus, joka ei myöskään ole pelkästään harkittu terveellisemmän elämäntavan valinta. Tupakka ja alkoholi osaltaan toimivat nuorisokulttuurin symboleina (Hallman ym. 1992), mutta Virossa nuorisokulttuurin symbolit olivat vuonna 1994 vielä neuvostokulttuuriin liittyviä eli partio ja erilaiset kerhot.

Kieliryhmäeroja tarkasteltaessa vironkielisillä yleisesti ottaen oli yleisemmin alkoholin ja tupakoinnin kokeilun kokemuksia kuin venäjänkielisillä, mutta toisaalta nykyisessä tupakoinnissa ja alkoholin käytössä kieliryhmien välillä ei ollut eroja. Näiden tulosten perusteella ei saanut tukea oletus, että kulttuuri ohjaa käyttäytymistä ja kulttuuri sallii joitakin asioita ja joitakin ei (Keltikangas-Järvinen 1995). Kieliryhmittäiset erot poikien tupakoinnissa ilmenivät eräessä virolaisessa tutkimuksessa (Pärna 1997), jossa virolaiset pojat tupakoivat yleisemmin kuin ei-virolaiset pojat. Tällainen tulos voi johtua siitä, että venäjänkieliset olivat suurelta osin Tallinnasta, jossa tupakointi on venäjänkielisten keskuudessa yleisempää. Mutta tässä tutkimuksessa ei selvitetty erikseen pääkaupunkiseudulla asuvien nuorten tupakointia, vertailtiin vain koko maata edustavia venäjänkielisiä nuoria. Kieliryhmittäiset erot olivat erilaisia aikuisväestön terveystutkimuksessa (Kasmel 1996), jonka mukaan venäjänkieliset miehet joivat alkoholia yleisemmin kuin vironkieliset. Alkoholin käyttö on kuulunut ja kuuluu nykyisinkin venäjänkieliseen aikuisväestöosan tapoihin, eli siihen kuuluu tunnettu vodkakulttuuri, josta pidetään kiinni erilaisissa perhe- ja työpaikkatraditioissa.

Toisaalta kieliryhmien väliset erot ilmenivät tässä tutkimuksessa liikuntaan käytetyn ajan suhteessa, jossa vironkieliset olivat liikunnallisesti aktiivisempia kuin venäläisnuoret. Liikunta-aktiivisuuden erojen selityksiä voidaan etsiä neuvostoaikaisesta liikunta-kulttuurista ja liikunnan merkityksestä eri kieliryhmissä, mutta tämä oletus ei pidä kokonaan paikkansa. Neuvosto-aikana oli venäläisille liikunnan merkitys aina tärkeä, koska sinä aikana ”leivottiin urheilunsankareita”. Tämä näkökulma ei heijastunut tässä tutkimuksessa venäjänkielisten keskuudessa.

Nuorten tehtäväksi nähdään usein muutokseen sopeutuminen, ja näin nuoruus kytkeytyy erilaisiin yhteiskunnallisen muutoksen tarkasteluihin (Siurala 1994). Tässä tutkimuksessa nousi selvästi esiin se, että tupakointi ja alkoholin käyttö on Virossa nuorten keskuudessa lisääntynyt vuosien 1994 ja 1998 välisenä aikana, varsinkin tyttöjen keskuudessa. Nuoret ovat muuttuvissa Viron yhteiskunnallisissa olosuhteissa vastaanottavaisia uusille terveystottumuksille. Tämä oletus piti paikkaansa ja ilmenee myös muissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Aapola 1991, Hallman ym. 1992, Lähteenmaa & Näre 1992, Vierola 1996). Nuorten juomatavat ovat ”eurooppalaistuneet” siinä mielessä, että alkoholinkäytön yleisyys on lisääntynyt (Hallman ym. 1992). Tämä ei ilmennyt tämän tutkimuksen tulosten perusteella vielä kovin selkeästi Virossa vuonna 1994, mutta vuoden 1998 tutkimus kyllä antoi varoitusmerkin, koska erityisesti tyttöjen tupakointi ja myös alkoholinkäyttö ovat neljän vuoden aikana lisääntyneet. Yleinen piirre länsimaissa onkin, että nuoret tytöt tupakoivat lähes yhtä paljon kuin pojat (King ym. 1996, Hibell ym. 1997), ja samalla kannetaan paljon huolta erityisesti nuorten juomatavoista. Esimerkiksi Suomessa nuorten alkoholinkäyttö on ollut lisääntymään päin. Pääselityksenä tälle on esitetty yleisen alkoholikulutuksen kasvun lisäksi sitä, että nuorison käyttövarat ovat selvästi kasvaneet. Toisaalta päivittäinen, jatkuva alkoholin käyttö on Suomessa harvinaisempaa kuin useimmissa Keski- ja Etelä-Euroopan maissa. (Simpura 1993.)

Virossa sekä nuorten että aikuisten tupakointi on kasvanut, mutta erityisesti 15-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa (Lipand ym. 1994, Kasmel 1996, Pedaste 1999.) Nuoria koskevassa tutkimuksessa (mm. Pedaste 1999) ei ole määritelty, missä aikavälissä muutokset ovat tapahtuneet, ketkä ovat kohde-ryhmät ja missä päin Viroa tämä ilmenee. Kun verrataan nuorten ja aikuisväestön alkoholin käyttöä Virossa (Laidmäe 1997a, b), näyttäisi nuorten ja aikuisten alkoholin käyttö olevan yleisempää 1990-luvun lopussa kuin 1990-luvun alkupuolella. Tutkimustulokset nuorten liikunta-aktiivisuudesta ovat hyvin erisuuntaisia sekä kansainvälisten että Viron paikallisten tutkimusten mukaan (esimerkiksi Luiga 1994, Lissitsina ym. 1999, Suurorg 1999). Yleisesti ottaen virolaisten liikunnan vähäinen harrastus verrattuna muihin nuoriin Euroopassa (mm. King ym. 1996, Nupponen ja Telama 1998) voi johtua monesta eri tekijästä. Esimerkiksi Virossa oppilaat pitävät tärkeämpänä opiskelua, kirjallisuutta ja uskontoa kuin liikuntaa (Orn 1995).

## 7.1.2 Sosiaalistumisympäristö

Sosiaalistumisympäristön, koetun terveyden ja terveystyöskäyttämisen väliset moninaiset yhteydet ovat tehneet tästä tutkimuksesta erittäin haastavan ja ajan-kohtaisen. Virolaisten tutkimusten (Juvakka ym. 1992, Kasmel 1996, Kirch & Kirch 1997, Vihalemm 1997 a, b) perusteella tiedetään, että kieliryhmät eroavat käyttäytymiseltään, ja niitä eroja on esitetty ja otettu huomioon Virossa (Heidmets 1997, Kruusvall 1997).

Tätä tutkimusta ohjaavan mallin (kuvio 1, s. 55) sosiaalistumisympäristön moniulotteisen ominaisuuden kautta pystyttiin tutkimuksessa tuomaan esiin Viron nuorten terveyteen ja terveystyöskäyttämiseen vaikuttavia tekijöitä. Kansainvälisissä tutkimuksissa sosiaalistumisympäristöistä koti, koulu ja ystävät on todettu nuorten terveystyöskäyttämisen ja koetun terveyden kannalta tärkeiksi (Wold 1989, Foxcroft & Lowe 1995, Nurmi 1995, Igra ym. 1996, King ym. 1996, Pietilä 1998, 1999.) Edellä mainituissa kansainvälisissä tutkimuksissa esitetyt tulokset sosiaalistavien tekijöiden yhteyksistä terveyteen ja terveystyöskäyttämiseen sekä terveystyöskäyttämisen ja koetun terveyden välisistä yhteyksistä nuoruusiässä saivat vahvistusta myös tässä tutkimuksessa.

Lapset pääsevät osallisiksi yhteiskunnan voimavaroista oman perheensä, erityisesti vanhempiensa välityksellä (Strandell 1995). Poliittiset, taloudelliset ja sosiaaliset muutokset olivat ratkaisevia asioita Virossa 90-luvulla. Sosiaalinen ja taloudellinen yhteys olivat neuvostojärjestelmässä toisarvoisia asioita poliittiseen valtaan verrattuna, eivätkä koulutus, ammatti ja omaisuus taanneet korkeaa sosiaalista asemaa. Yksilön asema ja edut määriteltiin heidän valtarakenteessaan. Nykyisin pieni osa pitää itseään taloudellisessa toimeentulossa "todellisina voittajina" ja "todellisina häviäjinä", mutta enemmistö on selvästi niiden kahden ryhmän välillä. Suurin ongelma Virossa ei ole usein yksilöllisten tai sosiaalisten resurssien puuttuminen, vaan suurimmat ongelmat ovat makrotason ongelmat, kuten työttömyys, pienet tulot julkisella sektorilla, yksityistäminen, lisääntyvä sukupuoli-, ikä- ja etninen syrjintä. (Narusk & Hansson 1999.) Virossa länsimaistumisen prosessi ilmenee perhe-elämän muutoksissa, arvomaailmassa (individualismi, hedonismi), ympäristön merkityksissä, elämäntyylyissä ja käyttäytymisessä (Lauristin 1997). Yleinen suuntaus Virossa (Pölluste 1998, Mardi 1999, Narusk & Hansson 1999) on kulkenut 90-luvulla kohti jatkuvaa perheen eristymistä ja hajoamista, siten että avioerojen määrä on kasvanut huomattavasti, ja tästä kärsivät lapset. Mutta toisaalta on vaikeata arvioida, lisääkö esimerkiksi perheen taloudellinen turvallisuus lapsen elämän laatua vai onko sellainen tekijä vailla merkitystä lapselle. Kansainvälisten tutkimusten (mm. King ym. 1996, Currie ym. 1997) perusteella kuitenkin tiedetään, että taloudellinen ympäristö vaikuttaa nuorten terveystyöskäyttämiseen kahdensuuntaisesti. On tunnettua, että ne joilla on matala sosiaalinen status, käyttäytyvät terveyden suhteen kaikkein epäterveellisimmin ja kokevat terveytensä yleisesti huonoksi. Aikaisemmissa tutkimuksissa (King ym. 1996) esitetyt tulokset siitä, että alempien sosiaaliryhmien

nuoret tupakoivat ja käyttävät alkoholia yleisemmin kuin ylempiin sosiaali-ryhmiin kuuluvat, eivät saaneet vahvistusta tässä tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa perhettä kuvaavista tekijöistä perheen hyvä taloudellinen tilanne oli yhteydessä nuorten positiivisesti koettuun terveyteen ja elämäntyytyväisyyteen sekä liikunta-aktiivisuuteen.

Taloudelliset vaikeudet merkitsevät Virossa puutteellisia materiaalisia resursseja hallita elämää ja näin ollen avuttomuutta ja vaikeuksia suoriutua yhteiskunnassa. Arviot siitä, ketkä kärsivät Virossa eniten lamasta, koskivat yleisemmin laman uhreina olevia lapsiperheitä. Tämä saattaa heijastua myös nuorten terveyskokemuksissa. Tämän tutkimuksen mukaan äidin ja isän ylemmällä ammattistatuksella oli merkitystä poikien hyvään koettuun terveydentilaan. Äidin ammattistatus selitti venäjänkielisten subjektiivisesti koettua terveyttä ja vironkielisillä sekä oireilua että lääkkeiden käyttöä. Nämä tulokset saattavat olla eräinä merkkeinä eri kieliryhmien erilaisesta perheympäristöstä. Laidmäen (1998) tutkimuksen mukaan venäjänkielisillä väestöllä on Virossa yleisemmin taloudellisia vaikeuksia kuin vironkielisillä. Tämän tutkimuksen mukaan vanhempien ammattistatuksella ja perheen taloudellisella tilanteella oli heikompi yhteys venäjänkielisten koettuun terveyteen kuin vironkielisten nuorten. Teoreettinen näkökulma (Hämäläinen ym. 1994) siitä, että jokaisella kulttuurilla on omat lastenkasvatusta koskevat käsityksensä ja menetelmänsä, samoin kuin omat näkemyksensä siitä, mitkä käyttäytymismuodot ovat hyväksyttäviä, ei saanut tässä tutkimuksessa kieliryhmien vertailussa tukea näillä perhettä kuvaavilla muuttujilla. Toisaalta tutkimuksessa (Gernov & Kisseljova 1995) todetaan, että on eroja Virossa asuvien venäläisten ja Venäjällä asuvien venäläisten välillä. On vaarallista yhdistää kaikkia "Venäjän" ominaisuuksia kaikkiin venäläisiin ja tästä syystä täytyy löytää kulttuurin toisenlaiset perustelut. Venäläinen väestö on Virossa erittäin heterogeeninen lähes kaikkialla: sosiaalinen rakenne, kulttuuri ja kasvatus, poliittiset näkökohdat ja integraation luonne Viron yhteiskuntaan. Integraatioprosessi on erittäin monimutkainen, ja se kestää vuosia.

Mm. Siuralan (1991) ja Karekiven (1999) tutkimuksissa on osoitettu, että nykyisin lasten ja nuorten sosiaalistaminen on siirtynyt sekundaarisosiaalistajille kuten koululle, koska perhe ja vanhemmat ovat menettäneet otteensa nuorista. Tätä on katsottu perinteisten sosiaalistumista ohjaavien sääntöjen ja käytäntöjen rapautumisen kannalta. Tämä havainto pätee myös tässä tutkimuksessa. Sekundaarisosiaalistajien, koulun ja ystävien merkitys nuorten koetussa terveydessä ja terveyskäyttäytymisessä oli tässä tutkimuksessa hyvin selvä. Yleensä Virossa kaikilla koulutekijöillä oli merkitystä yleisesti nuorten koettuun terveyteen, mutta tässä ilmeni selkeitä eroja kieliryhmien välillä. Vironkielisillä koulu ja ystävät olivat selkeästi yhteydessä onnellisuuskokemuksiin, mutta venäjänkielisillä nämä yhteydet olivat tilastollisesti hyvin heikkoja.



Viron yhteiskunnan erilaisten instituutioiden kuten koulun kasvanut vastuu lasten ja nuorten sosiaalistamisesta lisää myös niiden merkitystä lasten ja nuorten terveyskäyttäytymiseen. Aikaisemmissa nuorten terveyskäyttäytymistutkimuksissa on havaittu, että huonosti koulussa menestyvien nuorten tupakointi ja alkoholin käyttö on yleisempää kuin hyvin menestyvien. On havaittu myös, että tupakoivat nuoret viettävät paljon aikaa ystävien kanssa (mm. King ym. 1996, Kannas ym. 1997) ja että ystävien liikuntaharrastus vaikuttaa nuorten suurempaan liikunta-aktiivisuuteen (mm. Anderssen & Wold 1992). Samansuuntaiset tulokset nousivat esiin myös tässä tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa huono koulumenestys, ammattikouluun orientoituminen ja viihtymättömyys koulussa olivat yhteydessä nuorten tupakointiin, ja lisäksi huonolla koulumenestyksellä oli merkitystä nuorten alkoholinkäyttöön.

## 7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tämä tutkimus oli kyselytutkimus, jonka tavoitteena oli saada tietoa Virossa vuonna 1994 asuvien 11–15-vuotiaiden viron- ja venäjänkielisten nuorten terveyskäyttäytymiseen ja koettuun terveyteen yhteydessä olevista sosiaalisista tekijöistä sekä koetun terveyden ja terveyskäyttäytymisen muutoksesta vuosien 1994 ja 1998 välillä. Lomakekyselyt ovat vakiintuneita menetelmiä väestön terveyden mittaamisessa ja yksi kyselytutkimuksen etu on niiden joustavuus, mutta toisaalta suuret kustannukset ovat terveyskyselyjen ongelma ja rajoittava tekijä (Nissinen ym. 1994.). Tutkimustulosten ja päätelmien luotettavuuteen vaikuttavat tutkimuksen suunnittelu, mittareiden laadinta, aineiston keruu, ja tuloksia arvioitaessa tulee ottaa huomioon niiden ulkoinen ja sisäinen luotettavuus (Nissinen ym. 1994, Nummenmaa ym. 1997, Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997).

### 7.2.1 Validiteetti ja reliabiliteetti

Mittarin validiteetti ei ole kertaluonteinen tutkimustulos vaan vähitellen kertyvää näyttöä, ja validiteettinäytön soveltuvuus tiettyyn mittaustilanteeseen riippuu siitä, mitä tai minkä tyyppisiä päätelmiä mittaustuloksista tehdään (Nummenmaa ym. 1997). Kyselytutkimuksen luotettavuus perustuu suurelta osin mittaamisen onnistumiseen eli siihen, missä määrin saadut vastaukset vastaavat todellisuutta. Tässä tutkimuksessa käytetty WHO-koululais-tutkimuksen kyselylomake on ollut käytössä jo vuosia, ja sen tapaisia kysymyksiä on käytetty myös Suomessa NNTT:ssa ja Kouluterveystudkimuksissa. Mutta tätä tutkimusta varten nuorten WHO-koululaistutkimuksen kyselylomaketta laadittaessa mittareiden laajempi esitelmä oli tarpeen, koska koetua terveyttä, terveyskäyttäytymistä ja sosiaalistumisympäristöä koskevia

mittareita aikaisemmissa virolaistutkimuksissa ei ole käytetty. Sen takia tutkimuksen ulkoiseen ja sisäiseen luotettavuuteen pyrittiin tässä tutkimuksessa huomioimaan esitutkimuksesta saatuja tuloksia ja kokemuksia.

Tämän tutkimuksen koettua terveyttä ja terveystyöskäyttyymistä koskevat tulokset ovat varsin yhdenmukaisia verrattuna muihin vastaaviin kansainvälisten tutkimusten tuloksiin (esim. King ym. 1996, Hibell m. 1997) mutta eivät riittävän yhdenmukaisia virolaisten terveystyöskäyttyymistutkimusten kanssa (esim. Suurorg 1999). Erilaisuus virolaisten tutkimusten kanssa voi johtua monesta syystä, kuten Virossa lasten ja nuorten terveystyöskelytutkimuksissa käytettyjen mittareiden erilaisuudesta, mm. alkoholin käytön ja tupakoinnin mittareista, erilaisista otoksista ja tutkimusaineistojen hankintamenetelmistä.

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittauksen kykyä antaa tuloksia, jotka ovat satunnaisvaihtelusta riippumattomia. Vaihtelua tuloksiin aiheuttavat mm. erilaiset henkilökohtaiset seikat, kuten muistivirheet ja vireystilanvaihtelu, mittavälineen puutteellisuudet ja aineiston käsittelyssä tehdyt virheet. (Eskola 1981, Nummenmaa ym. 1997.) Reliabiliteetin lisäämiseksi tutkimuksen kysymykset on laadittu tässä tutkimuksessa konkreettisiksi ja lähellä nuorten omaa kokemusmaailmaa oleviksi. Pyrkimyksenä on ollut, että vastaajat ymmärtävät kysymykset tutkijan tarkoittamalla tavalla ja voivat erottaa selkeästi eri vastausvaihtoehdot toisistaan. Kieliryhmien välisessä vertailussa reliabiliteettia heikentävänä tekijänä voi olla se, että terveyden ja oireiden kokeminen saattaa vaihdella viron- ja venäjänkielisten keskuudessa, koska kulttuuriset tekijät saattavat vaikuttaa terveyden raportointiin. On myös vaikeaa arvioida, johtuvatko erityisesti koettua terveyttä koskevat erot eroista kieliryhmien välillä vai kysymysten sanamuodosta tai kysymysten ymmärtämisestä. Luokkatilanteessa kyselyä valvovalle opettajalle annettiin selkeät kirjalliset ohjeet kyselyn toteuttamisesta. Jokainen oppilas sai oman suljettavan kirjekuoren vastauslomakkeilleen. Näin pyrittiin takamaan se, että oppilaat vastasivat rehellisesti.

Tässä tutkimuksessa nuorten vastausten luotettavuutta saattoivat heikentää alkoholin käytön, tupakanpolton tai liikuntaharrastuksen ja terveyden tilan yli- tai aliarviointi sekä muistivirheet. Yli- ja aliarvioinnissa saattoi esiintyä eroja myös kieliryhmien välillä. Alkoholikäyttötottumuksia mitattaessa saattaa nuorissa ikäryhmissä esiintyä käyttökokeiluilla rehvastelua. Tämä saattaa antaa väärän kuvan todellisista alkoholikäyttötottumuksista, jolloin mittauksen reliabiliteetti voi heiketä. Toisaalta alkoholitutkimuksessa ongelmia luotettavuudessa saattaa aiheuttaa se, että aihe koetaan henkilökohtaiseksi ja araksi eikä haluta kertoa asioita totuudenmukaisesti. (Poikolainen 1994.)

Sosioekonomisen aseman luokituksen tarkoituksena on jakaa väestö sosiaaliselta ja taloudelliselta asemaltaan suhteellisen homogeenisiin luokkiin, mutta lapsilla ei ole omaa sosioekonomista asemaa (Sauli 1998). Sosiaaliluokkaa kuvaavat mittarit eivät kuvaa nuorten asemaa samalla tavalla kuin vastaavat mittarit kuvaavat aikuisten asemaa. Terveystutkimuksissa yleisesti käytetyt sosiaalista asemaa kuvaavat mittarit ovat riittämättömiä havaitsemaan eroja

nuorten keskuudessa. (Rahkonen 1994, Currie ym. 1997.) Currien ym. (1997) mukaan nuorten sosioekonomisen aseman mittaaminen on nykyisin vaikeaa, sillä siihen liittyy sekä käsitteellisiä että metodologisia ongelmia.

Nykyisin Euroopassa köyhien määrä lisääntyy. Tämä ei kuvaa ainoastaan Itä-Euroopan maita vaan myös läntisiä hyvinvointivaltioita. Työttömyys ja huonot palkat lisäävät sosiaalista eriarvoisuutta lähes kaikissa HBSC-tutkimukseen osallistuneissa maissa. HBSC-tutkimuksessa saadaan harvoin haluttua tietoa taloudellisista asioista, koska nuoret tietävät harvoin vanhempensa tuloja tai ammattia. Sosioekonomisia indikaattoreita käytettiin jo 1982/83 HBSC-tutkimuksessa. Vuonna 1994 HBSC-tutkimukseen osallistuneista maista puuttuvia tietoja isän ammatista oli 3,5-30 % ja äidin ammatista 2,2-59 %. Maiden välillä oli suuria eroja myös ammattiluokituksissa: suurimmassa osassa maista (11 maata) oli 5-6 ammattiluokitusta, mutta esimerkiksi Israelissa 9, Sveitsissä 13, ja Liettuassa 33. (Currie & Klocke 1997.) Tässä tutkimuksessa isän ammatista puuttuvia tietoja oli vuonna 1994 21 % ja äidin ammatista vain 5 %, mutta vuonna 1998 lähes puolet nuorista ei tiennyt isän ja äidin ammattia. Isän ja äidin sosioekonomisen aseman jako kolmeen luokkaan (ylempi, keskitaso, alempi) oli tässä tutkimuksessa ongelmallista, koska Virossa tapahtuu jatkuvasti rakennemuutosta ja puuttui tieto perheen tuloista ja menoista. Naruskin ja Hanssonin (1999) mukaan työn luonne on muuttunut työntekijöiden ja johtajien välillä. Suurin osa naisista työskentelee julkisella sektorilla ja miehet työskentelevät enemmän yksityisellä sektorilla. Tästä syystä naiset saavat huomattavasti pienempää palkkaa miehiin verrattuna. Tässä tutkimuksessa oli vaikeata ratkaista, kuvattaisiinko nuorten asemaa äidin tai isän sosioekonomisen aseman mukaisena, koska jakaumat olivat melko erilaiset. Äitien jakauma painottui ylempiin toimihenkilöihin ja isien keskitason toimihenkilöihin.

Sosiaalistumisteorian lähestymistavan valinta tähän tutkimukseen tutkimusongelmien tarkasteluun aiheutti vaikeuksia sosiaalistumisympäristöä kuvaavien muuttujien valinnalle. Nuorten terveyskäyttäytymistä pyrittiin tarkastelemaan sosiaalistavien tekijöiden kuten perhettä, koulua ja ystäväpiiriä kapea-alaisesti kuvaavien muuttujien kautta. Sosiaalistavien tekijöiden suppea-alaisuus aiheutti tutkimuksessa sen, että tulosten antama kuva terveystottumuksiin sosiaalistumisesta jäi epätäydelliseksi. Tärkeiden nuorten sosiaalistajien eli perhettä, ystäväpiiriä ja koulua kuvaavien prosessimuuttujien (esim. mallikäyttäytyminen, kasvatustyyli jne.) sekä sen lisäksi opettajien ja joukkotiedotuksen huomioon ottaminen tutkimuksessa olisi selittänyt monipuolisemmin nuorten terveyskäyttäytymistä. Niin kuin edellä todettiin, kolmen sosialisaatioympäristön lisäksi on lukuisia muitakin vuorovaikutustilanteita, joiden perusteella voidaan arvioida terveystottumusten seuraamista ympäristöön. Mutta tutkimuksen laajentaminen uusien ulottuvuuksien suuntaan olisi toisaalta johtanut ongelmallisiin resurssivaatimuksiin, joita tämän tutkimuksen yhteydessä olisi tullut vastaan.

WHO-koululaistutkimuksen kyselylomakkeen käyttö tietojen keruumenetelmänä rajoitti tutkittavien ilmiöiden tarkastelua, koska tutkimuskysymykset on laadittu kansainvälisten vaatimusten mukaisesti. Tutkimuksen rajoitukset liittyivät mm. käytettyyn metodologiaan. Huttusen (1997) mukaan tutkimusmenetelmän tieteellisyyden normin täyttämisen pohdinta on nousut viime aikoina esiin entistä useammin, koska yhteiskunta- ja käyttäytymistieteissä näyttää olevan menossa murroskausi: uudet tutkimusmenetelmät ovat hakemassa paikkaansa vakiintuneiden rinnalle.

Analyysimenetelmien tilastollinen sopivuus perustuu muuttujien mitaustason edellyttämiin vaatimuksiin ja muuttujien jakaumiin (Läärä & Lammi 1989, Läärä 1994, Nummenmaa ym. 1997). Tämän tutkimuksen aineiston analyysisuunnitelmassa pyrittiin ottamaan huomioon nämä vaatimukset. Muuttujien analyysissä käytettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumia sekä ristiintaulukointia. Jatkoanalyysissa käytettiin monimuuttujamenetelmänä logistista regressioanalyysia, Lisrel- ja MCA-analyysia. Analyysimenetelmät soveltuivat tilastollisesti ja sisällöllisesti aineistoon ja niiden avulla pystyttiin vastaamaan asetettuihin tutkimusongelmiin. Tilastollisten analyysien kautta nousivat esiin lähinnä sosialisatioympäristön ja terveyskäyttäytymisen väliset yleiset ominaisuudet. Tässä tutkimuksessa ongelmat nousivat esiin Lisrel-analyysissa, jolloin pyrittiin rakentamaan malleja erikseen viron- ja venäjänkielisille. Kieli-ryhmittäin Lisrel-malleja ei tehty, koska useat muuttujat korreloineet keskenään vain heikosti. Myös aikaisemmassa virolaisessa tutkimuksessa ilmeni, että vironkielisillä terveys- ja terveyskäyttäytymismuuttujat korreloivat keskenään mutta eivät venäjänkielisillä (Kasmel 1996). Suomalaisilla nämä korrelaatiot olivat huomattavasti korkeammat verrattuna viron- ja venäjänkielisiin Virossa (Tynjälä 1999). Nutbeam (1991) mukaan maissa, joissa on pitkät terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen perinteet, terveystietäminen ja siihen vaikuttavat tekijät ovat selkeämmin ja vahvemmin yhteydessä toisiinsa kuin maissa, joissa on vähän terveyden edistämiseen liittyviä perinteitä.

## 7.2.2 Tutkimustulosten yleistettävyydestä

Ulkoinen luotettavuus liittyy tässä tutkimuksessa otantaan ja kuvaa sitä, kuinka hyvin aineistosta saatavat tulokset ovat yleistettävissä suurempaan perusjoukkoon. Toisin sanottuna kato liittyy tutkimuksen ulkoisen validiteettiin. Tässä tutkimuksessa käytettiin vuonna 1994 ja 1998 koko Viroa edustavaa satunnaisotantaa 11-15-vuotiaista. Vastausprosentti vuonna 1994 (85 %) osoitti, että kato aineiston keruun yhteydessä oli pieni, mutta vuonna 1998 aineiston kato oli suuri: vastausprosentti tavoiteotoskoosta oli vironkielisillä 71 % ja venäjänkielisillä vain 39 %. Aineiston puhdistuksen jälkeen vironkielisten vastausprosentti jäi 63 %:ksi. Heikkoon vastausaktiivisuuteen oli vuonna 1998 monia syitä (ks. luku WHO-koululaistutkimus Virossa vuonna 1998). Erityisiä syitä vastaamisinnokkuuden vaihtelussa voi olla eri vuosina moniakkin, kuten

vuonna 1994 innokkuus osallistua ensimmäistä kertaa vertailevaan kansainväliseen tutkimukseen, jolloin sentyyppisen tutkimuksen tekeminen oli vielä harvinaisempaa, joten niihin ei ollut vielä kyllästytty kuin nykyisin. Koulujen vastaamispassiivisuutta pitäisi lähteä tutkimaan tarkemmin. Yleensä Viron nuoria koskevissa kyselyissä vastausprosentit ovat vaihdelleet 90-luvulla 50:n ja 90:n prosentin välillä (esim. Papp 1997, Pärna 1997, Suurorg 1999). Osallistuminen kyselytutkimuksiin oli Virossa 90-luvun alussa huomattavasti parempi kuin 90-luvun lopussa, esimerkiksi Viron osallistumisprosentti ESPAD-tutkimuksessa vuonna 1995 oli 87 % (Hibell ym. 1997), 1994 Viro-Suomi-vertailussa 88 % (Papp 1997) ja CINDI-projektissa vuonna 1997–98 52 % (Suurorg 1999). Viron aikuisväestöä vuonna 1994 koskevassa tutkimuksessa vironkielisten osallistumisprosentti (90 %) oli parempi kuin venäjänkielisten (71 %). Verrattuna Virossa Suomessa terveystutkimuksiin vastataan erittäin hyvin, yleisesti vastausprosentti on yli 90 % (Rimpelä ym. 1999, Tynjälä 1999). Kadon vuoksi tulokset saattavat tässä tutkimuksessa antaa positiivisemmän tai negatiivisemmän kuvan tuloksista, kuin tilanne oli todellisuudessa. Aineiston suuruusluokka ja edustavuus puhdistuksen jälkeen oli riittävä vuonna 1994, jotta siitä voitiin tehdä kyseisiä koko maata koskevia yleistyksiä. Tutkimuksen aineistojen vuodelta 1994 voidaan katsoa edustavan 11-, 13- ja 15-vuotiaita viron- ja venäjänkielisiä nuoria Virossa. Vuoden 1998 tutkimuksen aineiston perusteella ei voitu tehdä yhtä luotettavasti yleistyksiä mutta saatiin suunta- viivoja Virossa tapahtuvista vironkielisten koulujen nuorten terveyskäyttäytymisen muutoksista.

### 7.3 Ehdotuksia jatkotutkimustehtäviksi

Tutkimustulosten yhteenvedon ja merkityksen arvioinnin perusteella esitetään seuraavia tehtäviä jatkotutkimuksia varten:

1. Kannattaa yhdistää erilaisia psykologisia, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia tekijöitä käsitteleviä teorioita keskenään. Teorioiden yhdistäminen auttaisi ymmärtämään paremmin terveyskäyttäytymistä erilaisista näkökulmista, mutta painopisteen pitäisi olla yksilössä, ympäristössä ja terveyskäyttäytymisessä. Tämän näkökulman mukaan koti, koulu, ystävät ja yhteiskunta ovat merkityksellisiä, mutta mielestäni niiden tarkempi välittymismekanismi terveysindikaattoreihin on vielä hyvin epäselvä. Samanlaisiin johtopäätöksiin on tultu myös useassa nuorten terveyskäyttäytymistutkimuksessa (esim. Välimaa 1996, Phongsavan 1998, Pötsönen 1998, Tynjälä 1999). Sosialisatioteorian selkeämpi soveltaminen terveyskasvatuksessa antaisi ideoita kehittää terveyskasvatuksen pedagogiikkaa omana tutkimusalana.

2. Tarvitaan terveyskäyttäytymistutkimuksessa sosialisointin ja sosiaalistumisympäristön käsitteiden selkeyttämistä. Sosialisointi jatkuvana yhteiskunnallistumis- ja oppimisprosessina antaa hyvän mahdollisuuden selvittää tarkemmin terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen liittyviä tietoja, arvoja, normeja, rooleja ja minä-tunteen kehitystä.
3. Syvällisempi sosiaalistumisympäristön tarkastelu on tulevaisuudessa Virossa erittäin tarpeellista ja hyödyllistä, koska tässä tutkimuksessa sosiaalistumisympäristöä on kuvattu vain muutaman sosiaalistumisympäristöä kuvaavan perustekijän suhteen. Esimerkiksi perheen ja koulun terveystasunormistoa kuvaavien muuttujien yhteydet terveystasunormistamiseen antaisivat viitteitä siitä, minkälaiset sosiaalistavat prosessit edistävät ja kuluttavat nuorten terveystottumusten muotoutumista. Havainnot kasvatusprosesseja kuvaavien mittareiden kehittämisen tarpeellisuudesta terveystasunormistutkimuksiin vastaavat hyvin jo aikaisempia 1980-luvun tutkimuksia (esim. Laakso 1981, Lääkintöhallitus 1997, Wold 1989).
4. Olisi tarpeen suunnata tutkimus lapsiperheiden elinolojen kuvaamisen kannalta perheenjäsenten yhteisiin olosuhteisiin. Tutkimustietoa puuttuu Virossa edelleen juuri siitä, miten monet perheeseen ja yhteiskuntaan liitetyt ominaisuudet – esimerkiksi taloudellinen turvattomuus, köyhyys, työttömyys ja asuinpaikka – heijastuvat lasten terveyteen ja terveystasunormistamiseen (vrt. Hermanson 1998). Nuorten terveystilanteen ja terveystasunormistamisen sosiaaliluokkaeroja tutkittaessa pitäisi kehittää muissa nuorisotutkimuksissa käytettyjä mittareita kuten elämäntyyliä kuvaavia mittareita (esim. Rahkonen 1994). Tavoitteena on ymmärtää paremmin myös isän ja äidin ammattitatuksen, koulutuksen, perheen taloudellisen toimeentulon vaikutusta terveyteen ja terveystasunormistamiseen.
5. Olisi aihetta selvittää, miten terveystasunormistuminen muuttuu ja kehittyy nuoruuden aikana, mitkä prosessit muuttavat tai altistavat nuoria tupakoimaan tai käyttämään alkoholia. Selkeitä syitä nuorten päihteiden käyttöön ei ole pystytty osoittamaan, ja erilaisten kulttuuristen taustatekijöiden vaikutuksesta on vähän tutkimustietoa. On tarpeellista tutkia, miten nuorten tupakointi, alkoholin käyttö ja liikunta-aktiivisuus liittyvät perheeseen, ensisijaisesti perheen elämäntapaan, koska perherakenteen, perheen ilmapiirin ja vanhempien terveystottumusten merkitys terveystottumusten kannalta on osoittautunut kansainvälisten tutkimusten perusteella merkittäväksi (ks. luku 3.6). Selvittämistä kaipaavat mm. vanhempien arvot, uskomukset, asenteet, koska ne saattavat olla yhteydessä nuorten terveystasunormistamiseen.

6. Tulisi korostaa koulu- ja ystäväkohtaista yksityiskohtaisempia terveys- ja terveyskäyttäytymistutkimuksia (esim. Tossavainen 1993, Samdal 1998, Karekivi 1999). Selvittämistä kaipaavat nuorten terveysvalintaa ohjaavat tekijät, nuoren lähiyhteisöjen liittyminen terveysvalintoihin ja ystäväpiirin mallien ottaminen, sosiaalisten paineiden tai tuen selvittäminen, jotka liittyvät terveyskäyttäytymiseen (esim. Pietilä 1998, 1999).
7. On tärkeää selvittää perusteellisemmin kieliryhmien terveyskäyttäytymistä ja koettua terveyttä (terveyskäsitysten vaihtelua) sekä sosiaalistavien tekijöiden merkitystä viron- ja venäjänkielisten keskuudessa. Selvittämistä tarvitaan myös siinä, mitkä asiat terveyskäyttäytymisessä olivat ja ovat nykyisin sallittuna virolaisessa ja venäläisessä kulttuurissa, minkälainen on virolainen poika- ja tyttökulttuuri ja venäläinen poika- ja tyttökulttuuri ja minkälaiset ovat viron- ja venäjänkielisten sosialisatioprosessit (rootit, normit, arvot, asenteet) kasvatusinstituutioissa.
8. Koetun terveyden ja terveyskäyttäytymisen tutkimuksessa tulisi myös Virossa soveltaa monipuolisemmin erilaisia tutkimusmenetelmällisiä lähestymistapoja. Jatkotehtävät edellyttävät Virossa uusien aineistojen kokoamista käytettäessä mm. kvalitatiivisia menetelmiä (esim. haastattelut, ainekirjoitukset), joita on käytetty monipuolisesti Suomessa erityisesti koetun terveyden selvittelyssä (Välimaa 1996, Häggman-Laitila & Pietilä 1998, Pietilä 1998, Pötsönen 1998). Nuorten tupakoinnin ja päihteiden käytön tutkimustuloksia syventäviä laadullisia tutkimuksia tehdään vähän (Rimpelä ym. 1999), joten jatkotutkimuksissa täytyy tähän kiinnittää huomiota.

#### **7.4 Tutkimustulosten viestejä suositukseen terveyden edistämisen kehittämiseksi Virossa**

Tätä tutkimusta ohjanneen mallin (kuvio 1, s. 55), tutkimustulosten yhteenvedon (taulukko 31, s. 122) ja jatkotutkimustehtävien (s. 133-135) perusteella esitetään suosituksia Viron terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen kehittämiseksi:

1. Yhtenä tehtävänä tällä WHO-koululaistutkimuksella on osaltaan aloittaa Virossa keskustelua monipuolisista terveyden ja terveyskäyttäytymiseen liittyvistä käsitteistä: koettu terveys, terveyskäyttäytyminen, sosiaalistumisympäristö, sosiaalistavat tekijät. Ymmärrys keskeisistä käsitteistä antaa suuntaviivat terveyskasvatukselle.

Terveyskasvatus on tieteellisiin periaatteisiin perustuva prosessi, joka kehittyy jatkuvasti, ja sen kehitys ei ole irrallaan kulttuurin muutoksista ja uudenlaisista ajattelutavoista. Terveyskasvatusta tulee kehittää yksilöllisten elämäntilanteiden, tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan esteet ja rajoitukset huomioon ottaen. Terveyskasvatuksen haasteet ovat yhteiskunta- ja kulttuurispesifejä, ja turvautuminen ainoastaan kansainvälisiin näkökulmiin ei voi tuottaa riittävää tietoa Viron erityiskysymyksissä. Tutkimusten lähtökohdat ja toteutumisedellytykset ovat erilaiset eri yhteiskunnissa, ja käytäntöä palvelevien terveysterveyskasvatusohjelmien teorioita ja teoreettisia malleja ei voida sellaisinaan siirtää yhteiskunta- ja kulttuuriympäristöstä toiseen

2. Tämä tutkimus antaa mahdollisuudet virittää keskusteluaiheita tiedeyhteisössä ja julkisuudessa viron- ja venäjänkielisten terveysterveysprofieileista ja edellyttää mm. terveysterveys- ja sosiaaliministeriöltä sekä opetusministeriöltä toimenpiteitä niiden käsittelemiseksi. Tällä hetkellä kuitenkin Virossa terveysterveyskasvatusohjelmien kehittäminen, erityisesti venäjänkielisten ohjelmien kehittäminen, on kesken (esimerkiksi Janson 1999). Terveysterveyskasvatusohjelmien tulisi ottaa huomioon kunkin väestöryhmän nuorten tietyt kulttuuri- ja käytösominaisuudet ja myös sosialisatioprosessit. Oman identiteetin säilyttäminen ja monikulttuurisen yhteiskunnan hyväksyminen kuvaavat integraatioprosesseja.
3. Terveysterveysten edistämistyön tuloksiin pääsemiseksi tarvitaan kodin, koulun ja ympäröivän yhteiskunnan, mukaan lukien joukkotiedotus, monipuolista yhteistyötä (esim. Nader 1990, Korhonen 1998, Karekivi 1999). Makrotason ongelmista johtuen (esim. Lauristin 1997, Rosengren 1997, Narusk & Hansson 1999) kehitystä on Virossa suunnattava ensin makrotasolle, minkä jälkeen sitä voidaan laajentaa mikrotasolle. Näin on mahdollista luoda yhteistyö mikro- ja makrotason välillä terveysterveyspolitiikan alueella. Tämän tutkimuksen tulokset kodin ja koulun liittymisestä terveysterveystyymiseen ja koettuun terveysterveysten antavat empiiristä tukea terveysterveystyymisen kehittämiseen. Virossa koulun ja perheen terveysterveystyymisen päämääränä olisi sellaisen tiedon jakaminen, jonka avulla nuori kykenee ymmärtämään omaa terveysterveystyymisen kasvun ja kehityksen prosessia ja sen mukaan ohjaamaan sitä omien valintojensa pohjalta. Kodeille ja kouluille tulisi kehittää myös sellaista terveysterveystyymisprojekteja, jotka mahdollistavat erityyppisten terveysterveystyymismuotojen, päätösten, valintojen ym. harjoittelun.
4. Tutkimustulokset koetusta terveysterveystyymisestä ja terveysterveystyymisestä ja siihen vaikuttavista sosiaalistavista tekijöistä antavat lähtökohdan kehittää terveysterveystyymisiä terveysterveystyymisen menetelmiä, jonka kautta pystyttäisiin vaikuttamaan suoraan nuorten uskomuk-



siin, asenteisiin ja valintoihin. Tämän avulla lapsella/nuorella pitäisi kehittyä henkilökohtainen suhde terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen. Terveyden korostaminen positiivisena elämän voimavarana ja osana arkisia valintoja sekä elämän kokonaisuutta (esim. Pietilä 1998) olisi peruslähtökohta terveyskasvatustutkimusten kehittämistyössä.

5. Tutkimuksista (Sarasma 1995) tiedetään, että Viron tutkimusyhteisön erityisenä ongelmana ovat olleet tutkijoiden puutteelliset teoreettiset ja metodologiset taidot. Terveyskasvatustutkimuksen kehittämiseen tarvitaan terveyskasvatuksen asiantuntijoiden joukko, joka tuntee terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen keskeisimpiä teorioita ja erityisesti metodologian. Tässä tutkimuksessa käytetty kvantitatiivinen menetelmä ja tutkimusongelmiin ratkaisujen löytäminen tietyillä tilastoanalyysillä ovat uutta merkityksellistä tietoa Viron terveyskasvatuksen tutkijoille. Erityisesti laajojen aineistojen hankintamenetelmien ja monimuuttujamenetelmien käyttö kyselytutkimuksissa antoivat uutta tietoa.
6. Hyvin olennaista on myös taloudellisen tuen osoittaminen terveyden edistämisen työlle, kuten taloudellinen tuki tutkimusten toteuttamiseen, oppimateriaalien tuottamiseen ja terveyskasvatuksen koulutukseen. Oppimateriaalin tuottaminen viron- ja venäjän kielellä on tarpeellinen sekä kouluille että vanhemmille.
7. Koulun terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen kehittämisessä pitäisi ottaa huomioon nuorten terveyskäyttäytymistä ja terveyttä koskevien sekä kansainvälisten että kansallisten tutkimusten tuloksia. Hyvin olennaista on seurata terveyskäyttäytymisessä ja sen yhteydessä olevien tekijöiden muutoksia (yleistymistä tai sitten vähentymistä).

## 8 ENGLISH SUMMARY

### Background

Social and cultural changes that have taken place in Estonia since 1988 have allowed increased collection and analysis of empirical data related to subjective experiences of health, as well as comparisons between members of the two language groups – Estonians and Russians. Previous studies in Estonia were mainly epidemiological (Silla et al. 1989) and differences between language groups were not discussed. However, since independence in 1991, health behaviour research in Estonia has been internationally active and adolescents' health behaviour has been considered within the framework of home, school, friends and the media. The present study draws on the theory of the socialising environment. In other words, it investigates how factors of socialisation explain both health behaviour and perceived health in adolescent youth. Adolescence is a significant phase of development, the physical, psychological and social aspects of which cannot be separated because they intertwine with and influence each other. Home and school are important sources of socialisation and development for adolescents, and they affect young people's health behaviour (Bronfenbrenner 1981, Wold 1989, Igra et al. 1996, Liimatainen-Lamberg 1993, Foxcroft & Lowe 1995, Nurmi 1995, Kronqvist 1996, Samdal 1998). This process takes place indirectly through transmission of values and attitudes and directly through the allocation of resources for health education. At the end of the 1990s school has surpassed the home in playing the key role in adolescents' development (Pietilä 1998, Karekivi 1999). Adolescents are susceptible to health problems in different stages of their growth and development, as adolescents interact with their social environment, that is, in connection with contemporary phenomena (Karvonen 1998a). Negative reports

of health may signal some kind of trouble in adolescents' immediate environment. The development of both health promoting and health deteriorating behaviour is an integrated process in adolescents' development. Along with social changes in Estonia in the 1990s, there has been evidence of increased use of alcohol (Lagerspetz 1992) and clear differences between population groups (Narusk & Hansson 1999) and Estonian- and Russian-speaking citizens (Vihalemm 1989, Janson 1999).

For the reasons mentioned above, factors of socialisation environment related to adolescents' health behaviour should be investigated in Estonia because risk behaviour may explain increasing differences among adolescents in a society experiencing rapid social changes.

### Design and procedure

The present study is one of the first of its kind in Estonia. It draws on data representing Estonian- and Russian-speaking 11, 13 and 15-year-old adolescents throughout the country. The aim of the study was to investigate perceived health, use of alcohol, smoking and physical activity, as well as socialising factors associated with them among Estonian- and Russian-speaking 11, 13 and 15-year-old adolescents. The study is part of a larger, WHO-coordinated survey, which describes school children's lifestyle from a health promotion point of view (Health Behaviour of School Aged Children - A WHO Cross-National Survey, the HBSC-Study). In addition to many European countries, also Israel, the USA, Russia and Canada participated in the study in 1998. The data used in this thesis were from the first HBSC-Study in Estonia in 1994 (n=3516, response rate 85 %, or 86 % among Estonian- and 80 % among Russian-speaking adolescents) and the data from the second HBSC-Study carried out in Estonian-speaking schools in 1998 (n=1897, response rate 63 %). The data were collected using a standardised questionnaire in school classrooms. Different statistical methods such as crosstabulations, logistic regression analysis, structural equation models (LISREL) and MCA analysis were used to analyse the data.

### Results

The results of the study concerned three fields of research: 1. perceived health and health behaviour among Estonian- and Russian-speaking adolescents, 2. the significance of socialisation environment on health behaviour and perceived health in two language groups and 3. changes in health behaviour and perceived health between 1994 and 1998 in Estonian speaking schools.

Russian-speaking school children reported in 1994 that they were very healthy (30 %) and very happy (25 %) more often than did Estonian-speaking school children (17 % and 10 %, respectively). They also had fewer symptoms

than did Estonian-speaking pupils. Estonian-speaking adolescents had tasted alcohol (76 %) and tried smoking (46 %) more frequently than Russian-speaking adolescents (67 % and 36 %, respectively) but no differences appeared regarding their current smoking and use of alcohol. There were differences between the two language groups in physical activity: Estonian-speaking adolescents spent more time exercising per week (4-6 hours or more) than their Russian-speaking age mates. Unhealthy health habits such as use of alcohol and smoking had more significant correlation with bad perceived health among Estonian-speaking than Russian-speaking adolescents.

Factors related to adolescents' home, school and friends had more significant association with their perceived health than with their health behaviour. Home, school and friends were more significantly associated with perceived health and health behaviour among Estonian-speaking than Russian-speaking adolescents. All factors related to home such as father's and mother's occupational status and economic situation of the family were associated with adolescents' experiences of being happy both among Estonian-speaking and Russian-speaking adolescents. Good economic situation of the family was also associated with adolescents' positive health experiences and physical activity. In comparison with Russian-speaking adolescents, factors related to home had especially significant association with physical activity among Estonian-speaking adolescents. Among Estonian-speaking 15-year-olds bad performance at school explained smoking and use of alcohol. It was common among adolescents who spent a lot of time outside their home with their friends to smoke, use alcohol and also to be physically active.

The associations of different factors of socialisation environment with perceived health and health behaviour among 15-year-olds were analysed using structural equation models, which showed that interrelationships between school, friends and use of intoxicants (alcohol, tobacco) were statistically significant. Moreover, spending a lot of time with friends, use of alcohol and smoking as well as bad perceived health correlated with each other. Those with lower socio-economic status tended to spend more time with friends and to exhibit bad performance at school.

Smoking, use of alcohol and physical activity had increased among adolescents in Estonian-speaking schools between 1994 and 1998. However, adolescents' subjective views of their health had become more positive. The time point of the study, age, economic situation of the family as well as father's and mother's occupational status explained adolescents' smoking, use of alcohol and experiences of being happy. Between 1994 and 1998 the differences between boys and girls in use of alcohol and smoking had narrowed considerably. Moreover, features of unhealthy health behaviour appeared also in the age group of 13-year-olds.

## Conclusion

The present study shows that the socialisation environment played a significant role in adolescents' health behaviour and perceived health. However, the degree of that significance did not become clear since the socialisation environment was described using only a few basic factors. For this reason there is need for a more profound investigation with interviews to clarify the questions or raise additional ones. For instance, the associations of variables describing school and home health education norms with health behaviour would suggest what kind of socialising processes promote and hinder the formation of adolescents' health behaviour. Further research could also investigate the significance of the socialisation environment separately among Estonian- and Russian-speaking adolescents.

The aim of the present study was to find associations that could be used in directing future health promotional activities in Estonia. The results of this study show that it is possible to arrange preventive actions by directing health education to adolescents. From the viewpoint of socialisation theory this takes place primarily at home and school and secondarily at the macro level including different health education and health promotion programmes and projects. The preventive effect brought about by health education and health promotion at school and home as well as among friends would concern matters that at a later stage might lead to health problems. Health promotion in Estonia requires co-operation between home, school and surrounding society, including the mass media.

The present study provided new information concerning adolescents from two language groups in Estonia. In this way, it encourages discussion about health culture and health profiles in these two diverse cohorts.

## 9 KOKKUVÕTE

### Sissejuhatus

Tervisekäitumist puudutavatel uurimustel on rahvusvahelisel tasandil olnud pikad traditsioonid, kusjuures erilist ja mitmekülgset tähelepanu on pööratud noorte tervisekäitumisele kodu, kooli, sõprade ja meedia seisukohast vaadatuna. Nii ka Eestis alates 1988. aastast aset leidnud ühiskondlikud, kultuurilised ja sotsiaalsed muutused on andnud tänuväärset ainet meie inimeste tervise- ja tervisekäitumisalaste kogemuste ning eesti- ja venekeelse elanikkonna vahelisi erinevusi uurivate andmete kogumisele ja analüüsimisele. Valminud on mitmed uurimused, paraku seni peamiselt vaid epidemioloogilist vaatevinklist lähtuvalt, kus eesti- ja venekeelset elanikkonda kui kaht eri rahvastikurühma teineteisest eraldatud ei ole.

Käesolevas uurimuses kasutatakse sotsiaalse keskkonna teooriat (Bronfenbrenner 1979) ja seda tervisekäitumise seisukohalt: vastust otsitakse küsimusele, mil viisil sotsialiseerumisega seonduvad tegurid nii mikro- kui makrotasandil selgitavad tervisekäitumist ja kogemusi tervisest nooruses. On ju noorus äärmiselt tähtis arenguetapp meie kõigi elus ning noorte füüsiline, psüühiline ja sotsiaalne areng on äärmiselt kompleksne nähtus, mida eri valdkondadeks jagada pole mõtet. Just kodu ja kool on kohad, mis noorsoo nii üldise kui sotsiaalse arengu protsesside taga seisavad, kusjuures needki protsessid on tervisekäitumisega seotud (Bronfenbrenner 1981, Wold 1989, Liimatainen-Lamberg 1993, Foxcroft & Lowe 1995, Nurmi 1995, Igra & Irwin 1996, Kronqvist 1996, Samdal 1998), mõjutades seda nii kaudselt väärtuste ja hoiakute, kui ka otseselt ressursside kaudu. Seejuures on oluline teada, et kool on 1990. aastatel muutunud noorte arengut mõjutades tähtsamaks kui kodu (Pietilä 1998, Karekivi 1999).

Oma arengu eri etappidel on iga noor inimene tervisealastele probleemidele aldis. Sellealased kogemused tekivad näiteks noore ja tema sotsiaalse keskkonna vahelisest seosest (Karvonen 1998a) ning negatiivsed hinnangud võivad siin olla märgiks probleemidest tema lähikeskkonnas.

Nii tervist edendava kui tervist kahjustava käitumise arenemine on noorte arenguga seotud terviklik protsess. Kuivõrd Eestis on seoses 1990. aastatel aset leidnud ühiskondlike muutustega kasvanud alkoholi tarbimine (Lagerspetz 1992) ning teravaks muutunud eri rahvuste (Narusk ja Hansson 1999) ja keelerühmade (Janson 1999) vahelised erinevused, on äärmiselt oluline teada noorte tervisekäitumisega seonduvaid sotsiaalseid tegureid. Riskikäitumine võib selgitada eri rühmadesse kuuluvate noorte vahelisi erinevusi muutusi läbi elavas riigis.

## Uurimuse eesmärk ja meetodid

Käesolev on üldse üks esimesi kogu Eesti 11-, 13- ja 15-aastasi kooliõpilasi puudutav uurimus, mille eesmärgiks on uurida noorte tervisealast enesehinnangut (subjektiivset tervist), alkoholitarbimist, suitsetamist ja kehalist aktiivsust ning nendega seonduvaid sotsiaalse keskkonna tegureid. Tegemist on ühe osaga Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt koordineeritavast kooliõpilaste uurimisest, mis käsitleb kooliõpilaste elustiili tervise vaatenurgast (Health Behaviour of School Aged Children - A WHO Cross-National Survey, the HBSC- Study). Seni viimasest, 1998. aasta uuringust, võttis osa 26 Euroopa riiki, sealhulgas Iisrael, USA, Kanada ja Venemaa.

Töös kasutatavad andmed pärinevad Maailma Tervishoiuorganisatsiooni poolt koordineeritavatest andmebaasidest. Esimene neist (n=3516, vastanuid 85 %, neist eestikeelseid vastajaid 2680, 86 % ja venekeelseid 836, 80 %) pärineb 1994. ning teine (n=1897, vastanuid eestikeelsetest koolidest 63 %) 1998. aastast. Andmed koguti ankeetküsitlust kasutades ja neid analüüsi erinevate statistiliste meetodite abil (Chi-square test, Multiple classification analysis – MCA, Logit-regression analyses, the LISREL analyses).

## Tulemused

Uurimuse ülesannete põhjal käsitleb töö kolme olulist valdkonda: subjektiivne tervis ja tervisekäitumine eesti- ja venekeelsete noorte hulgas; sotsiaalse keskkonna faktorite tähendus tervisekäitumises ja tervisekogemustes; eesti keelsete koolide noorte tervisekäitumise ja subjektiivse tervise muutused aastail 1994-1998.

Positiivsema hinnangu oma tervisele andsid aastal 1994 venekeelsed kooliõpilased (30 %/17 %), kes tundsid end ka õnnelikumatena (25 %/10 %) ning kurtsid oma tervise üle vähem kui eestikeelsed õpilased. Eesti noored omakorda olid aga vene noortest enam proovinud suitsetada (46 %/36 %) ja alkoholi maitsta (76 %/67 %). Üldises suitsetamises ja alkoholitarbimises keelerühmadevahelised erinevused puudusid. Kehaliseks aktiivsuseks leidsid rohkem aega eestikeelsete koolide õpilased, samuti olid nende hulgas omavahel statistiliselt tugevamini seotud ebatervislik käitumine (suitsetamine, alkoholitarbimine) ja halb subjektiivne tervis.

Kodu, kool ja sõbrad mõjutasid rohkem noorte tervist kui tervisekäitumist, kusjuures märgatavalt paremini selgitavad need eestikeelsete noorte tervisekogemusi. Nii eesti- kui venekeelsete noorte üldine õnnetunne oli tihedas põhjuslikus seoses kõigi kodu iseloomustavate teguritega nagu vanemate elukutse, perekonna majanduslik olukord. Perekonna hea majandusliku olukorra olemasolu viitas seejuures noorte positiivsetele tervise- ja kehalise aktiivsuse-alastele kogemustele. Huvitav on seegi, et ehkki kodu ja peret iseloomustavad tegurid ei olnud seotud noorte suitsetamise ja alkoholitarbimisega, mõjutasid need ikkagi eestikeelsete noorte kehalist aktiivsust.

Statistiliselt eriti selge oli kooli tähendus noorte tervisekogemustes. Seda näitasid kõik kooli iseloomustavad tegurid, kusjuures tugevamalt mõjutasid need eesti noori. Omavahelises põhjuslikus seoses olid õppeedukus ja suitsetamine ning alkohol. Kehtis reegel, kes õpib halvasti, teeb ka suitsu ja tarbib alkoholi. Samuti iseloomustasid suitsetamine, alkoholi pruukimine ning ka kehaline aktiivsus sõpradega palju aega veetvaid noori.

Erinevate sotsiaalse keskkonna tegurite seoseid 15-aastaste noorte tervisekogemuste ja tervisekäitumisega uuriti LISREL programmi abil. Ilmnes, et kool, sõbrad ja psühhoaktiivsete ainete (alkohol, tubakas) kasutamine olid statistiliselt teineteisega seotud – üksteisega liitusid sõpradega koos ajaveetmine, alkoholi tarbimine, suitsetamine ning negatiivsed kogemused tervisest. Tihe kodunt eemalviibimine ja halb õppeedukus seletus osalt koduse halva majandusliku olukorraga.

Perioodil 1994-1998 on eestikeelsetes koolides kasvanud nii suitsetamine, alkoholi tarbimine, kehaline aktiivsus kui ka positiivsed hinnangud tervisele. Samal ajal on märgatavalt kahanenud poiste ja tüdrukute vahelised erinevused alkoholi tarbimises ja suitsetamises ja samuti ebatervislik käitumine on nihkunud noorimatesse vanuserühmadesse. Määravamaks teguriks suitsetamises, alkoholitarbimisel ja ennast õnnelikuks tundmises osutus MCA-analüüsi põhjal uurimuse tegemise aasta, vanus, perekondlik majanduslik olukord ja vanemate sotsiaalne staatus.



## Kokkuvõte

Käesoleva uuringu tulemusena sai selgeks, et sotsialiseerumiskeskonna tähendus Eesti noorte jaoks on suur, küll aga jääb see suurus veel üsna ebaselgeks ja põhjalik uurimine seisab alles ees. Nii annaks kodu ja kooli tervisekasvatuse norme iseloomustavate muutujate ning tervisekäitumise seoste uurimine märke, missugused sotsiaalsed protsessid edendavad noorte tervisekäitumise kujunemist. Selgitamist vajab ka sotsialiseerumiskeskond ja selle tegelik tähendus nii eesti- kui ja venekeelsete noorte hulgas.

Käesoleva uuringu eesmärgiks oli selliste seoste leidmine, mille abil võiks suunata tervise edendamiseks seotud tegevust. Uuringu keskseid tulemusi hinnates võib sellealast preventiivset tegevust organiseerida nii otse noortele suunatud tervisekasvatuse kaudu (mikrotasandil *kool ja kodu*) kui kaudselt (makrotasandil *tervisekasvatuseprogramm ja terviseprojektid*). Terviseedendamine vajab kodu, kooli ja noori ümbritseva keskkonna (kaasa arvatud meedia) mitmekülgset koostööd. Loodetavasti aitab ka käesolev töö kaasa huvi tekitamisele tervisekultuuri olemuse suhtes – näiteks kahe keelerühma terviseprofiilide kaudu ja seeläbi õnnestub nende teemade käsitlemine viia sotsiaal- ja haridusministeeriumi tasandile.

Tervisekasvatuse tulevikuväljavaated on ühiskonna- ja kultuurispetsiifilised, pelk rahvusvaheliste programmide kohandamine eesti eripärastele oludele ei anna piisavat efekti. Tervisekasvatus ja terviseedendamine koolides, kodudes ja ka sõprade ringis peavad oma preventiivses käitumises tegelema eelkõige just taoliste küsimustega, mis hiljem probleemide tekkeni viia võivad.

Loodetavasti annab käesolev uurimus piisavalt ainet, jätkamaks kahe keelerühma noortevahelistest erinevustest lähtuvate tervisekultuuri- ja erinevate terviseprofiilidealaste edasiste uuringutega.

## 10 KIRJALLISUUS

- Aalberg, V. 1991. Nuoruus psykoanalyysissa. Teoksessa T. Hoikkala (toim.) *Törmäivät tulkinnat. Kirja nuorista ja nuoruudesta*. Helsinki: Gaudeamus, 233-238.
- Aalberg, V., Siimes, M. A. 1999. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi ja mieheksi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Aapola, S. 1992. Helsinkiläistyttöjen ystävyys-suhteet: ihanteina itsenäisyys, läheisyys ja monipuolisuus. Teoksessa S. Näre & J. Lähteenmaa (toim.) *Letit liehumaan. Tyttökulttuuri murroksessa*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 83-103.
- Aarø, L. E. 1988. Research on health promotion and lifestyles. Teoksessa L. Kannas & S. Miilunpalo (toim.) *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1988*. Jyväskylä: Lääkintöhallituksen julkaisuja, terveyskasvatus, Sarja Tutkimukset 8/1988, 19-32.
- Aarø, L. E., Laberg, J. C., Wold, B. 1995. Health behaviours among adolescents: towards a hypothesis of two dimensions. *Health Education Research* 10, 83-93.
- Aarø, L. E., Wold, B. 1986. Health behaviour in schoolchildren. A WHO cross-national survey. Research protocol for the second survey 1985-86. Bergen: University of Bergen, Department of Social Psychology, and Copenhagen: WHO-Euro.
- Adams, G. R., Marshall, S. K. 1996. A developmental social psychology of identity: understanding the person in context. *Journal of Adolescence*, 19, 429-442.
- Ahlström, S., Haavisto, K., Metso, L., Tuovinen, E. L. 1996. Nuorten päihteidenkäyttäjien muotokuvia. *Alkoholipolitiikka* 61, 431-445.
- Ahlström, S., Haavisto, K., Tuovinen, E. L., Metso, L. 1997. Finnish country report for the European school survey project on alcohol and drugs (ESPAD) Themes 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Ahlström, S., Kannas, L., Tynjälä, J. 1995. Kehityssuuntia nuorten eurooppalaisten juomatavoista. *Alkoholipolitiikka* 6, 427-432.
- Ahlström, S., Rimpelä, M., Rimpelä, A., Pohjanpää, K., Siivola, M. 1994. Nuoret alkoholin käyttäjinä. *Seurantaraportti 1977-1993. Alkoholipoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimusseloste* 187. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Alasuutari, P. 1997. Kvantitatiivinen menetelmä. Teoksessa V. A. Niskanen (toim.) *Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. Opiskelijan opas*. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsinki: Helsingin yliopistopaino, 114-128.
- Alep, J., Harro, M., Eensoo, D., Pärna, K., Kutsar, D., Trumm, A., Oja, U. 1998. Kaheksandate klasside õpilaste tervisliku seisundi ja enesehinnangu seos perekonna majandusliku olukorraga. Konverentsi "Tervise edendamise Eestis" ettekannete teesid. Tartu Ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 8-9.
- Allison, K. R. 1992. Academic stream and tobacco, alcohol, and cannabis use among Ontario high school students. *The International Journal of the Addictions* 27, 561-570.
- Alsaker, F. D. 1995. Is puberty a critical period for socialization? *Journal of Adolescence* (18), 427-444.
- Andressen, N., Wold, B. 1992. Parental and peer influences on leisure-time physical activity in young adolescents. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 63, 341-348.

- Anreyeva, G. M. 1991. The child in an unstable world. Teoksessa K. Helkama & K. Tolonen (toim.) Psychological issues in the political transformation of central and eastern Europe. Helsinki: University of Helsinki, Department of Social Psychology Research Reports 3, 5–11.
- Aro, S., Jylhä, M., Paronen, O. 1982. Psykosomaattiset oireet ja koettu terveys – sosiaalilääketieteellinen näkökulma. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 19, 206–211.
- Arvisto, M., Kannas, L., Roosalu, M. 1992. Noorte sportimisest. *Spordiilm* 2, 48–49
- Arvisto, M., Roosalu, M., Unger, J. 1994. Õpilane ja sport. *Haridus* 3, 42–48.
- Badura, B. 1995. What is and What Determines Health? Teoksessa U. Laaser, E. de Leeuw & C. Stock (toim.) Scientific foundations for a public health policy in Europe. *Wissenschaftliche Grundlagen für eine europäische Public Health Politik. Weinheim und München: Juventa Verlag*, 80–88.
- Bailey, S. L. 1992. Adolescents' multisubstance use patterns: the role of heavy alcohol and cigarette use. *American Journal of Public Health* 82, 1220–1224.
- Bandura, A. 1977. *Social learning theory*. New Jersey: Prentice-Hall Inc. Englewood Cliffs, 174–180.
- Barber, B. K., Olsen, J. A. 1997. Socialization in context: connection, regulation, and autonomy in the family, school, and neighborhood, and with peers. *Journal of Adolescent Research* 12, 287–316.
- Bekker, F. J., Hentschel, U., Fujita, M. 1996. Basic cultural values and differences in attitudes towards health, illness and treatment Preferences within a psychosomatic frame of reference. *Psychotherapy and Psychosomatics* 65, 191–198.
- Belobrovitseva, I. 1997. Õpetajad, lastevanemad ja õpilased vene kooli probleemidest Eestis. Teoksessa Järve, P. (toim.) *Vene noored Eestis: sotsioloogiline mosaiik. Materjalide kogumik*. Rapla: Ramona, 277–279.
- Berntsson, L. 1997. Health and well-being of children in the Nordic countries – a ten years follow-up study. 14<sup>th</sup> Nordic Congress on Social Medicine Health for all in the Nordic countries? Helsinki: Stakes, 12, 16.
- Berry, J. W. 1990. Psychology of acculturation: understanding individuals moving between cultures. Teoksessa R. W. Brislin (toim.) *Applied cross-cultural psychology*. Sage: Newbury Park, CA, 232–253.
- Berry, J. W., Poortinga, Y. H., Segall, M. H., Dasen, P. R. 1992. *Cross-cultural psychology: research and applications*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blanksby, B. A., Anderson, M. J., Douglas, G. A. 1996. Recreational patterns, body composition and socioeconomic status of Western Australian secondary school students. *Annals of Human Biology* 23, 101–112.
- Bronfenbrenner, U. 1979. *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. 1981. *Sosialisaatiotutkimus*. Espoo: Weilin + Göös.
- Bronfenbrenner, U. 1991. Kognitiivisen kehityksen ekologia: tutkimusmalleja ja pake-nevia tuloksia. *Psykologia* 26, 2–28.
- Brunell, V., Kannas, L. 1995. Elevuppfattningar om grundskolan som psykosocial och didaktisk miljö. En jämförelse mellan finlandssvenska och finska skolor. Teoksessa L. Kannas (toim.) *Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys*. Helsinki: Opetushallitus, 151–177.
- Brustad, R. J. 1993. Who will go out and play? Parental and psychological influences on children's attraction to physical activity. *Parental Exercise Science* 5, 210–223.
- Brustad, R. J. 1996. Attraction to physical activity in urban schoolchildren: parental socialization and gender influences. *Research Quarterly for Exercise and Sport* 67, 316–323.

- Bush, P., Iannotti, R. 1992. Elementary schoolchildren's use of alcohol, cigarettes and marijuana and classmates' attribution of socialization. *Drug and Alcohol Dependence* 30, 275 – 287.
- Bush, P. J., Iannotti, R. J. 1993. Alcohol, cigarette, and marijuana use among fourth-grade urban schoolchildren in 1988/89 and 1990/91. *American Journal of Public Health* 83, 111–114.
- Bäckman, G. 1992. Terveyspolitiikka Suomessa. Teoksessa O. Riihinen (toim.) *Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen*. Juva: WSOY, 533–554.
- Carlsson, J. 1996. Prevalence of headache in schoolchildren: relation to family and school factors. *Acta Paediatrica* 85, 692–696.
- Correspondence. Drinking patterns among schoolchildren. *Journal of Public Health Medicine* 14, 418–422.
- Crockett, L. J., Petersen, A. C. 1993. Adolescent development: health risks and opportunities for health promotion. *Adolescents. Opportunities new directions for the twenty-first century*. New York: Oxford University Press, 13–38.
- Currie, C. E., Elton, R. A., Todd, J., Platt, S. 1997. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO Health Behaviour in School-aged Children Survey. *Health Education Research. Theory & Practice* 12, 385–397.
- Currie, C. E., Klocke, A. 1998. Rationale for social inequalities. Teoksessa *Health behaviour in school-aged children. Research protocol for the 1997-98 survey*. A World Health Organization Cross-National Study, 64-72.
- Currie, C. E., McQueen, D. V. 1989. Unterschiede im Trink- und Rauchverhaltensmuster 15 jähriger schottischer Schulkinder. *Drogalkohol* 3, 137–148.
- Damon, W. 1988. Socialization and individuation. Teoksessa G. Handel (toim.) *Childhood socialization*. New York: Adline de Gruyter, 11–19.
- De Knop, P., Van Driessche, H., Wyllemaan, P. 1993. The role of parents in their children's sports education. Teoksessa W. Duquet, P. De Knop & L. Bollaert (toim.) *Youth sport. A social approach*. Brussel: VUBPRESS, 90–99.
- Dengler, R., Rushton, L., Roberts, H. R., Magowan, R. 1994. Results from a lifestyle survey: trent health. *Health Education Research* 9, 285–296.
- Denton, R. E., Kampfe, C. M. 1994. The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. *Adolescence*. 29, 475–495.
- De Vries, H. 1995. Socio-economic differences in smoking: Dutch adolescents' beliefs and behaviour. *International social science and medicine journal* 41, 419–424.
- Dunderfelt, T. 1997. *Elämänkaaripsykologia. Lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen*. Porvoo: WSOY.
- Earls, F. 1993. Health promotion for minority adolescents: cultural considerations. Teoksessa S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (toim.) *Promoting the health of adolescents. Opportunities new directions for the twenty-first century*. New York: Oxford University Press, 58–73.
- Eensoo, D., Harro, M., Alep, J., Pärna, K., Kutsar, D., Trumm, A., Oja, U. 1998. Suitsetamisharjumuste ja tervisliku seisundi vaheline seos Eesti kaheksandate klasside õpilastel. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise Edendamise Eestis II". Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut: Konverentsi ettekannete teesid. Tartu: AS Tartumaa trükk, 103–104.
- Eensoo, D., Harro, M., Alep, J., Pärna, K. 1998. Kooliõpilaste suitsetamisharjumus ja tervis. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise Edendamise Eestis II". Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut: Konverentsi ettekannete teesid. Tartu: AS Tartumaa trükk, 13–14.

- Eensoo, D., Harro, M., Alep, J., Kutsar, D., Trumm, A., Oja, U. 1999. Kooliõpilaste õpiedukus ja tervisekäitumine. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise edendamise Eestis III". Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut: Konverentsi ettekannete teesid. Tartu: AS Tartumaa trükk, 8.
- Eensoo, D., Saava, A., Pärna, K. 1997. Psychosocial wellbeing of schoolchildren in Estonia. 14<sup>th</sup> Nordic Congress on Social Medicine Health for all in the Nordic countries. Helsinki: Stakes, 12, 20.
- Eesti Tervisekasvatuse Keskuse tegevusstrateegia 1995–1999. 1999. <http://www.tervis.ee>
- Einasto, M. 1996. Health. Teoksessa J. B. Groggaard & J. Dietz (toim.) Estonia in the grip of change. The NORBALT living conditions project. Oslo: Forskningsstiftelsen Fafo, 49–68.
- Eitzen, D. S., Sage, G. H. 1993. Sociology of North American Sport (5<sup>th</sup> ed.). Dubuque, Iowa: Wm. C. Brown.
- Eklund, L., Rimpelä, A. 1989. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Tutkimuksen kehittämisohjelman teema-alueiden tutkimus vuonna 1988. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö suunnitteluosasto.
- Eesti inimarengu aruanne 1996 . Tallinn.
- Estonian human development report 1997 . Tallinn.
- Eskola, A. 1981. Sosiologian tutkimusmenetelmiä I. Juva: WSOY.
- Foxcroft, D. R., Lowe, G. 1995. Adolescent drinking, smoking and other substance use involvement: links with perceived family life. *Journal of Adolescence* 18, 159–177.
- Gernov, I., Kisseljova, L. 1995. The future of Russian culture in Estonia. *World Affairs* 157, 143–147.
- Glendinning, A., Hendry, L., Shucksmith, J. 1995. Lifestyle, health and social class in adolescence. *Social Science and Medicine* 41, 235–248.
- Glendinning, A., Love, J. G., Hendry, L. B., Shucksmith, J. 1992. Adolescence and health inequalities extensions to Macintyre and West. *Social Science and Medicine* 35, 679–687.
- Glendinning, A., Shucksmith, J., Hendry, L. 1994. Social class and adolescent smoking behaviour. *Social Science and Medicine* 38, 1449–1460.
- Gratton, C., Tice, A. 1989. Sports participation and health. *Leisure Studies* 8, 77–92.
- Greendorfer, S. L. 1992. Sport socialization. Teoksessa T. S. Horn (toim.) *Advances in sport psychology*. Champaign: Human Kinetics Publishers, 201–218.
- Hallman, M., Kannas, L., Tynjälä, J. 1992. Tupakka, tuoppi ja elämisen terveystyyli. Tutkimus 11–16-vuotiaiden tupakoinnista ja alkoholin käytöstä. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 61. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Haugland, S. 1997. Perceived health in adolescence – results from two Nordic countries. 14<sup>th</sup> Nordic Congress on Social Medicine Health for all in the Nordic countries? Helsinki: Stakes, 12, 29.
- Health behaviour in school-aged children. A WHO cross-national survey (HBSC) Research protocol for the 1997–98 study (1997). Edinburgh: Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edinburgh. Edinburgh.
- Heidmets, M. 1997. Mitte-eesti noorte integratsioon Eesti ühiskonda: arengurajad. Teoksessa P. Järve (toim.) *Vene noored Eestis: sotsioloogiline mosaiik*. Materjalide kogumik. Rapla: Ramona, 337–348.
- Heinemann, K. 1980. Einführung in die Soziologie des Sports. Schorndorf.
- Helve, H. 1989. Sidotaanko vai sitoutuvatko nuoret yhteiskuntaan? Sosialisaaion käsitteestä. *Nuorisotutkimus* 7, 1–17.

- Hermanson, E., Karvonen, S., Sauli, H. 1998. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa – Valtakunnalliset trendit 1990-luvulla. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tilastoraportti osa 1 ja 2.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., Narusk, A. 1997. The 1995 ESPAD report. Alcohol and other drug among students in 26 European countries The European school survey project on alcohol and other drugs. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN). Stockholm: The Council of Europe.
- Hokka, P., Mussalo-Rauhamaa, H., Palosuo, H., Uutela, A., Huhtinen, M. 1997. Ympäristö, terveys ja tulevaisuus nuorten käsityksissä. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskuksen muistioita 1.
- Holopainen, P. 1986. Pärjää ja voi hyvin - tavoitteena tupakoimattomuus. Kouluhallituksen terveystieteiden tutkimusprojekti. Helsinki: Kouluhallitus.
- Holopainen, P. 1991. Terveellinen koulu – tarvitaanko sellaista? Teoksessa E. Suomalainen (toim.) Kehittyvä kouluyhteisö. Opetushallitus. Helsinki: VAPK-Kustannus, 34–48.
- Honkala, E. 1984. Dental health habits of finnish adolescents. Kuopion yliopisto, hammaslääketieteen laitos. Lahti: Lahden kirjapaino.
- Honkasalo, M. L. 1988. Oireiden ongelma: sosiaalilääketieteellinen tutkimus oireista, niiden esiintymisestä ja merkityksestä kahta tutkimusmenetelmää käyttäen. Helsinki: Kansanterveystieteen julkaisuja M 101.
- Hurme, H. 1995. Perhe kehityksen kontekstina. Teoksessa P. Lyytinen, M. Korhonen & H. Lyytinen (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. Porvoo: WSOY, 139–156.
- Hurrelmann, K. 1988. Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Hurrelmann, K. 1989. Human development and health. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.
- Hurrelmann, K. 1990. Einführung in die Sozialisationstheorie. Über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Persönlichkeit. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Hurrelmann, K. 1991. Gesundheitswissenschaftliche Ansätze in der Sozialisationsforschung. Teoksessa K. Hurrelmann & D. Ulich (toim.) Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 189–213.
- Hurrelmann, K., Lösel, F. 1990. Basic issues and problems of health in adolescence. Teoksessa K. Hurrelmann & F. Lösel (toim.) Health hazards in adolescence. Berlin: Walter de Gruyter, 1-21.
- Hussar, V. 1996. Liikumine ja tervis. Haridus 4, 74–75.
- Huttunen, J. 1997. Kasvatustieteellinen tutkimus. Teoksessa V. A. Niskanen (toim.) Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. Opiskelijan opas. Helsinki: Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus, 130–137.
- Häggman-Laitila, A., Pietilä, A.M. 1998. Life control and health in view of qualitative and quantitative research. International Journal of Nursing Practice 4, 103-112.
- Hämäläinen, J., Kraav, I., Raudik, V. 1994. Perhekulttuurit ja vanhemmuus Suomessa ja Virossa. Vertaileva tutkimus. Kuopio: Kuopion yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos.
- Igra, V., Irwin, C E. J. 1996. Theories of adolescent risk-taking behavior. Teoksessa R. Dillemente, W. B. Hansen & L. E. Ponton (toim.) Handbook of adolescent health risk behaviour. Issues in clinical child psychology. New York and London: Plenum Press, 35–48.
- Iso-Ahola, S. E., Hatfield, B. 1986. Psychology of sports. A social psychological approach. Iowa:Wcb.

- Jackson, C., Henriksen, L. 1997. Do as I say: parent smoking, antismoking socialization, and smoking onset among children. *Addictive Behaviors*, 22, 107–114.
- Janson, T. 1999. Tervisekasvatuse olukorra tõhustamise võimalustest vene õppekeele koolides. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise edendamine Eestis III". Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Konverentsi ettekannete teesid. Tartu: AS Tartumaa trükk, 12.
- Jensen, B. B. 1991. Dealing with the action perspective in school health education. XIV World conference on health education. Helsinki: Finnish Council for Health Education.
- Jokinen, K. 1997. Uudenlainen nuoruus – uudenlainen terveys. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisussa Suomalainen strategia nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 10, 40–43.
- Jokivuori, P., Vainio, T. 1990. Sosiologian perusteet. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Juvakka, K., Lehtiranta, S., Tennberg, M. 1992. Eestiläisten nuorten ajatuksia itsenäisyydestä, eestiläisyydestä ja Eestin tulevaisuudesta keväällä 1989. Helsinki: Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen monisteita 52, 6–16.
- Järvelaid, M. 1997. Teismelises eas patsient. Reprodutiivtervise konverents, Tartu: Konverentsi paberid.
- Jöreskog, K.G., Sörbom, D. 1993. LISREL 8. User's reference guide. Chicago: Scientific Software International.
- Jylhä, M. 1985. Oman terveyden kokeminen eläkeiässä. *Acta Universitatis Tamperensis, Ser A 195*. Tampere, Tampereen yliopisto. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Kalnins, I., Ranka, I., Glazunova, J., Platkaja, E., Pukse, I., Stare, L., Damberga, P. 1995. Health for all young people in Europe: The World Health Organization cross-national study on health behaviour in school-aged children (HBSC) in Latvia. *Journal of Baltic Studies* 26, 221–243.
- Kandel, D. 1990. Parenting styles, drug use and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family* 52, 183–196.
- Kannas, L. 1979. Terveiden kutsuntaikäisten miesten terveystieteiden tarve ja sosiaalistuminen terveystietäytymiseen. Liikuntahygienian ja kansanterveyden lisensiaattityö. Jyväskylä: Kansanterveyden laitos, Jyväskylän yliopisto.
- Kannas, L. 1988. Terveystieteiden tutkimus Suomessa 1970–80-luvulla. Terveystieteen tutkimuksen vuosikirja. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveystieteen tutkimus. Sarja tutkimukset 8, 63–82.
- Kannas, L. 1992. Terveystieteen tutkimus- ja koulutusala sekä arjen käytäntönä. *Aikuiskasvatusta* 12, 68–76, 127
- Kannas, L. 1995. Kohti terveyttä edistävää koulua. Teoksessa L. Kannas (toim.) Koululaisten kokemus terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. Helsinki: Opetushallitus, 9–14.
- Kannas, L., Brunell, V., Tynjälä, J. 1995. Subjektiv hälsa och hälsovanor: uppfattningar bland finlandssvenska 11-15-årige skolelever. Teoksessa L. Kannas (toim.) Koululaisten kokemus terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. WHO-koululaistutkimus. Helsinki: Opetushallitus, 45–64.
- Kannas, L., Harju-Kivinen, R., Tynjälä, J. 1997. Suomalaiset nuoret tupakoivat yleisemmin kuin muualla Euroopassa. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisussa Suomalainen strategia nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 10, 21–27.
- Kannas, L., Kontula, O. 1993. Tupakka, alkoholi ja huumeet koululaisten arjessa. Eripainos Koulutus 1993 -julkaisusta. Koulutus-sarja 7. Helsinki. Tilastokeskus, 275–283.

- Kannas, L., Tynjälä, J. 1998. WHO-Koululaistutkimus 1986–1998: Liikunta myötätulessa nuorten arjessa. *Liikunta ja Tiede* 4, 4–10.
- Kannas, L., Vuolle, P. 1989. Sind Leistungs- und Freizeitsportler gegen die Anfechtungen des Alltags gefeit? *Drogalkohol* 3, 149–162.
- Kaplan, L. 1982. Nuoruus – hyvästijätö lapsuudelle. Keuruu: Otava.
- Karekivi, L. 1999. Ehkä en kokeilisikaan, jos... Tutkimus ylivieskalaisten nuorten tupakoinnista ja päihteidenkäytöstä ja niihin liittyvästä terveyskasvatuksesta vuosina 1989–1998. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social research* 154. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kariis, T. 1995. Viron alkoholiolot muuttuneet huolestuttavaan suuntaan. *Alkoholipolitiikka* 60, 71–76.
- Kariis, T. 1997. Sõltuvusained ja noored. Reproduktiivtervise konverents. Tartu: Ettekande teesid, 2.
- Karvonen, J. S. 1989. Sukupuoli, sosioekonominen asema ja nuorten oireet. *Sosiologian pro gradu -tutkielma*. Helsingin yliopisto.
- Karvonen, S. 1998a. Kasvuoheitoja vai elämänvaihe:näkökulmia nuorten ja lasten terveyteen. Teoksessa O. Rahkonen & E. Lahelma (toim.) *Elämänkaari ja terveys*. Tampere: Tammer-Paino Oy, 66–82.
- Karvonen, S. 1998b. Päihteiden käyttö. Teoksessa E. Hermanson, S. Karvonen & H. Sauli (toim.) *Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa – Valtakunnalliset trendit 1990-luvulla*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tilastoraportti 2, 104–107.
- Karvonen, S., Rimpelä, A. 1995. Nuorten tupakoinnin alue-erot ja niiden taustalla olevat tekijät. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 32, 113–123.
- Karvonen, S., Rimpelä, A., Rimpelä, M. 1991. Tupakka, alkoholi ja huumeet – kohti moderneja käyttötapoja? Teoksessa J. Lähteenmaa & L. Siurala (toim.) *Nuoret ja muutos. Tutkimuksia 177*. Helsinki: Nuorisotutkimusseura, 147–154.
- Karvonen, S., Rimpelä, A., Rimpelä, M. 1995. Sukupolvien välinen sosiaalinen liikkuvuus ja terveyttä vaarantava käyttäytyminen nuorilla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 32, 381–382, abstrakti.
- Kasmel, A. 1996. Dimensions of health behaviour in cross-cultural context. The studies of health behaviour among Estonian and Finnish adult population 1994. Bergen: University of Bergen. Unpublished thesis.
- Keltikangas-Järvinen, L. 1995. Hyvä itsetunto. Juva: WSOY.
- Kepler, K. 1994. Virolaisten ja suomalaisten 11–15-vuotiaiden koululaisten koettu terveys ja psykosomaattiset oireet. WHO-Koululaistutkimus Viro-Suomi vertailu. *Terveyskasvatuksen laudaturtyö*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, terveystieteen laitos.
- Kera, S. 1995a. Sotsiaalne valmidus kui õpilaste toimetuleku eeldus. Arenev isiksus muutuvast maailmas. Tartu Ülikooli Pedagoogikakeskus, Eesti Akadeemiline Pedagoogika Selts. *Eesti Lugemise Ühing. Konverentsi teesid*, 22–23.
- Kera, S. 1995b. Sotsiaalse kompetentsuse valmidus. Eesti põhikooli lõpetaja ja tema eakaaslane teistes riikides. Tallinna Pedagoogikaülikool, Kasvatusteaduste õppetool, *Arengu-uuringute labor*, 80–102.
- Kiili, M. 1995. Eesti murdealiste turvalisus ja seda mõjutavad tegurid. Tartu ülikool. Pedagoogika osakond. Magistritöö.
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., Harel, Y. 1996. The health of youth. A cross-national survey. WHO Regional Publications, European Series 69. Copenhagen World Health Organization: Europe cop.



- Kirch, M., Kirch, A. 1995. Ethnic relations: estonians and non-estonians. Nationalities papers 23 (1) Association for the study of nationalities of eastern Europe and ex-USSR, 43–59.
- Kirch, A., Kirch, M. 1997. Vene noorte etnilise ja kultuurilise identiteedi muutused. *Haridus 2*, 22–26.
- Kivimets, M. 1998. 15-aastaste eesti ja vene koolide õpilaste kooli atmosfäär, sotsiaalsed suhted ja kehaline aktiivsus aastatel 1994 ja 1997. Tartu: Tartu ülikool, Kehakultuuriteaduskond.
- Klerman, L. 1993. The influence of economic factors on health-related behaviors in adolescents. Teoksessa S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (toim.) Promoting the health of adolescents. Opportunities new directions for the twenty-first century. New York: Oxford University Press, 38–58.
- Knutgård, H. 1999. We have to meet young people where they are – in new social context and youth cultures. Teoksessa V. Puuronen (toim.) Youth in everyday life contexts. Joensuu: University of Joensuu. Department of Psychology. Psychological reports, 229–248.
- Korhonen, J. 1998. Terveyskasvatuksen ja terveystiedon opetussuunnitelmat sekä näkökohtia niiden kehittämiseksi. Jyväskylä: Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 8. Jyväskylän yliopisto.
- Koskinen, S. 1997. Väestöryhmien väliset terveysterveys- ja muut hyvinvointierot. Tutkimusohjelman taustaselvitys. Suomen Akatemian julkaisuja 3. Helsinki: Edita.
- Kouluterveyskysely 1999. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. URL:<http://www.stakes.fi/vye//kt99.htm> (6.5.1999)
- Kraav, I. 1999. Tervisekasvatus inimeseõpetuse komponendina Eesti üldhariduskoolis. [www.ut.ee/tervis](http://www.ut.ee/tervis).
- Kronqvist, E. L. 1996. Identiteetin kehitys kaksikulttuurisessa kontekstissa – tutkimus saksalais-suomalaisien nuorten identiteetistä. Oulu: Kasvatustieteiden tiedekunta, Oulun yliopisto. Lisensiaatintutkimus.
- Kruusvall, J. 1997. Rahvusprobleemid rahva pilgu läbi 1994. Teoksessa P. Järve (toim.) Vene noored Eestis: sotsioloogiline mosaiik. Materjalide kogumik. Rapla: Ramona, 117–130.
- Kuchma, V. R., Sukhanova, M. N., Kamechkina, H. A., Karetina, S. A. 1996. Izuchenie vliianiia obrazazhizni na fizicheskoe razvitie i sostoiianie zdoroviia schkolnikov. *Gigiena i sanitarija 1*, 27–28.
- Kull, M. 1993. Keskkooli õpilaste tervise-alane enesehinnang ja selle seos kehalise fitnessiga. Tartu: Tartu ülikool, Kehakultuuriteaduskond.
- Kunttu, K. 1997. Korkeakouluopiskelijoiden terveysterveystyminen ja sosiaaliset suhteet. Helsinki: Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia.
- Kuusela, S. 1997. Oral health behaviour in adolescence. Helsinki: Institute of Dentistry, Faculty of Medicine, University of Helsinki.
- Kuznetsov, I. V. 1996. Problema borby s kureniiem schkolnikov. *Gigiena i sanitarija 1*, 47–48.
- Laakso, L. 1981. Lapsuuden ja nuoruuden kasvuympäristö aikuisiän liikunta-harrastusten selittäjänä: retrospektiivinen tutkimus. *Studies in Sport, Physical Education and Health 14*. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Laakso, L., Vuolle, P. 1980. Liikunnan toteutumiseen vaikuttavista yksilöllisistä ja yhteiskunnallisista tekijöistä. Teoksessa E. Heikkinen & I. Vuori (toim.) Liikunta ja terveysterveys. Helsinki: Tammi, 269–281.

- Lagerspetz, M. 1992. Changing problems in a re-emerging state. Teoksessa J. Simpura & C. Tigerstedt (toim.) Social problems around the baltic sea. Report from the Baltica Study. NAD Publication. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research 21, 23–39.
- Lagerspetz, M. 1993. Alkoholi ja huumeet Virossa. Alkoholipolitiikka 58, 277–281.
- Lahelma, E. 1992. Terveystilanteen tutkimuksen kohteena. Teoksessa A. Karisto, E. Lahelma & O. Rahkonen (toim.) Terveystieteologia. Helsinki: WSOY, 191–207.
- Lahikainen, A., Kraav, I., Kirmanen, T., Maijala, L. 1995. Lasten turvattomuus Suomessa ja Virossa. 5–12-vuotiaiden lasten huoltien ja pelkojen vertaileva tutkimus. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 25.
- Laidmäe, V. I. 1995. Health and health-care. Teoksessa A. Narusk, (toim.) Every-day life and radical social changes in Estonia. A sociological-empirical overview of changes in Estonians' life values, attitudes, living conditions and behaviour during the transition from Soviet to post-Soviet. Estonian Academy of Sciences Institute of International and Social Studies. Tallinn: Eesti Teaduste Akadeemia Kirjastus, 18–28.
- Laidmäe, V. I. 1997a. Majanduslike muutuste mõju eestimaalaste tervisele ja toidulauale. Akadeemia 11, 2376–2404.
- Laidmäe, V. I. 1997b. Tervis – eluga toimetuleku oluline eeldus. Eesti Arst 4, 351–357.
- Laidmäe, V. I. 1998. Eestimaalased on stressis. Haridus 1, 13–17.
- Lamb, K. L., Dench, S., Brodie, D. A., Roberts, K. 1988. Sports participation and health status: a preliminary analysis. Social Science and Medicine 27, 1309–1316.
- Lamb, K. L., Roberts, K., Brodie, D. A. 1990. Self-perceived health among sports participants and non-sports participants. Social Science and Medicine 31, 963–971.
- Landör, A.; Täll, S.; Ignatjeva, N. 1997. Kehaline aktiivsus kui kardiovaskulaarsete haiguste riskifaktor. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise edendamise Eestis". 17.-18. aprill 1997. Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Konverentsi ettekannete teesid. Tartu: AS Tartumaa trükk, 22–24.
- Laurila, A. 1992. Perhe vaikuttaa nuoren psykosomaattisiin oireisiin. Allergia 3, 16–17.
- Lauristin, M. 1997. Context of transition. Teoksessa M. Lauristin (toim.) Return to the western world: cultural and political perspectives on the Estonian post-communist transition. Tartu: Tartu University Press, 25–40.
- Lehtinen, V., Alanen, Y., Anttinen, E., Eerola, K., Lönnqvist, J., Pylkkänen, K., Taipale, V. 1989. Sosiaalipsykiatria. Helsinki: Tammi.
- Lehtinen, V., Väisänen, E. 1984. Epidemiologisia näkökohtia psykosomaattisista sairauksista. Teoksessa K. Achte (toim.) Psykosomaatiikka. Keuruu: Otava, 51–55.
- Leonard II, W. M. 1991. Socialization into an avocational subculture. Journal of Sport Behavior 14, 169–187.
- Leonard II, W. M. 1993. A sociological perspective of sport (4<sup>th</sup> ed.). Illinois State University. New York: Macmillan.
- Lepane, L. 1991. Russians and the social conditions in Estonia. Teoksessa: K. Helkama & K. Tolonen (toim.) Psychological issues in the political transformation of central and eastern Europe. Helsinki: University of Helsinki, Department of Social Psychology Research Reports 3, 92–102.
- Liegle, L. 1991. Kulturvergleichende Ansätze in der Sozialisationsforschung. Teoksessa K. Hurrelmann & D. Ulich (toim.) Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 215–317.
- Liimatainen-Lamberg, A. E. 1993. Changes in student smoking habits at the vocational institutions and senior secondary schools and health education. Studies in Sport, Physical Education and Health 30. Jyväskylä: University of Jyväskylä.

- Liimatainen-Lamberg, A. E. 1999. Opiskelijoiden tupakointi ja terveystkasvatus ammatillisissa oppilaitoksissa ja lukioissa. Helsinki: Opetushallitus.
- Lilienberg, K., Saava, M., Aasvee, K. 1997. Ateroskleroosi põhiliste riskifaktorite hindamine Tallinna 10–14 a koolilastel. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise edendamise Eestis". Konverentsi ettekannete teesid. Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 28–29.
- Lindner, K. J., Johns, D. P., Butcher, J. 1993. Parental social and economic status of dropouts from various competitive sports. Manuscript.
- Lintonen, T. 1998. Tupakointi ja päihteiden käyttö 1990-luvulla. Kouluterveys 2002-tiedotuslehti 6, 22–23.
- Lipand, A., Kasmel, A., Tasa, E., Leinsalu, M., Uutela, A., Puska, P., Helakorpi, S. 1994. Eesti täiskasvanud elanikkonna terviseuuring. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Lissitsina, S., Noorlind, J., Mordvinova, H., Evve, V. 1999. Ida-Virumaa kooliõpilaste tervisliku seisundi ja seda mõjutavate õppimistingimuste hinnang. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise edendamise Eestis III". Konverentsi ettekannete teesid. Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 31.
- Luiga, E. 1994. Meie ja meie lapsed – õpilast ohustavad riskitegurid. Kodutohter 4, 11–12.
- Luiga, E. 1999. Tobacco use trends among adolescents in Estonia 1988–1996. Teoksessa X. Bosch (toim.) A smoke-free 21-st century called for. Lancet 03/13/99.
- Lähtenmaa, J., Näre, S. 1992. Tyttötkimikuksen palmikkoja punomassa. Teoksessa S. Näre & J. Lähtenmaa (toim.) Letit liehumaan. Tyttötkulttuuri murroksessa. Tampere: Tammer-Paino Oy, 9–25.
- Lämsä, A. 1980. Koululaisten tupakointi peruskoulun ala- ja yläasteella. Tutkimus. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Lämsä, A. 1984. Terveyttä edistävä kasvuympäristö. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveystkasvatustutkimuksen vuosikirja. Sarja Tutkimukset 1. Lääkintöhallitus. 1987. II Terveellisten liikuntatottumusten edistäminen. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveystkasvatus. Sarja tilastot ja selvitykset 3.
- Läärä, E. 1994. Tilastollisen tutkimuksen raportointi. Teoksessa H. Tähti & I. Rantala (toim.) Lääketieteellinen viestintä. Tampere: Tampere Universitatis Press, 53–68.
- Läärä, E., Lammi, S. 1989. Tilastotieteen perusteet lääketiedettä ja lähialoja varten. Kuopio: Kuopion yliopiston ylioppilaskunta.
- Mackenbach, J. P. 1992. Socio-economic health differences in the Netherlands: a review of recent empirical findings. Social Science and Medicine 34, 213–226.
- Maiste, E., Matsin, T., Täll, S., Aule, R. 1997. Tütarlaste liikumisvaeguste mõningatest põhjustest. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise edendamise Eestis". Konverentsi ettekannete teesid. Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 33–34.
- Mardi, R. 1999. Eesti rahva negatiivne iive ja võimalused selle parandamiseks. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise edendamise Eestis III". Konverentsi ettekannete teesid. Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 34–35.
- Maser, M., Kepler, K., Tasa, E., Kannas, L. 1995. Õpilaste hinnang oma tervisele. Haridus 2, 75–78.
- Maser, M., Tasa, E., Kepler, K., Kannas, L. 1993. Eesti Koolilaste Eluviisi Uuring. Jyväskylä 1993.
- McCubbin, H.I., Needle, R.H., Wilson, M. 1985. Adolescent health risk behaviours: family stress and adolescent coping as critical factors. Family Relations 34, 51–62.

- McPherson, B. D. 1981. Socialization into and through sport involvement. Teoksessa G. R. F. Lüschen & H. Sage (toim.) Handbook of social science of sport. Champaign: Stipes Publishing Company, 246–269.
- McPherson, B. D., Curtis, J. E., Loy, J. W. 1989. The social significance of sport: an introduction to the sociology of sport. Champaign, Illinois: Human Kinetics Books.
- McQueen, D. 1988a. Research in health behaviour, health education and health promotion: A critical review. Teoksessa L. Kannas (toim.) Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1988. Tampere: Lääkintöhallitus, 11–17.
- McQueen, D. 1988b. Directions for research in health behaviour related to health promotion: an overview. Teoksessa R. Anderson, J.K. Davies, I. Kickbush, D.V. McQueen & J. Turner (toim.) Health behaviour research and health promotion. Oxford: Oxford University Press, 251–265.
- Mehilane, L. 1999. Õpilaste vaimset tervist mõjutavad tegurid. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise edendamise Eestis III". Konverentsi ettekannete teesid. Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 38–39.
- Meinberg, E. 1991. Hauptprobleme der Sportpädagogik. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft, 180–185.
- Meltaus, A., Pietilä, A. M. 1998. Perheidentiteetti ja nuoren elintapavalinnat: Interventtiivinen haastattelumenetelmä perheen vahvuuksien arvioinnissa. Hoitotiede 10, 279–288.
- Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L., Hallet, A. J. 1996. A meta-analytic review of research on hostility and physical health. Psychological Bulletin 119, 322–348.
- Moilanen, L. 1986. Lasten koetun terveyden käsite ja sen mittaaminen. Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti 23, 326–327.
- Moore, L., Lombardi, D. A., White, M. J., Campell, J. L., Oliveria, S. A., Ellison, R. C. 1991. Influence of parents physical activity levels on activity levels of young children. Journal of Pediatrics 118, 215–219.
- Mota, J., Queiros, P. 1996. Childrens behavior. Physical activity regarding parents perceptions vs. Childrens activity. International Review for the Sociology of Sport. 31, 173–183.
- Mäki-Kulmala, A. 1989. Nuoruus on nuoruus: kirjoituksia nuoruudesta, kulttuurista, yhteiskunnasta ja tutkimuksesta. Jyväskylä : Gummerus.
- Mäki-Kulmala, A. 1993. Initiaatio ja alakulttuuri. Acta Universitatis Tamperensis 383, Tampere, Tampereen yliopisto. Vammala: Vammalan kirjapaino.
- Myllykangas, M. 1992. Myytti terveydestä. Sosiaali- ja terveystieteiden lehti Dialogi 2, 10–13.
- Nader, P. R. 1990. The concept of "comprehensiveness" in the design and implementation of school health programs. Journal of School Health 4, 133–138.
- Narusk, A. 1992. Transmission of drinking habits within the family. Contemporary Drug Problems/Winter 1991, 645–671.
- Narusk, A. 1994. Murrangulised 80-ndad ja 90-ndad aastad Eestis: Töö, kodu ja vaba aeg. Tallinn- Helsinki.
- Narusk, A. 1995. In lieu of a conclusion. Or what helps Estonians to be satisfied with their lives? Teoksessa A. Narusk (toim.) Every-day life and radical social changes in Estonia. A sociological-empirical overview of changes in Estonians' life values, attitudes, living conditions and behaviour during the transition from Soviet to post-Soviet. Estonian Academy of Sciences Institute of International and Social Studies. Tallinn: Eesti Teaduste Akadeemia Kirjastus, 93–101.

- Narusk, A. 1996. Noored ja uimastid. ESPAD ja 15–16-aastaste kooliõpilaste alkoholi ja narkootikumide kasutamise uurimus "Õpilane 95" Eestis. Tallinn: Akadeemia trükk.
- Narusk, A., Hansson, L. 1999. Estonian families in the 1990s: winners and losers. Institute of International and Social Studies. Tallinn: Estonian Academy Publishers.
- Narusk, A., Pulkkinen, L. 1994. Parental relationship and adolescents' conceptions of their interaction with significant others. *European Journal of Psychology of Education* 9, 203–213.
- Nissinen, A., Kauhanen, J., Myllykangas, M. 1994. Kansanterveystiede. Porvoo: WSOY.
- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J., Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyyysi. Porvoo: WSOY.
- Nupponen, H. 1997. 9-16-vuotiaiden liikunnallinen kehittyminen. Jyväskylä: LIKES-Research Reports on Sport and Health 106.
- Nupponen, H., Telama, R. 1998. Liikunta ja liikunnallisuus osana 11–16-vuotiaiden eurooppalaisten nuorten elämäntapaa. Liikuntakasvatuksen julkaisuja 1. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Liikuntakasvatuksen laitos, Liikuntakasvatuksen tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Nurmi, J. E. 1995. Nuoruusiän kehitys: etsintää, valintoja ja noidankehiä. Teoksessa P. Lyytinen, M. Korkiakangas & H. Lyytinen (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. Porvoo: WSOY, 256–271.
- Nutbeam, D., Aarø, L. 1991. Smoking and pupil attitudes towards school: the implications for health education with young people. Result from the WHO study of health behaviour among schoolchildren. *Health Education Research* 6, 415–421.
- Orn, J. 1995. Eesti põhikooli lõpetaja ja tema eakaaslane teistes riikides. Tallinna Pedagoogikaülikool, Kasvatusteaduste õppetool, Arengu-uuringute labor, 4–50. Tallinn: Tallinna Pedagoogiline ülikool.
- Padaiga, Z. 1995. Prevention of the risk factors of non-communicable diseases among 8–16 year old Lithuanian schoolchildren. Kuopio: Department of Community Health and General Practice. University of Kuopio.
- Papp, K. 1997. Knowledge of sexual issues, moral beliefs, and sexual experiences among adolescents in Estonia and Finland. National Research and Development Centre for Welfare and Health. Research Reports 82. University of Helsinki, Department of Public Health, University of Turku Department of Obstetrics and Gynecology. Jyväskylä: Gummerus.
- Pappel, K. 1994. Õpilaste toitekäitumise uurimine. *Haridus* 3, 71–75.
- Patriksson, G. 1995. The significance of sport for society. Health, socialisation, economy. Teoksessa I. Vuori, P. Fentem, B. Svoboda, G. Patriksson, W. Andreff & W. Weber (toim.) The significance of sport for society. Health, socialisation, economy. Committee for the Development of Sport (CDDS). Strasbourg: Council of Europe Press, 111–134.
- Pavelson, M. 1997. Noored mitte-eestlased: seisund ja integreerumise perspektiiv. Teoksessa P. Järve (toim.) Vene noored Eestis: sotsioloogiline mosaiik. Materjalide kogumik. Rapla: Ramona, 219–234.
- Pedaste, M. 1999. Suitsetamine ja noored. <http://www.ut.ee/pedaste>
- Peltonen, J. 1997. Sosialisaatio ja kasvatus empiirisen tutkimuksen näkökulmasta. Teoksessa P. Siljander (toim.) Kasvatus ja sosialisaatio. Tampere: Gaudeamus, 14–27.
- Perry, C. L., Kelder, S. H., Komro, K. A. 1993. The social world of adolescents: Families, peers, schools, and the community. Teoksessa S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (toim.) Promoting the health of adolescents. Opportunities new directions for the twenty-first century. New York: Oxford University Press, 73–97.

- Perry, C. L., M. J. Stauffer 1996. Tobacco use. Teoksessa H. DiClemente, B. William & L. E. Ponton (toim.) Handbook of adolescent health risk behavior. Issues in clinical child psychology. New York and London: Plenum Press, 53–74.
- Phongsavan, P. 1998. Determinants of adolescent health-related behaviours in South Western Sydney: A longitudinal study, 1994–1997. University of New South Wales.
- Pickin, C., Leger, S. 1994. Terveystarpeet ja elämänkaari. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiön julkaisu.
- Pietilä, A M. 1994. Elämänhallinta ja terveys. Pitkittäistutkimus pohjoissuomalaisilla nuorilla miehillä. Hoitotieteen laitos, Kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D323. Oulu: Oulun yliopisto.
- Pietilä, A M. 1998. Nuoren terveys ja elämäntilanne terveyden edistämisen näkökulmasta. Lähtökohtien pohdintaa ja empiirisiä esimerkkejä. Teoksessa T. Parviainen & M. Pelkonen (toim.) Yhteisöllisyys – avain parempaan terveyteen. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 115–135.
- Pietilä, A M. 1999. Perhe nuoren kontekstina: vanhempien ja nuorten väliset sosiaaliset suhteet ja vanhempien voimavarat. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Perhe hoitotyössä teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo: WSOY, 5–31.
- Poikolainen, K. 1994. Paljonko potilaani juo? Duodecim 110, 870–876.
- Poskiparta, M., Kannas, L., Tynjälä, J. 1989. Suomalaisten ja norjalaisten nuorten lääkkeiden käyttö ja sen yhteydet koettuun terveydentilaan, erilaisiin terveystottumuksiin ja elinolosuhteisiin. Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja, terveyskasvatus, sarja tutkimukset 16, 129–142.
- Predtechenskaya, N. V., Golder, E. V. 1996. The attitude of schoolchildren and students to smoking, alcohol and drugs in Karelian republic. Teoksessa V. Puuronen (toim.) Youth in changing societies. Joensuu: University of Joensuu, Bulletins of the Faculty of Education, 58, 41–47.
- Pulkkinen, L. 1984. Nuoret ja kotikasvatus. Otava: Keuruu.
- Pulkkinen, L. 1988. Nuoren aikuisen elämänrakenne. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 293.
- Pulkkinen, L. 1990. Nuoret – tulevaisuuden voimavara Suomessa ja Virossa? Nuorisotyö 5–6, 7.
- Pulkkinen, L. 1997. Miten saada lapsi ja nuori mieltämään terveys tärkeäksi ja tavoitteelliseksi elämänarvoksi? Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa Suomalainen strategia nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 10, 28–34.
- Pungits, S. 1998. Narkomaaniakäitumine spordiga tegelevate ja spordiga mittetegelevate Tallinna, Tartu ja Lõuna-Eesti maakoha 10. ndate klasside noorte seas. Tartu: Tartu ülikool, Kehakultuuriteaduskond.
- Põld, T. 1994. Health education in Estonia. Tallinn: Department of Public Health. Ministry of Social Affairs.
- Põlluste, K. 1998. Eesti rahva tervis. Tartu: AS Tartumaa trükk.
- Pärna, K. 1997. Smoking and associated factors among adolescents in Tallinn. Tartu: University of Tartu, Department of Public Health.
- Pärna, K. 1998. Suitsetamisharjumused ja nende kujunemine Tallinna kooliõpilaste seas. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise Edendamise Eestis II". Konverentsi ettekannete teesid. Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 63–64.

- Pärna, K. 1999. Gender differences in smoking habits among adolescents in Estonian- and Russian-speaking schools in Estonia. Teoksessa X. Bosch (toim.) A smoke-free 21 -st century called for. *Lancet* 03/13/99.
- Pärna, K., Mussalo-Rauhamaa, H. 1999. Suitsetamine Eesti ja Soome kooliõpilaste seas. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise Edendamine Eestis III". Konverentsi ettekannete teesid. Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 47.
- Pärna, K., Eensoo, D., Saava, A. 1997. Suitsetamisharjumused võrdlevalt Tartu ja Tallinna kooliõpilaste seas. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise Edendamine Eestis". Konverentsi ettekannete teesid. Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 40–41.
- Pötsönen, R. 1995. Nuorten biologinen kypsyminen ja seksuaalinen kokeneisuus koulun terveyskasvatuksen haasteena. Teoksessa L. Kannas (toim.) Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. Helsinki: Opetushallitus, 15–31.
- Pötsönen, R. 1998. Naiseksi, mieheksi, tietoiseksi. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 59. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Radziszewska, B., Richardson, J. L., Dent, C. W., Flay, B. R. 1996. Parenting style and adolescent depressive symptoms, smoking and academic achievement: ethnic, gender and SES differences. *Journal of Behavioral Medicine* 19, 289–305.
- Rahkonen, O. 1988. Terveys ja sukupuoli. Tutkimus sukupuoli- ja sosiaaliryhmittäisistä eroista erityisesti nuorten terveydessä ja terveystietoisuudessa. Sosiaalipolitiikan lisenäntintyö. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Rahkonen, O. 1994. Terveystila ja terveystietoisuus. Sukupuoli- ja sosiaaliluokkaerot nuorissa ikäryhmissä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Tutkimuksia 36. Helsinki: Helsingin yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos.
- Rahkonen, O., Ahlström, S. 1989. Trends in drinking habits among Finnish young from 1973 to 1987. *British Journal of Addiction* 84, 1075–1083.
- Rahkonen, O., Ahlström, S., Karvonen, S. 1992. Nuorten alkoholin käyttö, terveydentila ja elämäntyylin kuluttavuus. *Alkoholipolitiikka* 57, 169–178.
- Rahkonen, O., Ahlström, S., Karvonen, S. 1993. Drinking, self-reported health and strenuous life-style among young people in Finland. *Addiction Research* 1, 169–176.
- Rahkonen, O., Hemminki, E. 1988. Vitamiinien ja vahvistavien lääkkeiden käyttö nuorten keskuudessa 1980-luvulla. Terveystieteiden tutkimuksen vuosikirja, 127–139. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Rannamäe, A., Kariis, T., Allikmets, L., Jänes, V., Allikmets, E. 1994. First draft report on drug demand reduction in Estonia. Manuscript.
- Rantanen, P. 1989. Perhenäkökulma nuorten oireisiin. *Acta Universitatis Tamperensis* 279. Tampere, Tampereen yliopisto, Kansanterveystieteen laitos. Vammala: Vammala paino.
- Raudik, V. 1996. Põneva elu väärtustamine vähendab kaitsetustunnet. *Haridus* 4, 25–28.
- Raudsepp, L., Viira, R. 1998. Sotsiaalsete faktorite ja lapsevanemate kehalise aktiivsuse mõju 12–15-aastaste kooliõpilaste kehalisele aktiivsusele. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise Edendamine Eestis II". Konverentsi ettekannete teesid Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 73–74.
- Rauste-von Wright, M., von Wright, J. 1981. A longitudinal study of psychosomatic symptoms in 11–18 year old girls and boys. *Journal of Psychosomatic Research* 25, 525–534.

- Rimpelä, A. 1998. Heikkeneekö koululaisten terveys? – vuosien 1996 ja 1998 vertailua. *Kouluterveys 2002-tiedotuslehti* 6, 11–12.
- Rimpelä, A., Karvonen, S., Pohjanpää, K. 1995. Suurten ja keskisuurten kaupunkien 14–18-vuotiaiden nuorten terveystottumus- ja riskitottumusprofiilit. Nuorten terveystapa tutkimus 1977–1993. Helsinki: Terveyskasvatuksen keskuksen julkaisusarja 3.
- Rimpelä, A., Rimpelä, M., Vikat, A., Ahlström, S., Huhtala, H., Lintonen, T. 1997. Nuorten terveystapatutkimus: Tupakointi ja päihteet 1977–1997. Helsinki: Stakes, Aiheita 28.
- Rimpelä, A., Vikat, A., Rimpelä, M., Lintonen, T., Ahlström, S., Huhtala, H. 1999. Nuorten terveystapatutkimus 1999. Tupakoinnin ja päihteiden käytön muutokset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus 18.
- Rimpelä, M., Karvonen, S., Rimpelä, A. 1990. Nuorten terveys ei edistynyt 80-luvulla. *Suomen Lääkärilehti* 45, 1781–1786.
- Rimpelä, M., Luopa, P., Jokela, J., Huhtala, H., Liinama, A., Kosunen, E., Koskinen, M., Rimpelä, A., Siivola, M. 1996. Kouluterveys 1996-tutkimus: Muuttuiko nuorten tupakointi tupakkalain muuttuessa? Luokkakysely peruskoulujen 8. ja 9.luokkien oppilaille Keski-Suomen läänissä ja Turussa 1995 ja 1996. Jyväskylä . Moniste.
- Rimpelä, M., Rimpelä, A., Karvonen, S. 1990. Nuorten terveystapatutkimus. Koulumenestyksellä kahdensuuntainen vaikutus 16–18-vuotiaiden terveyteen? *Suomen Lääkärilehti* 25, 2149–2152.
- Rimpelä, M., Rimpelä, A., Vikat, A., Hermanson, E., Kaltiala-Heino, R. K., Kosunen, E., Savolainen, A. 1997. Miten nuorten terveys on muuttunut 20 vuoden kuluessa? *Suomen Lääkärilehti* 24, 2705–2712.
- Roosalu, M., Külvi, E., Mihkels, K. 1996. Tubakas ja alkohol öpilaste igapäevaelus. *Haridus* 1, 51–52.
- Roosalu, M., Unger, J. 1994. Tervis ja meie öpilased. *Õpetajate leht* 18, 4.
- Rosengren, K. E. 1997. Culture in society: agency and structure, continuity and change. Teoksessa M. Lauristin (toim.) Return to the western world: cultural and political perspectives on the Estonian post-communist transition. Tartu: Tartu University Press, 9-25.
- Ruoppila, I. 1995. Lapsuudesta nuoruuteen. Teoksessa P. Lyytinen, M. Korhakangas & H. Lyytinen (toim.) Näkökulmia kehityopsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. Porvoo: WSOY, 157–158.
- Rubel, A. J., Garro, L. C. 1992. Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. *Public Health Reports* 107, 626–636.
- Ruokkeinen, M. 1994. Eestin ja Suomen alaluokkien oppilaiden maailmankatsomuksista ja elämänasenteista. Kasvatustieteiden tiedekunta. Hämeenlinnan opettajankoulutuslaitos. Tampereen yliopisto. Vammala: Vammalan paino.
- Rüütel, E. 1999. Keskkooliöpilaste elu-olu seos stressi ja tajutud terviseseisundiga. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise edendamise Eestis III". Konverentsi ettekannete teesid. Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 53.
- Saarinen, P., Ruoppila, I., Korhakangas, M. 1994. Kasvatopsykologian kysymyksiä. Helsinki: Helsingin yliopisto, Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Saava, A., Eensoo, D. 1997. Eesti kooliöpilaste psühho-sotsiaalne taust ja enesehinnangud. Üle-eestiline teaduskonverents "Tervise edendamise Eestis". Konverentsi ettekannete teesid. Tartu ülikool, Tervishoiu Instituut. Tartu: AS Tartumaa trükk, 49–51.



- Saava, A., Kaasik, T., Pölluste, K., Tammik, M. 1994. Rahvatervise strateegia Eestis. Eesti Arst 3, 226–229.
- Salonen, T. 1997. Kasvatustieteen luonteesta ja mahdollisuuksista. Teoksessa P. Siljander (toim.) Kasvatus ja socialisaatio. Tampere: Gaudeamus, 166–174.
- Samdal, O. 1998. The school environment as a risk or resource for students' health-related behaviours and subjective well-being. Research Centre for Health Promotion. Faculty of Psychology. Bergen: University of Bergen.
- Sarasmo, A. 1995. Viron tiede kansainvälistyy. Alumni. Vox Universitatis Tampereensis 2, 9.
- Sarkin, J. A., McKenzie, T. L., Sallis, J. F. 1997. Gender differences in physical activity during fifth-grade physical education and recess periods. Journal of Teaching in Physical Education 17, 99–106.
- Sauli, H. 1998. Sosioekonomisia tietoja. Julkaisussa E. Hermanson, S. Karvonen & H. Sauli (toim.) Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa – Valtakunnalliset trendit 1990-luvulla. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tilastoraportti 1, 34–35.
- Schaffer, H. R. 1996. Social development. Oxford: Blackwell.
- Schucksmith, J., Glendinning, A., Hendry, L. 1997. Adolescent drinking behaviour and the role of family life: a Scottish perspective. Journal of Adolescence 1997 20, 85–101.
- Schulenberg, J., Bachman, G., O'Malley, P., Johnston, L. 1994. High school educational success and subsequent substance use: a panel analysis following adolescents into young adulthood. Journal of Health and Social Behavior 35, 45–62.
- Shapiro, S., Flaherty-Zonis, C. 1992. Alkohol ja teised uimastid: õppematerjal tervisekasvatuse õpetamiseks 10-14-aastastele lastele. Avatud Eesti Fond. Tallinn: Velle.
- Sells, C. W., Blum, R. Wm. 1996. Current trends in adolescent health. Teoksessa DiClemente, B. W. Ponton & E. Lynn (toim.) Adolescent health risk behavior. Issues in clinical child psychology. New York and London: Plenum Press, 5–29.
- Siekinen, M. 1992. Tutkimus perherakenteen ja socialisaatioympäristöjen yhteydestä leikki-ikäisten lasten arkipäivän toimintoihin. Joensuun yliopisto. Joensuu: Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 45.
- Siljander, P. 1997. Kasvatus ja socialisaatio – johdatus aiheeseen. Teoksessa P. Siljander (toim.) Kasvatus ja socialisaatio. Tampere: Gaudeamus, 7–14.
- Silla, R., Teoste, M. 1989. Eesti noorsoo tervis. Tallinn: Valgus.
- Silvennoinen, M. 1984. Koululiikuntatutkimuksen kuulumisia. Urheilleva lapsi ja vanhemmat. Liikuntakasvatus 49, 4–6.
- Silvennoinen, M. 1987. Koululainen liikunnan harrastajana. Liikuntaharrastusten ja liikuntamotiivien sekä näiden yhteyksien muuttuminen iän mukana peruskoulu- lalaisilla ja lukiolalaisilla. Studies in Sport, Physical Education and Health 22. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Simpura, J. 1992. Alkoholiongelmat sosiaalisina ongelmina muuttuvassa Euroopassa. Alkoholipolitiika 57, 151–158.
- Simpura, J. 1993. Suomalaisten juomatavat ja terveys. Teoksessa K. Kiianmaa & M. Salaspuro (toim.) Alkoholitieteellinen käsikirja. Helsinki: Otava, 255–263.
- Sinisalo, P. 1985. Aikuisuuden kynnyksellä. Teoksessa A. Hautamäki (toim.) Kasvu- ja kehitysvuotien psyykinen kehitys – lapsuuden ja nuoruuden kehityspsykologiaa kasvattajia varten. Helsinki: Suomen Kaupunkiliitto. 3. painos, 125–141.

- Siurala, L. 1991. Nuorten muuttuva suhde työhön, koulunkäyntiin ja kulutukseen. Teoksessa J. Lähteenmaa & L. Siurala (toim.) Nuoret ja muutos. Helsinki: Tilastokeskus ja Nuorisotutkimusseura, tutkimuksia 177, 75-82.
- Siurala, L. 1994. Nuoriso-ongelmat modernisaatioperspektiivissä. Helsinki: Helsingin kaupunki.
- Stanton, W., Lowe, J., Silva, P. 1995. Antecedents of vulnerability and resilience to smoking among adolescents. *Journal of Adolescent Health* 16, 71-77.
- Stanton, W. R., Oei, T. P. S., Silva, P. A. 1994. Sociodemographic characteristics of adolescent smokers. *The International Journal of the Addictions* 29, 913-925.
- Statistical Office of Estonia 1993. Statistical yearbook. Tallinn: Statistical Office.
- Statistical Office of Estonia. 1994. Population age structure countries and towns of Estonia January 1. Tallinn: Statistical Office.
- Steensberg, J. 1991. Miljöhygiene i Sovjeunionen. Indtryk fra Estland og Pskov-regionen. *Nordisk Medicin* 106, 278.
- Strandell, H. 1995. Mikä on lasten hyvinvointia?: tiedon tarpeen kartoitus. Helsinki: Stakes.
- Suikkila, E. 1998. Nuoret – tupakka, alkoholi, huumeet. Nuorten tupakoinnin ja päihitteiden käytön muutoksia 1990-luvulla pääkaupunkiseudulla ja muualla Uudellamaalla. Helsinki: Etelä-Suomen lääninhallituksen julkaisuja 10.
- Sulkunen, P. 1989. Johdatus sosiologiaan. Porvoo: WSOY.
- Suomalaisten terveys 1996. 1996. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Suurorg, L. 1999. Smoking habits in Estonian schoolchildren. Teoksessa X. Bosch (toim.) A smoke-free 21-st century called for. *Lancet* 03/13/99.
- Suurorg, L. 1999. Mittenakkuslike haiguste riskitegurite esinemine kooliõpilastel 1997/98 õppeaastal. Riikliku programmi "Laste ja noorukite tervis 2005.a." alaprojekti "Koolitervishoid" aruanne. Tallinn: Trükikoda "Ingri".
- Suurorg, L., Kaldmäe, P., Sirge, V., Valvas, T., Kannas, L., Tynjälä, J. 1995. Kooliõpilaste seksuaalalased teadmised, seksuaalkäitumine, informeeritus HIV/AIDS-ist ning mõningaid sotsialiseerumise aspekte. *Eesti Arst*, 119-122.
- Suurpää, L., Aaltojärvi, P. 1996. Näinkö nuoret? Teoksessa L. Suurpää & P. Aaltojärvi (toim.) Näin nuoret. Näkökulmia nuoruuden kulttuureihin. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 7-23.
- Svoboda, B. 1995. The significance of sport for society. Health, socialisation, economy. Teoksessa I. Vuori, P. Fentem, B. Svoboda, G. Patriksson, W. Andreff & W. Weber (toim.) The significance of sport for society. Health, socialisation, economy. Committee for the Development of Sport (CDDS). Strasbourg: Council of Europe Press, 97-110.
- Svoboda, B., Patriksson, G. 1995. The significance of sport for society. Health, socialisation, economy. Teoksessa I. Vuori, P. Fentem, B. Svoboda, G. Patriksson, W. Andreff & W. Weber (toim.) The significance of sport for society. Health, socialisation, economy. Committee for the Development of Sport (CDDS). Strasbourg: Council of Europe Press, 91-95.
- Sweeting, H., West, P. 1995. Family life and health in adolescence: a role for culture in the health inequalities debate? *Social Science and Medicine* 40, 163-175.
- Taipale, V. 1981. Nuorisokulttuurin viestejä. Teoksessa T.B. Häggglund, Katajamäki, L. Pylkkänen, V. Taipale (toim.) Luoda vai lyödä. Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen vuosikirja III. Jyväskylä: Gummerus, 87-105.
- Taipale, V. 1986. Kasvun toivo. Ruumiillinen poikkeavuus tytön kasvussa. Teoksessa J. Rekola (toim.) Sairauden viesti. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 75-89.+

- Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Kling, T., Viialainen, R. 1997. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Porvoo: WSOY.
- Talts, L. 1991. Õpilane spetsialiseerumisprotsessis. Noorsooliikumine ja isiksus. Tallinn, 6–25.
- Tamre, A., Uring, R. 1993. Eesti koolinoorte huvid ja eluhoiakud veebruaris 1992.a. Haridus 1, 13–19.
- Telama, R., Laakso, L., Yang, X. 1994. Physical activity and participation in sports of young people in Finland. Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports 4, 65–74.
- Telama, R., Silvennoinen, M., Vuolle, P. 1986. Kouluikäisten liikuntakäyttäytyminen. Teoksessa P. Vuolle, R. Telama & L. Laakso, (toim.) Näin suomalaiset liikkuvat. Liikunnan ja Kansanterveyden julkaisuja 50. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 52–66.
- Terveyskasvatuksen opas 1990. Kouluhallitus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Thorlindsson, T. 1989. Sport participation, smoking and drug and alcohol use among Icelandic youth. Sociology of Sport Journal 6, 136–143.
- Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. Terveyskasvatustutkimuksen kehittäminen Suomessa 1990-luvulla. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 1995, 32, 143–158.
- Terveyttä kaikille vuoteen 2000-tutkimuksen kehittämisohjelma 1989. Valtion lääketieteellinen toimikunta. Helsinki: Suomen Akatemian julkaisuja 12/1988.
- Tervisedendus Eestis 1993–1996. 1996. Tallinn: Eesti Tervisekasvatuse Keskus.
- Tones, K. 1983. Nutrition, diet and the concept of health career: implications for health education. Aberdeen Health Education Department. Manuscript.
- Toomsoo, A. 1994. Kodu, tänav ja kool ning alaealiste kuritegevus. Haridus 4, 35–39.
- Topo, P., Kontula, O., Meriläinen, J. 1988. Nuorten tupakointi – kulttuuria jäljittämässä. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja tilastot ja selvitykset 8.
- Toskala, A., Toskala, L. 1992. Murrosikäisten nuorten kokeman psykosomaattisen ja psyykkisen terveydentilan yhteys varhaislapsuuden ja esikouluian ongelmiin. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 320.
- Tossavainen, K. 1993. Nuorten terveyskäyttäytymistä tukeva koulun terveyskasvatus. Helsinki: Stakes. Tutkimuksia 22.
- Tuisk, T. 1994. Kas koolivägivald on probleem? Haridus 2, 21–22.
- Tulva, T. 1994. Sotsiaalsed probleemid Eestis. Haridus 3, 20–23.
- Tur, I., Luiga, E., Suurorg, L., Laan, M., Zordania, R., Rannula, U. 1994. Mittenakkuslike haiguste profülaktika (CINDI-programm) Tallinna õpilastel. Eesti Arsti 3, 194–197.
- Tynjälä, J. 1999. Sleep habits, perceived sleep quality and tiredness among adolescents. A Health Behavioural Approach. Studies in Sport, Physical Education and Health 61. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Tynjälä, J., Törmäkangas, K. 1995. WHO-Koululaistutkimuksen aineistot 1994. Teoksessa L. Kannas (toim.) Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. Opetushallitus. Helsinki: Hakapaino. 193–197.
- Uibu, J. 1997. Eesti rahvastiku tervis XXI sajandi künnisel. Tallinn: Riiklik ravi-kindlustuse eelarve.
- Valk, A. 1998. Mitte-eesti noorte psühholoogiline kohanemine mitmerahvuselises klassis: enesehinnang ja etniline identiteet. Teoksessa M. Lauristin (toim.) Mitmekultuuriline Eesti: väljakutse haridusele. Projekt Mitt-Eesti integratsioon Eesti ühiskonnas. Põltsamaa: Vali Press trükikoda, 401–427.

- Valk, A., Karu, K. 1997. Millel põhinevad eestlaste hoiakud teiste rahvuste suhtes? Teoksessa P. Järve (toim.) Vene noored Eestis: sotsioloogiline mosaiik. Materjalide kogumik. Rapla: Ramona, 171–180.
- Vaskilampi, T. 1992. Kipu terveysantropoloogia kohtena. Teoksessa: A. Karisto, E. Lahelma & O. Rahkonen (toim.) Terveyssosiologia. Juva: WSOY, 153–160.
- Vehviläinen-Julkunen, K., Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen, M. & K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 206–214.
- Veisson, M. 1997. Eri maade noorukite probleemid. Haridus 2, 18–21.
- Vendelin, V. 1998. Kooliõpilaste arusaamad toitumisest. Haridus 1, 53–56.
- Vertio, H. 1991. Carpe diem! Terveystä edistävä koulu. Teoksessa E. Suomalainen (toim.) Kehityvä kouluyhteisö. Opetushallitus, Helsinki: VAPK-Kustannus, 26–34.
- Vertio, H. 1992. Terveysten edistäminen. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Vierola, H. 1996. Tupakka ja naisen terveys. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Vihalemm, T. 1989. Sundseis ja kärisemise aeg. Eesti ja vene kooliõpilaste hoiakud teise rahvuse suhtes võrdleva uurimise põhjal. Aja Puls 17, 26–28.
- Vihalemm, T. 1997a. Kodude materiaalsed resurssid ja vene noorte integratsiooni perspektiivid. Teoksessa P. Järve (toim.) Vene noored Eestis: sotsioloogiline mosaiik. Materjalide kogumik. Rapla: Ramona, 197–211.
- Vihalemm, T. 1997b. Vene vähemuse väärtusorientatsioonid, referents-rühmad ja igapäevastrateegiad Eesti ühiskonnas 1991–1995. Teoksessa P. Järve (toim.) Vene noored Eestis: sotsioloogiline mosaiik. Materjalide kogumik. Rapla: Ramona, 27–45.
- Villalbi, J. R., Comin, E., Nebot, M., Murillo, C. 1991. Prevalence and determinants of alcohol consumption among schoolchildren in Barcelona, Spain. Journal of School Health 61, 123–126.
- Välimaa, R. 1996. Nuorten koettu terveystutkimuksen kohtena. Licensiaatintutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Välimaa, R., Kepler, K., Yeganegi, N. 1995. Koettu terveys ja onnellisuus sekä sairaudet koululaisten arjessa. Teoksessa L. Kannas (toim.) Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyyt. Helsinki: Opetushallitus, 31–45.
- West, P., Macintyre, S., Annandale, E., Hunt, K. 1990. Social class and health in youth: findings from the West of Scotland twenty -07 study. Social Science & Medicine 30, 665–673.
- WHO 2000. Health and health behaviour among young people. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Windle, M., Shope, J. T., Bukstein, O. 1996. Alcohol Use. Teoksessa H. DiClemente, B. W. Ponton & E. Lynn (toim.) Handbook of adolescent health risk behavior. Issues in clinical child psychology. New York and London: Plenum Press, 115–154.
- Wold, B. 1989. Lifestyles and physical activity. A theoretical and empirical analysis of socialization among children and adolescents.
- Wolf-Knuts, U. 1995. Den mångbottnade identiteten. Teoksessa K. Ståhlberg (toim.) Finlandssvensk identitet och kultur. Meddelanden från Ekonomisk statsvetenskapliga fakulteten vid Åbo Akademi A:441. Åbo: Åbo Akademis tryckeri, 1–25.
- Woolger, C., Power, T. G. 1993. Parent and sport socialization: Views from the achievement literature. Journal of Sport Behavior 16, 171–189.

- Yang, X. A. 1997. A multidisciplinary analysis of physical activity, sport participation and dropping out among young finns. Jyväskylä: LIKES-Research Center for Sport and Health Sciences 103.
- Yang, X., Telama, R., Laakso, L. 1996. Parent's physical activity, socioeconomic status and education as predictors of physical activity and sport among children and youths – a 12-year follow -up study. *International Review for the Sociology of Sport*. 31, 273–294.
- Ziehe, T. 1991. Uusi nuoriso. Epätavanomaisen oppimisen puolustus. Tampere: Vastapaino.

## LIITE 1 Tutkimuksessa käytetyt kysymykset suomen , viron ja venäjän kielellä vuonna 1994

SUOMI		VIRO		VENÄJÄ	
1. Sukupuoli <input type="checkbox"/> Poika <input type="checkbox"/> Tyttö		1. Sugu 1 Poiss 2 Tüdruk		1. мальчик 2. девочка	
2. Missä kuussa olet syntynyt <input type="checkbox"/> Tam <input type="checkbox"/> Helm <input type="checkbox"/> Maa <input type="checkbox"/> Huh <input type="checkbox"/> Tou <input type="checkbox"/> Kes <input type="checkbox"/> Hei <input type="checkbox"/> Elo <input type="checkbox"/> Syys <input type="checkbox"/> Lok <input type="checkbox"/> Mar <input type="checkbox"/> Jou		2. Mis kuul oled sündinut? (kirjuta kuu numbritega)		В каком месяце ты родился (родилась)?	
3. Minä vuonna olet syntynyt? <input type="checkbox"/> 1977 <input type="checkbox"/> -78 <input type="checkbox"/> -79 <input type="checkbox"/> -80 <input type="checkbox"/> -81 <input type="checkbox"/> -82 <input type="checkbox"/> -83		3. Mis aastal Sa oled sündinud? (kirjuta aasta number)		В каком году ты родился (родилась)?	
5. Millä luokalla olet? <input type="checkbox"/> 5. luokalla <input type="checkbox"/> 7. luokalla <input type="checkbox"/> 9. luokalla		4. Mitmendas klassis Sa praegu õpid? 1 5. klassis 2. 7. klassis 3. 9. klassis		В каком классе ты сейчас учишься? в 5-ом классе в 7-ом классе в 9-ом классе	
6. Minkälaisella paikkakunnalla asut nykyisin? <input type="checkbox"/> Kaupungissa, keskustassa tai muussa taajamassa <input type="checkbox"/> Kaupungissa, keskustan ja taajaman ulkopuolella <input type="checkbox"/> Maaseudulla kirkonkylässä, asutuskeskuksessa tai muussa taajamassa <input type="checkbox"/> Maaseudulla kirkonkylän, asutuskeskuksen ja muiden taajamien ulkopuolella		5. Kus Sa praegu elad? 1 Suurlinnas (Tallinn, Tartu, Narva, K.-Järve, Sillamäe) 2 Teised linnad 3 Maakeskuses (alev) 4 Maal, keskusest eemal (talus)		Где ты сейчас живёшь? в городе : Таллин, Нарва, Тарту, Кохтляярви, Силланмаэ в другом городе в посёлке в деревне, на хуторе	
7. Mikä on isäsi ammatti? (Kuvaile hänen työnsä niin tarkasti kuin voit. Esim. automekaniikko, opettaja, maanviljelijä, kirvesmies jne.) _____		6. Kus Sinu isa töötab? (Palun kirjuta võrdlemisi täpselt, mida ta teeb. Näiteks: automehhaanik, sõiduauto juht, matemaatika õpetaja, firma omanik, talupidaja. Kui sa ei tea või kui sa ei ela koos Sinuga, siis ära kirjuta midagi.) Isa on: _____		Кем работает твой отец? (Пожалуйста, напиши как можно точнее чем он занимается. Например, автомеханик, шофёр, учитель, владелец фирмы и т.д.) Можешь написать не знаю или сейчас не имеет постоянной работы, или безработный. Отец :	
8. Mikä on äitisi ammatti? (Kuvaile hänen työnsä niin tarkasti kuin voit. Esim. kotiäiti, sihteeri, hammaslääkäri, tarjoilija, jne.) _____		7. Kus Sinu ema töötab? (Palun kirjuta võrdlemisi täpselt.) Ema on: _____		Кем работает твоя мать ? ( Пожалуйста , напиши как можно точнее чем она занимается . Например , автомеханик , шофёр, учительница, владелец фирмы и т.д.) Можешь написать не знаю или сейчас не имеет постоянной работы , или безработная . Мать:	
57. Mitä luulet tekeväsi, kun olet käynyt peruskoulun <input type="checkbox"/> Pyrin lukioon <input type="checkbox"/> Pyrin ammattikouluun tai muuhun ammatilliseen koulutukseen <input type="checkbox"/> Menen töihin <input type="checkbox"/> Pyrin oppisopimuskoulutukseen <input type="checkbox"/> Jään työttömäksi <input type="checkbox"/> En osaa sanoa		8. Mida Sa kavatsed teha pärast 16-aastaseks saamist? 1 lähen keskkooli 2 lähen kutsekooli 3 lähen tööle 4 lähen õhtukooli 5 ei tee midagi 6 ei tea		Что ты собираешься делать после окончания школы? буду поступать в университет пойду в ПТУ пойду в вечернюю школу пойду работать буду безработным не знаю	

Liite 1 jatkuu

<p>58. Oman näkemysesi mukaan: Mitä mieltä luokanopettajasi tai luokanvalvojasi on koulumenestyksestäsi luokkatovereihisi verrattuna?</p> <p><input type="checkbox"/> Oikein hyvä  <input type="checkbox"/> Hyvä  <input type="checkbox"/> Keskitasoa  <input type="checkbox"/> Alle keskitason</p>	<p>9. Mis Sa arvad: mida Sinu klassijuhataja mõtleb Sinu õppimise kohta, kui ta võrdleb Sind klassikaaslastega? Tema arvates olen ma:</p> <p>1 väga hea õpilane  2 hea õpilane  3 keskmine õpilane  4 alla keskmise</p>	<p>Как ты думаешь, что твой учитель (учителя) думает о твоей успеваемости по сравнению с твоими одноклассниками? Он (она) считает, что я:</p> <p>очень хороший ученик  хороший ученик  средний ученик  ученик ниже среднего</p>
<p>59. Mitä pidät koulunkäynnistä tällä hetkellä?</p> <p><input type="checkbox"/> Pidän koulunkäynnistä hyvin paljon  <input type="checkbox"/> Pidän koulunkäynnistä melko paljon  <input type="checkbox"/> En pidä koulunkäynnistä kovin paljon  <input type="checkbox"/> En pidä koulunkäynnistä lainkaan</p>	<p>10. Kas Sulle meeldib praegu koolis käia?</p> <p>1 mulle meeldib väga  2 mulle meeldib päris hästi  3 mulle eriti ei meeldi  4 mulle ei meeldi üldse</p>	<p>Нравиться тебе сейчас ходить в школу ?</p> <p>мне очень нравится  мне немного нравится  мне особо не нравится  мне совсем не нравится</p>
<p>13. Oletko koskaan polttanut (kokeillut) tupakkaa? (Esim. vaikkapa vain muutamia henkosia)</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> En</p>	<p>12. Kas Sa oled kunagi suitsetanud?</p> <p>1 jah 2 ei</p>	<p>Ты курил (-а) когда-нибудь ?</p> <p>да нет</p>
<p>14. Kuinka usein tupakoit tällä hetkellä?</p> <p><input type="checkbox"/> Päivittäin  <input type="checkbox"/> Viikoittain, mutta en päivittäin  <input type="checkbox"/> Harvemmin kuin kerran viikossa  <input type="checkbox"/> En polta tällä hetkellä</p>	<p>13. Kui tihti Sa praegu suitsetad?</p> <p>1 iga päev  2 vähemalt üks kord nädalas, kuid mitte iga päev  3 harvemini kui üks kord nädalas  4 ma ei suitseta</p>	<p>Как часто ты сейчас куришь ?</p> <p>1 каждый день  2 по крайней мере 1 раз в неделю , но не каждый день  3 реже , чем один раз в неделю  4 я не курю</p>
<p>15. Kuinka monta savuketta poltat tavallisesti viikossa ja/tai päivässä?  Savuketta viikossa?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Savuketta päivässä?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>14. Mitu sigaretti Sa tavaliselt suitsetad nädalas?</p> <p>_____ sigaretti nädalas</p>	<p>Сколько сигарет ты обычно выкуриваешь в неделю ?</p> <p>_____ сигарет в неделю</p>

## Liite 1 jatkuu

<p>16. Oletko koskaan maistanut (kokeillut) alkoholia? (Esim. keskiolutta, viiniä, siideriä, likööriä tai väkeviä kuten koskenkorvaa, vodkaa jne.)</p> <p><input type="checkbox"/> Kyllä   <input type="checkbox"/> En   <input type="checkbox"/> En tiedä</p>	<p>14. Kas Sa oled proovinud (maitsenud) alkoholi? (Näiteks õlut, veini, likööri, viina jne.)</p> <p>1 jah 2 ei 3 ei tea</p>	<p>Ты пробовал когда-нибудь алкоголь ? (например, пиво, вино, водку и т.д.)</p> <p>да нет не знаю</p>
<p>17. Miten usein juot nykyisin alkoholipitoisia juomia? (Yritä huomioida myös ne kerrat, kun joit hyvin pienen määrän alkoholia.) Merkitse yksi vaihtoehto jokaisen juomalaadun osalta.</p>	<p>16. Kui tihti Sa praegu pruugid alkoholiseid jooke? (õlut, veini, likööri, viina) Püüa lisada ka need korrad, kus Sa võtsid alkoholi õige vähe. Palun märgi igale reale üks vastus!</p>	<p>Как часто ты сейчас употребляешь алкогольные напитки? (пиво, вино, ликёр, водку) Постарайся учесть и те случаи, когда Ты выпил(-а) совсем чуть-чуть. В каждом ряду укажи, пожалуйста только один ответ .</p>
<p>Päivittäin/ <i>Iga päev</i>/ Каждый день</p> <p>Vähintään kerran viikossa <i>Iga nädal</i>/ Каждую неделю</p> <p>Vähintään kerran kuukaudessa <i>Iga kuu</i>/ Каждый месяц</p> <p>Harvemmin kuin kerran kuukaudessa <i>Harvemini kui kord kuus</i>/ Реже чем 1раз в месяц</p> <p>En käytä lainkaan <i>Ei joo üldse</i>/ Не пью совсем</p> <p>Keskiolutta tai olutta/ <i>Õlut</i>/Viiniä/<i>Veini</i> пиво</p> <p>Väkeviä alkoholi- juomia (kuten kos- kenkorvaa, vodkaa, viskiä, likööriä jne.)/ <i>Viina</i>/виное водкае ликёр</p> <p>Muita mietoja alko- holijuomia (kuten siideriä, long-drink- juomia jne.)</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>
<p>18. Oletko koskaan juonut alkoholia niin paljon, että olet ollut tosihumalassa? <input type="checkbox"/> En koskaan <input type="checkbox"/> Kyllä, kerran <input type="checkbox"/> Kyllä, 2-3 kertaa <input type="checkbox"/> Kyllä, 4-10 kertaa <input type="checkbox"/> Kyllä, useammin kuin 10 kertaa</p>	<p>17. Kas Sa oled kunagi joonud alkoholi nii palju, et oled olnud täiesti purjus? 1 mitte kunagi 2 jah, ühel korral 3 jah, 2-3 korda 4 jah, 4-10 korda 5 üle 10 korra</p>	<p>Ты когда-нибудь употреблял(-а) так много алкоголя , что был(-а) очень пьян(-а) ?</p> <p>никогда да, 1раз да, 2-3 раза да, 4-10 раз да, более 10 раз</p>



Liite 1 jatkuu

<p>19. <b>Koulutuntien ulkopuolella:</b> Kuinka usein tavallisesti harrastat liikuntaa vapaa-aikanasi niin, että hengästyit ja hikoilet?</p> <p><input type="checkbox"/> Päivittäin</p> <p><input type="checkbox"/> 4-6 kertaa viikossa</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 kertaa viikossa</p> <p><input type="checkbox"/> Kerran viikossa</p> <p><input type="checkbox"/> Kerran kuukaudessa</p> <p><input type="checkbox"/> Harvemmin kuin kerran kuukaudessa</p> <p><input type="checkbox"/> En koskaan</p>	<p>18. Pärast kooli: kui tihti Sa harrastad vabal ajal sporti nii, et see paneb Sind hingeldama ja higistama? (Jooksed, sõidad jalgrattaga, rulaga, mängid palli jne.)</p> <p>1 iga päev</p> <p>2 4-6 korda nädalas</p> <p>3 2-3 korda nädalas</p> <p>4 korra nädalas</p> <p>5 kord kuus</p> <p>6 harvemini kui kord kuus</p> <p>7 mitte kunagi</p>	<p>Вне школы : как часто ты занимаешься в свободное время спортом так , что ты начинаешь тяжело дышать и потеть ? (бегаешь , ездншь на велосипеде , роликовой доске , роликовых коньках , играешь в мяч и т.д )</p> <p>каждый день</p> <p>4-6 раз в неделю</p> <p>2-3 раза в неделю</p> <p>раз внеделю</p> <p>раз в месяц</p> <p>реже одного раза в месяц</p> <p>никогда</p>
<p>20. <b>Koulutuntien ulkopuolella:</b> Kuinka monta tuntia viikossa tavallisesti harrastat liikuntaa vapaa-aikanasi niin, että hengästyit ja hikoilet?</p> <p><input type="checkbox"/> En yhtään</p> <p><input type="checkbox"/> Noin ½ tuntia</p> <p><input type="checkbox"/> Noin 1 tunnin</p> <p><input type="checkbox"/> Noin 2-3 tuntia</p> <p><input type="checkbox"/> Noin 4-6 tuntia</p> <p><input type="checkbox"/> 7 tuntia tai enemmän</p>	<p>19. Pärast kooli: kui mitu tundi nädalas Sa harrastad vabal ajal sporti nii, et see paneb Sind hingeldama ja higistama?</p> <p>1 üldse mitte</p> <p>2 umbes pool tundi nädalas</p> <p>3 umbes 1 tund nädalas</p> <p>4 umbes 2-3 tundi nädalas</p> <p>5 umbes 4-6 tundi nädalas</p> <p>6 7 tundi või rohkem</p>	<p>Вне школы : сколько часов в неделю Ты занимаешься в свободное время спортом так, что ты начинаешь тяжело дышать и потеть ?</p> <p>несколько</p> <p>пол-часа в неделю</p> <p>примерно час в неделю</p> <p>примерно 2-3 часа в неделю</p> <p>примерно 4-6 часов в неделю</p> <p>7 часов и больше</p>
<p>31. Kuinka terveeksi koet itsesi?</p> <p><input type="checkbox"/> Erittäin terveeksi</p> <p><input type="checkbox"/> Melko terveeksi</p> <p><input type="checkbox"/> En kovin terveeksi</p>	<p>24. Kui terveks Sa ennast pead?</p> <p>1 väga terveks</p> <p>2 üsna terveks</p> <p>3 mitte väga terveks</p>	<p>Как ты оцениваешь своё здоровье ?</p> <p>очень здоров(-а)</p> <p>достаточно здоров(-а)</p> <p>не очень здоров (-а)</p>
<p>32. Mitä mieltä olet omasta elämäntilanteestasi tällä hetkellä?</p> <p><input type="checkbox"/> Olen hyvin onnellinen</p> <p><input type="checkbox"/> Olen OK ("menettelee")</p> <p><input type="checkbox"/> En ole kovin onnellinen</p> <p><input type="checkbox"/> En ole lainkaan onnellinen</p>	<p>25. Mida Sa arvad enda elust praegusel hetkel?</p> <p>1 ma olen väga õnnelik</p> <p>2 ma olen üsna õnnelik</p> <p>3 ma ei ole väga õnnelik</p> <p>4 ma ei ole üldse õnnelik</p>	<p>Что ты думаешь о своей жизни в данный момент ?</p> <p>я очень счастлив (-а)</p> <p>я довольно счастлив (-а)</p> <p>я не особенно счастлив (-а)</p> <p>я совсем не счастлив (-а)</p>

## Liite 1 jatkuu

33. Kuinka usein Sinulla on ollut seuraavia oireita viimeisen 6 kuukauden aikana (Merkitse yksi vaihtoehto jokaisen oireen osalta.)	27. Kui tihti on Sul olnud viimase 6 kuu jooksul järgmisi tervisehäireid ? Palun märgi üks vastus igale reale.	Как часто у тебя были в течении последних 6 месяцев нижеперечисленные недомогания? В каждом ряду укажи только один ответ .			
	Lähes päivittäin/ <i>Peaaegu iga päev/</i> почти каждый день	Useammin kuin kerran viikossa/ <i>Rohkem kui nädalas/</i> чаще чем раз в неделю	Noin kerran viikossa/ <i>Umbes kord nädalas/</i> примерно раз в неделю	Noin kerran kuukaudessa/ <i>Umbes kord kuus/</i> примерно раз в месяц	Harvemmin tai ei koskaan/ <i>Harva või üldse mitte/</i> редко или вообще нет
Päänsärkyä/ <i>Peavalu/</i> головная боль	1	2	3	4	5
Vatsakipuja/ <i>Kõhuvalu/</i> боль в животе	1	2	3	4	5
Niska-hartiasärkyä	1	2	3	4	5
Selkäkipuja/ <i>Seljavalu/</i> боль в спине	1	2	3	4	5
Masentuneisuutta/ <i>masendust/</i> плохое самочувствие	1	2	3	4	5
Ärtynisyyttä tai pahantuulisuutta/ <i>Ärrituvust/</i> halba tuju/					
раздражительность / плохое настроение	1	2	3	4	5
Hermostuneisuutta/ <i>Närvilisust/</i> чувство					
нервозности	1	2	3	4	5
Vaikeuksia päästä uneen/ <i>Raskusi uinumisel/</i>					
трудности с засыпанием	1	2	3	4	5
Huimauksen tunnetta	1	2	3	4	5
Väsymyksen tunnetta/ <i>Jänetust, väsimust/</i>					
слабость, устал	1	2	3	4	5
Ruokahaluttomuutta	1	2	3	4	5
Jännittyneisyyttä	1	2	3	4	5
Alakuloisuutta	1	2	3	4	5
Heräilemistä öisin	1	2	3	4	5

Liite 1 jatkuu

<p>35. Oletko ottanut lääkkeitä viimeksi kuluneen kuukauden aikana seuraaviin syihin? (Merkitse oikea vaihtoehto jokaisen oikeen osalta.)</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Kyllä</th> <th>Ei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Yskään</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nuhaan (flunssaan)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kuumeeseen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Päänsärkyyn</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vatsakipuun</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nukahtamisvaikeuksiin</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hermostuneisuuteen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Jostain muusta syystä mistä? _____</p>		Kyllä	Ei	Yskään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nuhaan (flunssaan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kuumeeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Päänsärkyyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vatsakipuun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nukahtamisvaikeuksiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hermostuneisuuteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>29. Kas Sa oled tarvitanud mõõdunud kuu jooksul ravimeid järgmistel põhjustel?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Jah</th> <th>Ei</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kõha</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Palavik</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Peavalu</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Kõhuvalu</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Unetust</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Närvilisust</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Jah	Ei	Kõha	1	2	Palavik	1	2	Peavalu	1	2	Kõhuvalu	1	2	Unetust	1	2	Närvilisust	1	2	<p>В прошедшем месяце принимал(-а) ли ты лекарства по следующим причинам . Отметь один крестик в каждой строке.</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>нет</th> <th>да</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>кашель</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>температура</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>головная боль</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>боли в животе</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>трудности с засыпанием</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>нервозность</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		нет	да	кашель			температура			головная боль			боли в животе			трудности с засыпанием			нервозность		
	Kyllä	Ei																																																																		
Yskään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Nuhaan (flunssaan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Kuumeeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Päänsärkyyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Vatsakipuun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Nukahtamisvaikeuksiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Hermostuneisuuteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
	Jah	Ei																																																																		
Kõha	1	2																																																																		
Palavik	1	2																																																																		
Peavalu	1	2																																																																		
Kõhuvalu	1	2																																																																		
Unetust	1	2																																																																		
Närvilisust	1	2																																																																		
	нет	да																																																																		
кашель																																																																				
температура																																																																				
головная боль																																																																				
боли в животе																																																																				
трудности с засыпанием																																																																				
нервозность																																																																				
<p>63. Kuinka monta läheistä ystävää Sinulla on?</p> <p><input type="checkbox"/> Ei yhtään</p> <p><input type="checkbox"/> Yksi</p> <p><input type="checkbox"/> Kaksi tai useampia</p>	<p>45. Mitu lähedast sõpra Sul on? (Nii poissi kui tüdrukut)</p> <p>1. mitte ühtegi</p> <p>2. üks</p> <p>3. kaks või rohkem</p>	<p>Сколько у тебя близких друзей ?</p> <p>ни одного</p> <p>один</p> <p>два или больше</p>																																																																		
<p>64. Kuinka usein vietät aikaa ystäväsi kanssa heti koulun jälkeen?</p> <p><input type="checkbox"/> 4-5 päivänä viikossa</p> <p><input type="checkbox"/> 2-3 päivänä viikossa</p> <p><input type="checkbox"/> Yhtenä päivänä viikossa tai harvemmin</p> <p><input type="checkbox"/> Minulla ei ole tällä hetkellä ystäviä</p>	<p>46. Kui tihti Sa veedad aega sõpradega otsekohe pärast koolipäeva lõppu?</p> <p>1 4-5 korda nädalas</p> <p>2 2-3 korda nädalas</p> <p>3 üks kord nädalas või harvemini</p> <p>4 mul ei ole selliseid sõpru</p>	<p>Как часто ты проводишь время с друзьями сразу же после школы ?</p> <p>4-5 раз в неделю</p> <p>2-3 раза в неделю</p> <p>раз в неделю или реже</p> <p>у меня нет таких друзей</p>																																																																		
<p>11. Mitä mieltä olet perheesi taloudellisesta tilanteesta?</p> <p><input type="checkbox"/> Perheeni tulee erittäin hyvin toimeen taloudellisesti</p> <p><input type="checkbox"/> Perheeni tulee hyvin toimeen taloudellisesti</p> <p><input type="checkbox"/> Perheeni on varakkuudeltaan keskitasoa</p> <p><input type="checkbox"/> Perheeni ei tule kovin hyvin toimeen taloudellisesti</p> <p><input type="checkbox"/> Perheeni ei tule ollenkaan hyvin toimeen taloudellisesti</p> <p><input type="checkbox"/> En tiedä</p>	<p>58. Kui jõukas on Sinu arvates Teie perekond?</p> <p>1. väga rikas (elame väga hästi)</p> <p>2. rikas (elame hästi)</p> <p>3. keskmine</p> <p>4. me ei ole rikkad (ei ela hästi)</p> <p>5. oleme vaesed (elame kehvasti)</p> <p>6. ma ei tea</p>	<p>Насколько по-твоему состоятельна ваша семья ?</p> <p>очень богатая</p> <p>довольно богатая</p> <p>средняя</p> <p>мы не богаты</p> <p>мы бедны</p> <p>не знаю</p>																																																																		

LIITE 2 Vironkielisten koulujen oppilasmäärät ja prosentuaaliset osuudet perusjoukossa ja tavoiteotoksessa sekä koulujen otoksen lukumäärä vuonna 1994

	Perusjoukko				Otos		Koulujen lkm
	5. lk	7. lk	9. lk	%	Yhteensä	Otos	
Tallinna	2280	2669	2659	20	600	19,4	8
Tartu	883	955	970	7,6	225	7,2	3
Pärnu	475	607	533	4,1	75	2,5	1
Sillamäe	1	5	3	–			
Narva	22	14	19	0,2			
Kohtla-Järve	122	133	117	1,0	33	1,1	1
Harjumaa (Keila, Tabasalu, Kose)	974	1067	998	8,5	225	7,3	3
Hiiumaa (Kärdla)	179	181	171	1,5	75	2,4	1
Ida-Viirumaa (Jõhvi)	208	235	190	1,8	75	2,4	1
Jõgevamaa (Jõgeva, Adavere)	419	579	520	3,6	125	4,0	2
Järvamaa (Türi, Aravete)	558	619	584	4,8	150	4,8	2
Läänemaa (Lihula, Taebla)	364	436	386	3,2	100	3,2	2
Lääne-Viirumaa (Rakvere, Tamsalu, Väike-Maarja)	806	919	815	7,0	225	7,2	3
Põlvamaa (Põlva, Kanepi)	462	522	426	4,0	150	4,8	2
Pärnumaa (Vändra, Tori)	549	619	515	4,8	150	4,8	2
Raplamaa (Rapla, Märjamaa)	488	597	496	4,2	125	4,0	2
Saaremaa (Kuressaare, Orissaare)	553	581	521	4,8	150	4,8	2
Tartumaa (Ülenurme, Puhja)	553	581	521	4,8	150	4,8	2
Valgamaa (Otepää, Valga)	381	455	437	3,3	125	4,0	2
Viljandimaa (Viljandi, Võhma, Mustla))	814	873	803	7,0	200	6,5	3
Võrumaa (Võru, Võrusoo)	515	623	541	4,7	150	4,8	2

15 kuntaa ja suluissa on esitetty otoksessa olevat pienet kaupungit ja maaseudut.

Vironkielisiä oppilaita yhteensä tavoiteotoksessa 3100 44 koulusta, kaupungeista 1900 ja maaseudulta 1200. Jokaisessa koulussa oli oppilaiden tavoiteotosmäärä 75 25 per ikäryhmä.

LIITE 3 Venäjänkielisten koulujen oppilasmäärät ja prosentuaaliset osuudet perusjoukossa ja tavoiteotoksessa sekä koulujen otoksen lukumäärä vuonna 1994

	Perusjoukko				Otos		Koulujen lkm
	5. lk	7. lk	9. lk	%	Yhteensä	Otos	
Talinna	2481	3311	3104	41,8	375	35,7	5
Tartu	295	321	331	5,0	75	7,1	1
Pärnu	161	171	158	2,7	25	2,4	1
Sillamäe	358	302	269	6,0	50	4,8	1
Narva	776	1163	968	13,0	125	11,9	1
Kohtla-Järve	889	839	789	15,0	150	14,3	2
Harjumaa (Keila, Tabasalu, Kose)	302	290	240	5,0	50	4,8	1
Hiiumaa (Kärdla)							
Ida-Viirumaa (Jõhvi)	194	187	154	3,3	25	2,4	1
Jõgevamaa (Jõgeva, Adavere)	56	51	48	0,9	25	2,4	1
Järvamaa (Türi, Aravete)	27	25	36	0,4	25	2,4	1
Läänemaa (Lihula, Taebla)	75	68	50	1,3	25	2,4	1
Lääne-Virumaa (Rakvere, Tamsalu, Väike-Maarja)	100	190	143	1,7	25	2,4	1
Põlvamaa (Põlva, Kanepi)	15	14	18	0,2			
Pärnumaa (Vändra, Tori)							
Raplamaa (Rapla, Märjamaa)	16	29	23	0,3			
Saaremaa (Kuressaare, Orissaare)	9	16	8	0,1			
Tartumaa (Ülenurme, Puhja)	32	52	50	0,8			
Valgamaa (Otepää, Valga)	87	91	103	1,6	25	2,4	1
Viljandimaa (Viljandi, Võhma, Mustla)	32	37	48	0,5	25	2,4	1
Võrumaa (Võru, Võrusoo)	22	40	31	0,4	25	2,4	1

15 kuntaa ja suluissa on esitetty otoksessa olevat pienet kaupungit ja maaseudut.

Venäjänkielisten tavoiteotokseen kuului 1050 oppilaasta 20 koulusta.

Jokaisessa koulussa oli oppilaiden tavoiteotosmäärä 75 25 per ikäryhmä.

## LIITE 4 Osittaminen, perusjoukon ja otoksen tarkastelua vuonna 1994

Viro jakaantuu kuntamuodon mukaan kaupungeiksi ja maaseuduiksi. Virossa on yhteensä 45 kaupunkia ja 209 maaseutukuntaa. Seuraavana esitetään Viron alueellinen jako kunnittain:

**Harju kunta**

Kaupungit: Kehra, Keila, Loksa, Maardu, Saue ja Tallinn

Maaseudut (19): Aegviidu, Anija, Harku, Jõelähtme, Keila, Kernu, Kiirli, Kõõse, kuusalu, Kõue, Loksa, Nissi, Padise, Raasiku, Rae, Saku, Saue, Vasalemma, Viimsi

**Hiiu kunta**

Kaupungit: Kärdla

Maaseudut: Emmaste, Kõrgessaare, Käina, Pühalepa

**Ida-Viru kunta**

Kaupungit: Jõhvi, Kiviõli, Kohtla-Järve, Narva, Narva-Jõesuu, Püssi, Sillamäe

Maaseudut (19): Alajõe, Aseri, Avinurme, Iisaku, Illuka, Jõhvi, Kohtla, Kohtla-Nõmme, Lohusuu, Lüganuse, Maidla, Mäetaguse, Sonda, Toila, Tudulinna, Vaivara

**Jõgeva kunta**

Kaupungit: Jõgeva, Mustvee, Põltsamaa

Maaseudut (10): Jõgeva, Pajusi, Pala, Palamuse, Puurmanni, Põltsamaa, Raja, Saare, Tabivere, Torma

**Järva kunta**

Kaupungit: Paide, Türi

Maaseudut (14): Albu, Ambla, Imavere, Järva-Jaani, Kahala, Kareda, Koeru, Koigi, Lehtse, Oisu, Paide, Roosna-Alliku, Türi, Väätsa

**Lääne kunta**

Kaupungit: Haapsalu, Lihula

Maaseudut (11): Hanila, Kullamaa, Lihula, Martna, Noarootsi, Nõva, Oru, Ridala, Risti, Taebala, Vormsi

**Lääne-Viru kunta**

Kaupungit: Kunda, Rakvere, Tapa

Maaseudut: Avanduse, Haljala, Kadrina, Laekvere, Rakke, Rakvere, Rägavere, Saksi, Sõmeru, Tamsalu, Vihula, Vinni, Viru-Nigula, Võsu, Väike-Maarja

**Põlva kunta**

Kaupungit: Põlva, Röpina

Maaseudut (13): Ahja, Kanepi, Kõlleste, Laheda, Mikitamäe, Mooste, orava, Põlva, Röpina, Valgjärve, Vastse-Kuuse, Veriora, Värskä

**Pärnu kunta**

Kaupungit: Kilingi-Nõmme, Pärnu, Sindi

Maaseudut (21): Are, Audru, Halinga, Häädemeeste, Kaisma, Kihnu, Koonga, Lavassaare, Paikuse, Pärnu-Jaagupi, Saarde, Sauga, Surju, Tali, Tori, Tootsi, Tõstamaa, Uulu, Varbla, Vändra,

**Rapla kunta**

Kaupungit: Rapla

Maaseudut (13): Juuru, Järvakandi, Kaiu, Kehtna, Kohila, Kärü, Loodna, Märjamaa, Raikküla, Rapla, Vigala

**Saare kunta**

Kaupungit: Kuressaare

Maaseudut (16): Kaarma, Kihelkonna, Kuressaare, Kärla, Laimjala, Leisi, Lümanda, Muhu, Mustjala, Orissaare, Pihtla, Põide, Ruhnu, Salme, Torgu, Valjala

**Tartu kunta**

Kaupungit: Elva, Kallaste, Tartu

Maaseudut (19): Alatskivi, Haaslava, Kambja, Konguta, Laeva, Luunja, Meeksi, Mäksa, Nõo, Peipsiääre, Piirissaare, Puhja, Rannu, Rõngu, Tartu, Tähtvere, Vara, Võnnu, ülenurme

**Valga kunta**

Kaupungit: Otepää, Tõrva, Valga

Maaseudut (11): Helme, Hummuli, Karula, Palupera, Puka, Põdrala, Pühajärve, Sangaste, Taheva, Tõlliste, Öru

**Viljandi kunta**

Kaupungit: Abja-Paluoja, Karksi-Nuia, Mõisaküla, Suure-Jaani, Viljandi, Võhma

Maaseudut (14): Abja, Halliste, Kolga-Jaani, Kõo, Kõpu, Olustvere, Paistu, Polli, Pärsti, saarepeedi, Suure-Jaani, Tarvstu, Vastsemõisa, Viiratsi

**Võru kunta**

Kaupungit: Võru

Maaseudut (12): Antsla, Haanja, Lasva, Meremäe, Misso, Mõniste, Rõuge, Sõmerpalu, Urvastu, Varstu, Vastselinna, Võru

Tutkimuksen osittamisperusteena jokaisella luokkatasolla oli kuntamuoto eli kaupungit ja maaseudut. Viro jaettiin kahteen osaan: suurimmat asukasluvun perusteella kaupungit (Tallinna, Tartto, Pärnu, Sillamäe, Narva, Kohtla-Järve) ja 15 kuntaa, johon kuuluivat asukasluvultaan pienet kaupungit ja maaseudut.

LIITE 5 Oppilasmäärät ja prosentuaaliset osuudet perusjoukossa ja tavoiteotoksessa vuonna 1998 (koko Viroa koskevat osuudet)

	Perusjoukko				Otos		Koulujen lkm
	5. lk	7. lk	9. lk	%	Yhteensä	Otos	
Tallinna	5694	5804	4712	27	700	17,9	9
Tartu	1415	1395	1308	7,2	350	9,1	4
Pärnu	742	643	602	3,4	200	5,1	3
Sillamäe	283	259	316	1,5	–	–	1
Narva	1175	1134	737	5,3	50	1,3	1
Kohtla-Järve	842	541	790	3,8	50	1,3	3
Harjumaa (Keila, Tabasalu, Kose)	7529	7357	5999	3,6	225	5,8	1
Hiiumaa (Kärdla)	194	149	169	0,9	75	1,9	1
Ida-Viirumaa (Jõhvi)	2898	2535	2407	13,6	75	1,9	1
Jõgevamaa (Jõgeva, Adavere)	609	563	466	2,8	200	5,1	3
Järvamaa (Türi, Aravete)	653	606	548	3,1	200	5,1	2
Läänemaa (Lihula, Taebla)	483	446	431	2,4	150	3,8	3
Lääne-Viirumaa (Rakvere, Tamsalu, Väike-Maarja)	1113	1059	870	5,3	300	7,8	4
Põlvamaa (Põlva, Kanepi)	519	586	415	2,6	200	5,1	3
Pärnumaa (Vändra, Tori)	1452	1254	1158	6,7	150	3,8	2
Raplamaa (Rapla, Märjamaa)	609	569	469	2,9	125	3,3	2
Saaremaa (Kuressaare, Orissaare)	526	556	484	2,7	150	3,8	2
Tartumaa (Ülenurme, Puhja)	2068	1960	1866	10,2	225	5,8	3
Valgamaa (Otepää, Valga)	565	515	467	2,7	125	3,2	2
Viljandimaa (Viljandi, Vohma, Mustla)	908	957	806	4,6	200	5,1	3
Võrumaa (Võru, Võrusoo)	637	651	499	3,1	150	3,8	2

15 kuntaa ja suluisia on esitetty otoksessa olevat pienet kaupungit ja maaseudut.

Tavoiteotokseen kuului 3900 oppilaasta 54 koulusta.

LIITE 6 Vastanneiden oppilaiden iän keskiarvo (ka) ja keskihajonta (kh) vuonna 1994

	Pojat		Tyttöt		Kaikki	
	ka	kh	ka	kh	ka	kh
	5. lk	11,42	.36	11,34	.32	11,37
7. lk	13,27	.34	13,24	.33	13,25	.33
9. lk	15,25	.36	15,27	.34	15,26	.35

	vir				ven				kaikki			
	Pojat		Tyttöt		Pojat		Tyttöt		Pojat		Tyttöt	
	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh
5. lk	11,44	.30	11,35	.29	11,33	.48	11,29	.40	11,42	.36	11,34	.32
7. lk	13,26	.32	13,23	.30	13,31	.40	13,26	.41	13,27	.34	13,24	.33
9. lk	15,27	.33	15,27	.33	15,19	.41	15,27	.37	15,25	.36	15,27	.34

LIITE 7 Viron tutkimusaineiston vastanneiden lukumäärä ja kato puhdistuksen aikana Bergenissä luokkatasoittain ja sukupuolittain (puhdistamaton aineisto vuonna 1994 ennen Bergeniin lähtöä ja puhdistettu aineisto Bergenin jälkeen)

Luok- kataso	Puhdistamaton aineisto			Puhdistettu aineisto			Kato puhdistuksen aikana		
	Pojat	Tytöt	Yht.	Pojat	Tytöt	Yht.	Pojat	Tytöt	Yht.
	Vast. n	Vast. n	Vast. n	Vast. n	Vast. n	Vast. n	n	n	n
5. lk	559	636	1195	546	624	1170	13	12	25
7. lk	593	673	1267	533	634	1167	60	39	99
9. lk	607	698	1305	549	630	1179	58	68	126
Yht. N	1759	2007	<b>3766</b>	1628	1888	<b>3516</b>	131	119	250

LIITE 8 Tutkimusaineisto kieliryhmittäin, luokkatasoittain ja sukupuolittain (puhdistamaton aineisto 1994 ennen Bergeniin lähtöä)

Luokka- taso	VIR			VEN		
	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä
5. lk	413	494	907	146	142	288
7. lk	441	522	963	152	151	303
9. lk	447	512	959	160	186	346
Yhteensä	1301	1528	<b>2829</b>	458	479	<b>937</b>

LIITE 9 Tutkimusaineisto kieliryhmittäin, luokkatasoittain ja sukupuolittain (puhdistettu aineisto Bergenin jälkeen vuonna 1994)

Luokka- taso	VIR			VEN		
	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä
5. lk	406	486	892	140	138	278
7. lk	409	499	908	124	135	259
9. lk	411	469	880	138	161	299
Yhteensä	1226	1454	<b>2680</b>	402	434	<b>836</b>

LIITE 10 Tutkimusaineiston kato puhdistuksen aikana kieliryhmittäin, luokkatasoittain ja sukupuolittain (puhdistettu aineisto vuonna 1994).

Luokka- taso	VIR			VEN		
	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä
5. lk	7	8	15	6	4	10
7. lk	32	23	55	28	16	44
9. lk	36	43	79	22	25	47
Yhteensä	75	74	<b>149</b>	56	45	<b>101</b>



## LIITE 11 Alkuperäinen Viron puhdistamaton aineisto 1998 (ennen Bergeniin lähtöä)

Luokkataso	Yhteensä
5. lk	622
6. lk	192
7. lk	809
8. lk	74
9. lk	628
10. lk	67
Yhteensä N	<b>2392</b>

## LIITE 12 Vironkielisten koulujen tutkimusaineisto luokkatasoinnain ja sukupuolittain ennen Bergeniin lähtöä, puhdistettu aineisto ja kato Bergenin jälkeen vuonna 1998

Luokka- taso	Puhdistamaton aineisto			Puhdistettu aineisto			Kato puhdistuksen aikana		
	Pojat	Tytöt	Yht.	Pojat	Tytöt	Yht.	Pojat	Tytöt	Yht.
	Vast. n	Vast. n	Vast. n	Vast. n	Vast. n	Vast. n			
5. lk	325	333	658	227	251	478	98	82	180
7. lk	356	458	814	374	458	832	18 <sup>)</sup>	–	–
9. lk	266	374	640	252	335	587	14	39	53
Yhteensä									
N	947	1165	<b>2112</b>	853	1044	<b>1897</b>	130	121	233

<sup>)</sup> + 18 tapausta 6. luokasta, jossa oli vastaavan ikäisiä

## LIITE 13 Vironkielisten koulujen tutkimusaineiston vastanneiden oppilaiden iän keskiarvo (ka) ja keskihajonta (kh) vuonna 1998

	Pojat		Työt		Kaikki	
	ka	kh	ka	kh	ka	kh
5. lk	11,57	.28	11,59	.27	11,58	.27
7. lk	13,49	.28	13,48	.28	13,48	.28
9. lk	15,38	.28	15,34	.24	15,36	.25

LIITE 14 Yksittäisten oireiden esiintyminen 11-15-vuotiailla pojilla ja tytöillä sukupuolen ja luokkatason mukaan vuonna 1994 (%)

Oire	Pojat			Työt		
	11 v	13 v	15 v	11 v	13 v	15 v
<i>Päänsäryn useus</i>						
Lähes päivittäin	4	3	1	7	5	3
Useammin kuin kerran viikossa	7	5	6	9	7	9
Noin kerran viikossa	11	14	12	17	21	19
Noin kerran kuukaudessa	27	29	30	29	29	31
Harvemmin tai ei koskaan	51	49	51	38	38	
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	527	525	539	609	629	630
p	ns			ns		
<i>Vatsakipujen useus</i>						
Lähes päivittäin	2	1	1	7	4	2
Useammin kuin kerran viikossa	4	5	3	7	7	4
Noin kerran viikossa	12	11	9	19	14	12
Noin kerran kuukaudessa	30	30	29	28	39	46
Harvemmin tai ei koskaan	52	53	58	39	36	36
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	525	523	540	607	626	629
p	ns			<.001		
<i>Selkäkipujen useus</i>						
Lähes päivittäin	1	2	3	2	3	3
Useammin kuin kerran viikossa	1	2	4	3	5	3
Noin kerran viikossa	2	5	7	5	4	8
Noin kerran kuukaudessa	9	10	16	9	11	12
Harvemmin tai ei koskaan	87	81	70	81	77	74
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	510	519	533	598	623	626
p	<.001			.010		
<i>Masentuneisuuden useus</i>						
Lähes päivittäin	2	1	2	3	3	3
Useammin kuin kerran viikossa	4	3	5	6	8	8
Noin kerran viikossa	9	9	10	14	13	21
Noin kerran kuukaudessa	16	16	26	17	24	27
Harvemmin tai ei koskaan	69	71	57	60	52	41
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	508	511	532	596	620	625
p	<.001			<.001		

Oire	Pojat			Tytöt		
	11 v	13 v	15 v	11 v	13 v	15 v
<i>Ärtynisyys/pahantuulisuus</i>						
Lähes päivittäin	10	7	6	13	9	11
Useammin kuin kerran viikossa	14	16	19	16	23	26
Noin kerran viikossa	25	27	33	29	35	34
Noin kerran kuukaudessa	24	34	28	23	22	22
Harvemmin tai ei koskaan	27	16	14	19	11	7
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	525	524	543	603	629	628
p	<.001			<.001		
<i>Hermotuneisuus</i>						
Lähes päivittäin	5	4	6	10	8	10
Useammin kuin kerran viikossa	10	12	14	11	18	18
Noin kerran viikossa	17	17	25	17	24	26
Noin kerran kuukaudessa	19	29	22	21	22	26
Harvemmin tai ei koskaan	49	38	33	41	29	20
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	507	514	531	595	622	627
p	<.001			<.001		
<i>Univaikeudet</i>						
Lähes päivittäin	11	7	7	15	9	10
Useammin kuin kerran viikossa	7	9	7	12	12	11
Noin kerran viikossa	11	13	15	11	16	13
Noin kerran kuukaudessa	16	16	17	16	15	19
Harvemmin tai ei koskaan	55	55	54	46	48	47
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	509	511	530	602	620	627
p	ns			.005		
<i>Huimauksen tunne</i>						
Lähes päivittäin	6	5	3	12	7	7
Useammin kuin kerran viikossa	9	9	11	13	12	15
Noin kerran viikossa	18	17	20	21	24	24
Noin kerran kuukaudessa	19	26	27	20	25	27
Harvemmin tai ei koskaan	48	43	39	34	32	27
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	515	514	535	600	626	626
p	.007			<.001		

LIITE 15 Psykosomaattiset oireet oireindeksillä kuvattuna iän ja sukupuolen mukaan vuonna 1994 (%)

Viikoittainen oireilu	11 v		vir 13 v		15 v	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
	Ei oireita	21	13	23	11	16
1-2 oiretta/vk	39	29	36	33	38	28
≥ 3 oiretta/vk	40	58	41	56	46	62
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	379	468	396	495	401	467
p	<.001		<.001		<.001	
	ven					
Ei oireita	38	16	37	19	34	16
1-2 oiretta/vk	34	35	36	34	47	37
≥ 3 oiretta/vk	28	49	27	47	19	47
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	109	115	106	119	122	157
p	<.001		.002		<.001	

LIITE 16 Nuorten lääkkeiden käyttö kyselyä edeltäneen kuukauden aikana sukupuolen, iän ja kieliryhmän mukaan vuonna 1994 (%)

Lääkinnän syy	POJAT											
	11 v			13 v				15 v				
	vir	ven	ns	kaikki	vir	ven	ns	kaikki	vir	ven	ns	kaikki
Yskä	27	30	ns	27	23	19	ns	22	17	18	ns	17
Kuume	25	36	*	28	22	30	ns	24	17	16	ns	17
Päänsärky	23	37	**	27	21	34	**	24	19	20	ns	19
Vatsakipu	19	27	*	21	15	21	ns	16	7	11	ns	8
Unettomuus	9	11	ns	9	6	8	ns	7	2	1	ns	2
Hermostuneisuus	13	5	**	11	6	5	ns	6	2	1	ns	2
	TYTÖT											
Yskä	27	36	*	29	23	16	ns	22	17	25	*	19
Kuume	29	36	ns	30	21	28	ns	23	22	24	ns	22
Päänsärky	32	41	*	34	26	42	***	29	29	34	ns	31
Vatsakipu	20	33	**	23	17	30	***	19	17	35	***	21
Unettomuus	10	14	ns	11	6	3	ns	5	2	5	ns	3
Hermostuneisuus	11	9	ns	11	8	6	ns	8	4	7	ns	5

\* p &lt; .05, \*\* p &lt; .01, \*\*\* p &lt; .001, ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 17 Alkoholikokeilut iän, sukupuolen ja kieliryhmän mukaan vuonna 1994 (%)

	POJAT								
	11 v			13 v			15 v		
	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki	vir	ven	kaikki
Kyllä	69	56	65	80	68	77	95	86	92
Ei	28	43	32	16	31	19	4	14	7
Ei tiedä	3	1	3	4	1	4	1	-	1
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	400	139	539	405	124	529	411	138	549
p	**			***			***		
	TYTÖT								
	47	36	44	73	65	72	92	90	92
	50	63	53	24	31	25	7	8	7
ei tiedä	3	1	3	3	4	3	1	2	1
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	483	137	620	498	135	633	467	161	628
p	*			ns			ns		

\* p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001, ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 18 Alkoholin käyttö yleensä (olut, viini, väkevät) iän, sukupuolen ja kieliryhmän mukaan vuonna 1994 (%)

	POJAT					
	11 v		13 v		15 v	
	vir	ven	vir	ven	vir	ven
Viikoittain	4	7	8	5	14	13
Kuukausittain/ harvemmin	7	3	10	7	20	19
Ei ollenkaan	89	90	82	88	66	68
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	389	122	381	101	392	122
p	ns		ns		ns	
	TYTÖT					
	-	-	1	3	3	6
	1	3	4	3	7	12
Ei ollenkaan	99	97	95	94	90	82
Yhteensä	100	100	100	100	100	100
N	472	125	473	114	450	133
p	*		ns		*	

\* p < .05, ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 19 15-vuotiaiden alkoholin käyttö alkoholilajeittain sukupuolen ja kieliryhmän mukaan vuonna 1994 (%)

	POJAT															
	vir					ven					kaikki					
	1	2	3	4	yht.	1	2	3	4	yht.	1	2	3	4	yht.	p
Olut	12	16	38	34	100	10	15	35	40	100	12	16	37	35	100	ns
Viini	2	7	36	55	100	4	8	29	59	100	2	7	34	56	100	ns
Väkevät	3	10	25	62	100	3	8	22	67	100	3	10	24	63	100	ns
	TYTÖT															
Olut	2	3	24	71	100	2	6	24	68	100	2	4	24	70	100	ns
Viini	1	3	33	63	100	1	8	46	45	100	1	4	36	59	100	.001
Väkevät	–	2	9	89	100	3	1	17	79	100	1	2	11	86	100	.002

1 = viikoittain

2 = kuukausittain

3 = harvemmin

4 = ei lainkaan

LIITE 20 Viikoittain poltettujen savukkeiden lukumäärän keskiarvo (ka), keskihajonta (kh) ja mediaani (md) sukupuolen ja kieliryhmän mukaan 15-vuotiailla vähintään viikoittain tupakoivilla nuorilla vuonna 1994

	Pojat				Työt			
	ka	kh	md	n	ka	kh	md	n
vironkieliset	31.3	26.1	20.0	87	24.4	28.1	11.5	24
venäjänkieliset	30.5	27.1	22.5	31	27.9	27.9	20.0	12

LIITE 21 Vironkielisten 15-vuotiaiden nuorten viikoittaisen psykosomaattisen oireilun (oireindeksi) yhteys eräisiin terveystottumuksiin (%)

Terveystottumus	Psykosomaattinen oireilu			Yht.	n	p
	Ei oireita	1-2 oiretta/vk	≥ 3 oiretta/vk			
	%	%	%			
<b>TUPAKOINTI</b>						
Päivittäin	8	27	65	100	77	
Viikoittain tai harvemmin	6	30	64	100	83	
Ei tupakoi	14	33	53	100	704	.05
<b>ALKOHOLIN KÄYTTÖ</b>						
Viikoittain	6	36	58	100	66	
Kuukausittain	6	35	59	100	108	
Harvemmin	14	32	54	100	660	ns
<b>LIIKUNTA-AKTIIVISUUS (KRT)</b>						
Päivittäin	15	28	57	100	65	
4-6 krt/vk	13	41	46	100	160	
1-3 krt/vk	14	31	55	100	473	
Harvemmin	8	29	63	100	168	.05
<b>LIIKUNTA-AKTIIVISUUS (T/VK)</b>						
≥ 7 tuntia	11	45	44	100	123	
2-6 tuntia	13	31	56	100	393	
½-1 tunti	11	31	58	100	333	.03

ns = tilastollisesti eri merkitsevä

LIITE 22 Venäjänkielisten 15-vuotiaiden nuorten viikoittaisen psykosomaattisen oireilun (oireindeksi) yhteys eräisiin terveystottumuksiin vuonna 1994 (%)

Terveystottumus	Psykosomaattinen oireilu			yht	n	p
	Ei oireita %	1-2 oiretta/vk %	≥ 3 oiretta/vk %			
<b>TUPAKOINTI</b>						
Päivittäin	15	33	52	100	27	
Viikoittain tai harvemmin	17	37	46	100	24	
Ei tupakoi	25	43	32	100	227	ns
<b>ALKOHOLIN KÄYTTÖ</b>						
Viikoittain	13	48	39	100	23	
Kuukausittain	8	56	36	100	36	
Harvemmin	28	38	34	100	179	ns
<b>LIIKUNTA-AKTIIVISUUS (KRT/VK)</b>						
Päivittäin	34	34	32	100	38	
4-6 krt/vk	34	43	23	100	47	
1-3 krt/vk	17	43	40	100	124	
Harvemmin	24	41	35	100	70	ns
<b>LIIKUNTA-AKTIIVISUUS (T/VK)</b>						
≥7 tuntia	32	58	10	100	31	
2-6 tuntia	28	35	37	100	74	
½-1 tunti	21	39	40	100	170	.021

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 23 Vironkielisten 15-vuotiaiden nuorten subjektiivisen onnellisuuskokemuksen yhteys eräisiin terveystottumuksiin vuonna 1994 (%)

Terveystottumus	Koettu onnellisuus				Yht.	n	p
	Hyvin onnellinen %	Melko onnellinen %	Ei kovin onnellinen %	Ei lainkaan onnellinen %			
<b>TUPAKOINTI</b>							
Päivittäin	5	58	28	9	100	76	
Viikoittain tai harvemmin	3	54	41	2	100	86	
Ei tupakoi	6	61	30	3	100	707	ns
<b>ALKOHOLIN KÄYTTÖ</b>							
Viikoittain	6	65	27	2	100	66	
Kuukausittain	1	67	27	5	100	107	
Harvemmin	6	58	32	4	100	662	ns
<b>LIIKUNTA-AKTIIVISUUS (KRT/VK)</b>							
Päivittäin	5	62	24	9	100	66	
4-6 krt/vk	3	74	22	1	100	159	
1-3 krt/vk	5	59	33	3	100	477	
Harvemmin	6	49	38	7	100	169	<.001
<b>LIIKUNTA-AKTIIVISUUS (T/VK)</b>							
≥ 7 tuntia	4	74	19	3	100	124	
2-6 tuntia	5	62	29	4	100	395	
½-1 tunti	5	53	38	4	100	334	.003

ns = tilastollisesti ei merkitsevä



LIITE 24 Venäjänkielisten 15-vuotiaiden nuorten subjektiivisen onnellisuuskokemuksen yhteys eräisiin terveystottumuksiin vuonna 1994 (%)

Terveystottumus	Koettu onnellisuus				Yht.	n	p
	Hyvin onnellinen %	Melko onnellinen %	Ei kovin onnellinen %	Ei lainkaan onnellinen %			
<b>TUPAKOINTI</b>							
Päivittäin	11	46	39	4	100	28	
Viikoittain tai harvemmin	18	36	39	7	100	28	
Ei tupakoi	20	42	34	4	100	241	ns
<b>ALKOHOLIN KÄYTTÖ</b>							
Viikoittain	17	54	29		100	24	
Kuukausittain	23	51	26		100	39	
Harvemmin	18	40	37	5	100	190	ns
<b>LIIKUNTA-AKTII-VISUUS (KRT/VK)</b>							
Päivittäin	23	44	30	3	100	43	
4-6 krt/vk	12	47	39	2	100	49	
1-3 krt/vk	17	44	36	3	100	131	
Harvemmin	23	34	35	8	100	74	ns
<b>LIIKUNTA-AKTII-VISUUS (T/VK)</b>							
≥ 7 tuntia	23	35	35	7	100	31	
2-6 tuntia	19	46	33	2	100	81	
½-1 tunti	18	41	37	4	100	181	ns

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 25 Vironkielisten 15-vuotiaiden nuorten viikoittaisen psykosomaattisen oireilun (oireindeksi) yhteys eräisiin terveystottumuksiin vuonna 1994 (%)

Terveystottumus	Psykosomaattinen oireilu			Yht.	n	p
	Ei oireita %	1-2 oiretta/vk %	≥ 3 oiretta/vk %			
<b>TUPAKOINTI</b>						
Päivittäin	8	27	65	100	77	
Viikoittain tai harvemmin	6	30	64	100	83	
Ei tupakoi	14	33	53	100	704	.050
<b>ALKOHOLIN KÄYTTÖ</b>						
Viikoittain	6	36	58	100	66	
Kuukausittain	6	35	59	100	108	
Harvemmin	14	32	54	100	660	ns
<b>LIIKUNTA-AKTII-VISUUS (KRT/VK)</b>						
Päivittäin	15	28	57	100	65	
4-6 krt/vk	13	41	46	100	160	
1-3 krt/vk	14	31	55	100	473	
Harvemmin	8	29	63	100	168	.050
<b>LIIKUNTA-AKTII-VISUUS (T/VK)</b>						
≥ 7 tuntia	11	45	44	100	123	
2-6 tuntia	13	31	56	100	393	
½-1 tunti	11	31	58	100	333	.030

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 26 Venäjänkielisten 15-vuotiaiden nuorten viikoittaisen psykosomaattisen oireilun (oireindeksi) yhteys eräisiin terveystottumuksiin vuonna 1994 (%)

Terveystottumus	Psykosomaattinen oireilu			yht	n	p
	Ei oireita %	1-2 oiretta/vk %	≥ 3 oiretta/vk %			
<b>TUPAKOINTI</b>						
Päivittäin	15	33	52	100	27	
Viikoittain tai harvemmin	17	37	46	100	24	
Ei tupakoi	25	43	32	100	227	ns
<b>ALKOHOLIN KÄYTTÖ</b>						
Viikoittain	13	48	39	100	23	
Kuukausittain	8	56	36	100	36	
Harvemmin	28	38	34	100	179	ns
<b>LIIKUNTA-AKTII-VISUUS (KRT/VK)</b>						
Päivittäin	34	34	32	100	38	
4-6 krt/vk	34	43	23	100	47	
1-3 krt/vk	17	43	40	100	124	
Harvemmin	24	41	35	100	70	ns
<b>LIIKUNTA-AKTII-VISUUS (T/VK)</b>						
≥ 7 tuntia	32	58	10	100	31	
2-6 tuntia	28	35	37	100	74	
½-1 tunti	21	39	40	100	170	.021

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 27 11-15-vuotiaiden poikien sosiaalistumisympäristöä kuvaavien muuttujien yhteys subjektiiviseen terveydentilaan, koko aineisto vuonna 1994 (%)

Sosiaalistumisympäristö	Subjektiivinen terveydentila			Yht	n	P
	Erittäin hyvä	Melko hyvä	Ei kovin hyvä			
	%	%	%			
<b>KOTI</b>						
Isän ammattistatus						
ylempi	26	64	10	100	498	
keskitaso	24	67	9	100	674	
alempi	22	61	17	100	167	.042
Äidin ammattistatus						
ylempi	22	69	9	100	689	
keskitaso	23	64	13	100	528	
alempi	31	57	12	100	338	.002
Perheen taloudellinen tilanne						
hyvä	41	52	7	100	372	
keskitaso	19	71	10	100	1017	
huono	24	56	20	100	184	<.001
Asuinpaikka						
kaupunki	28	61	11	100	1028	
maaseutu	7	72	11	100	580	<.001
<b>KOULU</b>						
Tulevaisuusorientaatio						
lukio	24	69	7	100	729	
ammattikoulu	29	59	12	100	225	
muu	23	62	15	100	649	<.001
Koulunkäynnistä pitäminen						
pitää	28	62	10	100	962	
ei pidä	18	69	13	100	641	<.001
Koulumenestys						
hyvä	25	69	6	100	412	
keskitasoa	24	65	11	100	1023	
alle keskitason	25	56	19	100	175	<.001
<b>YSTÄVÄT</b>						
Ystävien määrä						
ei ole ystäviä	9	71	20	100	44	
yksi ystävä	21	64	15	100	196	
≥ 2 ystävää	25	65	10	100	1358	.019
Ajanvietto ystävien kanssa						
4-5 krt/vk	27	62	11	100	639	
1-3 krt/vk	22	67	11	100	902	
ei ole ystäviä	25	54	21	100	59	.028

LIITE 28 11-15-vuotiaiden tyttöjen sosiaalistumisympäristöä kuvaavien muuttujien yhteys subjektiiviseen terveydentilaan, koko aineisto vuonna 1994 (%)

Sosiaalistumisympäristö	Subjektiivinen terveydentila			yht	n	p
	Erittäin hyvä %	Melko hyvä %	Ei kovin hyvä %			
<b>KOTI</b>						
Isän ammattistatus						
ylempi	18	67	15	100	535	
keskitaso	17	63	20	100	743	
alempi	12	72	16	100	163	ns
Äidin ammattistatus						
ylempi	15	68	17	100	731	
keskitaso	16	65	19	100	634	
alempi	19	59	22	100	418	.050
Perheen taloudellinen tilanne						
hyvä	25	61	14	100	330	
keskitaso	14	68	18	100	1230	
huono	14	60	26	100	245	<.001
Asuinpaikka						
kaupunki	18	64	18	100	1188	
maaseutu	13	67	20	100	683	.040
<b>KOULU</b>						
Tulevaisuusorientaatio						
lukio	16	68	16	100	1095	
ammattikoulu	18	63	19	100	164	
muu	16	61	23	100	608	.002
Koulunkäynnistä pitäminen						
pitää	18	65	17	100	1316	
ei pidä	12	65	23	100	551	<.001
Koulumenestys						
hyvä	20	65	15	100	834	
keskitasoa	12	67	21	100	943	
alle keskitason	18	48	34	100	96	<.001
<b>YSTÄVÄT</b>						
Ystävien määrä						
ei ole ystäviä	10	57	33	100	60	
yksi	15	63	22	100	364	
≥ 2 ystävää	17	67	17	100	1433	.003
Ajanvietto ystävien kanssa						
4-5 krt/vk	19	63	18	100	467	
1-3 krt/vk	15	67	18	100	1274	
ei ole ystäviä	21	53	26	100	114	.009

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 29 Sosiaalistumisympäristön yhteydet koettuun terveyteen sukupuolen mukaan (p-arvot), koko aineisto vuonna 1994

	POJAT		TYTÖT	
	Oireilu	Onnellisuus- kokemukset	Oireilu	Onnellisuus- kokemukset
<b>KOTI</b>				
Isän ammattistatus	ns	<.001	ns	ns
Äidin ammattistatus	ns	ns	ns	<.001
Perheen taloudellinen tilanne	<.001	<.001	<.001	<.001
Asuinpaikka	<.001	ns	ns	.01
<b>KOULU</b>				
Tulevaisuusorientaatio	ns	<.001	.ns	<.001
Koulunkäynnistä pitäminen	<.001	<.001	<.001	<.001
Koulumenestys	ns	<.001	.01	<.001
<b>YSTÄVÄT</b>				
Ystävien määrä	<.001	<.001	ns	<.001
Ajanvietto ystävien kanssa	ns	ns	ns	<.001

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 30 Sosiaalistumisympäristön yhteydet koettuun terveyteen ikäryhmän mukaan (p-arvot)

	Subjekttiivinen terveys			Oireilu			Onnellisuuskokemukset		
	11 v	13 v	15 v	11 v	13 v	15 v	11 v	13 v	15 v
<b>KOTI</b>									
Isän ammattistatus	.020	ns	ns	ns	ns	ns	.040	.001	ns
Äidin ammattistatus	ns	.020	.050	.030	.010	ns	.030	.040	ns
Perheen taloudellinen tilanne	<.001	.010	<.001	.040	.030	.030	<.001	<.001	<.001
Asuinpaikka	ns	ns	ns	.050	<.001	<.001	.040	ns	ns
<b>KOULU</b>									
Tulevaisuusorientaatio	ns	<.001	.040	ns	ns	ns	ns	<.001	<.001
Koulunkäynnistä pitäminen	ns	ns	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Koulumenestys	<.001	.020	ns	ns	ns	ns	<.001	<.001	<.001
<b>YSTÄVÄT</b>									
Ystävien määrä	<.001	<.001	ns	ns	ns	.010	<.001	<.001	<.001
Ajanvietto ystävien kanssa	ns	ns	ns	.050	<.001	<.001	.010	.040	<.001

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 31 Sosiaalistumisympäristön yhteydet lääkkeiden käyttöön sukupuolen mukaan, koko aineisto vuonna 1994 (p-arvot)

	Päänsärky		Vatsakipu		Nukahtamisvaikeus		Hermostuneisuus	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
<b>Koti</b>								
Isän ammattistatus	ns	ns	ns	.007	ns	ns	.049	ns
Äidin ammattistatus	.04	ns	ns	ns	ns	ns	.004	ns
Perheen taloudellinen tilanne	ns	.011	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Asuinpaikka								
<b>Koulu</b>								
Tulevaisuusorientaatio	ns	.014	ns	<.001	<.001	ns	<.001	<.001
Koulunkäynnistä pitäminen	ns	<.001	ns	ns	ns	.038	ns	.001
Koulumenestys	.029	.005	.005	.017	<.001	ns	<.001	<.001
<b>Ystävät</b>								
Ystävien määrä								
Ajanvietto ystävien kanssa			.002					

ns = tilastollisesti ei merkitsevä



LIITE 32 Sosiaalistumisympäristön yhteys lääkkeiden käyttöön ikäryhmän mukaan, koko aineisto vuonna 1994 (p-arvot)

	Päänsärky			Vatsakipu		
	11	13	15	11	13	15
<b>Koti</b>						
Isän ammattistatus	.036	ns	ns	.002	ns	ns
Äidin ammattistatus	ns	.02	ns	ns	ns	ns
Perheen taloudellinen tilanne	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Asuinpaikka						
<b>Koulu</b>						
Tulevaisuusorientaatio	ns	.017	ns	ns	.005	ns
Koulunkäynnistä pitäminen	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Koulumenestys	.011	ns	ns	.029	.030	ns
<b>Ystävät</b>						
Ystävien määrä	.007					
Ajanvietto ystävien kanssa						
	Unettomuus			Hermostuneisuus		
	11	13	15	11	13	15
<b>Koti</b>						
Isän ammattistatus	.018	ns	ns	.015	ns	.036
Äidin ammattistatus	ns	ns	ns	ns	.005	ns
Perheen taloudellinen tilanne	.048	ns	ns	.006	ns	ns
Asuinpaikka			.042			
<b>Koulu</b>						
Tulevaisuusorientaatio	.025	.004	.007	.003	.044	.016
Koulunkäynnistä pitäminen	ns	.014	.009	.016	ns	.003
Koulumenestys	.007	.003	.032	<.001	.034	.010
<b>Ystävät</b>						
Ystävien määrä						.004
Ajanvietto ystävien kanssa						

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 33 15-vuotiaiden sosiaalistumisympäristöä kuvaavien muuttujien yhteys  
 tupakointiin, koko aineisto vuonna 1994 (%)

Sosiaalistumisympäristö	Tupakointi			Yht.	n	p
	Päivittäin %	Viikoittain/ harvemmin %	Ei tupakoi %			
<b>KOTI</b>						
Isän ammattistatus						
korkea	7	9	84	100	344	
keskitaso	10	11	79	100	444	
matala	11	9	80	100	114	ns
Äidin ammattistatus						
korkea	9	9	82	100	515	
keskitaso	8	12	80	100	353	
matala	8	10	82	100	248	ns
Perheen taloudellinen tilanne						
hyvä	9	13	78	100	212	
keskitaso	9	9	82	100	760	
huono	6	11	83	100	173	ns
Asuinpaikka						
kaupunki	10	8	82	100	737	
maaseutu	8	11	81	100	431	ns
<b>KOULU</b>						
Tulevaisuusorientaatio						
lukio	6	7	87	100	802	
ammattikoulu	16	16	68	100	165	
muu	13	16	71	100	192	<.001
Koulunkäynnistä pitäminen						
pitää	7	8	85	100	766	
ei pidä	12	3	75	100	399	<.001
Koulumenestys						
hyvä	3	5	92	100	380	
keskitasoa	10	11	79	100	663	
alle keskitason	25	18	57	100	124	<.001
<b>YSTÄVÄT</b>						
Ystävien määrä						
yksi ystävä	5	11	84	100	222	
≥ 2 ystävää	10	10	80	100	896	.031
Ajanvietto ystävien kanssa						
4–5 krt/vk	18	13	69	100	345	
1–3 krt/vk	5	9	86	100	763	
ei ole ystäviä	2	3	95	100	58	<.001

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Liite 34 Vironkielisten koulujen nuorten tupakointikokeilut sukupuolen ja iän mukaan vuosina 1994–1998 (%).

	POJAT								
	11 v			13 v			15 v		
	Kyllä	Ei	N	Kyllä	Ei	N	Kyllä	Ei	N
1994	44	56	403	67	33	406	85	15	410
1998	47	53	226	68	32	372	81	19	251
p	ns			ns			ns		
	TYTÖT								
	11 v			13 v			15 v		
	Kyllä	Ei	N	Kyllä	Ei	N	Kyllä	Ei	N
1994	9	91	481	31	69	496	48	52	469
1998	12	88	250	36	64	451	56	44	335
p	ns			ns			<b>.02</b>		

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 35 11-15-vuotiaiden poikien sosiaalistumisympäristöä kuvaavien muuttujien yhteys psykosomaattiseen oireiluun, koko aineisto vuonna 1994 (%).

Sosiaalistumisympäristö	Psykosomaattinen oireilu			yht	n	p
	Ei oireita %	1-2 oiretta/vk %	> 3 oiretta/vk %			
<b>KOTI</b>						
Isän ammattistatus						
ylempi	25	40	35	100	473	
keskitaso	23	39	38	100	625	
alempi	20	36	44	100	157	ns
Äidin ammattistatus						
ylempi	22	40	38	100	654	
keskitaso	22	37	41	100	496	
alempi	28	36	36	100	303	ns
Perheen taloudellinen tilanne						
hyvä	30	40	30	100	335	
keskitaso	21	39	40	100	964	
huono	25	29	46	100	170	<.001
Asuinpaikka						
kaupunki	26	39	35	100	943	
maaseutu	20	37	43	100	561	.002
<b>KOULU</b>						
Tulevaisuusorientaatio						
lukio	25	40	35	100	698	
ammattikoulu	20	39	41	100	209	
muu	24	36	40	100	591	ns
Koulunkäynnistä pitäminen						
pitää	27	40	33	100	888	
ei pidä	17	36	47	100	611	<.001
Koulumenestys						
hyvä	27	39	34	100	389	
keskitasoa	23	39	38	100	947	
alle keskitason	16	33	51	100	172	.002
<b>YSTÄVÄT</b>						
Ystävien määrä						
ei ole ystäviä	5	34	61	100	41	
yksi	17	40	43	100	188	
≥ 2 ystävää	25	38	37	100	1267	.001
Ajanvietto ystävien kanssa						
4-5 krt/vk	23	37	40	100	594	
2-3 krt/vk	27	40	33	100	492	
1 krt	20	36	44	100	360	
ei ole ystäviä	25	36	39	100	52	ns

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

LIITE 36 11-15-vuotiaiden tyttöjen sosiaalistumisympäristöä kuvaavien muuttujien yhteys psykosomaattiseen oireiluun, koko aineisto vuonna 1994 (%).

Sosiaalistumisympäristö	Psykosomaattinen oireilu			Yht	N	p
	Ei oireita %	1-2 oiretta/vk %	≥ 3 oiretta/vk %			
<b>KOTI</b>						
Isän ammattistatus						
ylempi	12	34	54	100	529	
keskitaso	13	30	57	100	722	
alempi	15	29	56	100	153	ns
Äidin ammattistatus						
ylempi	12	35	53	100	716	
keskitaso	11	29	60	100	607	
alempi	15	30	55	100	402	ns
Perheen taloudellinen tilanne						
hyvä	12	37	51	100	314	
keskitaso	13	30	57	100	1203	
huono	12	27	61	100	232	ns
Asuinpaikka						
kaupunki	15	32	53	100	1141	
maaseutu	8	29	63	100	671	<.001
<b>KOULU</b>						
Tulevaisuusorientaatio						
lukio	13	33	54	100	1077	
ammattikoulu	13	31	56	100	155	
muu	12	28	60	100	575	Ns
Koulunkäynnistä pitäminen						
pitää	15	34	51	100	1263	
ei pidä	7	24	69	100	544	<.001
Koulumenestys						
hyvä	13	34	53	100	816	
keskitasoa	12	30	58	100	911	
alle keskitason	9	16	75	100	87	<.001
<b>YSTÄVÄT</b>						
Ystävien määrä						
ei ole ystäviä	12	24	64	100	59	
yksi ystävä	9	34	57	100	359	
≥ 2 ystävää	14	30	56	100	1381	ns
Ajanvietto ystävien kanssa						
4-5 krt/vk	15	30	55	100	445	
2-3 krt/vk	14	31	55	100	628	
1 krt	10	32	58	100	614	
ei ole ystäviä	10	28	62	100	111	ns

ns = tilastollisesti ei merkitsevä

## LIITE 37

Viikoittaisen tupakoinnin yleisyydestä 15-vuotiaiden poikien ja tyttöjen keskuudessa eräiden taustamuuttujien mukaan (MCA-analyysi)

Taustamuuttuja	POJAT				TYTÖT			
	Yleiskeskisarvo (GM)=-.22 (22 %)				Yleiskeskisarvo (GM)=-.08 (8 %)			
	N	Vakioimaton poikkeama yleiskeskisarvosta	Vakioitu poikkeama yleiskeskisarvosta		N	Vakioimaton poikkeama yleiskeskisarvosta	Vakioitu poikkeama yleiskeskisarvosta	
<b>Tutkimusajankohta</b>								
1994	310	-.01	.00		339	-.03	-.03	
1998	182	.01	Eta .02	.00	240	.035	Eta .14	.03
				Beta .00 ns				Beta .15 **
<b>Perheen taloudellinen toimeentulo</b>								
Hyvä	64	-.06	-.04		72	.05	.04	
Keskitaso	371	.01	.01		410	.00	.00	
Huono	57	-.02	Eta .06	-.04	97	-.02	Eta .07	-.02
				Beta .06 ns				Beta .06 ns
<b>Isän ammattistatus</b>								
Ylempi	163	-.06	-.06		190	-.01	.00	
Keskitaso	223	.04	.04		253	.01	.01	
Alempi	106	.02	Eta .11	.01	136	-.01	Eta .04	-.03
				Beta .06 *				Beta .07 ns
<b>Äidin ammattistatus</b>								
Ylempi	206	-.04	-.02		226	-.02	-.01	
Keskitaso	174	.05	.03		214	.02	.01	
Alempi	112	.01	Eta .10	-.02	139	.00	Eta .07	.00
				Beta .06 ns				Beta .04 ns
<b>Asuinpaikka</b>								
Kaupunki	263	.01	.03		322	-.01	-.01	
Maaseutu	229	-.02	Eta .04	-.03	257	.01	Eta .05	.01
				Beta .07 ns				Beta .05 ns
<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.157</b>								<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.181</b>
<b>Yhteiskorrelaatiokertoimen neliö R<sup>2</sup>=.025</b>								<b>Yhteiskorrelaatiokertoimen neliö R<sup>2</sup>=.033</b>

\* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001, ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Liite 37 jatkuu

Humalakokemusten ( $\geq 4$  kertaa) yleisyydestä 15-vuotiaiden poikien ja tyttöjen keskuudessa eräiden taustamuuttujien mukaan (MCA-analyysi)

Taustamuuttuja	POJAT				TYTÖT					
	N	Yleiskeskisarvo (GM)=-.15 (15 %)		Yleiskeskisarvo (GM)=-.05 (5 %)		N	Yleiskeskisarvo (GM)=-.05 (5 %)			
		Vakioimaton poikkeama yleiskeskisarvosta	Vakioitu poikkeama yleiskeskisarvosta			Vakioimaton poikkeama yleiskeskisarvosta	Vakioitu poikkeama yleiskeskisarvosta			
<b>Tutkimusajankohta</b>										
1994	311	-.05		-.05	340	-.03		-.04		
1998	183	.08	Eta .17	.07	Beta .17 ***	241	.06	Eta .20	.05	Beta .21 ***
<b>Perheen taloudellinen toimeentulo</b>										
Hyvä	64	-.04		-.05	72	.04		.03		
Keskitaso	371	.01		.01	411	.00		.00		
Huono	59	-.02	Eta .05	-.01	Beta .06 ns	98	-.02	Eta .07	-.02	Beta .06 ns
<b>Isän ammattistatus</b>										
Ylempi	164	.00		-.01	191	.00		.00		
Keskitaso	223	-.01		.00	253	.00		.00		
Alempi	107	.03	Eta .03	.01	Beta .02 ns	137	.01	Eta .03	-.01	Beta .02 ns
<b>Äidin ammattistatus</b>										
Ylempi	206	-.03		-.02	227	.00		.01		
Keskitaso	175	.05		.04	215	.00		-.01		
Alempi	113	-.02	Eta .11	-.03	Beta .08 ns	139	.00	Eta .01	.00	Beta .01 ns
<b>Asuinpaikka</b>										
Kaupunki	263	-.01		-.01	324	.01		.00		
Maaseutu	231	.03	Eta .02	.03	Beta .02 ns	257	-.01	Eta .03	.00	Beta .02 ns
<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.202</b>					<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.214</b>					
<b>Yhteiskorrelaatiokertoimen neliö R<sup>2</sup>=.041</b>					<b>Yhteiskorrelaatiokertoimen neliö R<sup>2</sup>=.046</b>					

\*\*\* p<.001, ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Liite 37 jatkuu

Liikunta-aktiivisuuden (vähintään 4 krt/vk) yleisyydestä 11-15-vuotiaiden poikien ja tyttöjen keskuudessa eräiden taustamuuttujien mukaan (MCA-analyysi)

Taustamuuttuja	POJAT Yleiskeskisarvo (GM)=.54(54 %)			TYTÖT Yleiskeskisarvo (GM)=.31 (31 %)		
	N	Vakioimaton poikkeama yleiskeskisarvosta	Vakioitu poikkeama yleiskeskisarvosta	N	Vakioimaton poikkeama yleiskeskisarvosta	Vakioitu poikkeama yleiskeskisarvosta
<b>Tutkimusajankohta</b>						
1994	978	-.05	-.06	1078	-.06	-.08
1998	621	.08 Eta .14	.09 Beta .14 ***	762	.09 Eta .17	.11 Beta .19 ***
<b>Ikäryhmä</b>						
11-vuotiaat	499	.04	.05	563	.10	.12
13-vuotiaat	606	.03	.03	697	.01	-.01
15-vuotiaat	494	-.09 Eta .12	-.08 Beta .11 ***	580	-.11 Eta .18	-.11 Beta .19 ***
<b>Perheen taloudellinen toimeentulo</b>						
Hyvä	253	.07	.08	237	.06	.06
Keskitaso	1188	-.01	-.01	1381	.00	-.01
Huono	158	-.07 Eta .07	-.07 Beta .08 **	222	-.04 Eta .05	-.01 Beta .05 ns
<b>Isän ammattistatus</b>						
Ylempi	526	-.02	-.01	589	.01	.03
Keskitaso	719	.02	.03	824	-.02	-.01
Alempi	354	.00 Eta .03	-.05 Beta .06 ns	427	.03 Eta .04	-.02 Beta .04 ns
<b>Äidin ammattistatus</b>						
Ylempi	626	-.04	-.02	663	-.01	.01
Keskitaso	614	.01	.00	741	.02	.00
Alempi	359	.05 Eta .07	.05 Beta .06 ns	436	-.02 Eta .03	-.02 Beta .03 ns
<b>Asuinpaikka</b>						
Kaupunki	905	.02	.01	1028	.00	-.01
Maaseutu	694	-.03 Eta .04	-.02 Beta .03 ns	812	.00 Eta .00	.01 Beta .02 ns
<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.211</b>						
<b>Yhteiskorrelaatiokertoimen neliö R<sup>2</sup>=.044</b>						
				<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.</b>	<b>Yhteiskorrelaatiokertoimen neliö R<sup>2</sup>=.068</b>	

\*\* p&lt;.01, \*\*\* p&lt;.001, ns = tilastollisesti ei merkitsevä



Liite37 jatkuu

Hyvän subjektiivisen terveyden yleisyydestä 11-15-vuotiaiden poikien ja tyttöjen keskuudessa eräiden taustamuuttujien mukaan (MCA-analyysi)

Taustamuuttuja	POJAT				TYTÖT			
	N	Yleiskeskisarvo (GM)=.22 (22 %)		Yleiskeskisarvo (GM)=.19 (19 %)		N	Yleiskeskisarvo (GM)=.19 (19 %)	
		Vakioimaton poikkeama yleiskeskisarvosta	Vakioitu poikkeama yleiskeskisarvosta		Vakioimaton poikkeama yleiskeskisarvosta	Vakioitu poikkeama yleiskeskisarvosta		
<b>Tutkimusajankohta</b>								
1994	980	-.03		-.02	1079	-.03		-.04
1998	617	.04	Eta .08	.04	758	.04	Eta .09	.05
				Beta .07 ***				Beta .11 ***
<b>Ikäryhmä</b>								
11-vuotiaat	496	.02		.02	564	.06		.06
13-vuotiaat	608	.02		.02	696	-.02		-.03
15-vuotiaat	493	-.05	Eta .08	-.04	577	-.04	Eta .10	-.03
				Beta .07 **				Beta .11 ***
<b>Perheen taloudellinen toimeentulo</b>								
Hyvä	253	.08		.08	236	.08		.09
Keskitaso	1184	-.01		.00	1380	-.01		-.01
Huono	160	-.08	Eta .10	-.09	221	-.06	Eta .09	-.06
				Beta .10 ***				Beta .10 ***
<b>Isän ammattistatus</b>								
Ylempi	527	.02		.02	591	.01		.02
Keskitaso	717	-.03		-.02	821	-.01		.00
Alempi	353	.03	Eta .06	.01	425	.01	Eta .02	-.02
				Beta .04 ns				Beta .04 ns
<b>Äidin ammattistatus</b>								
Ylempi	625	-.02		-.03	667	-.02		-.02
Keskitaso	611	.00		.00	738	.00		-.01
Alempi	361	.04	Eta .06	.04	432	.03	Eta .05	.04
				Beta .06 *				Beta .06 ns
<b>Asuinpaikka</b>								
Kaupunki	906	.01		.01	1026	.00		.00
Maaseutu	691	-.02	Eta .04	-.01	811	.00	Eta .00	.00
				Beta .03 ns				Beta .00 ns
<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.168</b>								<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.180</b>
<b>Yhteiskorrelaatiokertoimen neliö R<sup>2</sup>=.028</b>								<b>Yhteiskorrelaatiokertoimen neliö R<sup>2</sup>=.033</b>

\* p<.05, \*\* p<.01, \*\*\* p<.001, ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Liite 37 jatkuu

Onnelliseksi kokemisen yleisyydestä 11-15-vuotiaiden poikien ja tyttöjen keskuudessa eräiden taustamuuttujien mukaan (MCA-analyysi)

Taustamuuttuja	POJAT				TYTÖT			
	N	Yleiskeskisarvo (GM)=.75 (75 %)		Vakioitu poikkeama yleiskeskisarvosta	N	Yleiskeskisarvo (GM)=.74 (74 %)		Vakioitu poikkeama yleiskeskisarvosta
<b>Tutkimusajankohta</b>								
1994	979	-.04		-.04	1081	-.02		-.03
1998	621	.06	Eta .11	.06	761	.02	Eta .04	.04
<b>Ikäryhmä</b>								
11-vuotiaat	500	.00		-.01	567	.06		.06
13-vuotiaat	609	.03		.02	697	.02		.01
15-vuotiaat	491	-.03	Eta .06	-.02	578	-.08	Eta .13	-.07
				Beta .04 ns				Beta .12 ***
<b>Perheen taloudellinen toimeentulo</b>								
Hyvä	255	.08		.08	236	.10		.10
Keskitaso	1185	.01		.01	1384	.02		.02
Huono	160	-.22	Eta .18	-.21	222	-.25	Eta .22	-.22
				Beta .17 ***				Beta .20 ***
<b>Isän ammattistatus</b>								
Ylempi	525	.05		.05	593	.01		-.01
Keskitaso	720	-.04		-.03	822	.01		.02
Alempi	355	.01	Eta .09	.00	427	-.03	Eta .04	-.02
				Beta .08 **				Beta .040 ns
<b>Äidin ammattistatus</b>								
Ylempi	625	.00		-.01	668	.04		.04
Keskitaso	611	.01		.01	740	.01		.00
Alempi	361	-.02	Eta .03	-.01	434	-.08	Eta .11	-.06
				Beta .02 ns				Beta .09 ***
<b>Asuinpaikka</b>								
Kaupunki	906	.01		.00	1031	.01		.00
Maaseutu	691	-.01	Eta .02	.00	811	-.01	Eta .02	.00
				Beta .00 ns				Beta .00 ns
<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.231</b>								<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.267</b>
<b>Yhteiskorrelaatiokerroimen neliö R<sup>2</sup>=.053</b>								<b>Yhteiskorrelaatiokerroimen neliö R<sup>2</sup>=.072</b>

\*\* p&lt;.01, \*\*\* p&lt;.001, ns = tilastollisesti ei merkitsevä

Liite 37 jatkuu

Oireilun yleisyydestä ( $\geq 3$  oiretta/vk) 11-15-vuotiaiden poikien ja tyttöjen keskuudessa eräiden taustamuuttujien mukaan (MCA-analyysi)

Taustamuuttuja	POJAT			TYTÖT		
	N	Yleiskeskiarvo (GM)=-.42 (42 %)		N	Yleiskeskiarvo (GM)=-.57 (57 %)	
		Vakioimaton poikkeama yleiskeskiarvosta	Vakioitu poikkeama yleiskeskiarvosta		Vakioimaton poikkeama yleiskeskiarvosta	Vakioitu poikkeama yleiskeskiarvosta
<b>Tutkimusajankohta</b>						
1994	948	.00	.00	1073	.00	.00
1998	608	.00	Eta .01	755	.01	Eta .00
			Beta .00 ns			-.01
						Beta .01 ns
<b>Ikäryhmä</b>						
11-vuotiaat	476	-.02	-.02	554	-.01	-.01
13-vuotiaat	595	-.03	-.02	696	.03	-.03
15-vuotiaat	485	.05	Eta .07	578	.05	Eta .07
			Beta .06 *			.05
						Beta .07 **
<b>Perheen taloudellinen toimeentulo</b>						
Hyvä	250	-.02	-.01	237	.01	.02
Keskitaso	1148	-.01	-.01	1374	-.02	-.02
Huono	158	.10	Eta .07	217	.09	Eta .07
			Beta .06 *			.08
						Beta .06 *
<b>Isän ammattistatus</b>						
Ylempi	517	-.01	.00	589	-.04	-.03
Keskitaso	699	-.01	-.01	820	.02	.01
Alempi	340	.03	Eta .03	419	.02	Eta .06
			Beta .02 ns			.01
						Beta .04 ns
<b>Äidin ammattistatus</b>						
Ylempi	615	-.01	-.01	667	-.04	-.03
Keskitaso	595	.01	.01	731	.04	.04
Alempi	346	.01	Eta .04	430	.00	Eta .07
			Beta .02 ns			-.02
						Beta .06 *
<b>Asuinpaikka</b>						
Kaupunki	878	-.01	-.01	1026	-.02	-.02
Maaseutu	678	.02	Eta .03	802	.03	Eta .05
			Beta .03 ns			.02
						Beta .04 *
<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.102</b>				<b>Yhteiskorrelaatiokerroin R=.134</b>		
<b>Yhteiskorrelaatiokertoimen neliö R<sup>2</sup>=.010</b>				<b>Yhteiskorrelaatiokertoimen neliö R<sup>2</sup>=.018</b>		

\* p<.05, \*\* p<.01, ns = tilastollisesti ei merkitsevä