STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 68

Raili Välimaa

Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa

Esitetään Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa (S 212)
helmikuun 26. päivänä 2000 kello 12.

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2000

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 68

Raili Välimaa

Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ

JYVÄSKYLÄ 2000

Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa

Editors
Harri Suominen
Department of Health Sciences, University of Jyväskylä
Pekka Olsbo, Marja-Leena Tynkkynen
Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

Cover picture:
Le jugement de Pâris
Louvre
©Photo RMN - Jean ; J. Schormans

ISBN 951-39-0647-7 (nid.), 978-951-39-5121-4 (PDF)
ISSN 0356-1070

Copyright © 2000, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä
and ER-Paino Ky, Lievestuore 2000

ABSTRACT

Raili Välimaa
Adolescents' perceived health based on surveys and focus group discussions
Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2000, 208 p.
(Studies in Sport, Physical Education and Health,
ISSN 0356-1070; 68)
ISBN 951-39-0647-7 (nid.), 978-951-39-5121-4 (PDF)
English summary
Diss.

The aim of the study was to examine perceived health among 11-15-year-old adolescents and the associations of different dimensions of health with self-rated health. The second aim was to investigate social networks and the association of social support with perceived health among 15-year-olds. Focus group discussions (FGDs) were used to find out how 15-year-old adolescents understood the concept of health in the survey context. The study used the data from a larger, comparative, WHO-coordinated project on the health and lifestyle of school children (Health Behaviour of School Aged Children – A WHO Cross-National Survey, the HBSC Study). The data for the study were collected in 1994 (N=1302 additional data) and 1998 (N=4864). The focus group discussions were carried out in 1997 (N=27).

About fifty per cent of boys and forty per cent of girls reported that they were very healthy. The frequency of symptoms increased with age especially among girls. Adolescents who had several symptoms almost weekly considered themselves very healthy less frequently than adolescents with less symptoms. It was more common among boys than girls to be satisfied with their weight and appearance; girls considered themselves too fat more often than boys. They also stated that they needed to be on a diet to lose weight more often than boys. A good social position of the family was associated with feeling healthy.

Adolescents' self-rated health was associated with factors describing the physical, psychic and social dimensions of health in many ways. Self-esteem was an important factor in all models. The results showed that children's and adolescents' health experiences cannot be examined separately from their social, psychic or physical environment. Satisfaction with perceived support and good relations with mother, father and friends were important contributing factors to good perceived health.

In the focus group discussions adolescents defined health mostly as physical strength, fitness and absence of illness. Girls and boys used discourses different from each other when they talked about health - health seemed gendered. Two different kinds of data collection methods used in the study enriched the picture of adolescents' health. Health appeared to depend on the context.

The results emphasised the significance of understanding adolescents' everyday life and life situations. The practical aim of the study was to increase our understanding of and develop health promotion directed to adolescents to better take their personal experiences of health and health needs into consideration. When discussing health with children and adolescents at home, at school and at the doctor's office it is important that health is considered from adolescents' viewpoint. This does not mean only speaking their language, the main idea is to try to discover their understanding of health.

Keywords: adolescence, perceived health, self-rated health, symptoms, BMI, experience of weight, embodiment, gender, social support, health education, health promotion

Author's address Raili Välimaa
Department of Health Sciences
University of Jyväskylä
P.O. Box 35
FIN-40351 JYVÄSKYLÄ, Finland

e-mail: rvalimaa@pallo.jyu.fi

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

Sakari Suominen, PhD, MD
Department of Public Health
University of Turku

Reviewers Professor Päivi Rautava, PhD, MD
Department of Public Health
University of Turku

Professor Ossi Rahkonen, PhD
Department of Social Policy
University of Helsinki

Opponent Professor Kerttu Tossavainen, PhD
Department of Nursing Science
University of Kuopio

ESIPUHE

Arjen työkiireissä kiitoksen sanat jäävät usein sanomatta. Nyt minulla on kiittämiseen väitöskirjaperinteenkin tukema oiva mahdollisuus.

Tutkimukseni aineistot on suurelta osin kerätty osana laajaa kansainvälistä lasten ja nuorten terveyteen keskittyvää tutkimusta. Yksittäiselle tutkijalle tuhansien koululaisten tapaaminen ei olisikaan mahdollista edes kyselylomakkeen välityksellä. Lomakkeiden kautta nuorten innostuneisuus, asiaan paneutuminen ja iloisen anarkistisetkin kommentit innostivat tutkimusta. Kiitos kaikille mukana olleille kouluille, opettajille ja erityisesti oppilaille. Kiitos myös nuorille, jotka tulivat mukaan haastatteluihin. Olen iloinen, että olen voinut olla mukana WHO-Koululaistutkimuksen monissa vaiheissa aina kirjekuorien nuolemisesta tämän esipuheen kirjoittamiseen. Matkalla on tarvittu aitoa uteliaisuutta, kriittisyyttä, ehkä sitkeyttäkin - se on antanut mahdollisuuden oppimiseen ja työskentelyyn mielenkiintoisten ihmisten kanssa yli rajojen. Erityisen kiitoksen saakoon projektin Suomen johtaja, professori Lasse Kannas, joka on työni ohjaajana tukenut minua ja kommentoinut työtäni sen eri vaiheissa.

Kiitos myös työni toiselle ohjaajalle lääketieteen tohtori Sakari Suomiselle Turun yliopiston kansanterveystieteen laitokselta. Hänen kanssaan minulla on ollut ilo miettiä ja työstää myös suomen- ja ruotsinkielisten koulujen oppilaiden koetun terveyden kulttuuristen erojen tutkimusaluetta.

Työni esitarkastajia, professori Päivi Rautavaa Turun yliopiston kansanterveystieteen laitokselta ja professori Ossi Rahkosta Helsingin yliopiston sosiaalipolitiikan laitokselta haluan kiittää rakentavasta ja kriittisestä palautteesta, mikä suuresti auttoi minua rakentamaan työstäni ehjemmän kokonaisuuden.

Ensimmäiset ryhmähaastatteluaineistot keräsin yhdessä monivuotisen työtoverini Riikka Pötsösen kanssa. Hänelle kiitos mieleenpainuvista ja hauskoista aineistonkeruumatkoista, jaetusta tutkimustyöstä ja yhteisistä julkaisuista. Tätä tutkimusta varten keräsin laadullisen aineiston yksin, joten oli erittäin tärkeää saada keskustella ja rakentaa omaa ymmärrystä siitä muiden tutkijoiden kanssa. Parhaimmat kiitokset Elina Oinaalle Åbo Akademiin sekä Satu Helinille ja Virpi Uotiselle Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitokselle.

Yksi tutkimukseni aihealueista oli sosiaalisen tuen ja terveyden välisten yhteyksien tarkastelu. Tällä alueella olen vuosien ajan saanut paljon käytännöllistä ja teoreettista apua Taina Huurteelta Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitokselta, lämmin kiitos.

Terveystieteiden laitosta haluan kiittää hyvistä työskentelymahdollisuuksista. Tutkijayhteisö on tärkeä osa niin työn mielekkyyttä kuin yleistä hyvinvointia. Tiedekunnassamme on monia mainioita ihmisiä, joita en kaikkia voi nimeltä kiittää (tähän tekstiin on varattu vain kaksi sivua!). Haluan

kuitenkin esittää kiitokseni Jorma Tynjälälle, joka on aina ollut valmis keskustelemaan ja auttamaan mitä moninaisimmissa tutkimuskarikoissa sekä HBSC projektin tutkija Kaili Kepler-Uotiselle monivuotisesta yhteistyöstä. Jari Villbergille lämmin kiitos tietotaidosta tilastotieteen saralla, siitä huolimatta, että korrelaatiomatriisiin taisi jäädä tuskin kuuluvaa kohinaa… Samoin kiitokset Jukka Jokelalle. Timo Ståhl on jaksanut suhtautua mielenkiinnolla koetun kunnon pähkäilyihini, Leena Liimatainen on jakanut kiinnostukseni terveyden edistämisen teoreettisiin ja käytännöllisiin kysymyksiin. Työyhteisöni on mielenkiintoinen, koska siellä voi keskustella samassa kahvipöydässä lasten ja ikäihmisten terveystutkimukseen liittyvistä asioista. Raija Leinoselle kiitos keskusteluista koetun terveyden tutkimusalueella. Maija Nykäselle lämmin halaus tuesta, avusta ja vapauttavasta naurusta, samoin Kristiina Ojalalle. Terveyden Edistämisen Keskuksessa työskentelevää Ritva Varamäkeä kiitän vuosien varrella saadusta rohkaisusta ja käytännön terveyden edistämisen näkökulmista.

Pirjo Koikkalaiselle haluan esittää erityiskiitoksen kirjan painokuntoon saattamisen välillä ah niin tuskallisessa prosessissa. Kyllä suomalaista sisua vielä löytyy, siinä jää tietokonekin toiseksi. Väitöskirjatyön loppuunsaattamisessa on työtäni edesauttanut englannin kielen osalta Kirsi Ylätalo. Väitöskirjojen kansista on tätä nykyä tullut pieniä taideteoksia. Ensin ajattelin, etten halua mitään kuvia, vaikka itse asiassa näinkin mielessäni kellanhohtoisen antiikin mosaiikkiteoksen. Mosaiikki kiehtoi, koska tutkimustyökin on eräänlaista pienten palojen yhteen sovittelua, keltainen olisi jotenkin toivorikasta, antiikkinen jotain vanhaa – siis hyvin nuorta. Antiikin historian tunteva Jussi Välimaa tiesi heti parhaat lähteet. Tuhansia sivuja myöhemmin jouduin luopumaan alkuperäisestä ideasta, mutta antiikin taruston ehtymätön varasto toi tilalle jotain ehkä vieläkin parempaa.‘Pariksen tuomio’ liittyy tutkimuksessakin esille tulevaan ulkonäön teemaan - nuorukaisen piti ojentaa kultainen omena kauneimmalle kolmesta jumalattaresta. Ei mitään uutta auringon alla.

Taloudellisesta tuesta kiitän Sosiaali- ja terveysministeriötä, Jyväskylän yliopistoa, Liikuntatieteellistä tiedekuntaa ja Nuorisotutkimusverkostoa.

Vastatuulen ihmisiä haluan myös muistaa, erityisesti teitä Ihanat Naiset Vastatuulessa. Ja Tromsøssa. Iloa ja voimia elämääni tuovat arjen jakaminen, yhteiset kävelyretket, naistensaunat, viikoittaiset jumpat, juhlat sekä jokaisen uuden vuoden kruunaava Juhani Siljo Ensamble.

Haluan kiittää myös vanhempiani Leaa ja Toivoa varauksettomasta tuesta läpi vuosien. Lopuksi tärkein, kiitos omalle perheelleni. Jussi, kiitos vuosien lujuudesta, vastuksesta ja rakkaudesta. Sampo, Juuso ja Eetu, kiitos kallisarvoisesta elämäni täyttävästä rakkaudesta ja totaalisesta läsnäolostanne.

Vastatuulessa helmikuussa 2000

Raili Välimaa

SISÄLLYS

ABSTRACT
ESIPUHE
1 JOHDANTO ... 9
2 TERVEYS NUORUUDESSA ... 13
2.1 Kolme näkökulmaa terveyteen ... 13
2.2 Terveys tutkimuksessa ... 17
2.2.1 Lasten ja nuorten terveyden määrittelyt ... 18
2.2.2 ”Harvinainen muttei patologinen tila” ... 20
2.2.3 Terveyden mittaaminen ... 22
2.2.4 Lähestymistapoja lasten ja nuorten terveyteen ... 24
2.2.5 Tilastoista nuorten kokemuksiin ... 27
2.2.6 Keskeisten suomalaisten lasten ja nuorten terveys-tutkimusten esittelyä ... 29
2.2.7 Aikaisempia tutkimuksia suomalaisten lasten ja nuorten koetusta terveydestä ... 30
3 NUORUUS ELÄMÄNKULUSSA ... 35
3.1 Nuoruus teorioissa ... 35
3.1.1 Ruumiillinen nuoruus ... 38
3.1.2 Painon kokeminen ja oireilu ruumiillisuuden näkökulmasta..... ... 41
4 SOSIAALINEN INTEGRAATIO JA SOSIAALINEN TUKI TERVEYDEN NÄKÖKULMASTA ... 42
4.1 Sosiaalinen tuki käsitteenä ... 42
4.2 Sosiaalinen tuki terveystutkimuksessa ... 44
4.3 Sosiaalinen tuki ja nuorten terveystutkimus ... 45
4.4 Nuoren sosiaalisen tuen lähteitä ... 47
4.4.1 Perhe..... ... 47
4.4.2 Ystävät ja vertaisryhmät ... 49
4.5 Nuoren yksinäisyys..... ... 50
5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUS-TEHTÄVÄT..... ... 52
6 TUTKIMUSAINEISTOT JA MENETELMÄT ... 55
6.1 Kyselytutkimusten toteutus ... 55
6.1.1 Kyselyjen perusjoukot, otokset ja aineiston keruu ... 55
6.2 Kyselyjen mittarit ... .58
6.2.1 Koettu terveys..... ... 58
6.2.2 Perheen sosioekonominen asema, asuinpaikka ja perhe-rakenne ... 62
6.2.3 Sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen tuki ... 63
6.3 Tilastolliset menetelmät ... 65
6.4 Ryhmähaastattelujen toteutus ... 66
6.4.1 Ryhmähaastatteluaineiston analysointi ... 67
7 NUORTEN TERVEYDEN KOKEMUKSET ... 69
7.1 Tutkimustehtävä..... ... 69

7.2 Kyselytutkimuksen tulokset ... 70
7.2.1 Terveyden kokemukset 11 - 15-vuotiailla ... 70
7.2.2 Perheen sosioekonomisen aseman, asuinpaikan ja perherakenteen yhteys koetun terveyden indikaattoreihin ... 76
7.3 Tulosten pohdinta ... 83
8 KOETUN TERVEYDEN INDIKAATTOREIDEN VÄLISET YHTEYDET ... 93
8.1 Tutkimustehtävä ... 93
8.1.1 Itsearvioidun terveyden, koetun oireilun, koetun kunnon ja painoindeksin väliset yhteydet ... 93
8.1.2 Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen terveys itsearvioitua terveyttä rakentamassa ... 97
8.2 Tulosten pohdinta ... 101
9 SOSIAALISET VERKOSTOT, SOSIAALINEN TUKI JA KOETTU TERVEYS ... 106
9.1 Tutkimustehtävä ... 106
9.2 Kyselytutkimuksen tulokset ... 106
9.2.1 Sosiaalisen verkoston koko ja koostumus ... 106
9.2.2 Sosiaalisen tuen lähteet ja tyytyväisyys tukeen ... 109
9.2.3 Sosiaalinen tuki ja itsearvioitu terveys ... 111
9.3 Tulosten pohdinta ... 114
10 NUORTEN TERVEYSKÄSITYKSET RYHMÄHAASTATTELUJEN VALOSSA ... 120
10.1 Tutkimustehtävä ... 120
10.2 Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä ... 121
10.3 Metodisia havaintoja ... 122
10.4 Nuoret, koulu ja puheaineisto ... 124
10.5 Terveys nuorten puheessa ... 126
10.5.1 ”Oot sä kunnolla kondiksessa” ... 126
10.5.2 “Terveyteen vaikuttaa moni asia” ... 127
10.5.3 “… silloin ne alkaa ensimmäiset oireet” ... 130
10.5.4 “No puhutaan” ... 131
10.6 Tulosten pohdinta ... 134
11 TUTKIMUKSEN ARVIOINTI JA POHDINTA ... 139
11.1 Tutkimuksen metodista arviointia ... 139
11.1.1 Kyselytutkimuksen validiteetti ... 139
11.1.2 Kyselytutkimuksen reliabiliteetti ... 141
11.1.3 Kyselytutkimuksen mittareiden tarkastelua ... 141
11.1.4 Ryhmähaastattelujen arviointi ... 148
11.1.5 Kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen yhdistäminen ... 150
11.2 Tutkimustulosten yhteenveto ja pohdinta ... 151
11.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset ... 154
SUMMARY ... 159
KIRJALLISUUS ... 163
LIITTEET

1 JOHDANTO

Kysymys “Kuinka terveeksi koet itsesi?” esitetään hieman eri muodoissa terveystutkimuksissa varsin yleisesti. Se kokoaa henkilökohtaiset terveyden kokemukset, niin fyysiset kuin psyykkiset, yhteen arvioivaan lausumaan (Jylhä ym. 1998). Arvion subjektiivisuus herättää kysymyksiä. Miten ihmiset ylipäätään ymmärtävät terveyden käsitteen kysymykseen vastatessaan? Mitkä terveyden ulottuvuudet painottuvat voimakkaimmin ihmisten terveysarvioinneissa?

Tutkimuksen keskeinen käsite on terveys. Se ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä, vaan erilaisista näkökulmista tai tieteenaloista käsin voidaan terveydestä puhua hyvin erilaisin painotuksin. Lisäksi terveys subjektiivisena kokemuksena liittyy ihmisen kulloiseenkin elämänvaiheeseen ja elämäntilanteeseen, mikä tekee sen ymmärtämisestä ja määrittelemisestä entistä haastavampaa. Yhtenä tavoitteena tutkimuksessa on selkeyttää terveyden käsitettä sekä ymmärrystä siitä, miten nuorten koettu terveys ymmärretään sekä tutkimuksen kohteena että henkilökohtaisena kokemuksena.

Lasten ja nuorten terveyskysymykset ovat viime vuosina nousseet voimakkaasti yhteiskunnalliseen keskusteluun. Perinteisin mittarein (kuolleisuus, pitkäaikainen ja päivittäistä toimintaa haittaava sairastavuus) mitattuna lasten ja nuorten terveys on varsin hyvä (Aromaa ym. 1997, Karvonen 1998). Käsitys lasten ja nuorten terveydestä kuitenkin muuttuu, kun tarkastelun avuksi otetaan koettua terveyttä kuvaavia mittareita. Koetun terveyden mittarit ovat kiinnostavia, koska ihmisten omien kokemusten voidaan ajatella heijastavan terveyden sosiaalista ulottuvuutta. Tällöin biologisten terveysongelmien sijasta painottuvat terveyden psykologiset ja sosiaaliset osa-alueet. Monet koetun terveyden mittarit (esimerkiksi oman terveydentilan ko-

kemus, oireilu) kuvaavat lasten ja nuorten senhetkistä hyvinvointia herkemmin ja vivahteikkaammin kun perinteiset terveysosoittimet. (Karvonen 1998.) Viime aikoina julkisuudessa onkin tutkimustulosten virittäminä annettu kuva väsyneistä, niskavaivaisista, päänsärkyisistä ja stressaantuneista koululaisista. Koetun terveyden mukaan ihmiset myös hakeutuvat terveyspalvelujen käyttäjiksi, millä on suurta terveys- ja yhteiskuntapoliittista merkitystä.

Nuoruusikä on tärkeä ajankohta erilaisten oireiden ilmaantuvuuden kannalta (Rantanen 1989, Rimpelä ym. 1997), terveyden sukupuolierotkin alkavat ilmetä jo nuoruusiässä. Pojat kokevat tyttöjä yleisemmin terveytensä hyväksi, tytöt oireilevat poikia yleisemmin (Rauste-von Wright 1981, Eriksson ym. 1992) ja kokevat oireilun yleisemmin haittaavana kuin pojat (Välimaa ym. 1997). Nuorilla naisilla on myös pitkäaikaisia sairauksia yleisemmin kuin samanikäisillä miehillä (Rahkonen ja Lahelma 1992). Tutkimuksissa onkin tärkeää tarkastella tyttöjen ja poikien terveyteen liittyvien kokemusten erilaisuutta tai samankaltaisuutta. Sukupuoli tuo terveystutkimukseen tärkeän, vaikkakin helposti stereotypisoivan näkökulman.

Terveyden positiivisia puolia ja hyvinvointia korostaa WHO:n luonnehdinta terveydestä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvoinnin tilana, ei vain sairauden puutteena (WHO 1958). Jako fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen ei välttämättä tee oikeutta terveyden kokonaisvaltaisuudelle ja moniulotteisuudelle, mutta tutkimuksen apuvälineenä jako helpottaa terveyden eri osa-alueiden käsitteellistämistä ja mittaamista.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella nuorten terveyden kokemuksia sekä itsearvioidun terveyden määrittymistä 11- 13- ja 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla. Ensimmäiseksi tutkimuksen empiirisessä osassa kuvataan, miten näiden eri ikäryhmien tytöt ja pojat voivat. Iän ja sukupuolen ohella nuorten koettua terveyttä tarkastellaan suhteessa perheen sosioekonomiseen asemaan, asuinpaikan kaupungistumisasteeseen ja perherakenteeseen. Toiseksi tarkastellaan terveyden fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia kuvaavien tekijöiden yhteyksiä itsearvioituun terveyteen eri ikäryhmien tytöillä ja pojilla. Jako fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen on osittain keinotekoinen. Se on myös päällekkäinen ja vuorovaikutteinen, mutta auttaa osaltaan ymmärtämään lasten ja nuorten terveyden rakentumista heidän omaa elämäänsä ja itseä koskevien kokemusten ja arviointien kautta.

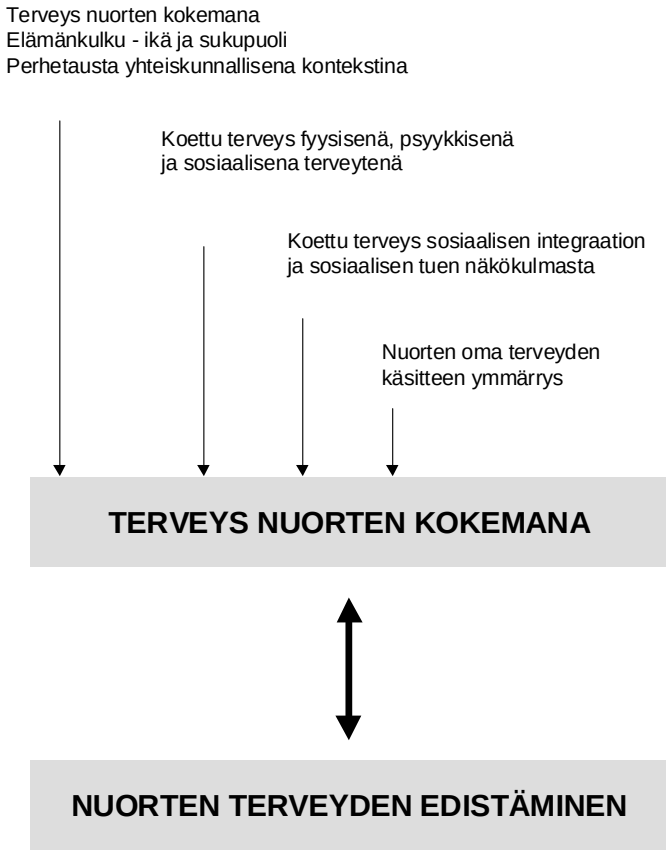
Kolmanneksi tutkimuksen empiirisessä osassa tarkastellaan perusteellisemmin nuorten sosiaalista integraatiota sekä sosiaalisen tuen yhteyttä koettuun terveyteen. Lopuksi selvitetään sitä, miten nuoret itse ymmärtävät terveyden käsitteen vastatessaan kyselytutkimuksen terveyskysymykseen.

Nuorten koettua terveyttä tarkastellaan tässä tutkimuksessa kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen avulla. Tutkimusaineistona käytettiin WHO-Koululaistutkimuksen vuoden 1994 lisäaineistoa (N=1302) ja vuoden 1998 pääaineistoa (N=4864). Koetun terveyden ymmärtämiseen tuo oman näkökulmansa ryhmähaastatteluin kerätty laadullinen aineisto. Ryhmähaastatteluissa keväällä 1997 (N=27) tarkasteltiin sitä, miten peruskoulun yhdeksäsluokkalaiset ymmärsivät terveyden käsitteen kyselylomakkeeseen

vastatessaan. Kahden tai useamman eri menetelmän käyttö, metodinen triangulaatio, mahdollistaa ilmiön yleisen sekä merkityksiin keskittyvän tarkastelun. Tässä tutkimuksessa kahden erilaisen menetelmän käyttöä voidaan hyödyntää myös tutkimustulosten vertailussa ja tutkimuksen luotettavuutta pohdittaessa.

Terveystutkimuksen ja terveyden edistämisen yhteiskunnallisina "toimeksiantoina" ovat kaikissa ikäryhmissä olleet vahvasti kansantaudit ja niiden riskitekijät (Downie ym. 1996). Nuorten terveyskokemusten tutkimuksella ja käsitteellistämisellä on merkitystä terveyden edistämisen ja terveyskasvatuksen arvioinnissa ja uudelleen suuntaamisessa, uusien "toimeksiantojen" antajana. Yksilölliset terveyden kokemukset sekä yksilön ja ympäristön suhteet, niin yhteiskunnalliset kuin sosiaalisetkin, tarjoavat terveyskasvatukselle ja terveyden edistämiselle uudenlaisia tehtäviä. Riskipainotteisen otteen lisäksi ja tilalle tarvitaan nuorten elämäntilanteen tuntemukseen perustuvaa kokonaisvaltaisempaa terveyden edistämistä. Tutkimuksen käytännön tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla nuorten terveyden edistämistä voidaan kehittää ottamaan paremmin huomioon nuorten omat terveyden kokemukset ja terveystarpeet. Tutkimus antanee virikkeitä tarkastella myös perheiden merkitystä lasten ja nuorten terveyden kokemusten muotoutumisessa. Se pyrkii hyödyttämään myös koulun terveys- ja oppilashuoltopalvelujen kehittämistä sekä laajemmin kouluyhteisön terveyden edistämistä ja koulun terveysopetusta. Terveyden käsite on kulloisessakin historiallisessa tilanteessa sosiaalisesti määräytynyt, mutta myös itse käsitteellä, sillä miten ymmärrämme terveyden, on vaikutusta sosiaaliseen maailmaan. (Berger ja Luckman 1994, Perttilä 1999.)

Seuraavassa kuviossa on esitetty tiivistetysti tutkimuksen tärkeimmät teemat ja tutkimuksen yleinen kulku. Kirjallisuusosassa tarkastellaan erilaisia lähestymistapoja terveyteen, erityisesti lasten ja nuorten terveyteen. Nuoruutta elämänkulun vaiheena ja nuoren oman identiteetin muotoutumista tarkastellaan lyhyesti, jonka jälkeen palataan terveysteemaan sosiaalisen tuen tutkimuksen kautta. Nuorten koettua terveyttä tarkastellaan tulososan neljässä erillisessä luvussa, jonka jälkeen tutkimusteemoja vedetään yhteen tarkastelemalla nuorten koettua terveyttä ja terveyden edistämistä tämän tutkimuksen tulosten ja tutkimuskirjallisuuden kautta.



KUVIO 1 Tutkimustematiikka ja tutkimuksen yleinen kulku

2 TERVEYS NUORUUDESSA

2.1 Kolme näkökulmaa terveyteen

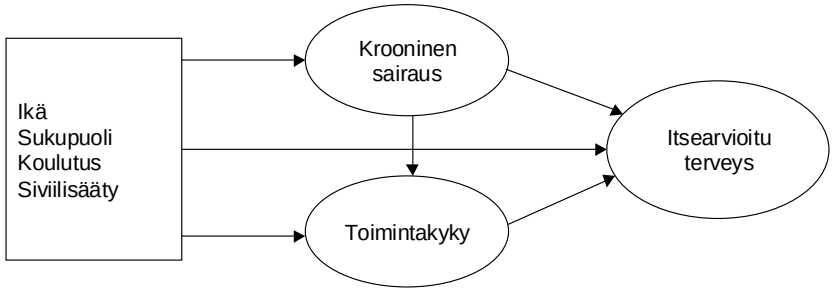
Seuraavassa terveyttä tarkastellaan tutkimuksen ja henkilökohtaisten kokemusten näkökulmasta sekä osana terveyspolitiikkaa tai terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa. Tarkastelussa painottuu tutkimuksellinen ote terveyteen, kaikki kolme tarkastelukulmaa ovat kuitenkin tavalla tai toisella mukana läpi koko työn. Niiden avulla pyritään jäsentämään, kiteyttämään ja pohtimaan tämän työn antia yleisemmin nuorten terveystutkimuksen ja käytännön terveyden edistämisen kannalta. Koetun terveyden tutkimus on monitieteistä, erilaiset näkökulmat ja painotukset tekevät tutkimusalueesta monimuotoisen. Tämän tutkimuksen painotukset tulevat terveyskasvatustutkimuksen suunnasta. Mielenkiinto nuorten koettuun terveyteen on sekä teoreettista että käytännöllistä.

Terveys ei ole yksiselitteisesti määriteltävä käsite. Samalla kun terveys on yleiskielen sana, joka on samanaikaisesti kaikille tuttu ja monimerkityksinen, terveys painottuu esimerkiksi eri tieteenaloilla eri tavoin. Terveyden käsite on moniulotteinen. Lääketieteellisesti terveys määritellään usein negatiivisesti sairauden kautta – terveys on sairauden puuttumista. Positiiviset terveyden määritelmät lähtevät siitä, että terveys on enemmän kuin sairauden puutetta. (Manderbacka 1998.) Yhteiskunnallisesta näkökulmasta terveyttä voidaan tarkastella tärkeänä hyvinvoinnin, elämänlaadun ja terveyden tasa-arvon toteutumisen osoittimena. Terveyden suuntaviivoja käsittelevässä WHO:n asiakirjassa Health 21 (1999) terveys ymmärretään jokaisen ih-

misen perustavanlaisena oikeutena. Terveys on myös arvo. Terveys on rauhan ohella suomalaisten arvostuksissa tärkeimmäksi koettuja asioita (Suhonen 1988). Erilaiset terveyden käsitteellistykset vaikuttavat siihen tapaan, miten terveyden edistäminen ymmärretään ja määritellään. Tässä tutkimuksessa terveyttä lähestytään yksilön kokemuksista ja käsityksistä käsin – kontekstina on vaihdellen lähiyhteisö (suhteet vanhempiin ja ystäviin) sekä nuoren yhteiskunnalliset elinolot (esimerkiksi perheen sosioekonominen asema).

Miten erilaiset terveysnäkemykset näkyvät tutkimuskäytännöissä? Bjorner ym. (1996) esittävät, että lääketieteellisesti ymmärrettyä ja itse koettua terveyttä tulisi tutkia kahtena erillisenä näkökulmana, jotka kumpikin ansaitsevat tulla tutkituiksi omista lähtökohdistaan käsin. Heidän mukaansa yksilön oma kokemus terveydestä, itsearvioitu terveys, on keskeinen käsite tarkasteltaessa terveyteen liittyvää elämänlaatua sekä psyykkistä hyvinvointia. Omia terveysarvioita voidaan käyttää myös seulottaessa riskiryhmiä ja riskitekijöitä, arvioitaessa erilaisten terveyteen liittyvien lääketieteellisten tai psykososiaalisten interventioiden onnistumista, selvitettäessä ennenaikaista eläkkeelle jäämistä, työstä poissaoloja tai terveyspalvelujen käyttöä sekä ennustettaessa sairastavuutta ja kuolleisuutta.

Bjorner ym. (1996) erottavat itsearvioidun terveyden käsitteen lääketieteellisesti määritellyn terveyden lisäksi myös toimintakyvyn käsitteestä. Kuviossa 2 on esitetty yksi tapa tarkastella näiden ilmiöiden ja käsitteiden välisiä yhteyksiä sekä niiden determinantteja aikuisväestöön suunnattujen tutkimusten perusteella. Itsearvioitu terveys käsittää Bjornerin ym. mukaan yksilön omat kokemukset erilaisista oireista, hyvinvoinnista, yleisestä terveydentilasta ja haavoittuvuudesta. Epidemiologisissa tutkimuksissa toimintakyvyn nähdään usein vaikuttavan suoraan oman terveyden arviointiin. Sairaudet voivat vaikuttaa terveyden arviointeihin joko suoraan tai toimintakyvyn kautta. Muut tekijät, esimerkiksi demografiset tekijät kuten sukupuo-



KUVIO 2 Itsearvioidun terveyden determinantteja aikuisväestöllä. Lähde: Bjorner ym. 1996,15.

li, ikä ja sosioekonominen asema tai sosiaalisen verkoston ominaisuudet voivat vaikuttaa terveyden arvioon joko suoraan tai epäsuorasti kroonisen sairauden ja toimintakyvyn välityksellä. (Kuvio 2)

Edellä esitetty malli on hyvin karkea itsearvioidun terveyden rakentumista kuvaava malli. Siinä ei ole otettu huomioon esimerkiksi elämäntapaa ja terveyskäyttäytymistä kuvaavia tekijöitä. Malli antaa kuitenkin viitteitä siitä, että myös erilaiset yhteiskunnalliseen asemaan ja kulttuuriseen sosialisaatioon liittyvät tekijät ovat yhteydessä ihmisten oman terveyden arviointeihin.

Blaxter (1989) on tarkastellut terveyden eriarvoisuutta käsitelleissä tutkimuksissa käytettyjä terveysmittareita. Hänen mukaansa ne voidaan luokitella kolmeen malliin sen perusteella, miten huono terveys on niissä määritelty. Mallit ovat: lääketieteellis-biologinen, sosiaalis-vuorovaikutuksellinen eli funktionaalinen sekä subjektiivinen malli. Lääketieteellisessä mallissa huono terveys tarkoittaa tautia, funktionaalisessa mallissa yksilön itsensä tai muiden arvioimaa kyvyttömyyttä selviytyä normaaleista tehtävistä tai roo-

TAULUKKO 1 Tutkimuksissa käytettyjä terveysmittareita ja niiden suhde taustalla olevaan terveysmalliin. Blaxterin (1989, 205) pohjalta Manderbacka (1995, 13)

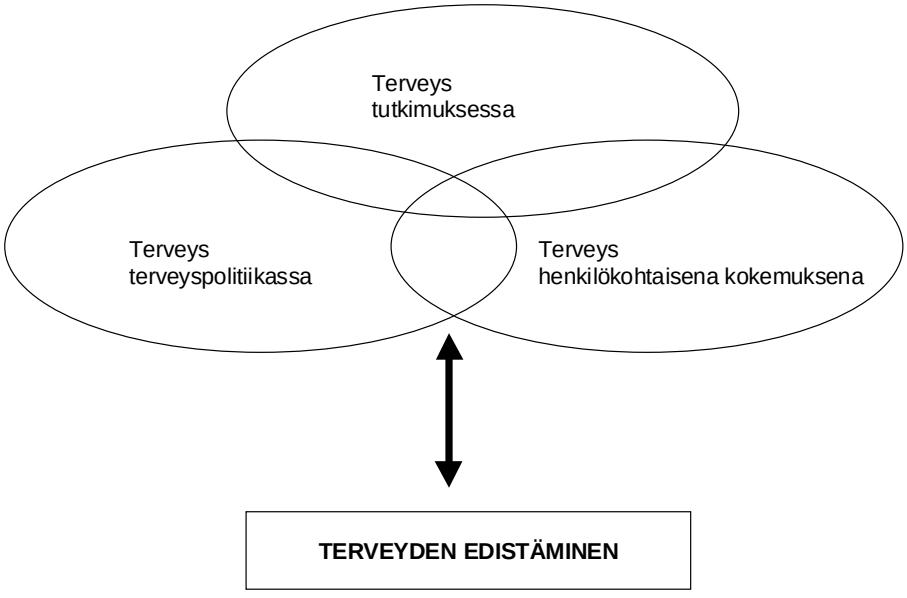
Lääketieteellinen malli (disease)	**Funktionaalinen malli (sickness)**	**Subjektiivinen malli (illness)**
Kliininen tutkimus	–	Koettu terveydentila
Joukkotutkimukset	Toimintakykytestit	Koetut somaattiset oireet
Lääkärin toteamat taudit	Funktionaalinen status (esim. toimintakyvyttömyys)	Psyykkiset oireet
Itse ilmoitetut taudit tai muut poikkeamat	Kyvyttömyys normaalien tehtävien suorittamiseen, haitta	Huolestuneisuus terveydestä
Lääkkeiden käyttö	Yksittäiset toimintakykyarviot (ADL)	Terveydentilan arvio suhteessa ikätovereihin
Lääkärissä käynti	Vuodepäivät	
Kuolleisuus	Sairaalapäivät	

leista. Subjektiivisen mallin huono terveys liittyy yksilön tuntemuksiin omasta tilastaan. Manderbacka (1995) on esittänyt nämä kolme mallia Blaxterin (1989) pohjalta seuraavasti. (Taulukko 1).

Manderbackan (1995) omassa terveyden erilaisia mittareita käsitelleessä tutkimuksessa terveys määriteltiin niinikään negatiivisesti, tarkastelun kohteina olivat sairaudet ja oireiden esiintyminen. Negatiivinen lähestymistapa terveyteen onkin tutkimuksissa varsin yleinen. Osittain tämä liittyy mittaamisen ongelmiin. Esimerkiksi Kariston (1984) mukaan positiivisen terveyden käsite soveltuu paremmin terveyspolitiikan suuntaamiseen ja sen

painotusten arvioimiseen kuin väestön terveydentilan tutkimiseen. Psykologisiin ja sosiaalisiin tekijöihin keskittynyttä terveystutkimusta onkin leimannut sairauskeskeisyys (Suominen ym. 1996). Salutogeenisessä, terveyslähtöisessä näkemyksessä terveys on paljon muutakin kuin sairauden puuttumista. Antonovskyn (1988) mukaan terveys on pikemminkin jatkumo. Tutkimuksen mielenkiintoa pitäisi kohdistaa myös positiiviseen suuntaan, ei vain huonoon terveyteen ja sen riskitekijöihin. Hänellä keskeinen kysymys on, miten jotkut yksilöt pysyvät terveinä esimerkiksi pitkäaikaisista kuormittavista olosuhteista huolimatta (Antonovsky 1979). Terveyden positiivisia puolia ja kaikinpuolista hyvinvointia korostaa myös WHO:n luonnehdinta terveydestä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, ei vain sairauden poissaolona (WHO 1958).

Edellä terveydestä puhuttiin kolmesta näkökulmasta käsin. Esitellyissä tutkimuksissa terveys käsitteellistettiin voittopuolisesti negatiivisesti huonoksi terveydeksi. Toiseksi terveydestä puhuttiin yksilön omina kokemuksina ja käsityksinä. Terveydestä voidaan puhua myös terveyspolitiikan näkökulmasta. Näillä osa-alueilla on oma sisältönsä, vaikka ne ovat myös päällekkäisiä ja vuorovaikutuksessa keskenään. Terveys tutkimuksen välineenä käsittää erilaiset terveyden käsitteellistykset sekä erilaiset terveyden indikaattorit ja mittarit. Tässä tutkimuksessa terveyspoliittisen näkökulman purkaminen



KUVIO 3 Kolme näkökulmaa terveyteen: terveys tutkimuksessa, henkilökohtaisena kokemuksena ja terveyspolitiikassa sekä näiden heijastuminen terveyden edistämiseen.

jää vähemmälle, se on kuitenkin potentiaalisesti läsnä terveyttä koskevissa tutkimuksissa, sillä se on eräs niistä keskustelun ja toiminnan kentistä, joissa terveyttä määritellään. (Kuvio 3)

Terveyden edistämisen käsite ja sisältö ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa ja "neuvottelutilanteessa" edellä esitettyjen kolmen terveyden näkökulman kanssa. Yleiset terveyden edistämisen tavoitteet ja suuntaviivat, yksittäisten toimijoiden ja heidän yhteistyökumppaniensa omat terveyskäsitykset sekä tutkimuksen tuottama tieto terveydestä ovat vaikuttamassa terveyden edistämiseen, on se sitten yksilökeskeistä tai laajemmin yhteiskuntaan vaikuttavaa terveyspoliittista toimintaa. Perttilä (1999) on valottanut henkilökohtaisen terveyskäsityksen ja terveyspolitiikan terveyden päällekkäisyyttä ja vuorovaikutteisuutta kunnallisessa päätöksenteossa. Jos päättäjät käsittävät terveyden suppeasti sairauden puuttumisena tai fyysisenä ja psyykkisenä hyvinvointina, vastuu terveydestä siirretään helposti yksittäisille ihmisille ja terveydenhuollolle. Tällöin terveyden edistämistä käsitellään vain terveydenhuollon suunnitelmien yhteydessä. Mutta jos päättäjät näkevät terveyden laajasti hyvinvointina, elämänhallintana, toimintakykynä ja tasapainona ympäristön kanssa, terveyden edistämisen kysymyksistä voi tulla koko kunnan toimintaa koskevia ja eri hallinnonalat ylittäviä strategisia kysymyksiä. (Perttilä 1999.)

Lasten ja nuorten terveyden edistämisessä toiminnan lähtökohdiksi voidaan ottaa laajasti terveyttä ylläpitävien ja edistävien yksilöllisten, yhteisöllisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden paikantaminen ja niiden tukeminen. Tämän näkökulman avaaminen ei kuitenkaan ole yksinkertaista, sillä, kuten Wrede (1997) kirjoittaa, riskit ja niiden määrittely on sisäänrakennettu kansanterveystyöhön ja terveyden edistämiseen. Asiantuntijakoneisto tuottaa ja määrittelee riskejä, joiden ratkaisemiseksi tarvitaan asiantuntijoita (Wrede 1997).

2.2 Terveys tutkimuksessa

Seuraavassa tarkastellaan ensin terveyden käsitettä "maallikkonäkökulmasta" eli ihmisten omien terveyden määrittelyjen avulla. Tämän jälkeen siirrytään tutkimuksissa käytettyihin koetun terveyden mittareihin. Kolmantena teemana on, miten lasten ja nuorten terveyttä on tutkimuksissa lähestytty. Lopuksi käsitellään lyhyesti suomalaisia lasten ja nuorten terveystutkimuksia.

Koettua terveyttä voidaan tutkimuksellisesti lähestyä kahdesta suunnasta; tarkastelemalla koetun terveyden määrittäjiä, determinantteja, tai tarkastelemalla ihmisten omia terveyskäsityksiä (Tissue 1972). Tässä luvussa keskitytään terveyskäsityksiin. Tutkimuksia lasten ja nuorten terveyden käsitteen ymmärtämisestä ja määrittelemisestä on varsin vähän. Lähes tutkimatta on se, miten he ymmärtävät terveyden käsitteen, kun heitä pyydetään arvioi-

maan omaa terveyttään tutkimuksessa annettujen vaihtoehtojen puitteissa. Seuraavassa luvussa tarkastellaan lyhyesti myös aikuisväestön terveyskäsityksiä sekä terveyden käsitteen ymmärtämistä tutkimustilanteessa.

2.2.1 Lasten ja nuorten terveyden määrittelyt

Terveydelle annetut merkitykset ovat Mechanicin ja Hansellin (1987) mukaan erityisen mielenkiintoisia nuoruudessa, koska tähän ikä- ja kehitysvaiheeseen kasautuu paljon fyysisiä ja psykososiaalisia muutoksia. Nuoret tulevat entistä tietoisemmiksi omasta ruumiistaan ja he myös tarkkailevat itseään eri tavalla kuin aikaisemmin. (Nuoruuden määrittelyjä esitellään tarkemmin luvussa 3.) Seuraavassa esitettävät tutkimukset tulevat eri kulttuureista, mikä on otettava huomioon tuloksia vertailtaessa. Kaikissa tutkimuksissa ei ole tarkasti määritelty, minkä ikäisiä vastaajat olivat.

Suomessa lasten ja nuorten terveyden ymmärtämistä on tutkittu sangen vähän. Nurmi (1986) on tarkastellut peruskoulun ensimmäisen luokan oppilaiden terveyskäsityksiä. Kouluvuoden alkaessa tehtyjen haastattelujen perusteella tutkija totesi, että terveyden käsite oli nuorille vastaajille liian abstrakti. Aihetta lähestyttiinkin ensin sairauden kautta. Kevätlukukauden haastatteluissa puhuttiin jo terveydestä, jota oppilaat kuvasivat sairauden puuttumisena tai erilaisen toiminnan kautta (“…jaksaa käydä koulua ja tehä töitä”, Nurmi 1986, 79). Pelkonen (1989) totesi tutkimuksessaan, että haastateltavan ikä ja elämänvaihe heijastuivat terveyden määrittelyissä. Funktionaalinen, toimintakykyä korostava käsitys tuli esille vasta 15-vuotiailla (haastatellut olivat 12 - 28-vuotiaita). Kaksitoistavuotiaiden käsitys rakentui ajatukselle sairauden puuttumisesta täydennettynä jollain adjektiivilla, kuten pirteä, vilkas, ihan kiva. Tasapainon käsite ja itsensä hyväksymisen sekä itsehallinnan teemat tulivat esiin 18 – 28-vuotiailla.

Nuorten omasta arkipäivästä lähtevää tutkimusotetta edustaa Jakosen ym. (1999) tutkimus, jossa tarkastellaan peruskoulun ala- ja yläasteen oppilaiden näkemyksiä terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Aineisto on kerätty avoimilla kysymyksillä kyselylomakkein muilta paitsi ensimmäisen luokan oppilailta. Heiltä opettaja keräsi aineiston opetuskeskustelun avulla. Oppilaiden terveysnäkemysten mukaan terveys oli sairaudettomuutta, oireettomuutta, fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia, toimintakykyä ja elinvoimaisuutta. Oppilaat esittivät tuoreita, omasta elämäntilanteestaan nousevia näkemyksiä, joita tutkijoiden mukaan voisi nykyistä paremmin ottaa huomioon koulujen terveysopetuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Brannen ym. (1994) ja Blaxter (1990) ovat todenneet, että nuoret määrittelevät terveyttään käyttämällä samoja ulottuvuuksia kuin muut ikäryhmät. Tärkeitä tekijöitä olivat elämäntyyliä kuvanneet tekijät. Terveyttä vaarantavina tekijöinä nuoret pitivät yleisemmin ympäristöön liittyviä uhkia kuin sairautta. Jensenin (1991) mukaan 12 – 15 vuotiaista tanskalaisnuorista noin kolmannes määritteli terveyden negatiivisesti (sairaus, kipu), positiivisia arvioita (onnellinen, hyvä elämä) oli kahdella kolmasosalla oppilaista. Osa oppilaista käytti sekä positiivisia että negatiivisia arvioita.

Lasten ja nuorten terveyskäsityksiä tutkineet Jutras ym. (1997, 1998) kritisoivat sitä, että viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana julkaistut tutkimukset lasten ja nuorten terveyskäsityksistä ovat keskittyneet lähinnä fyysiseen terveyteen, sairauksien ehkäisyyn ja nuorten elämäntyyleihin. Mielenterveyden positiiviset ulottuvuudet ovat tutkimuksissa jäänet vähälle huomiolle. Kirjoittajien mielestä tämä ilmentää erityisesti riskikäyttäytymistä painottavaa näkemystä terveydestä. Omassa tutkimuksessaan tutkimusryhmä korosti lasta ja nuorta aktiivisena toimijana. Hän vaikuttaa ympäristössään ja muodostaa käsityksensä terveydestä ja sosiaalistuu erilaisiin terveystoimiin arkielämänsä toimintaympäristöissä. Tärkeitä vaikuttajia lapsen ja nuoren elämässä ovat koti, sen ihmissuhteet ja elinolot sekä lähiympäristö, erityisesti koulu. Ryhmän mukaan aikaisemmissa tutkimuksissa on tarkasteltu eri ikäisten lasten ja nuorten vastauksia lähinnä Piaget'n kehitysteoriaa vasten, jolloin nuorempien vastaajien käsityksiin terveyden eri puolista ei aina ole suhtauduttu riittävällä vakavuudella. Nämä tutkimusfilosofiset ja metodologiset seikat ovat voineet supistaa syntynyttä käsitystä lasten ja nuorten terveyden ymmärtämisestä.

Jutras ym. (1998) tarkastelivat mielenterveyden ymmärtämistä sekä mielenterveyden ylläpitoon ja edistämiseen liittyviä arkipäivän tapahtumia lasten ja nuorten omissa elinympäristöissä. Tutkimuksessaan haastatellut 5 – 12-vuotiaat lapset toivat esille useita erilaisia mielenterveyttä kuvaavia tekijöitä, mikä ilmensi sitä, että mielenterveys oli erottamaton osa lasten ja nuorten terveyskäsitystä. Tärkeitä asioita kaikille lapsille, erityisesti nuorimmille, olivat sosiaalisiin suhteisiin liittyvät asiat kuten sosiaalinen tuki (auttaa, tekee yhdessä), sopuisat ihmissuhteet (myönteinen asenne toisiin, välttää riitoja) ja positiivisten tunteiden osoittamisen (osoittaa rakkautta, ystävyyttä, hellyyttä, lohduttaa). Useimmat nuoremmista vastaajista puhuivat myös koulunkäynnistä (motivaatio koulutyöhön, koulumenestys). Vanhimmat vastaajat toivat esille mielialaan liittyvät asiat (on optimistinen tai hyvällä tuulella, tuntee itsensä onnelliseksi). Tutkimuksessa ei ilmennyt sukupuolen tai sosioekonomisten elinolojen mukaisia eroja, vastaukset vaihtelivat kuitenkin jonkin verran iän mukaan.

Iän vaikutuksesta lasten terveyskäsityksiin on ristiriitaisia tutkimustuloksia. Esimerkiksi Jutras ym. (1997, 1998) ovat todenneet, että nuortenkin lasten terveyskäsitys on kokonaisvaltainen. Sitä vastoin Millstein (1993) on todennut, että lasten terveyskäsitykset näyttävät muuttuvan ja kehittyvän iän myötä. Hänen mukaansa nuoremmat lapset kuvaavat terveyttä ja sairautta yksinkertaisin tuntemuksiaan kuvaavin toteamuksin. He myös luottavat kovasti muiden ihmisten arvioihin omasta terveydentilastaan. Millsteinin mukaan lapset ja nuoret kuvasivat terveyttä yleisimmin sairauden vastakohtana, sairaus puolestaan määriteltiin tarkasti tiettynä tautina. Iän myötä nuoret liittivät terveyteen erilaisia psyykkisiä, emotionaalisia ja sosiaalisia elementtejä. Aikaisemmassa tutkimuksessaan Millsten ja Irwin (1987) ovat kuitenkin todenneet, että nuoret määrittelevät terveyttä hyvin samalla tavalla kuin aikuiset. Nuorten mielestä terveys suo mahdollisuuden elää omaamiensa mahdollisuuksien mukaan ja kokea positiivisia tunne-elämyksiä. Nuoret puhu-

vat yleisesti myös toimintakyvystä ja ennaltaehkäisystä. He tunnistavat myös oman käyttäytymisen yhtenä terveyden osatekijänä miettien, mitä itse voisivat tehdä edistääkseen ja ylläpitääkseen terveyttään.

Nuorten terveysmäärittelyissä on eräissä tutkimuksissa havaittu iän mukaisten erojen lisäksi myös sukupuolen ja kehitystason mukaisia eroja. Millsteinin (1993) mukaan nuorten terveysmäärittelyissä on enemmän yhtäläisyyksiä kuin eroja. Alexander (1989) korostaa, että suurimmat erot ilmenevät nuorten terveyshuolissa. Tytöt näyttävät ajattelevat terveyttään poikia enemmän, heillä on useampia terveyshuolia ja he kokevat myös enemmän erilaisia oireita kuin pojat (Solantaus 1987). Osa näistä sukupuolieroista voidaan selittää biologisilla eroilla. Tytöt huolehtivat kuitenkin poikia yleisemmin myös ulkonäköön, tunteisiin ja ihmissuhteisiin liittyvistä asioista. Millsteinin tutkimuksessa nuorten huolia leimasi myös tyttöjen poikia aikaisempi kiinnostus koulumenestyksestä. Poikia sen sijaan näytti huolestuttavan urheiluun ja tulevaan ammattiin liittyvät asiat. (Millstein 1993.) Nuorten terveyshuolet ovat myös kulttuurisidonnaisia. Edellä mainitun amerikkalaisen tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että tyttöjen huolissa näkyi enemmän oman itsen ja yksityisyyden korostaminen, poikien huolenaiheita raamitti enemmän julkinen tila.

Solantauksen (1987) tutkimuksessa nuorten huolista ja toiveista suomalaisnuoret mainitsivat englantilaisia ja itävaltalaisia nuoria yleisemmin olevansa huolissaan terveydestään. Suomalaisnuorten terveyteen liittyvät huolenaiheet ja toiveet eivät vaihdelleet sukupuolen mukaan. Sitä vastoin suomalaistytöt murehtivat poikia enemmän tulevaan perheeseensä ja yleensä ihmissuhteisiin liittyvistä asioista, pojat puolestaan materiaalisista asioista.

2.2.2 ”Harvinainen muttei patologinen tila”

Herzlich (1973) viittaa otsikon Kubie´n (1954) terveyden määritelmään omassa terveyttä ja sairautta pohtivassa, klassikoksi muodostuneessa tutkimuksessaan. Herzlich toteaa aikuisväestöltä keräämänsä haastatteluaineiston perusteella, että terveyden sijasta olisi puhuttava monenlaisista terveyksistä. Herzlich luokitteli terveyskäsitteet kolmeen eri luokkaan. Vastaajien puheessa nämä saattoivat esiintyä erillisinä tai rinnakkaisina käsitteellistyksinä. Haastateltavat pitivät terveyttä sisäisenä tilana, johon vaikuttivat pääasiassa temperamentti tai perimä. Ihmisten kokemukset terveydestä olivat psyykkisiä, sosiaalisia tai omiin fyysisiin kokemuksiin ja ruumiillisuuteen liittyviä. Ensinnäkin ihmiset puhuivat terveydestä kapeasti sairauden poissaolona. Tätä kuvasi esimerkiksi ruumiillisten kokemusten puuttuminen. Terveys oli ikään kuin neutraali tapahtumaton tila.

Toiseksi haastateltavat määrittelivät terveyden voimavarana, mikä ilmaistiin fyysisin ominaisuuksin tai vastustuskykynä. Kolmas Herzlichin käyttämä luokittelu oli tasapainotila, joka nähtiin vapautena tehdä mitä haluaa. Ruumiillisten tuntemusten puuttuminen ei nyt ollut neutraalia tapahtumattomuutta, vaan antoi tunteen hyvinvoinnista. Herzlichin mukaan terveys sai-

rauden poissaolona on lähinnä olemista (being), terveys resurssina omistamista (having) ja terveys tasapainotilana korostaa tekemistä (doing) tai tekemisen vapautta. (Herzlich 1973, vrt. Allardt 1976.)

Crawford (1984) luokitteli maallikoiden terveyskäsitykset kahteen pääkategoriaan. Ensimmäisessä näkemyksessä, terveys itsekurina, korostuu tahdonvoima: terveys on saavutettu ja sitä ylläpidetään terveyttä edistävän käyttäytymisen avulla. Toinen kategoria, terveys vapautena, merkitsee tässäkin aineistossa vapautta tehdä mitä haluaa. Terveys heijastaa hyvinvointia, tyytyväisyyttä ja nautintoa. Yleisimmin haastatellut puhuivat terveydestä viimeksi mainitussa merkityksessä stressin yhteydessä. Terveys nähtiin stressin tai paineiden hallintana. Crawfordin mukaan terveys vapautena voidaan ymmärtää myös kulttuurisena symbolina, tällöin se liittyy vapauteen kuluttaa ja tätä kautta tyydyttää tarpeensa.

Hyvin toisenlaisia tuloksia ihmisten terveyskäsityksistä saivat Blaxter ja Paterson (1982) haastatellessaan huono-osaisia äitejä ja tyttäriä. Heidän terveyskäsityksensä oli hyvin funktionaalinen. Terveys nähtiin kykynä jatkaa normaaleja rooleja ja selviytyä työnteosta. Herzlichin, Crawfordin sekä Blaxterin ja Patersonin tulosten erilaisuutta voi osittain selittää käytettyjen aineistojen erilaisuus. Kahdessa ensin mainitussa haastateltiin keskiluokan kansalaisia, jälkimmäisessä huono-osaisia. Käsitys terveydestä on kontekstisidonnainen, se saa erilaisia painotuksia aineistojen erityispiirteiden mukaan, vaikka aineistoissa tulee esiin myös samanlaisia määrittelyjä. Jylhä (1992) onkin arvostellut terveyskäsityksiä kartoittavien strukturoimattomien haastattelujen sisältämää oletusta, jonka mukaan ihmisillä olisi jokin tilanteesta vapaa, valmis ja pysyvä terveyden käsite. Jo pelkästään puhetilanne muokkaa ihmisten terveyden määrittelyjä.

Väestötasoisissa kysely- ja haastattelututkimuksissa vastaajat yleensä arvioivat terveyttään annettujen vastausvaihtoehtojen perusteella. Manderbacka (1998) on analysoinut, miten ihmiset ymmärtävät terveyttä ja terveydentilaa koskevat kysymykset tutkimustilanteessa. Tutkimuskirjallisuudesta hän viittaa neljään tutkimukseen, joissa on tarkasteltu tätä kysymystä (Groves ym. 1992, Krause ja Jay 1994, Borawski ym. 1996, Shadbolt 1997). Tutkimusten tulokset ovat hyvin samansuuntaiset, enimmäkseen vastaajat käyttivät itsearvioidun terveyden kriteerinä sairauden puuttumista, toimintakykyä, fyysistä kuntoa, terveyskäyttäytymistä ja psykososiaalista hyvinvointia. Tutkimuksissa ilmeni vain vähän sukupuolen mukaisia eroja, ikäryhmien välisiä eroja sen sijaan esiintyi. Nuorimmat (alle 25-vuotiaat) ja vanhimmat (yli 85-vuotiaat) vastaajat esittivät terveyden kriteeriksi muita ikäryhmiä yleisemmin terveyskäyttäytymisen, “väliryhmä” piti puolestaan terveysongelmia tärkeinä arvioidessaan omaa terveyttään. Manderbackan (1998) omassa tutkimuksessa suomalaiset vastaajat määrittelivät terveyden monipuolisesti sairauden puuttumisena, vastustuskykynä, toimintakykynä, ruumiillisina tai henkisinä terveyskokemuksina, henkisenä ja fyysisenä kuntona sekä terveyskäyttäytymisenä. Terveyden käsite oli konkreettinen, kontekstuaalinen ja osittain myös ristiriitainen. Osa vastaajista ymmärsi terveyden käsitteen hyvin kapeasti, osa esitti laajan näkemyksen terveydestä.

2.2.3 Terveyden mittaaminen

Koettu terveys

Koettu terveys on yksi sosiologisen terveystutkimuksen käytetyimmistä terveydentilan mittaustavoista (Blaxter 1989, Bjorner ym. 1996). Kaikessa yksinkertaisuudessaan vastaukset antavat yleisarvion haastateltavien omasta senhetkisestä terveydestä, siitä koskevista tiedoista ja tuntemuksista; eli siitä miten vastaajat sijoittavat itsensä omalla terveydentilan arviointiasteikollaan (Huuhka ym. 1996). Arvio omasta terveydentilasta muodostuu paljolti kunkin henkilön omien kokemusten ja muihin henkilöihin, yleensä ikätovereihin, tehtyjen vertailujen perusteella (Bjorner ym. 1996). Terveyden ja sairauden kokemukset eivät ole toisensa poissulkevia terveysjatkumon ääripäitä, vaan ne voivat lomittua hyvin eri tavalla eri ihmisten henkilökohtaisissa kokemuksissa. Terveyden ja sairauden määrittelyt vaihtelevat historiallisesti, eri ryhmillä ja samallakin yksilöllä eri aikoina sekä yhteydestä riippuen (Jylhä 1992). Herzlich (1973) viittaakin erilaisten määrittelyjen samanaikaisuuteen, yksilö voi määritellä samalla hetkellä terveytensä monella tavalla.

Terveyttä tutkittaessa huomio on usein kiinnitetty erilaisiin vaivoihin, stressin haitallisiin vaikutuksiin tai toimintakykyyn (Jutras ym. 1997, 1998). Maallikoiden terveyskäsitykset ovat kuitenkin yhä enenevässä määrin tulleet tutkimuksen kohteeksi (Calnan 1987, Åstedt-Kurki 1988, Blaxter 1990, Millstein 1993, Åstedt-Kurki ja Heikkinen 1994, Jutras ym. 1997, 1998). Tutkimusten mukaan ihmisten omat terveysarviot eivät heijastele vain kliinisesti todettavissa olevaa terveydentilaa, vaan niillä on itsenäinen merkityksensä esimerkiksi aikuisväestön terveyspalvelujen käyttöön (Tanner ym. 1983), vakaviin sairauksiin sopeutumisessa (Brown ja Rawlingson 1975) sekä kuolleisuuteen (Kaplan ja Camacho 1983). Terveysarviot ovat yhteydessä myös siihen kuinka tyytyväisiä ihmiset ovat omaan elämäänsä (Palmore ja Luikart 1972, Koivumaa-Honkanen 1998). Erittäin hyväksi koettu terveys on nuorilla miehillä yhteydessä vahvaksi koettuun elämänhallintaan (Pietilä 1994).

Kariston (1984) mukaan konkreettisen terveystutkimuksen on kuitenkin operoitava sellaisella terveyden käsitteellä, joka on suorassa yhteydessä vallitseviin terveysongelmiin ja joka on operationalisoitavissa ja käytännössä mitattavissa. Tällöin on valittava negatiivinen, sairauskeskeinen tarkastelutapa. Tällöinkin on Kariston mukaan kiinnitettävä erityistä huomiota terveyden sosiaalisen ja kokemuksellisen ulottuvuuden tarkasteluun sekä yksilön ja ympäristön väliseen suhteeseen. Karisto viittaa Purolan (1972) käsitemalliin, jossa sairaus hahmotetaan kolmelta taholta eli psykofyysisenä, sosiaalisena ja koettuna tilana. Sairaudessa sosiaalisena tilana on kyse yksilön kyvystä suoriutua tehtävistään. Sairaudesta aiheutunut haitta ei riipu pelkästään sairauden luonteesta, vaan myös yksilön sosiaalisesta ympäristöstä ja sen yksilölle asettamista vaatimuksista. Siihen vaikuttaa myös yhteisön terveyskulttuuri, kulttuurisesti määrittyneet terveyttä ja sairautta koskevat käsitykset. (Manderbacka 1995.)

Terveydelle ei ole yksiselitteistä, yksinkertaista tilastollisessa tutkimuksessa sovellettavaa mittaria, vaan tutkimuksissa on käytetty useita erilaisia ihmisten omaan ilmoitukseen perustuvia mittareita (Manderbacka 1995). Tutkimuksissa terveyden osoittimien valinnat liittyvät osittain siihen, mistä näkökulmasta terveyttä ja sairautta tarkastellaan. Terveyden teoreettiset määrittelyt korostavat käsitteen moniulotteisuutta.

Manderbacka (1995) on arvioinut tilastollisessa terveystutkimuksessa käytettyjä itse ilmoitetun terveydentilan mittareita sekä selvittänyt niiden keskinäisiä suhteita. Aineistona hänellä oli Tilastokeskuksen vuoden 1986 Elinolotutkimuksen 35 – 74-vuotiaiden osa-aineisto. Yksittäisillä mittareilla saadut tulokset vaihtelivat sen mukaan mihin terveysmalliin ne sijoittuivat. Lääketieteellisen mallin puitteissa saatu kuva terveydestä oli suoraviivainen: mitä vanhempi ikäryhmä ja mitä alempi koulutusaste sitä huonompi terveydentila. Funktionaalisilla mittareilla saadut tulokset vaihtelivat erilaisissa taustamuuttujien yhdistelmissä, eli mittarit ottivat taustaoletusten mukaisesti huomioon haastateltujen elinolosuhteet ja roolit. Koettu terveydentila oli yleisarvio lääketieteellisestä sairaudesta, omasta sairauden kokemuksesta, sairauden aiheuttamasta funktionaalisesta haitasta sekä keskimääräistä suuremmasta somaattisesta ja psyykkisestä oireilusta.

Useimmat sosiologiset tutkimukset ovat käsitelleet terveydentilan sosiaalista ja kokemuksellista ulottuvuutta. Niissä terveyden tutkimisen lähtökohtina ovat olleet subjektiivinen näkökulma terveyteen ja ihmisten itsensä antamat tiedot. Tutkimuksissa on kysytty sairauksia, toimintakyvyn rajoituksia, koettua terveyttä ja oireita. Koetun terveyden on näissä tutkimuksissa ymmärretty tarkoittavan terveydentilaa hyvin laaja-alaisessa ja yksilöllisessä, subjektiivisessa merkityksessä. Lahelman (1992) ja Koivumaa-Honkasen (1998) mukaan koettu terveys on kaikkein yksinkertaisin yksittäinen terveydentilan osoitin, ja sitä koskevaa tietoa on helppo hankkia. Lääketieteen kannalta mittaria voidaan pitää epämääräisenä, mutta sen etuna on, että ihmisten omia, intuitiivisia tuntemuksia saadaan esille. Etuna on myös mahdollisuus tarkastella terveydentilan positiivista ulottuvuutta, kokeeko terveytensä hyväksi.

Koettu oireilu

Lääketieteessä puhutaan spesifien tautien tunnusomaisista oireista, kun taas sosiologisessa tutkimuksessa oireiden kokemiselle annetaan oma itsenäinen oikeutuksensa. Oireet voivat liittyä sairaustiloihin, mutta niin ei tarvitse olla, vaan oireilua voidaan tarkastella omana terveydentilan ulottuvuutena. Tällöin oireilu kuvastaa yksilöiden elämänlaatua, psyykkistä ja ruumiillista hyvinvointia. Monet oireet ovat hyvin arkipäiväisiä ja niitä kokee joskus lähes jokainen. Lahelman (1992) mukaan oireilulla on kuitenkin oma sosiaalinen ja psykologinen logiikkansa; ne erottelevat ja ennustavat terveydentilaa.

Oireilua voidaan tarkastella samojen ulottuvuuksien kautta kuin koettua terveyttä. Baerin (1982) luokittelun ensimmäinen ulottuvuus on psykologinen (subjektiivinen), yksilö kokee oireet omien merkitysrakenteidensa kautta. Vaikka nämä rakenteet ovat yksilöllisiä, ne liittyvät monimutkaisiin sosiaalisiin ja kulttuurisiin prosesseihin. Toinen ulottuvuus on biologinen (lääketieteellinen), oireet osoittavat jotakin tautia. Kolmas on kulttuurinen merkityksenanto, sillä ihmiset antavat oireilleen sosiaalisia tai kulttuurisia merkityksiä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa näitä oireiden eri ulottuvuuksia on vaikea saada esille. Usein oireet jaetaankin niissä kahteen ryhmään eli psyykkisiin ja somaattisiin. Lahelma (1992) käyttää esityksessään Warrin (1987) luonnehdintaa oireilusta, jossa psyykkinen oireilu kuvaa tunnepohjaista, henkistä hyvinvointia muodostaen koetun mielenterveyden tärkeän osan. Somaattiset oireet ilmentävät luonteeltaan ja alkuperältään pikemminkin fyysistä kuin psyykkistä terveydentilaa. Vaikka oireita voidaankin luokitella tai faktoroida eri perustein, on erityisesti lasten ja nuorten terveyttä tutkittaessa suhtauduttava varoen kyselylomakkein kerättyjen oirekokemusten luokittelemiseen esimerkiksi psyykkiseen ja fyysiseen oireiluun.

Manderbackan (1995) mukaan oireet lienee mielekästä tulkita lähinnä yksilön subjektiiviseen terveyden kokemukseen kuuluviksi, vaikka niillä olisi myös lääketieteellinen ja sosiaalinen pohja. Esimerkiksi Honkasalon (1988) tutkimuksessa naiset keskustelivat julkisesti kokemistaan oireista omassa työyhteisössään. Honkasalon (1993) mukaan tämä kuvasti naisten halua oireiden haltuunottoon ja ongelmien ratkaisuun, mutta naiset viestittivät oireillaan paljosta muustakin kuin vain terveyteen liittyvistä asioista.

Aineistonkeruumenetelmä voi vaikuttaa tutkimuksessa todettavan oireilun yleisyyteen. Myllykangas (1986) toteaa, että sekä päiväkirjamenetelmä että postikysely tuottavat kumpikin suhteellisen reliaabelia tietoa oireita kokeneiden määrästä. Avointa päiväkirjaa käytettäessä saattavat tietyt vaikeasti määriteltävät oireet jäädä kokonaan ilmoittamatta tai ne ilmoitetaan yleisissä ja tavanomaisissa oireluokituksissa. Strukturoidun päiväkirjan oirelistat paljastivat enemmän oirehtivia kuin avoimen päiväkirjan käyttö. Oireita kokeneet ilmoittivat strukturoitujen päiväkirjajaksojen aikana myös enemmän oirepäiviä kuin avointa päiväkirjaa käytettäessä. Kyselyin ja päiväkirjalla saadut oiremäärät poikkesivat jonkin verran toisistaan. Kyselyssä muistivirhe oli suurempi, päiväkirjoilla saatiin tarkempaa tietoa oireilun laadusta ja määrästä.

2.2.4 Lähestymistapoja lasten ja nuorten terveyteen

Lasten ja nuorten terveyttä on eri aikoina ja eri tutkimuksissa määritelty monin tavoin sen mukaan, miten käsitykset terveydestä ovat muuttuneet (Bandura 1995) tai mikä tutkimuksellinen ote on valittu. Biolääketieteellisen mallin sisällä terveys on paljolti sairauden puuttumista. Kuolleisuus ja sairastavuustietojen perusteella tapaturmalukuja huomioon ottamatta lapset ja nuoret näyttävätkin olevan erinomaisessa kunnossa (Shah 1994). Mallin

kriitikot (esimerkiksi Illich 1976) ovat arvostelleet muun muassa mallin kyvyttömyyttä ottaa huomioon erilaisia terveyteen liittyviä tekijöitä ja ihmisten omia kokemuksia terveydestään. Biopsykososiaalisessa mallissa (Noack 1987) terveys ja sairaus ovat biologisten sekä ihmisen elämässä keskeisten psykologisten ja sosiaalisten tekijöiden vuorovaikutuksen tulosta. Terveyden ja sairauden raja ei ole jyrkkä, vaan kokemuksellinen, eikä terveys ole vain fyysisten vikojen ja sairauksien puutetta. Terveyden aste voi vaihdella niin kuin sairauksienkin vakavuus.

Usein lasten ja nuorten terveyttä on tarkasteltu paitsi kuolleisuutta ja sairastavuutta myös kasvua ja kehitystä kuvaavien indikaattoreiden avulla olemassa olevien tilastotietojen pohjalta (Köhler ja Jakobsson 1991, Aromaa ym. 1997, Gissler 1998). Tämä tieto voi kuitenkin olla fragmentaarista, epäjohdonmukaista ja epäyhtenäistä. Köhler (1994) kritisoikin sitä, kuinka vähän itse asiassa on keskusteltu perinteisesti aikuisväestön terveystutkimuksissa käytettyjen tilastotietojen tai mittareiden soveltuvuudesta lasten ja nuorten terveyden tutkimiseen. Hänen mukaansa lapset ja nuoret kiinnostavat terveystutkimuksessa lähinnä tulevina aikuisina. Haasteena olisi hankkia enemmän tietoja lasten ja nuorten omista lähtökohdista ja sosiaalisista ympäristöistä käsin, heidän itsensä kertomana ja kokemana.

Lasten ja nuorten itse ilmoittamat terveystiedot ovatkin vähitellen muuttaneet kuvaa heidän terveydestään. Lapset ja nuoret eivät välttämättä koe terveyttään erinomaisena (Mechanic ja Hansell 1987). Objektiivisesti arvioidenkaan lapset eivät aina ole kovin terveitä. Hollon (1999) tutkimuksessa, jossa seurattiin alipainoisena syntyneiden lasten terveydentilaa kymmenen vuoden ikään, todettiin normaalipainoisena syntyneiden verrokkien (N=98) lääkärintarkastuksessa useita aiemmin diagnosoimattomia tiloja. Kymmenen vuoden iässä verrokkiryhmän lapsista hieman yli puolella (54 %) havaittiin yksi tai useampi tutkimuksia tai hoitoa vaativa sairaus, vika, vamma tai oire. Alipainoisena syntyneillä tällaisia ennen diagnosoimattomia tiloja kymmenen vuoden iässä todettiin 53 %:lla. Hollon mukaan tämä kertoo siitä, että perheessä ja koulussa ei kiinnitetä tarpeeksi huomiota tämän ikäisten lasten terveydentilaan.

Ensimmäisessä lasten hyvinvointia selvittäneessä Unicefin vuosiraportissa vuodelta 1992 koettiin suurena ongelmana se, että monissa maissa lapset olivat tilastoinnille näkymättömissä. Vuonna 1997 ilmestynyt raportti kertoi jo kattavammin terveyteen liittyvistä muutoksista, Aidsin vaikutuksesta lapsikuolleisuuteen, hygieenisistä oloista sekä lapsiin kohdistuneesta väkivallasta ja koulutuksen saatavuudesta. (Bellamy 1997.) Suomessakin lapset ja nuoret on haluttu nostaa esiin tilastoista näkyviin oppilasyksiköistä, terveydenhuollon hoitokäynneistä, päivähoitopaikoista tai poliisin suorittamista pidätyksistä. Esimerkiksi teosten “Suomalaisten terveys 1996” ja “Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa – valtakunnalliset trendit 1990-luvulla” tekemistä siivitti se, että vaikka maassamme on paljon hyviä tilastoja ja tietolähteitä, on tiedoissa lasten ja nuorten hyvinvoinnista ja terveydestä

edelleen huomattavia aukkoja. Näihin teoksiin kerättiin ja muokattiin tärkeimmät tiedot katsauksiksi terveydestä, toimeentulosta, sekä sosiaali- ja terveyspalveluista. (Aromaa ym. 1997, Hermanson ym. 1998.)

Lapsiin ja nuoriin kohdistuneissa terveystutkimuksissa ei ole kovin yleisesti tarkasteltu, mitkä seikat ovat yhteydessä heidän itsearvioituun terveyteensä. Huomiota on kiinnitetty pikemminkin erilaisiin psyykkisiin, sosiaalisiin tai perheeseen, käyttäytymiseen ja oireiluun liittyviin tekijöihin. Tutkimusten vertailtavuutta vaikeuttaa se, että niissä samoja käsitteitä on mitattu hyvin erilaisilla mittareilla. Aina käsitteitä (esimerkiksi hyvinvointi) ei ole edes määritelty. Seuraavassa joitakin tutkimuksia, joissa on tarkasteltu itsearvioituun terveyteen yhteydessä olevia tekijöitä.

Mechanicin ja Hansellin (1987) yhden vuoden seurantatutkimuksessa nuorten pätevyyden kokemukset (koulumenestys, liikuntaharrastuneisuus), psyykkinen hyvinvointi (masennusoireilla mitattuna) sekä erilaiset fyysiset oireet olivat yhteydessä itsearvioituun terveyteen. Thorlindsson ym. (1990) ovat todenneet liikuntaharrastuneisuuden suorat ja epäsuorat (vähentää ahdistuneisuutta ja oireilua) yhteydet koettuun terveyteen. Eri tekijöiden välisten yhteyksien monitahoisuudesta antaa kuvan tutkijoiden selitys liikuntaharrastuneisuuden yhteyksistä itsearvioituun terveyteen. Sillä on vaikutusta nuoren positiiviseen arvioon omasta fyysisestä kunnostaan ja liikunnallisesta suorituskyvystään, jotka puolestaan vaikuttavat itsetuntoa kohottavasti. Korkea itsetunto liittyy optimistisiin terveysarviointeihin. Liikunnan harrastajat voivat pitää itseään terveinä yksinkertaisesti siksi, että terveys ymmärretään usein suorituskykynä, kunnossa olemisena, energisyytenä ja aktiivisuutena (Calnan 1987).

Vingilisin ym. (1998) kirjallisuuskatsauksen mukaan nuorten koettuun terveyteen joko suorasti tai epäsuorasti yhteydessä olevia tekijöitä olivat demografiset tekijät (sukupuoli), ympäristön ominaisuudet (perherakenne ja tulot), lapsi-vanhempi -suhde, koulumenestys, huumeiden käyttö ja psyykkinen hyvinvointi (itsetunto). Heidän omassa tutkimuksessaan 10 – 20-vuotiaiden nuorten hyvään itsearvioituun terveyteen olivat yhteydessä hyvä perheen sosioekonominen asema (tuloilla mitattuna), hyvä lapsi–vanhempi -suhde, koulunkäyntimotivaatio ja koulumenestys, hyvä itsetunto, tupakoimattomuus ja miessukupuoli.

Nuorten terveyden kokemuksia on tarkasteltava myös heidän ikänsä ja sukupuolensa näkökulmista. Erityisesti tilastollisissa, yleensä aikuisväestöön kohdistuneissa terveystutkimuksissa ikä ja sukupuoli on otettu itsestään selvinä fysiologisina ilmiöinä, tai niitä on pidetty kiinnostavia yhteyksiä sekoittavina tekijöinä, joiden vaikutus on pikemminkin eliminoitava kuin analysoitava. Kuitenkin iän ja terveydentilan välinen yhteys voi johtua paitsi vanhenemisesta, myös esimerkiksi samanikäisten ihmisten yhteisten kokemusten tai elinehtojen vaikutuksista. (Manderbacka 1995.) Iän ohella sukupuoli on sosiaalisesti määräytynyt. Tutkimuksissa on esitetty, että esimerkiksi oireilussa ilmenevät sukupuolierot liittyisivät sukupuoleen sosiaalistumiseen eivät yksinomaan esimerkiksi puberteetin biologiseen muutoksiin

(Karvonen 1991, Rahkonen 1994). Psykosomaattinen oireilu on nähty enemmän naiseuteen kuuluvana, miehiset tavat purkaa sisäisiä ja ulkoisia paineita ovat näkyvämpiä ja kuuluvampia (Choquet ja Menke 1987).

2.2.5 Tilastoista nuorten kokemuksiin

Suomessa lasten ja nuorten koetun terveyden tutkimuksella on pitkät perinteet. Usein kysymyksenasettelut ja mittarit ovat meilläkin peräisin aikuisväestön terveystutkimuksista. Tämä ei sinänsä ole huono asia, sillä samat terveyden ilmiöt ovat kiinnostavia elämänkulun eri vaiheissa – mittareiden kohdeherkkyys voi kuitenkin vaihdella. Aikuisväestöllä käytettyjä mittareita on ainakin osittain muotoiltu paremmin nuorten terveystutkimusta palveleviksi. Tästä on esimerkkinä Meteli -tutkimuksesta Nuorten terveystapatutkimukseen otettu oirekysymyssarja, josta muokattiin nuorille tyypillisten oireiden yleisyyttä kartoittava kysymyskokonaisuus (Rimpelä ym. 1982).

Tavoitteet suomalaisissa lasten ja nuorten terveyttä selvittäneissä tutkimushankkeissa ovat olleet erilaisia. Laajamittaisen lasten ja nuorten terveyden ja terveyskäyttäytymisen monitoroinnin ohella on haluttu vaikuttaa muun muassa terveyspoliittiseen keskusteluun ja päätöksentekoon valtakunnallisesti ja paikallisestikin. Lasten ja nuorten terveyskysymykset on nostettu yleiseen tietoisuuteen. Tutkimuksissa on myös haluttu paneutua syvällisemmin tiettyihin rajattuihin terveyskysymyksiin.

Karvonen on artikkelissaan “Kasvuehtoja vai elämänvaihe: näkökulmia nuorten ja lasten terveyteen” (1998) tarkastellut, miten nämä kaksi näkökulmaa näkyvät terveystutkimuksessa. Kasvuehtonäkökulmaa hän pitää yksipuolisena, koska siinä terveys nähdään voittopuolisesti tulevien ikävaiheiden kannalta. Esimerkiksi nuorten elintavoista ei olla kiinnostuneita niiden välittömien terveysvaikutusten vuoksi, vaan pikemminkin halutaan ennustaa elintapojen pitkäaikaisvaikutuksia. Kasvuehtoja painottavan näkökulman käsitys lapsuudesta ja nuoruudesta korostaa näitä vaiheita siirtymävaiheena aikuisuuteen (Strandell 1995).

Elämänvaihenäkökulma antaa toisenlaisen kuvan lasten ja nuorten terveydestä, koska se tarkastelee terveyttä koettuna ja elettynä ilmiönä. Lapset ja nuoret nähdään pysyvinä, muihin väestöryhmiin verrattavina ryhminä (Strandell 1995). Edellä esitettyjä lähtökohtia ei pidä kuitenkaan nähdä toisilleen vastakkaisina. Karvonen yhdistää ne elämänkaarinäkökulmaan, joka tarkastelee niiden vuorovaikutusta. “Yhtäältä lapsuudessa ja nuoruudessa luodaan kasvuehtojen kautta perusta myöhemmille ikävaiheille, toisaalta näkökulma rikastuu tietylle historialliselle kohortille ominaisilla kokemuksilla, elettynä elämänvaiheena.” (Karvonen 1998, 67.) Viimeaikaisessa terveystutkimuksessa on elämänkaari-termin sijaan alettu käyttää käsitettä elämänkulku. Myös elämänvaihetarkastelu mahtuu elämänkulun tarkasteluun. Elämänkulun valinta elämänkaari-termin sijaan johtuu halusta korostaa elämänkulkujen monimuotoisuutta. Ajatuksena on, että elämänkulussa ei olisi kyse vain tiettyjen määrättyjen vaiheiden läpikäymisestä, vaan halutaan korostaa

monenlaisia ja lisääntyviä variaatioita elää omaa elämäänsä. Elämänkulun näkökulma ei tarkoita vain elämänkulun jatkuvuutta vaan myös sen spesifien vaiheiden huomioonottamista. (Elämänkulku ja terveys 1999.) Tässä työssä käytetään sekä termiä elämänkulku että elämänkaari lähinnä sen mukaan, miten niitä on lähdekirjallisuudessa käytetty. Elämänkulku ja terveys raportissa (1999) englanninkieliset termit life cycle, life span, life course ja stages of life on suomennettu elämänkuluksi.

Taulukkoon 2 on koottu kasvuehtojen ja elämänvaiheiden näkökulmiin liittyviä keskeisiä terveystutkimuksessa esille tulevia tekijöitä. Näkökulma Karvosen (1998) esityksessä on elämänkaaren näkökulma.

TAULUKKO 2 Lasten ja nuorten terveys eri elämänkaariulottuvuuksien kautta (Karvonen 1998, 78)

	Kasvuehdot	Elämänvaihe
Käyttäytymisen yhteys terveyteen	Elämänkerrallinen	Historiallinen, sosiokulttuurinen
Terveyden mittarit	Kovat mittarit	Koettu, omakohtainen
Terveyskehitys	Astma, allergia	Mielenterveysongelmat, selkä- ja niskaoireet
Terveyskäyttäytymisen merkitys	Terveyden vahvistaminen tai kuluttaminen	Elämäntyylin osa, nuorisokulttuuri
Terveyskäyttäytymiskehitys	Terveyttä kuluttavat tottumukset: tosi humala, huumeet, itse kääritytt savukkeet	Arjen lääketieteellistyminen, ruumiillisuus (seksuaalisuus, ruumiin muokkaus)

Elämänvaiheen tai elämänkaaren mukainen tarkastelu antaa tilaa nuorten omakohtaisille kokemuksille ja heidän omille merkityksenannoilleen. Perinteisten tautien vähenemisen myötä erityisesti pojilla lapsuuden ja nuoruuden terveyttä sävyttävät tapaturmat ja vammautuminen, jonka sosiaalinen tai toiminnallinen merkitys saattaa olla varsin suuri. Myös jatkuvasti voimistuvat ruumiiseen, ulkonäköön ja käyttäytymiseen kohdistuvat odotukset saattavat ilmetä jo varhaisnuoruudessa fyysisinä, psyykkisinä ja sosiaalisina ongelmina. (Karvonen 1998.)

Elämänkulku ei koostu vain yksittäisten yksilöiden kehityksestä vaan useiden ihmisten ‘yhteiskehityksestä’. Esimerkiksi lasta ei voi hoitaa yksin jonkin palvelujärjestelmän sisällä sen vuoksi, että lapsi tuo prosessiin mukaan koko perheen. Lasten ja vanhempien elämänkulut ja niihin liittyvät ratkaisut ovat monin tavoin kietoutuneet toisiinsa, vaikka edustavatkin eri ikäkausia. Yksilö kehittyy sosiaalisten suhteiden verkostossa, millä voi olla tärkeitä heijastuksia siihen, miten yksilön terveys ja hyvinvointi ymmärretään. Elämänkulkunäkökulmasta tähdellisiksi nousevat myös yksilöiden ja väestöryhmien väliset terveyserot, jotka heijastavat elämän aikana muodostunutta eriarvoisuutta. (Elämänkulku ja terveys 1999.)

2.2.6 Keskeisten suomalaisten lasten ja nuorten terveystutkimusten esittelyä

Pääosin tutkimusaineistot lasten ja nuorten koetusta terveydestä on kerätty kyselylomakkein. Joissakin hankkeissa on haastateltu lasta tai nuorta ja/tai hänen vanhempiaan ja opettajiaan (Rantanen 1989, Kumpulainen 1994, Remes 1998, Aromaa 1999). Lapset ovat myös itse kirjoittaneet omista kokemuksistaan, esimerkiksi tupakoinnistaan (Nukari 1995) ja kouluun liittyvistä toiveistaan (Nukari 1997). Seuraavassa mainitsen vain joitakin tämän työn kannalta relevantteja tutkimuksia.

Nuorten terveystapatutkimuksessa (NTTT) on vuodesta 1977 lähtien kerätty postikyselyin kahden vuoden välein aineistoa 12 – 18-vuotiailta nuorilta muun muassa koetusta terveydestä, oireilusta, pitkäaikaissairastavuudesta ja terveyskäyttäytymisestä. (Rimpelä ym. 1997.) Kansainvälinen, vertailukelpoista tietoa keräävä HBSC-Study (WHO:n Euroopan aluetoimiston koordinoima Health Behaviour in School-Aged Children Study), jota suomalaisittain kutsutaan WHO-Koululaistutkimukseksi, käynnistyi vuonna 1983. Tässä tutkimuksessa on kerätty neljän vuoden välein aineistoja 11 – 15-vuotiaiden terveyteen, terveyskäyttäytymiseen ja koulukokemuksiin liittyvistä asioista. Tutkimuksen lähtökohdat ovat käyttäytymistieteelliset, nuorten terveyttä tarkastellaan muun muassa elämäntyylien näkökulmasta. (Aarø ym. 1986, 1994, Currie 1998.) 1990-luvun puolivälissä käynnistetyn Kouluterveys-tutkimushankkeen keskeinen tehtävä on tarkastella kunta- ja koulukohtaisia hyvinvointi- ja terveystietoja peruskoulun yläasteen, lukioiden ja ammattioppilaitosten oppilailta ja koulun edustajilta (Rimpelä 1996).

Nuorten terveyskäyttäytymistä ja erityisesti terveyskäyttäytymisen muutosprosesseja on tarkasteltu Pohjois-Karjala projektissa (Puska ym. 1982) sekä siihen liittyvässä Itä-Suomen nuorisoprojektissa. Itä-Suomen nuorisoprojektin kohdealueita olivat nuorten tupakointi ja alkoholinkäyttö, ravitsemus, fyysinen aktiivisuus sekä nuorten itsetunto ja ihmissuhteet. Projektin puitteissa kehitettiin tieteellisen tutkimuksen avulla koulujen terveyskasvatusohjelmia. (Tossavainen 1993.)

Lapsesta aikuiseksi -tutkimusprojektissa on tarkasteltu kehityspsykologiselta kannalta lasten ja nuorten persoonallisuuden ja sosiaalista kehitystä sekä näiden riskitekijöitä. Tässä Pulkkisen johtamassa pitkäkestoisessa tutkimuksessa samoja henkilöitä on seurattu 8-vuotiaasta kolmekymmentäkuusivuotiaaksi asti. (Pulkkinen 1990, 1996, Rönkä 1999.) Rauste-von Wright (1989) on tarkastellut muun muassa nuorten ruumiinkuvaa, terveyden kokemista ja oireilua seitsemän vuoden seurannassa. Aro (1988a, 1988b, 1990) on tutkinut tamperelaisnuorten terveyttä kahden vuoden seurantatutkimuksella. Tamminen ym. (1991) sekä Puura (1998) ja Tulisalo (1999) ovat kartoittaneet lasten psyykkistä oireilua ja mielenterveyttä. Lisäksi Kuopiossa on tutkittu lasten ja nuorten terveyttä, hyvinvointia ja kasvuolosuhteita paikallisesti (Niemelä ym. 1994, Kivinen ym. 1997) ja osana Pohjoismaista vertailututkimusta (Pölkki ym. 1994).

Edellä mainitut tutkimushankkeet ovat vaikuttaneet merkittävästi keskusteluun koululaisten terveydestä, terveyskäyttäytymisestä sekä koulun roolista lasten ja nuorten terveyden tukemisessa. Huomiota on kiinnitetty erityisesti kouluviihtyvyyteen, koulukuormittuneisuuteen ja koulun työskentelyolosuhteisiin sekä pienimpien koululaisten yksinäisiin iltapäiviin. Lasten ja nuorten alkoholinkäyttö, tupakointi sekä alkoholin ja tupakkatuotteiden saatavuus ovat saaneet osansa tarkastelussa.

Kiinnostava piirre suomalaisissa lasten ja nuorten terveystutkimuksissa on se, että vaikka terveystottumuksia tarkastelevia tutkimuksia on laaja kirjo ja perinne on monipuolinen, on koetun terveyden osoittimien tutkiminen jäänyt hieman vähemmälle huomiolle. Osittain tämä saattaa liittyä sairastavuuden kehitykseen ja terveystutkimuksen yleisiin painotuksiin. Osittain voi olla kyse edellisen luvun lopussa esitellyistä näkökulmaeroista: kasvuehtojen tai elämänvaiheiden ja elämänkulun painottamisesta.

2.2.7 Aikaisempia tutkimuksia suomalaisten lasten ja nuorten koetusta terveydestä

Elämänkulun aikana kuolleisuus on matalammillaan 10 – 14-vuotiaana, mutta jo seuraavana viisivuotiskautena kuolleisuus suurenee. Vaikka tautikuolleisuus on nuorilla pienentynyt jatkuvasti, on poikien ja nuorten miesten tapaturmakuolleisuus viime vuosina kohonnut jonkin verran. (Aromaa ym. 1997.)

Terveyden osoittimina on käytetty muun muassa biologista kypsymistä ja kasvua, ylipainoisuuden tai lihavuuden tarkastelussa painoindeksiä. Lisäksi on tarkasteltu yleistä koettua terveyttä, psykosomaattisia oireita, niska- ja selkäkipujen yleisyyttä, flunssan sairastamisen yleisyyttä, jokapäiväistä toimintaa haittaavan pitkäaikaissairauden, vian tai vamman yleisyyttä, astman tai allergian yleisyyttä sekä lääkkeiden käyttöä (Rimpelä ym. 1997). Nuorten hyvinvointia voidaan arvioida myös seuraamalla ikäluokan psyykkistä oireilua ja häiriöiden määrää (Aalberg 1997).

Valtaosa 12 – 18-vuotiaista nuorista ilmoittaa terveydentilansa olevan hyvä tai erittäin hyvä. Vajaa viidennes kokee terveydentilansa korkeintaan keskinkertaiseksi. Tilanne ei ole juuri muuttunut viimeisten 20 vuoden aikana. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan noin kymmenen prosenttia nuorista ilmoittaa, että heillä on jokin jokapäiväistä toimintaa haittaava pitkäaikainen sairaus, vika tai vamma. Vuodesta 1981 vuoteen 1995 tämä osuus on pysynyt lähes samansuuruisena. Yleisimmät pitkäaikaissairaudet ovat allergiat (atooppinen ihottuma, allerginen nuha tai muu allergia) ja astma sekä polven kierukoiden, nivelsiteiden tai rustopintojen vammat. Nuorten kannalta tärkein muutos on astman ja allergian lisääntyminen. (Aromaa ym. 1997, Rimpelä ym. 1997.)

Tutkimusta ja hoitoa vaativia psyyken häiriöitä esiintyy lähes 10 %:lla alle 12-vuotiaista, 12 - 15 %:lla yli 12-vuotiaista ja 15 – 23 %:lla nuorisoikäisistä (Rajantie ym. 1993). Epidemiologiset tutkimukset osoittavat, että psyykkiset häiriöt yleistyvät nuoruudessa kaksinkertaisiksi lapsuuden häiriöihin

verrattuna (Lääkintöhallitus 1987). Dramaattisin nuorten pahoinvointia kuvaava mittari on nuorten itsemurhien määrä. WHO:n tilastojen mukaan (vuodelta 1992) 15 – 24-vuotiaiden suomalaisten miesten itsemurhaluvut olivat Euroopan suurimmat. Koska itsemurhaa edeltävät monet psyykkiset ja sosiaaliset vaikeudet (Marttunen 1994), luvut kertovat pitkäaikaisten vaikeuksien äärimmäisistä ratkaisuista (Aalberg 1997). Masentuneista lapsista erityisesti ne tytöt, jotka oireilivat ahdistuneisuudella jäävät helpommin vaille asiantuntija-apua kuin näkyvämmin oireilevat pojat. Avun saantia voivat estää tai ainakin hidastaa hoitojärjestelmien puutteiden lisäksi se, että lapsen vanhemmat eivät ole huomanneet lapsen masennusoireita. (Puura 1998, Rönkä 1999.)

Nuorten mielenterveyden ongelmien kärjistyminen näkyy myös Aapolan (1997a) tutkimuksessa, jossa hän on tarkastellut nuoruudesta käytyä keskustelua ja nuorten oman itsensä paikantamista tässä keskustelussa. Aineistona hän on käyttänyt Nuortenlehti Suosikin lukijakysymyspalstan kirjeitä ja niihin saatuja vastauksia 1960-luvulta 1990-luvulle. Nuorten, etupäässä teini-ikäisten tyttöjen, varhaisimmat kirjeet keskittyivät hauskanpitoon, popmusiikkiin ja seurusteluun, mutta 1990-luvun puolivälin kirjeet olivat paljon vakavampia. Niissä käsiteltiin maailmanlaajuisia tai vakavia henkilökohtaisia ongelmia. 1960-luvulla yleisessä keskustelussa nuoruudesta psykologisten teorioiden vaikutus ei vielä näkynyt, mutta 1990-luvulla nuoruus määriteltiin yleisesti emotionaaliseksi kriisiksi ja nuoruudesta puhuttiin ”ongelmana”. Monissa kirjeissä myös nuoret itse määrittelivät itsensä yksinäisiksi, hyväksikäytetyiksi, jopa itsemurhaa hautoviksi. (Aapola 1997a.) Offer ja Sabshin (1984) ovat tuoneet esille, että 1960-luvulta 1980-luvulle tultaessa nuoret olivat yhä epävarmempia omasta ruumiinkuvastaan ja itsetunnostaan. Tuolloin nuoret olivat enemmän huolissaan tulevaisuudestaan ja vähemmän toivorikkaita kyvystään toimia aikuisina kuin kaksikymmentä vuotta sitten.

Oireilu

Erilaiset psykosomaattisiksi luonnehdittavat oireet ovat tytöillä yleisempiä kuin pojilla. Tytöt raportoivat erityisesti väsymystä ja heikotusta huomattavasti enemmän kuin pojat. (Rimpelä ym. 1997, Välimaa ym. 1993, Välimaa ym. 1995.) Nuoruusiässä ilmoitettujen oireiden pysyvyydestä on olemassa suhteellisen vähän tietoa. Yksittäisiä oireita pysyvämpää näyttää olevan oireilutaipumus (Paronen ym. 1982, Klepp ym. 1996). Nuoruusiästä lähtien oireilutaso pysyy korkeana ja ehkä vielä kohoaa aikuisväestöllä (Aro 1981), erityisesti naisilla (Rimpelä 1988). Oireilun raportointi lisääntyi sekä tytöillä että pojilla iän myötä (Rauste von Wright ja von Wright 1981a, Aro 1987, Välimaa ym. 1993, Välimaa ym. 1995), mutta tytöillä oli useampia oireita kuin pojilla. Psykosomaattisten oireiden yhteydestä nuoruusiän kehitykseen tiedetään suhteellisen vähän (Aro 1988a). Oireiden on arveltu olevan yhteydessä nopeaan murrosiän kasvuun ja kehon muutoksiin ja olevan normaali, ohimenevä vaihe uuden ruumiinkuvan omaksumisessa (Mechanic 1983). Ikään kuuluva lisääntyvä tietoisuus omasta itsestä voi vielä voimistaa kehollisten tuntemusten havainnointia.

Yhtäältä oireilu esitetään normaalina, ikä- ja kehitysvaiheeseen liittyvänä, mutta toisaalta oireilun on todettu vaihtelevan erilaisten stressitekijöiden mukaan tai heijastavan lapsen ja nuoren yleistä terveyttä ja hyvinvointia (Rantanen 1989). Rönkä (1999) on pitkittäistutkimuksessaan syrjäytymisprosesseista havainnut, että tytöt ovat taipuvaisempia kääntymään sisäänpäin – ahdistumaan ja masentumaan. Pojille on tunnusomaisempaa ulospäinsuuntautunut reagointitapa, mikä voi näkyä aggressiivisena käytöksenä, kohelluksena ja esimerkiksi pienenä rötöstelynä, mikä puolestaan voi johtaa uusiin vaikeuksiin.

Mechanic (1983) uskoo lapsen ja nuoren oppivan tavan havainnoida vointiaan ja tulkita somaattisia tuntemuksiaan usean eri tekijän yhteisvaikutuksena. Oman vaivan tai sairauden määrittely riippuu myös siitä, miten läheiset henkilöt siihen suhtautuvat. Tamperelaisnuoriin kohdistuneessa tutkimuksessa sekä perhetaustan stressitekijät (vanhemman kuolema, vanhempien avioero, vanhempien keskinäiset riidat) että akuutit stressitekijät (elämänmuutokset ja ihmissuhderistiriidat) olivat yhteydessä nuoren psykosomaattiseen oireiluun (Aro 1987, 1988b). Oireiluun liittyvät myös epäterveet elämäntavat, kuten tupakointi, säännöllinen alkoholinkäyttö sekä huono menestyminen koulussa (Rimpelä ym. 1983, Rauste von Wright ym. 1986).

Paino ja sen kokeminen

Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan suomalaisten nuorten ylipainoisuus ja lihavuus ovat lisääntyneet huomattavasti vuodesta 1977 vuoteen 1997 (Rimpelä ym. 1997). Sitä vastoin itsensä ylipainoisiksi tai alipainoisiksi kokevien osuudet eivät Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan ole muuttuneet merkitsevästi tänä aikana. Aineiston kaikista 12 – 18-vuotiaista tytöistä runsas kolmannes piti itseään ylipainoisena, pojista 15 %. (Rimpelä ym. 1997.)

Nuutisen (1997) mukaan lapselle itselleen lihavuus aiheuttaa ensisijaisesti sosiaalista ja psyykkistä haittaa. Hän painottaa kuitenkin myös lapsuusiän lihavuuden terveydellisiä haittoja, joita ovat suurentunut sydän- ja verisuonitautien vaara. Lisäksi lihavuus rasittaa tuki- ja liikuntaelimistöä ja altistaa myöhemmin aikuistyypin diabeteksen kehittymiselle. (Rimpelä ja Rimpelä 1983.) Painolla, erityisesti rasvakudoksen määrällä, on tärkeä rooli myös nuorten hormonitoiminnassa. Liiallinen lihavuus tai laihuus sekä voimakkaat painon muutokset voivat häiritä tyttöjen kuukautiskiertoa (Anttila 1993).

Nuorten terveystapatutkimuksen tulosten mukaan ylipainon kokeminen oli yhteydessä lisääntyneisiin koettuihin oireisiin sekä terveydentilan ja ruumiillisen kunnon huonoksi kokemiseen 15 – 19-vuotiailla nuorilla. Itsensä paljon ylipainoiseksi kokeneet nuoret pitivät ruumiillista kuntoaan lähes viisi kertaa yleisemmin huonona kuin sopivaksi tai alipainoiseksi itsensä kokeneet. Valtaosa itsensä ylipainoisiksi kokeneista oli myös painoindeksin mukaan ylipainoisia. Ylipainoisuus saattaa vaikeuttaa aktiivista liikkumista ja vähäinen liikunnan harrastus puolestaan saattaa ylläpitää ylipainoisuutta. Tämän noidankehän tuloksena nuoren fyysinen kunto on huono, hän myös kokee kuntonsa huonoksi. (Rimpelä ja Rimpelä 1983.)

Koettu fyysinen kunto

Koululaisten kestävyyskunnon heikkenemisestä on esitetty väitteitä (Jääskeläinen 1998, Pelkola 1998), mutta Nupposen ja Telaman (1998) mukaan valtakunnallista näyttöä tästä ei ole raportoitu. Kouluikäisten suomalaislasten fyysisen kunnon ääripäiden on tosin todettu lisääntyneen viime vuosikymmenien aikana, mikä merkitsee yhtäältä hyväkuntoisten ja toisaalta huonokuntoisten määrän lisääntymistä (Nupponen ym. 1991).

Aikaisemmin nuorten arviota omasta fyysisestä kunnostaan on tarkasteltu Nuorten terveystapatutkimuksessa 70-luvun loppupuolelta yhdeksänkymmentäluvun alkuvuosiin. Seitsemänkymmentäluvun lopulla suuri osa Nuorten terveystapatutkimukseen osallistuneista nuorista piti ruumiillista kuntoaan hyvänä, iän myötä kuntoaan kohtalaisena tai huonona pitävien osuudet kasvoivat jonkin verran. Tytöt pitivät kuntoaan keskimäärin huonompana kuin pojat. (Rimpelä ym. 1983.) WHO-Koululaistutkimuksen keväällä 1994 kerätyn aineiston mukaan tytöistä ja pojista noin puolet kaikissa ikäryhmissä arvioi kuntonsa hyväksi (Kannas ja Tynjälä 1998).

Terveyden tasa-arvo

Nuorten ja nuorten aikuisten (15 – 24 -vuotiaiden) keskuudessa terveydentilan sosiaaliluokkaerot pitkäaikaissairastavuudessa, haittaavassa pitkäaikaissairastavuudessa sekä psyykkisessä oireilussa ovat pienempiä kuin muiden ikäryhmien (Eriksson ym. 1992, Rahkonen ja Lahelma 1992, West 1997). Erikssonin ym. mukaan nuorten terveydentila näyttäytyy tässä suhteessa erilaisena kuin aikuisten terveydentila. Aikuisilla terveydentilan yhteys sosiaaliseen asemaan on selvä ja johdonmukainen; mitä parempi asema, sitä parempi terveys (Heistaro ym. 1996). Nuorilla eri sosiaaliluokkiin kuuluvien oireilun ja muun terveydentilan erot ovat pienet ja vaihtelu epäjohdonmukaista. Nuorten oireilun vähäisiä sosiaaliluokkaeroja on Erikssonin ym. (1992) mukaan tulkittu eri tavoin. Edellä mainitut kirjoittajat viittaavat tutkittavien valikoitumiseen (Sewell ja Burton 1990), luokka-aseman mittauksen ongelmiin (West 1988, Rahkonen 1994), terveyttä kuluttavien olosuhteiden ja oireiden ilmaantumisen väliseen aikaviiveeseen (West ym. 1990) sekä psyykkisen oireilun luokkaerojen syntymiseen vasta aikuisuudessa (West 1988, Power 1991).

Subjektiivisissa terveydentilan arvioinneissa havaitut sosiaaliluokkaerot olivat johdonmukaiset myös nuorilla ja nuorilla aikuisilla: mitä korkeampi sosiaalinen asema oli joko omalla tai vanhempien sosiaalisella asemalla mitattuna, sitä todennäköisemmin henkilö koki terveydentilansa erinomaiseksi (Rahkonen 1992, Rahkonen ja Lahelma 1992). Rahkosen (1992) mukaan lapsuudessa (alle 16-vuotiaana) koetut pitkäkestoiset taloudelliset vaikeudet olivat yhteydessä nuorten aikuisten arvioihin omasta terveydentilastaan siten, että ne jotka raportoivat kokeneensa lapsuudessaan taloudellisia vaikeuksia, kokivat terveydentilansa yleisemmin huonoksi kuin muut.

Rahkosen (1994) mukaan ylemmistä toimihenkilöperheistä tulevat lukiossa olevat tytöt näyttivät huolehtivan terveydestään muita enemmän, työläisperheistä tulevat koulunkäyntinsä peruskouluun lopettaneet pojat puolestaan muita vähemmän. Terveellinen elämä näyttäisi olevan osa lukion ”piilo-opetussuunnitelmaa”, mutta ei ammattikoulun tai työelämän (Karisto 1991). Tätä tukevat myös Koivusillan ym. (1999) tutkimustulokset 16-vuotiaiden nuorten “terveyselämäntyylin” sitoutumisesta hänen sosioekonomiseen taustaansa sekä koulutusvalintojen kautta nuoren tulevaan sosiaaliseen asemaan. Hyvä perhetausta tasoittaa nuoren tulevaa tietä. Synkimmät näkymät ovat niillä nuorilla, joille ei tätä tasoittavaa perhetaustaa ole ja jotka näyttävät jäävän vaille jatkokoulutusta ja siten joutuvat työmarkkinoiden ulkopuolelle.

Terveyden sosiaalisten erojen tutkimuksessa nuoruus lapsuuden ja aikuisuuden välissä muodostaa tutkimusalueen, jossa on otettava huomioon monia terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Sosiaaliluokkaan, ikään, koulutusvalintoihin ja nuorisokulttuuriin liittyvät tekijät leikkaavat perheeseen, kotitaustaan ja asuinympäristöön liittyviä tekijöitä synnyttäen erilaisia terveyteen vaikuttavien tekijöiden yhdistelmiä. Nuoruutta elämänkulun vaiheena voidaan pitää “ilmapuntarina”, jossa ilmenevät sekä perinteiseen luokkarakenteeseen että postmoderneihin kulutuskulttuureihin liittyvien tekijöiden suhteellinen merkitys terveyserojen synnyssä. (West 1997.) Nuorten terveydentilan sosiaaliluokkaeroja tutkittaessa olisi kehitettävä myös muissa nuorisotutkimuksissa käytettäviä mittareita kuten nuorisokulttuuria ja elämäntyylejä kuvaavia tekijöitä (Rahkonen 1994).

3 NUORUUS ELÄMÄNKULUSSA

3.1 Nuoruus teorioissa

Elämänkulun vaiheet – lapsuus, nuoruus, aikuisuus ja vanhuus – ovat säilyneet yhteiskunnassa eräänlaisena perusjakona. Nämä kokonaisuudet eivät ole ongelmattomia, vaikka niillä viitataan väestötason jaotteluun. Jaottelun ongelmana on sen liiallinen yleistävyys, monet kulttuuriset ja sosiaaliset seikat sekä sukupuolen merkitys elämänkulun muotoutumiselle jäävät siinä helposti huomioon ottamatta. (Elämänkulku ja terveys 1999.)

Aapola (1999) on tarkastellut nuoruudesta käytyä tieteellistä keskustelua laajan materiaalin pohjalta. Vuosisadan alkupuolella lapsuuden ja nuoruuden kehitystä jäsennettiin universaalien kehitysteorioiden avulla. Fyysisten muutosten aikaansaamat muutokset lapsen ja nuoren seksuaalisuudessa olivat kehityksen liikkeellepaneva voima, kehityksessä erotettiin melko selvärajaiset kehityskaudet. Myös teoria eri ikäkausien psykososiaalisista kriiseistä vastaavine psykologisine kehitystehtävineen on ollut tärkeä lapsuuden ja nuoruuden kehitystä määrittävä teoria. Viime vuosina on alettu korostaa yhä enemmän nuoruuden kehityksen yhteiskunnallisia ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Aapola tuo erityisesti esille Pulkkisen (1996) tutkimustyön, jossa jo lähtökohtaisesti tarkastellaan nuorten sosiaalista kehitystä erilaisissa sosiaalisissa konteksteissa. Nuoruus voidaan nähdä myös kulttuurisen puheen resurssina, jota eri puhujat käyttävät jäsentämään elämänkulkukertomuksiaan. Psykologinen tieto esimerkiksi murrosiän kehityksestä vaikuttaa vahvasti yleisiin kulttuurisiin näkemyksiin murrosiän ja nuoruuden sisällöistä, vaikka kehitysprosessien oletetaankin yksilöllistyneen. (Aapola 1999, Hoikkala 1993.)

Nuoruusikä nähdään yleisesti ihmisen kehityksessä kasvun ja muutosten vaiheena, jonka ominaispiirteet ja ainutkertaisuus ovat lääketieteen, psykologian ja sosiaalitieteiden kiinnostuksen kohteena (Aalberg 1997). Nuoruudesta voidaan erotella erilaisia ikään sidottuja vaiheita. Varhaisnuoruuden (11 – 14 v.) tärkeimpiä sisältöjä ovat oman ruumiin muutokset ja vanhemmista tapahtuvan irtaantumisen alkaminen. Keskinuoruutta (15 – 18 v.) värittävät sukupuolisen identiteetin vahvistuminen ja muutokset suhteessa toiseen sukupuoleen. Myöhäisnuoruudessa (19 – 25 v.) keskeistä on itsenäistyminen, valmistautuminen tulevaisuuteen, myös suhde ihanteisiin ja yhteiskuntaan rakennetaan uudella tavalla. (Pylkkänen 1997.)

Nuoruuden alku on selkeämmin määriteltävissä kuin sen päättyminen, jossa on paljon yksilöllistä vaihtelua. Ikäluokitteluja tärkeämpää onkin huomata, että nuorten kehitys ja siihen vaikuttavat tekijät vaihtelevat huomattavasti. Kuitenkin nuoruudesta puhutaan usein kaikille yhteisenä, myös tytöille ja pojille samanlaisena kokemuksena. Marinin (1996) mukaan sekä sukupuoli- että ikäjakoa voidaan tarkastella myös yhteiskunnallisesti tuotettuina, määrättyjä valta- ja resurssirakenteita ylläpitävinä ja ihmisten elämää turhaan rajoittavina kategorisointeina. Näin ymmärrettynä ikä on lasten arjen rakenteellinen järjestäjä sekä sosiokulttuurinen erottelukriteeri (Lallukka 1996, 1997).

Tarkastelen seuraavassa lyhyesti lapsen matkaa nuoruuteen erilaisten teorioiden valossa. Pulkkisen (1996) mukaan lapsuusiän tutkijat ovat kuvanneet kehitystä fyysisen, älyllisen ja psykososiaalisen kehityksen näkökulmasta, harvoin niitä kuitenkaan yhdistäen. Tämän erikoistumisen vastapainoksi kehityksestä on viime vuosikymmenen aikana pyritty luomaan eheyttävää näkemystä. Tämä suuntaus tunnetaan nimellä elämänkaaren näkökulma kehitykseen, joka kokoaa joukon varsin erilaisia teorioita.

Pulkkisen (1996) mukaan elämänkaari-suuntauksen suurin anti on sen painotuksissa, joiden mukaan kehitys on läpi elämän jatkuvaa, joustavaa ja se voi kulkea eri suuntiin. Kehitykseen eivät vaikuta vain ikään liittyvät tekijät, vaan myös geneettiset ja kulttuuriset tekijät sekä se historiallinen aika, jossa yksilö elää. Lisäksi kehitys muodostuu niistä odottamattomista einormatiivisista tapahtumista, joita ihminen elämässään kohtaa. Näillä kehitystekijöillä on erilaiset aikaprofiilit siten, että elinikä vaikuttaa kehitykseen voimakkaimmin elämänkaaren alussa ja lopussa, historiallinen aika elämänkaaren puolivälissä. Epänormatiivisten tapahtumien (avioero, työttömyys, onnettomuus) vaikutus kasvaa iän myötä. Monipuolisen kuvan saamiseksi kehitystä olisi tarkasteltava eri tieteenalojen näkökulmista.

Elämänkaaren näkökulmaa on kehittänyt muun muassa psykoanalyytikko Erikson (1968). Hänen tarkastelussaan ovat mukana historiallinen, psykologinen ja sosiologinen tarkastelu. Erityisen mielenkiinnon kohteena on yksilönkehitys suhteessa erilaisiin yhteiskunnan instituutioihin (perhe, koulu, työelämä). Kehitys etenee lapsuudesta vanhuuteen vaiheittain, yhteiskunnan asettaessa ihmiselle yhä uusia vaatimuksia. Näiden onnistunut ratkaisu johtaa pikkulapsena luottamuksen, leikki-iässä itsenäisyyden ja aloit-

teisuuden, kouluiässä ahkeruuden ja identiteetin, nuoruudessa läheisyyden, aikuisiässä luovuuden ja vanhuudessa minän eheyden kokemiseen. Eriksonin (1968) mukaan nuori muodostaa identiteetin suhteessa itseensä, vanhempiinsa, ikätovereihinsa ja yhteiskuntaan. Vahva sisäinen identiteetti mahdollistaa siirtymisen eteenpäin ihmisenä kasvamisessa. Nuoruusiän kehityksen on nähty olevan merkityksellistä yksilön tulevan mielenterveyden ja sosiaalisen toimintakyvyn kannalta (Laufer ja Laufer 1984, Rantanen 1989). Aapolan (1999) mukaan Erikson näkee kehityksen olevan sidoksissa kulloiseenkin kontekstiin, mutta muotoilee silti universaalin, normatiivisen nuoruuden kehitysteorian, jonka yleispätevyyttä hän puolustaa.

Nuoruutta tarkastellaan usein myös siirtymävaiheena lapsuudesta aikuisuuteen, vaikka nuoruus kestääkin nykyään toisen elinvuosikymmenen alusta kolmannelle vuosikymmenelle (Hoikkala 1993). Siirtymäteorioiden ikäsidonnaisuutta on kritisoitu sosiologien keskuudessa, jotka kuvaavat kehitystä mieluummin elämänkulkuna (Mäki-Kulmala 1993). Braungart (1980) pitää nuoruutta kuitenkin tyypillisenä siirtymävaiheena, jolle on tunnusomaista muodollisen kriittisen ajattelun ja tulevaisuusorientaation kehittyminen, moraalisten periaatteiden ja arvojen arvioiminen sekä tietoinen minä-identiteetin etsintä.

Hoikkala (1991) toteaa, että teollisuusyhteiskunnalle ominainen käsitys nuorista homogeenisena joukkona ei vastaa tämän päivän todellisuutta. Sen sijaan on eri-ikäisiä yksilöitä ja heidän muodostamia ryhmittymiä eri instituutioissa (koulu, harrastukset, vapaa-aika, kulttuuriteollisuuden tarjonta, markkinat). Hoikkala (1993) hahmottelee sosiologiselle keskustelulle ominaista näkemystä yksilöllistyneestä nuoruudesta ja aikuistumisesta. Sen mukaan aikuistuminen tapahtuu monella tavalla, jopa monta kertaa.

Nuoruuden siirtymävaiheisiin liittyen Nurmi (1997) puhuu “omaa itseä koskevan käsitejärjestelmän muodostamisesta”. Hän yhdistää mallissaan yksilön kehityksellisen kontekstin ja yksilön omaa elämäänsä suunnittelevana olentona. Yksilöt eivät ainoastaan mukaudu erilaisiin kehityksellisiin tilanteisiin, vaan aktiivisesti valitsevat ympäristönsä ja muokkaavat kehitystään. Lapsen kehitys on monitahoinen prosessi, jossa ympäristö vaikuttaa lapseen, mutta toisaalta myös lapsi itse vaikuttaa siihen, miten muut häneen suhtautuvat. Hän saa vaikutteita perheen, toveripiirin ja vapaa-ajan vieton välityksellä. Lisäksi kehitystä määrittelevät tekijät ovat monentasoisia, lasta läheisemmin tai etäisemmin koskettavia. (Pulkkinen 1996.) Tärkeä osa nuoruuden kehityksestä koostuu erilaisista roolimuutoksista, joita nuori käy läpi. Ihmissuhteidensa ja ikäsidonnaisen kehitysympäristönsä tarjoamissa puitteissa nuoret tekevät erilaisia valintoja ja näin ohjaavat omaa elämäänsä. Nämä valinnat liittyvät esimerkiksi koulutukseen, ammatinvalintaan, elämäntapaan ja ihmissuhteisiin ja ne ohjaavat nuorta tiettyihin rooleihin. Nurmen mukaan juuri näiden roolien ja positioiden omaksumista voidaan pitää kriteerinä aikuistumiselle. Menestys oman elämän ohjaamisessa näyttäisi luovan pohjaa nuoren hyvälle itsetunnolle, myönteiselle kehitykselle ja hyvinvoinnille (Nurmi 1995) sekä onnellisuuden kokemuksille (Kuusinen 1995). Nuoren kas-

vuympäristö on kuitenkin hyvin vaativa; kulttuuri on tullut moniaineksiseksi, sosiaalista todellisuutta jäsentävät tekijät vähemmän sitovaksi ja roolit vähemmän selkeiksi.

Erityisesti niissä tutkimuksissa, joissa nuoruusikää on tarkasteltu psykologisesta näkökulmasta kehitys- ja kypsymistapahtumana, on oman identiteetin etsiminen ja muotoutuminen nähty keskeisenä ikävaiheelle tyypillisenä ilmiönä (Mäki-Kulmala 1993). Nuoret itsekin voivat määritellä tietyn nuoruusvaiheen etsimisenä.

> *"Kyl nuoruudesta voi puhua. Se on etsimistä. Esimerkiks pukeutumisjuttu on etsimistä. Kaikki mitä tekee on etsimistä. Matkustaminen. Se et mä en pysty illalla olee kotona ja mun on pakko lähtee ulos. Se ett mä en tykkää olla lukiossa, se on etsimistä ja kaikki mitä mä teen ja se ett mä seurustelen tyttöjen kanss, sekin on etsimistä. Ja se ett mä kapinoin vanhempia, koulua ja yhteiskuntaa ja mitä vastaan vaan, on etsimistä. Mä haen paikkaa. En muuten pysty sitä kuvaamaan." (Atso 17-vuotta, Hoikkala 1993, 66)*

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan 11 – 15-vuotiaita. Tuohon melko lyhyeen ikävaihteluun näyttää nuoruutta käsittelevän kirjallisuuden perusteella mahtuvan suuri joukko erilaisia muutoksia, kehityshaasteita ja -tehtäviä, kehityksen jatkuvuutta ja katkoksia. Nuoruusikää ja nuoruuteen liittyviä muutoksia leimaa vuorovaikutus itselle tärkeiden ihmisten kanssa. Siinä heijastuvat myös laajemmin lähiyhteisöön ja yhteiskunnallisiin olosuhteisiin kietoutuvat nuoren elämään vaikuttavat tekijät. Tätä taustaa vasten nuorten koettua terveyttä pyritään tarkastelemaan mahdollisimman laajasti, mutta tietoisena kyselytutkimuksen asettamista rajoista. (Luku 11) Tutkimusjoukkoa voisi toisesta päästä kutsua vielä lapsiksi, toisesta nuoriksi. Yksinkertaisuuden vuoksi käytetään työssä pääasiallisesti termiä nuoret.

3.1.1 Ruumiillinen nuoruus

Ruumiillisuutta voidaan tarkastella nuoruuden kehityksessä ainakin kahdesta näkökulmasta. Yhtäältä psykologisen kirjallisuuden kautta, osana nuoruuden kehitykseen liittyviä prosesseja, toisaalta osana oman identiteetin muokkautumista laajemmassa sosiaalisessa kontekstissa.

Nuoren tytön ja pojan psyykkisen kehityksen kannalta nähdään tärkeänä se, että nuoren psyykkinen kokemus itsestä pohjautuu syvästi hänen kokemukseensa omasta ruumiistaan. Ruumis on kuin fasadi, joka nuoresta näkyy ja jota hän näyttää ulkopuoliselle maailmalle. Nuoren sopeutuminen nopeasti muuttuvaan ruumiiseensa ja koko ulkopuoliseen maailmaan kulkevat käsi kädessä. Nuori käy jatkuvaa vertailua itsensä ja muiden välillä uhkanaan pelko jäädä ulkopuolelle. (Aalberg 1991a, 1991b.) Oman ruumiin haltuunotto, "ownership of the body", ei kuitenkaan ole yksinkertaista (Laufer ja Laufer 1984). Kehityksessään nuori on malttamaton odottaen muutosten tapahtuvan nopeasti. Toisaalta ne voivatkin tapahtua kovin nopeasti, kuten Hoikkalan (1993, 150) tutkimuksessa haastateltu Atso kertoo. Hänelle murrosikä "*tuli oudosti, se ei ollu sellanen ku mulle neuvottiin*", kahdessa viikossa ta-

pahtui asioita, joihin olisi voinut odottaa menevän monta vuotta. Ei olekaan ihme, että Asko oli hämmentynyt, sillä kirjojen murrosikäkuvaukset esitetään kiistattomina. Aapola (1997b) on tarkastellut oppikirjatekstejä seuraavasti. Niissä kerrotaan murrosikäiseksi määritellylle lukijalle arvovaltaiseen sävyyn, millainen murrosikäinen nuori on, miten hän käyttäytyy ja mitkä ovat hänen ongelmansa. Nuorelta ei kysytä hänen kokemuksistaan tai mielipiteistään, häntä ei ole pidetty oman elämänsä asiantuntijana. (Aapola 1997b.)

Nuoruusiässä oma ruumis uusine piirteineen voi olla outo ja vieras ennen kuin se tulee määritellyksi, huomioon otetuksi ja hyväksytyksi sosiaalisissa suhteissa. Biologisen ohella korostuu myös sosiaalisesti tuotettu ruumiillisuus (Nettleton 1995). Ruumiilliset muutokset tuovat välttämättä laadullisia muutoksia myös sosiaalisiin suhteisiin. Ulkonäkö on keskeinen elementti myös naiseuden ja mieheyden rakentamisessa (Pirinen 1993, Cohen 1997, O'Kelly 1997). Nykyaika antaa kuitenkin mahdollisuuksia monennäköisiin nuoruusruumiisiin, myös tyttöjen ja poikien keskinäisiin eroihin. Silvennoisen (1995) liikunnanopiskelijoilta keräämästä esseeaineistosta nousi selvästi esille nuorten naisten kokemukset sukupuolirajan ylittämisestä (gender blending) ja niin sanotut poikatyttötarinat (tomboy). Miesten kirjoituksissa ei "vastakkaisen" sukupuolirajan ylittäviä kokemuksia ollut. Esseeaineisto, tosin valikoitunut, kertoi tarinoita osaavasta, tekevästä ja turvallisestakin urheilijanruumiista, tarinoissa ei ole jälkiä suuresta kapinallisuudesta tai korostuneesta tyylittelystä. Yhteiskunnassa vallitsevat käsitykset ulkonäöstä tuskin määräävät yksilön kokemuksia, mutta ne muodostavat sen viitekehyksen, jonka puitteissa nuori käsittelee ruumiillisia muutoksiaan ja rakentaa käsitystään siitä mitä hänelle on tapahtumassa (Currie 1997).

Aittolan ym. (1994) mukaan nuorten identiteetin muotoutumisessa tärkeitä elementtejä ovat koti, yhteiskunnallinen asema, koulutus, ammatti, erilaiset kulttuurituotteet ja kulutus. Identiteettiä pidetään nykyään elämänmittaisen rakentamisen ja purkamisen prosessina, eikä pysyvänä, annettuna ominaisuutena (Taylor 1995, Knuuttila 1998). Nykynuoret työstävät identiteettiään mitä moninaisempien elementtien avulla aikaisempaa refleksiivisemmin. Itseä koskevien tematisointimahdollisuuksien lisääntymisen myötä voi syntyä ajatus kaiken muovailtavuudesta ja mahdollisesta toisin olemisesta. Niinpä esimerkiksi omasta ruumiista ja ulkonäöstä voi tulla hyvinkin moninaisen ehostamisen ja testaamisen kohde, kokonainen oma projektinsa (Shilling 1993, Glassner 1995).

Identiteetin muotoutumisen kannalta Haug (1984) painottaa sitä, että oman ruumiin ulkonäkö ja normaalius ovat tytöille tärkeitä identiteetin viitteitä. Ne ovat tärkeitä myös sosiaalistuttaessa ihmissuhteisiin ja yhteiskuntaan. Ulkonäköerilaisuus saa kulttuurissamme kannettavakseen monia negatiivisia merkityksiä, joilla vuorostaan on omat vaikutuksensa ihmisten välisessä kanssakäymisessä. Ulkonäköruumiin tärkeyttä korostaa sekin, että "erilaisuuden tai normaaliuden" perusteella tehdään usein päätelmiä myös henkilön muista ominaisuuksista. (Pirinen 1993).

Oinas (1998) kirjoittaa, että tyttöjen kauneustyötä (beauty work) on kritisoitu osoituksena mukautumisesta patriarkaalisen yhteiskunnan ihanteisiin. Vaikka Oinaskin pitää tärkeänä tyttöihin ja naisiin kohdistuvien ulkonäkövaatimusten kritisoimista, näkee hän kauneustyön monipuolisemmin. Muistelutyömenetelmällä kerätyssä aineistossaan hän tarkastelee kauneustyötä nuoria tyttöjä sosiaalisina toimijoina vahvistavana (empowering) toimintana. Nuoret tytöt ja naiset ovat tietoisia siitä, että ulkonäkö ilmentää identiteettiä ja toisaalta ulkonäöt on jo etukäteen koodattu; on siis parempi kontrolloida itse sitä paikkaa, jonka sosiaalisessa todellisuudessa ottaa. Ulkonäkö- ja imagopaineet tuntuvat olevan arkipäivää jo hyvin nuorillakin – ainakin tytöillä (Michell 1997). Peruskoulun kuudesluokkalainen, noin 12 – 13-vuotias tyttö sivuaa aihetta kirjoittaessaan omasta mieluisimmasta iästään. *"Toisaalta olisi kiva olla vauva. Ei olisi vastuuta eikä velvollisuuksia. Voisi ruveta itkemään silloin kuin huvittaisi, eikä olisi minkään näköisiä paineita. Tässä iässä on jokaisella jo oma imagonsa, ja täytyy tarkkailla ettei tee mitään sen vastaista."* (Lallukka 1997, 132.)

Ruumiista on tullut yhä useammille ihmisille tärkeä siinä mielessä, että tietoisuus ja huoli ruumiin kunnossapidosta, hoitamisesta ja ulkonäöstä on entistä merkityksellisempää (Featherstone 1991, Shilling 1993). Keskeisintä tässä ajattelussa on useimmiten yksilöllinen terveen ruumiin konstruoiminen. Tähän liittyy yhä enenevässä määrin ruumiin ulkomuoto, joka sinällään on alkanut merkitä terveyttä. Terveyden ja terveyskäyttäytymisen yksilölliset painotukset ovat yhteneviä kulttuurissa vallitsevan yksilöllisyyden korostamisen kanssa. Crawford (1980) näkee tämän medikalisaation "healthisminä", joka heijastuu ihmisten elämään arkipäivän lisääntyvänä lääketieteellistymisenä. Esimerkiksi kuukautisten normaalisuutta, ongelmia ja niihin liittyviä arkipäivän toimia käsitellään kuukautisiin liittyvän hiljaisuuden ja etiketin rajaamissa puitteissa vertaamalla tytön tai naisen kokemuksia lääketieteen tuottamaan ideaalisen normaaliruumiin toimintaan (Oinas 1997).

Käsitteenä medikalisaatio tarkoittaa lääketieteen laajenemista käsittämään yhä useammat ihmisten käyttäytymiseen ja elämäntapahtumiin liittyvät asiat. Osa aiemmin kirkollisten instituutioiden, poliittisten elinten ja oikeuslaitoksen harjoittamaa sosiaalista kontrollia on luisunut lääketieteen harteille (Katz ja Able 1984). Kun käyttäytyminenkin alistuu lääketieteen kontrolliin, alkaa kaikenlainen erilaisuus ja poikkeavuus määrittyä lääketieteellisesti. Lääketiede on vallannut ei-lääketieteellisiä alueita kuten kasvun, lisääntymisen, vanhenemisen, kauneuden, toimintakyvyn, jopa inhimillisen vuorovaikutuksen. (Crawford 1980, Hemminki ym. 1992.) Alasuutarin (1992) mukaan voitaisiin puhua myös sellaisesta länsimaisen kulttuurin kehityslinjasta, jossa erilaisia tapoja ja tottumuksia arvioidaan enenevässä määrin normaalin ja patologisen erottamisen näkökulmasta. Näin ymmärrettynä medikalisaatio ei ole pelkästään lääketieteen perinteestä nouseva ilmiö. Se on osa sisäistämäämme, länsimaista, yksilökeskeistä maailmankuvaa, josta ei haluttaessakaan voida luopua yhtä mutkattomasti kuin jostain ohimenevästä muodista.

3.1.2 Painon kokeminen ja oireilu ruumiillisuuden näkökulmasta

Terveyden ja sairauden sosiaalilääketieteellisessä tutkimuksessa ruumiillisuus on jäänyt vähälle huomiolle ja lähes täysin problematisoimatta, vaikka esimerkiksi lääketieteellisessä tutkimuksessa ja lääketieteen käytännöissä ruumiillisuudella on mielenkiintoinen kaksoisasema. Yhtäältä ruumis on konkreettisemmin läsnä kuin muilla tieteenaloilla, mutta teoreettisesti se on etäännytetty ja poistettu. (Bury 1997, Oinas 1997, Wrede 1997.)

Terveyskasvatustutkimuksessa ruumiillisuus käsitteenä voisi tarjota työvälineitä, joiden avulla koettuun terveyteen, oireiluun tai psyykkiseen hyvinvointiin – esimerkiksi minäkäsitykselle tärkeään oman ulkonäön hyväksymiseen – liittyviä kokemuksia ja käsityksiä ja niiden sosiaalista rakentumista voitaisiin tarkastella. (Herzlich 1973, Honkasalo 1993, Radley 1994.) Useiden tutkimusten mukaan esimerkiksi tyytymättömyys omaan painoon on tavallisempaa tytöille kuin pojille (Wardle ja Marsland 1990, Mustajoki ym. 1991, Tiggemann ym. 1994, Välimaa 1995a). Shilling (1993) viittaa Hallin ja Giebenin (1992) tutkimukseen, jonka mukaan yhä nuoremmat lapset, jopa yhdeksänvuotiaat, ovat huolissaan omasta ulkonäöstään (body shape) ja painostaan.

Mustajoen ym. (1991) mukaan muodin vaatiman tavoitepainon ja todellisen painon välinen kuilu voi aiheuttaa monille tytöille suurta ahdistusta ja epätoivoisia yrityksiä laihduttaa tai pakonomaisesti kontrolloida omaa painoaan. Esimerkiksi norjalaisnuorten terveyshuolina olivat vuonna 1994 huomattavasti yleisemmin huonot ruokailutottumukset ja ylipaino kuin kolmekymmentäviisi vuotta aikaisemmin vuonna 1959 (Bø 1997).

Painon ja oman ruumiin muokkaamisen lisäksi myös nuorten oireilua voidaan tarkastella ruumiillisuuden kautta. Honkasalo (1993) näkee, että ruumiillisuus kokemustapana kiteyttää olennaisesti naisten suhteen ympäristöönsä. Naiset kokevat itsensä miehiä herkemmin ruumiinsa kautta (Blinnikka ja Uusitalo 1988). Tytöt joutuvat jo varhain biologisen kypsymisensä myötä ottamaan vastuuta omasta itsestään, kuuntelemaan kehonsa viestejä ja seuraamaan omaa rytmiään. Nuoruusiän kehitys on tytöillä vahvasti sidoksissa omiin ruumiillisiin kokemuksiin ja tuntemuksiin. Tyttöjen saama tieto, esimerkiksi kuukautisista, ei välttämättä kuitenkaan yhdisty heidän omiin kokemuksiinsa ja tunteisiinsa (Aapola 1997b).

Oman ruumiin kokemukset ovat Honkasalon (1993) mukaan usein kaoottisia, kunnes ne on jäsennetty ja ilmaistu sanoin. Ero tyttöjen ja poikien ilmoittamassa oireilussa voi osaltaan kuvastaa myös oireille olemassa olevaa kieltä tai sen puuttumista. Poikien kulttuuri ei välttämättä edesauta omien tuntemusten ja kokemusten nimeämistä. Tätä tukisi Puurosen (1995) havainto tyttöjen ja poikien keskustelukulttuurien eroista. Hänen tutkimuksessaan tytöt puhuivat tunteistaan, kun taas pojat nauroivat omille tunteilleen.

4 SOSIAALINEN INTEGRAATIO JA SOSIAALINEN TUKI TERVEYDEN NÄKÖKULMASTA

Allardtin (1976) mukaan yhteisyyssuhteiden syntyminen on yhtäältä arvo sinänsä. Toisaalta ne ovat tärkeitä myös arvioitaessa, kuinka hyvinvointi on yhteiskunnassa saavutettu. Sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki ovat keskeisiä tekijöitä syrjäytymisprosesseja koskevissa tutkimuksissa (Lämsä 1999). Fisherin (1982) mukaan yhteiskunnan rakenteiden monimutkaistuminen luo entistä eriytyneempiä sosiaalisia toimintaympäristöjä ja siten myös eriytyneempiä sosiaalisia verkostoja. Vaikka perinteinen yhteisö olisikin hajonnut, muodostuu Fisherin mukaan uusia monimuotoisia yhteisöjä, joita värittävät sellaiset seikat kuten paikallisuus, etnisyys, ikä, ammatti tai elämäntyyli. Noro (1989) puhuu uudesta ”kevyestä yhteisöllisyydestä”.

4.1 Sosiaalinen tuki käsitteenä

Sosiaalisen tuen käsitettä on käytetty viitattaessa monenlaisiin sosiaalisten suhteiden piirteisiin (House ja Kahn 1985). Kolme kirjallisuudessa yleisimmin esiintyvää sosiaalisen tuen määrittelyä tai operationalisointia ovat: 1) sosiaalisten suhteiden olemassaolo tai määrä eli sosiaalinen yhdentyminen (onko parisuhdetta, ystäviä, kuuluko johonkin yhdistykseen jne.), 2) verkoston rakenne (tiheys, vastavuoroisuus, sukupuolirakenne, suhteiden kesto), 3) suhteiden toiminnallinen sisältö (tuen laatu). Myöhemmin House, Umberson ja Landis (1988b) ovat lisänneet näihin sisältötekijöihin myös sosiaaliset

konfliktit ja sosiaalisen säätelyn tai kontrollin. Sosiaalinen säätely voi liittyä joko terveyttä edistävään tai sitä heikentävään toimintaan esimerkiksi sen mukaan, minkälaisiin sosiaalisiin ryhmiin henkilö on sitoutunut.

Sosiaalisissa suhteissa mahdollistuva sosiaalinen tuki voi olla luonteeltaan monenlaista (Belle 1989). House (1981) on jaotellut tuen neljään pääryhmään. Henkiseen tukeen kuuluu arvostaminen, luottaminen, välittäminen ja kuunteleminen. Arviointituki käsittää vahvistamisen, palautteen ja sosiaalisen tasavertaisuuden. Tietotuki sisältää neuvot, ehdotukset, ohjeet ja tiedon antamisen. Apu kattaa esimerkiksi rahallisen avustamisen, omalla työllä auttamisen ja ympäristön olosuhteiden muuttamisen. Sosiaalinen tuki ei ole yksiselitteinen, sosiaalisen suhteen tietynlainen piirre, pikemminkin erilaisissa sosiaalisissa suhteissa voi mahdollistua hyvinkin erilainen sosiaalinen tuki. Kunkin ihmisen henkilökohtaiset tarpeet ja tilanteen sanelemat ehdot tekevät vuorovaikutustilanteista hyvin erilaisia. (Tietjen 1989.)

Cassel (1976) luokitteli sosiaalisen tuen primaari-, sekundaari ja tertiaaritasoon sosiaalisten suhteiden läheisyyden perusteella. Primaaritukea antavat oma perhe ja läheisimmät uskotut, sekundaaritason tukirakenteeseen kuuluvat muut ystävät, sukulaiset, työtoverit ja naapurit, tertiaaritason muodostavat tuttavat ja viranomaiset (virallinen sosiaalinen tuki).

Sarasonin ym. (1990) mukaan tunnetta mahdollisuudesta saada sosiaalista tukea (”the sense of social support”) voidaan pitää persoonallisuuspiirteen kaltaisena, koska koettu mahdollisuus tukeen on tutkimuksissa osoittautunut melko pysyväksi. Sarasonin ym. (1990) mukaan tämä tunne on osa hyväksytyksi tulemisen tunnetta (”the sense of acceptance”), joka liittyy eheään persoonallisuuden rakenteeseen. Hyväksytyksi tulemisen tunne kuvaa ihmisen uskoa siihen, että toiset pitävät ja välittävät hänestä ja hyväksyvät hänet sellaisena kuin hän on. Tunne kehittyy vuorovaikutuskokemuksista toisten ihmisten kanssa, siitä kuinka mielellään toiset ovat antaneet tarvittavaa sosiaalista tukea. Heikkoon hyväksytyksi tulemisen tunteeseen voi liittyä se, ettei tuen saaja osaa odottaa tukea tai tunnistaa sitä, päinvastaisessa tapauksessa henkilö voi tulkita toisen käyttäytymisen tueksi silloinkin, kun sitä ei sellaiseksi ole tarkoitettu. (Sarason ym. 1990.)

Ritterin (1988) mukaan sosiaalisen tuen käsitteellä on rajattu ja täsmällinen merkitys: sillä tarkoitetaan ihmistä tukevia ja suojaavia vuorovaikutussuhteita. Hänen mukaansa sosiaalisen tuen käsitteen avulla voidaan mitata joko vuorovaikutussuhteiden rakenteellisia tai funktionaalisia piirteitä. Käsitteellisestä hajaannuksesta huolimatta tutkijat ovat yksimielisiä siitä, että mahdollisuus sosiaaliseen tukeen on tärkeä koetun terveyden resurssi. (Cohen ja Syme 1985, Israel ja Rounds 1987, Ritter 1988, Kumpusalo 1991, Vahtera 1993, Peltonen 1994.)

4.2 Sosiaalinen tuki terveystutkimuksessa

Sosiaalisen tuen yhteyksistä terveyteen ollaan oltu enenevässä määrin kiinnostuneita 1970-luvulta lähtien. Näkökulmina olivat sosiaalisen tuen suorat vaikutukset terveyteen ja sen puskurivaikutukset monenlaisia riskitekijöitä, erityisesti stressin haitallisia vaikutuksia, vastaan (Cassel 1976, Cobb 1976, Kaplan ja Cassel 1977). Tuen puskurivaikutuksia on tutkittu myös erilaisten elämäntapahtumien yhteydessä (Lin ym. 1986). Sosiaalisen tuen tutkimuksen tärkeä virstanpylväs oli Berkmanin ja Symen (1979) yhdeksän vuoden seurantatutkimuksessa tekemä havainto, jonka mukaan henkilön vähäiset sosiaaliset siteet ennustivat kuolemanriskiä. Tämä vaikutus oli riippumaton muista tutkituista tekijöistä, esimerkiksi lähtötilanteen terveydentilasta, terveyskäyttäytymisestä tai sosioekonomisesta asemasta. Heidän sosiaalisen verkoston indeksinsä (SNI) sisälsi neljänlaisia sosiaalisia suhteita: avioliiton, kontaktit ystäviin ja sukulaisiin sekä kirkkoon tai muihin organisaatioihin kuulumisen.

Useimmissa tutkimuksissa on pitäydytty sosiaalisen tuen määrälliseen mittaamiseen. Berkmanin ja Symen (1979) kehittelemän mittarin rinnalle on kuitenkin tullut monia, joissa kiinnitetään huomiota myös tuen laatuun liittyviin ulottuvuuksiin. Vaikka sosiaalisen tuen terveysvaikutukset ovat suurelta osin peräisin suhteiden sisällöstä ja laadusta, ei suhteiden olemassaolon ja määrän tutkimista saa unohtaa (Berkman ja Syme 1979, House ja Kahn 1985). Erityisesti emotionaalisen sosiaalisen tuen positiivinen merkitys terveydelle on tuotu esiin erilaisissa tutkimuksissa (Blazer 1982, Cohen ja Syme 1985, Hanson ym. 1989, Peltonen 1994, van Aken ym. 1994). Aikuisväestöön kohdistuneissa tutkimuksissa sosiaalinen integraatio on liitetty ”kovaan terveysdataan”, kuolleisuuteen (Berkman ja Syme 1979), kun taas sosiaalinen tuki on yhdistetty terveyden kokemiseen (House ym. 1988a).

Käsitykset saatavilla olevasta tuesta eivät aina välttämättä kuvaa sitä tukea, mitä ihmiset tositilanteessa voivat ympäristöltään saada. Verkosto ei ehkä vastaa avuntarpeeseen riittävästi tai yksilö on voinut yli- tai aliarvioida mahdollisuutensa saada tukea. Ihmisten omat arviot tuen saatavuudesta ovat tutkimuksissa kuitenkin osoittautuneet kohtalaisen tarkoiksi. (Schwarzer ja Leppin 1991.) Schwarzerin ja Leppinin (1989) sosiaalisen tuen ja terveyden yhteyttä tarkastelleiden tutkimusten meta-analyysin perusteella näyttää siltä, että sosiaalinen tuki ja terveys ovat voimakkaammin yhteydessä naisilla kuin miehillä.

Cassel (1976) osoitti empiirisesti erityisesti primaaritason tuen positiivisen merkityksen terveydelle. Vaikka sosiaalisen tuen merkitystä ihmisten terveydelle ja hyvinvoinnille on tutkittu melkoisesti, tiedetään tuen “vaikutusmekanismeista” edelleen suhteellisen vähän. Puutteellista on tieto myös siitä, miten eri väestöryhmät eroavat sosiaalisen tuen suhteen (House ym. 1988b, Vaux 1988).

Berkman (1984) on esittänyt neljä erilaista tapaa, miten sosiaalisen verkoston eri tekijät voivat olla yhteydessä terveyteen. 1) Verkoston tarjoamat voimavarat voivat edesauttaa terveydestä huolehtimista ja lääkärin hoitoon hakeutumista. 2) Verkoston jäsenistä huolehditaan; saadaan apua, taloudellista tukea ja muita voimavaroja, mikä on edullista terveydelle. 3) Verkoston sosiaalinen paine (kontrolli) voi vaikuttaa terveyteen liittyvään käyttäytymiseen. 4) Sosiaalinen eristyneisyys ja jääminen ilman kiintymystä, arvostusta ja läheisyyttä voivat toimia joko stressiä laukaisevina tekijöinä tai lisätä ihmisen haavoittuvuutta muille haittatekijöille. Pearlin ja Aneshensel (1986) ovat selittäneet tuen yhteyksiä terveyteen siten, että sosiaalisen tuen suhteen suotuisassa asemassa olevat arvioivat terveytensä paremmaksi kuin muut. Tämä tulkinta tukisi Parsonsin (1951, 1975) näkemystä, jonka mukaan ihmisten terveys- ja sairauskokemukset ovat yhteydessä heidän arkipäivän rooleihinsa esimerkiksi ystävinä, opiskelijoina tai työntekijöinä.

4.3 Sosiaalinen tuki ja nuorten terveystutkimus

Nuorten terveystutkimuksissa on harvoin tarkasteltu sosiaalisen tuen ja nuorten itsearvioidun terveyden välisiä yhteyksiä. Wickrama ym. (1997) mainitsevat laajassa katsauksessaan alan tutkimuskirjallisuuteen vain kaksi tällaista tutkimusta. Sen sijaan on tehty useita tutkimuksia, joissa on tutkittu tuen yhteyksiä esimerkiksi oireiluun. Mechanic ja Hansell (1987) ja Vilhjalmsson (1994) ovat tarkastelleet vanhemmilta saadun tuen yhteyksiä nuorten oireiluun ja terveysarvioihin. Mechanic ja Hansell tarkastelivat retrospektiivisesti nuorten vanhemmilta saaman tuen yhteyttä tutkimusajankohdan oireiluun (physical health complaints). Vihljalmsson tarkasteli vanhemmilta saatua tukea nykyhetken koetun terveyden ennustajana. Molemmissa tutkimuksissa todettiin, että vanhemmilta saatu tuki oli positiivisesti yhteydessä nuoren hyväksi arvioimaan terveydentilaan ja vähäiseen oireiluun.

Wickrama ym. (1997) tarkastelivat viiden vuoden seurannassa vanhemmilta saadun tuen muutosten yhteyttä nuorten terveyteen, jota mitattiin koettujen oireiden avulla. Oletuksena oli, että nuoruusiässä tapahtuu jatkuvasti muutoksia sekä terveyden kokemuksissa että sosiaalisessa tuessa. Vanhemmilta saatua tukea ja sen muutoksia arvioitiin nuorten omien ilmoitusten ja tutkijoiden osallistuvan havainnoinnin perusteella. Tutkijat vierailivat tutkimukseen osallistuvissa perheissä kahdesti vuodessa, jolloin perhettä videoitiin erilaisissa tutkimusta varten järjestetyissä tilanteissa. Havaitut muutokset vanhempien tukikäytännöissä olivat yhteydessä nuorten arvioihin vanhemmilta saadusta tuesta, mikä puolestaan heijastui oireiluun. Tutkimusmenetelmänä videointi ja tutkimusta varten rakennetut tilanteet herättävät kriittisiä ajatuksia; yhtäältä sosiaalista tukea voi näytellä, toisaalta tilanne itsessään voi kärjistää osallistujien välisiä suhteita. Luultavasti tutkimusmenetelmä on myös valikoinut tutkimukseen osallistuvia enemmän kuin esimerkiksi haastattelu tai kysely.

Vilhjalmssonin (1994) mukaan sosiaalisen tuen vaikutukset nuoruusiässä voivat riippua tuen antajasta. Useissa nuorten sosiaalista tukea tarkastelleissa tutkimuksissa korostetaan ystävien merkitystä. Esimerkiksi Mechanic ja Hansell (1987) totesivat, että sosiaalinen toiminta ystävien kanssa oli yhteydessä vähäisiin masennusoireisiin ja oman terveyden positiiviseen arviointiin. Tutkimuksissa on kuitenkin todettu myös vanhempien tärkeä merkitys tuen antajina (Charlton ja Blair 1989, Hill 1980). Nuoren oma käsitys ja kokemus sosiaalisen tuen saatavuudesta on yhteydessä psykosomaattisten oireiden kokemisen yleisyyteen. Vähäinen oireilu liittyi riittäväksi koettuun sosiaaliseen tukeen. (van Aken ym. 1994, Reinherz ym. 1989, Sandler ja Barrera 1984). Lähinnä psyykkisen hyvinvoinnin, oireilun ja mielenterveyden sekä sosiaalisten suhteiden välisiä yhteyksiä ovat tutkineet Aro (1988a), Rantanen (1989), Kumpulainen (1994), Marttunen (1994) ja Tulisalo (1999).

Viimeksi mainitut tutkijat korostavat sosiaalisten suhteiden merkitystä lasten ja nuorten terveelle kasvulle ja kehitykselle. Lapsuus- ja nuoruusaikana läheisissä sosiaalisissa suhteissa tapahtuneita muutoksia ei pitäisi ohittaa liian kevyesti, vaikka lapsi tai nuori ei itse näyttäisikään reagoivan asiaan hälyttävän voimakkaasti. Nuorten 13 – 19-vuotiaiden itsemurhia tutkinut Marttunen (1994) pitää tärkeänä, että nuorten kanssa keskustellaan erityisesti silloin, jos he kokevat vanhemmilta saadun tuen heikentyneen tai jos he kokevat tulleensa torjutuiksi tai ovat kokeneet eron läheisissä ihmissuhteessaan. Marttunen puhuu kannustavasti ”riittävän hyvistä” vanhemmista, joiden kanssa eläessään nuori voi koetella rajojaan ja oppia vastuullista jäsenyyttä perheessä.

Nuorten sosiaalista integraatiota, onnellisuutta ja koettua terveyttä tutkinut Eder (1990) on kehittänyt “sosio-somaattisen” -teorian Durkheimin sosiologisen anomia-teorian ja kliiniseen tutkimukseen perustuvien stressi ja coping-teorioiden pohjalta. Viitekehyksessään Eder painottaa terveyden sosiaalisia puolia, erityisesti vuorovaikutus itselle tärkeiden ihmisten kanssa on hänen mukaansa yksilön psykososiaalisen terveyden välttämätön edellytys. Rimpelä (1991) on pohtinut, ovatko tytöt ja naiset poikia ja miehiä paremmassa asemassa terveyden suhteen siksi, että heillä on yhteiskunnassa suurempi mahdollisuus tuoda esiin omia terveyshuoliaan ja oireitaan. Oireista puhuminen niitä kuuntelevalle voi jo sinänsä olla helpottavaa tai se voi johtaa asiantuntevan avun hakemiseen.

Aikuisille ja lapsille voi olla hyötyä sosiaalisen tuen erilaisista piirteistä (Dubow ja Ullman 1989). Goodyerin (1990) mukaan ystävyyssuhteissa auttaminen ja asioiden jakaminen voivat olla erityisen tärkeitä piirteitä silloin, kun lapsi tai nuori kokee vaikeita elämäntapahtumia. Nuorten terveydelle ovat merkityksellisiä myös yhteinen vapaa-ajan jakaminen, yhdessä oleminen ja tekeminen (companionship) (Rook 1987). Lapsi- ja nuorisotutkimuksissa on tuotu esiin myös sosiaalisen tuen merkitys identiteetin tukena sosialisaatioprosessissa (van Aken ym. 1994).

WHO-koululaistutkimuksen tulosten perusteella nuoren kokema helppous keskustella ystäviensä, äitinsä ja isänsä kanssa itseään vaivaavista asioista (emotionaalinen sosiaalinen tuki) oli yhteydessä heidän subjektiiviseen terveydentilaansa sekä kokemiinsa psykosomaattisiin oireisiin. Keskustelut helpoiksi kokeneet 15-vuotiaat tytöt kokivat subjektiivisen terveytensä yleisemmin hyväksi, tytöt samoin kuin pojat olivat yleisemmin onnellisia ja oireilivat vähemmän kuin luottamukselliset keskustelut vaikeiksi kokeneet ikätoverinsa. (Välimaa ym. 1993.)

4.4 Nuoren sosiaalisen tuen lähteitä

4.4.1 Perhe

Nuoruusiässä tapahtuvasta ystävien merkityksen lisääntymisestä huolimatta vanhemmat säilyvät nuorille tärkeinä henkilöinä (Damon 1983, Hurrelmann 1989, Holahan ym. 1993, Kirchler ym. 1993, Välimaa 1996). Lasten kasvaessa sosiaaliset suhteet perheissä ovat jatkuvan uudelleen neuvottelun kohteena; se mikä vanhempien mielestä on huolenpitoa voi nuoresta tuntua ikävältä asioihin sekaantumiselta. Suurimmalla osalla nuorista on kuitenkin myönteinen suhde vanhempiinsa (Cochrann ja Bø 1989, Holler ja Hurrelmann 1990, Meeus 1989). Nuoruusiässä esimerkiksi tyttöjen ihmissuhteiden kehitystä voisi Gilliganin (1982) mukaan kuvata suhteiden monipuolistumisen näkökulmasta; kyky välittämiseen ja lojaalisuuteen syvenee. Arkipäivän tasolla nuoret kuitenkin usein koettelevat lähiympäristöään. Vanhempia muistutetaan lapsille ja nuorille asetettavien rajojen tärkeydestä, nuorten tehtävänä on näiden rajojen testaaminen ja omien sisäisten rajojensa löytäminen (Coleman ja Hendry 1990, Aalberg 1991a).

Sosiaalinen ja psyykkinen kehitys tapahtuvat niin lapsuudessa kuin nuoruudessa riittävän hyvän vanhemmuuden varassa. Aalberg (1997) näkee perheen kasvatuksellisen perustoiminnan vaurioituvan yhä yleistyvien avioerojen ja perheiden rikkoutumisen myötä. Esimerkiksi suomalaisissa nuorisopsykiatrian väitöskirjoissa on toistuvana havaintona todettu psyykkisten häiriöiden tai oireiden kasaantuvan rikkoutuneiden perheiden nuorten osalle. Aalberg viittaa tutkimuksiin, joissa rikkoutuneiden perheiden nuorilla esiintyy ehjien perheiden nuoria enemmän psykosomaattisia oireita (Aro 1988b), seksuaalisen identiteetin ja itsetunnon häiriöitä (Mäkinen 1991) ja psyykkistä häiriintyneisyyttä (Laukkanen 1993). Lisäksi Tulisalo (1999) on tarkastellut depression yhteyttä lapsuudessa koettuun vanhempien avioeroon. Mikäli perheiden rikkoutumiseen ei voida vaikuttaa, täytyy Aalbergin (1997) mukaan muulla tavalla varmistaa sekä lasten että nuorten vakaa kasvuympäristö.

Lasten sosiaalisissa verkostoissa on erotettavissa kehityskulkuja, myös tietyt tuen muodot liittyvät tiettyihin ihmisiin. Esimerkiksi huolenpito ja hoiva saadaan yleensä vanhemmilta. (Furman ja Buhrmester 1985.) Myös lapsen ikä ja sukupuoli vaikuttavat verkostojen koostumukseen. Nuoremmilla korostuvat perhe- ja sukulaiset, myöhemmin verkostoista löytyy enemmän ikätovereita ja erilaisia vertaisryhmiä (Cochran ja Riley 1988, Feiring ja Lewis 1988, 1989). Gottliebin ja Sylvestren (1994) haastattelemat 15 – 17-vuotiaat amerikkalaisnuoret totesivat haluavansa ongelmiinsa myös aikuisten näkökulman, useinhan ystävät tukevat nuoren omaa näkemystä asioista. Aikuisten kannanottoja ja mielipiteitä ystäviensä tarjoamien rinnalle kaipasivat myös 15-vuotiaat suomalaisnuoret seurustelua ja seksuaalisuutta selvittäneessä tutkimuksessa (Pötsönen ja Välimaa 1995).

Tyttöjen suhteet äitiin ovat useissa tutkimuksissa todettu läheisemmiksi kuin heidän suhteensa isään, pojat eivät välttämättä erottele samalla tavalla suhteidensa laatua (Furman ja Buhrmester 1985). Blythin ja Foster-Clarkin (1987) tutkimuksessa pojat arvioivat suhteensa isään läheisemmiksi kuin tytöt, molemmat arvioivat kuitenkin yhtäläisesti isänsä itselleen tärkeäksi ihmiseksi. Brannenin ym. (1994) tutkimuksessa englantilaisnuorten perhesuhteissa korostui äidin vuorovaikutuksellinen rooli. Äiti piti keskustelusuhteen ylläpitämistä lapsiinsa erittäin tärkeänä, hän saattoi myös toimia isän ja lasten välisten suhteiden välittäjänä. Tutkimuksessa tuli selvästi esille tyttöjen poikia suurempi taipumus puhua läheisilleen omista asioistaan. Kuitenkin myös tytöt kokivat vanhemmille uskoutumisen jossain määrin ongelmallisena ja keskustelivat mieluummin samaa sukupuolta olevien ystäviensä tai poikakaverinsa kanssa. Samansuuntaisia tuloksia ovat saaneet myös Furman ja Buhrmester (1985) sekä Välimaa (1995b, 1996). Pojat eivät useinkaan kokeneet tarvitsevansa henkilökohtaisia keskusteluja. Jollei asia ollut kovin vakava, pitivät pojat sen omana tietonaan (Brannen ym. 1994).

Useissa tutkimuksissa (Brannen ja Collard 1982, Nestman ja Schmerl 1991) on todettu emotionaalisen sosiaalisen tuen olevan naisten aluetta. Ainakin osittain tämä liittyy naissukupolvelta toiselle jo varhaissosialisaatiossa välittyvään hoiva- ja vastuurationaliteettiin (Lähteenmaa 1992). Emotionaalinen sosiaalinen tuki on sekin sukupuolitettua, usein myös yksisuuntaista. Perhekontekstissa naiset antavat sosiaalista tukea enemmän kuin mitä he saavat (Nestmann ja Schmerl 1991). Vaikka suomalainen hyvinvointivaltio on taannut naisille oikeuden olla hoivaamatta kokoaikaisesti (Julkunen 1995), sukulaisuus-, ystävyys- ja auttamissuhteiden ylläpito on myös Suomessa paljolti naisten vastuulla (Melkas 1992). Naiset ovat miehiä useammin emotionaalisen tuen antajia ja saajia, miehet harvemmin edes ilmaisevat tarvitsevansa tällaista tukea. Sukupuolen merkitystä on pohdittu yleensä tarkasteltaessa sosiaalisten suhteiden läheisyyttä. Tytöillä ja pojilla on ainakin osittain erilaisia selviytymisstrategioita, niinpä he voivat suuntautua sosiaaliseen tukeenkin eri tavalla. Tytöille on tyypillistä sosiaalisen tuen aktiivinen etsintä ja tuen hyödyntäminen ongelmatilanteissa. (Rauste-von Wright 1982.)

4.4.2 Ystävät ja vertaisryhmät

Nuoruusiässä ystävyyssuhteiden merkitys on suuri, sillä niiden avulla nuoret rakentavat omaa identiteettiään ja sosiaalisia taitojaan (Lähteenmaa ja Siurala 1991), luovat yhteisiä merkityksiä ja rakentavat sosiaalista ymmärrystään (Poikkeus 1995). Etenkin läheiset ystävät toimivat tärkeänä emotionaalisena turvaverkkona ja tuen lähteenä. Suhteet ikätovereihin eivät ole merkityksellisiä vain vuorovaikutustaitojen oppimisen kannalta, vaan ne ovat ennen kaikkea olennainen osa lapsuuden ja nuoruuden sosiaalista maailmaa ja arkipäivää. (Corsaro ja Eder 1990, Poikkeus 1995.)

Ystävyyssuhteet on syytä käsitteellisesti erottaa muista vertais- ja toverisuhteista. Toveriryhmässä tapahtuvan vuorovaikutuksen kautta lapselle muodostuu tunne siitä, että hän kuuluu ryhmään ja kokee kumppanuutta. Ystävyyssuhteet puolestaan ovat intensiivisiä ja vastavuoroisia ihmissuhteita, joille on ominaista sitoutuminen ja molemminpuolinen kiintymys. Verrattuna toverisuhteisiin ystävien kesken on runsaammin emotionaalista jakamista, ystävät myös keskustelevat enemmän keskenään. Ystävyyssuhteet ovat erityisen tärkeitä yhteistyötaitojen ja vuorovaikutuksellisen herkkyyden kehittymisessä. Lapsella, joka ei ole toveriryhmässä kovin suosittu, voi siitä huolimatta olla läheisiä ystäviä. (Frønes 1990, Poikkeus 1995.) Ystävät ovat usein samankaltaisia sosio-kulttuurisilta ominaisuuksiltaan ja he suhtautuvat samalla tavoin eri asioihin, kuten kouluun ja nuorisokulttuuriin (Berndt 1982, Hartup 1983, Kiuttu ja Rantanen 1996).

Lapsi oppii ymmärtämään ystävyyttä koskevia odotuksia ja omaa rooliaan ystävänä myös konfliktien avulla (Corsaro ja Eder 1990, Poikkeus 1995). Hartupin ym. (1988) tutkimuksen mukaan ystävysten väliset riidat ovat vähemmän intensiivisiä ja ratkaistaan useammin molemminpuolisin ponnistuksin kuin ei-ystävien väliset kahinat. Vertaisryhmissä toimiminen sekä suhteet kavereihin ja ystäviin voivat vaihdella myös sukupuolen mukaan (Puuronen 1995). Tyttöjen ystäväkulttuureja tutkinut Aapola (1992) toteaa ystävyyssuhteiden olevan tyttöjen elämässä keskeisiä. Hänen mukaansa tyttöjen ystävyyssuhteet ovat hyvin monimuotoisia ja dynaamisia, eivät kahden parhaan ystävän salaisuuskerhoja. Pojatkin haluavat kertoa omista asioistaan ystäville, mutta enemmän he tuntuvat kuitenkin kaipaavan luotettavaa ystävää, jolla olisi samoja harrastuksia (Laine 1990).

Ystävyys- ja vertaissuhteiden sukupuolirakennetta tutkittaessa on havaittu, että sukupuolen mukaan muodostuneet ystäväporukat ovat tavallisia erityisesti peruskoulun alaluokilla (Feiring ja Lewis 1988, Corsaro ja Eder 1990). Thornen (1993) mukaan tutkimuksissa on usein liiankin innokkaasti korostettu tyttöjen ja poikien vertaisryhmien eroja ja vähätelty niiden samankaltaisuuksia. Useinhan sukupuolelle annettavat merkitykset vaihtelevat eri tilanteissa kuten koulussa, perheen parissa tai pihapiirissä. Vuorovaikutustilanteiden sosiaalinen konteksti tulisikin ottaa tutkimuksissa paremmin huomioon.

Aittolan ym. (1995) tutkimuksen mukaan lukiolaiset tytöt olivat tarkkoja siitä, keitä he kutsuivat ystävikseen. Pojat eivät tehneet yhtä tiukkaa eroa kavereidensa ja ystäviensä suhteen, mutta heilläkin oli yleensä muutama ns. parempi kaveri. Parempia kavereita olivat yleensä ne, joiden kanssa puhuttiin myös vakavista ja henkilökohtaisista asioista. Poikien kaveripiirit olivat laajoja, ydinjoukon niissä muodostivat usein ns. paremmat kaverukset, mutta muuten joukkoa ei kuvattu kovin tiiviiksi: ”tyyppejä tulee ja menee”. Siinä missä tytöt keskustelivat ystäviensä kanssa, pojat kaipasivat toimintaa. Kavereiden kanssa pojat harrastivat, pelasivat ja kisailivat leikkimielisesti. Ystävät liittyvät lukiolaistyttöjen elämän kaikkiin osa-alueisiin, muun muassa harrastuksiin, koulunkäyntiin ja naapuruston toimintaan.

Peruskoulun yhdeksäsluokkalaisten ryhmähaastatteluissa tuli esille, että ihmissuhdeongelmissaan, esimerkiksi seurusteluhuolissaan, nuoret turvautuvat ensisijaisesti ystäviinsä. Vanhemmille saati opettajille nuoret eivät helposti uskoudu. Vaikka osa nuorista kertoo juttelevansa kotona vanhempiensa kanssa melko paljon, on heidän mielestään vaikeaa puhua vanhempien kanssa edellä mainituista ongelmista. Nuoret kertoivat, että neuvoja, apua ja tukea voidaan pyytää esimerkiksi luokkakavereilta tai, kuten eräs tyttö asian ilmaisi: *”... ja sitten mulla on semmonen isosisko, joka ymmärtää suunnilleen kaiken. Vaikka pitääkin kauheita moraalisaarnoja, mutta kuitenkin.”* (Pötsönen ja Välimaa 1998, 31.)

4.5 Nuoren yksinäisyys

Nuoruusiän kehitys voi sisältää yksinäisyyden vaiheita ikään kuin kehityksen välietappeina (Weiss 1982, Pylkkänen 1984). Epäedullisissa olosuhteissa nuori voi juuttua yksinäisyyteen vakavammin, eikä se jääkään ohimeneväksi kehitysvaiheeksi. Nuoruuden yksinäisyyteen sisältyy Pylkkäsen mukaan myös toisenlainen puoli; muutosvaiheen uuden odotus, kaipaus ja uuden luominen. Tämä edellyttää kuitenkin riittävän hyvin kehittynyttä persoonallisuuden rakennetta. Pylkkäsen mukaan vaikeus tulla toimeen oman ruumiinsa kanssa on keskeinen nuoruusiän yksinäisyyden osatekijä.

Yksinäisyyttä on määritelty monella tavalla. Youngin (1982) mukaan yksinäisyys on joko todellista tai koettua tyydyttävien sosiaalisten suhteiden puuttumista. Se on subjektiivisesti koettu tila, joka viittaa siihen, etteivät yksilön läheisyyden ja yhteenkuuluvuuden tarpeet ole riittävästi toteutuneet. (Peplau ja Perlman 1982.) Schwarzer ja Leppin (1990) pitävät yksinäisyyttä sosiaalisen integroitumisen ja sosiaalisen tuen indikaattorina.

Vaikka tutkijat ovat yksimielisiä siitä, että ihminen tarvitsee ihmissuhteita, on vaikeaa arvottaa, millaiset sosiaaliset verkostot ovat toimivia ja yksilön selviytymistä tukevia. Jos yksilön elämäntilanteeseen ei liity suurempia ongelmia, hän kaipaa vastavuoroisia ja tasa-arvoisia suhteita eikä niinkään tukea (Rook 1987). Ihmissuhteisiin liittyvät tarpeet ovat kuitenkin yksilöllisiä ja ne muuttuvat elämänkulun ja elämäntilanteiden mukaan. Vähemmän puhutaan siitä, että ihmissuhteilla voi olla myös negatiivisia vaikutuksia ih-

misten elämään. Hurrelmann (1989) arvioi, että avun ja tuen vastaanottamiseen voi kytkeytyä erilaisia jännitteitä ja ristiriitoja. Tiiviit sosiaaliset verkot saattavat liiallisesti kontrolloida, rajoittaa ja säännellä yksilöiden elämää. Negatiivisena seurauksena voi olla myös se, että ihmistä pidetään kykenemättömänä itse ratkaisemaan omia ongelmiaan.

Yksilön sosiaalinen kyvykkyys voi vaikuttaa sosiaalisten suhteiden määrään ja laatuun. Jones (1985) on esittänyt, että ne, joilla on heikot sosiaaliset taidot ja jotka tuntevat itsensä yksinäisiksi, käyttäytyvät toisten mielestä epäystävällisesti, viileästi ja sulkeutuneesti. Tämän seurauksena he jäävät ilman läheisiä sosiaalisia siteitä ja niistä saatavaa sosiaalista tukea. Toisaalta kontaktien puute ja eristäytyneisyys merkitsevät vähäisiä mahdollisuuksia sosiaalisten taitojen kehittymiselle, mikä voi johtaa yhä negatiivisempaan itsearviointiin ja lisääntyvään syrjään vetäytymiseen sosiaalista suhteista. (Perlman 1988, Laine 1990, Samter 1992.)

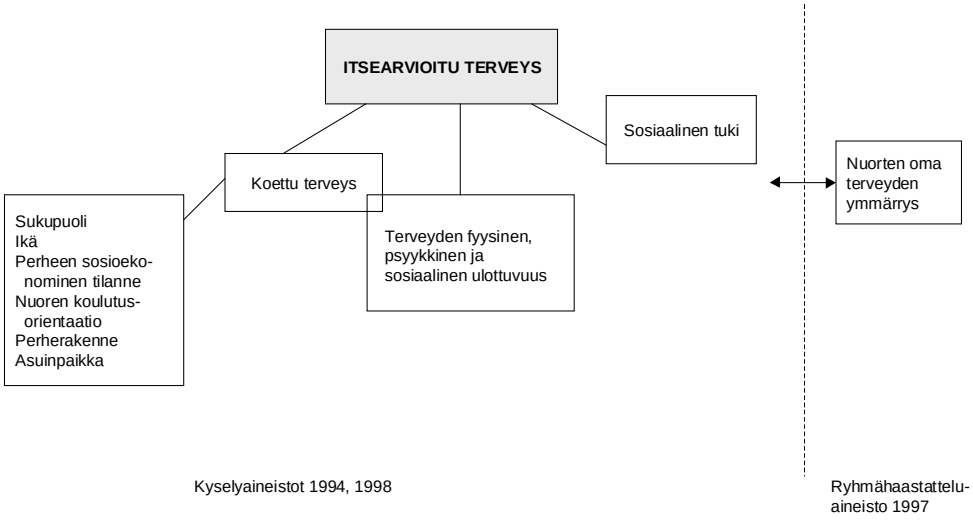
Laineen (1990) mukaan nuorten yksinäisyysongelmia ei tulisi kuitata vain ikään liittyvänä piirteenä, joka häviää ajan myötä. Ilman ystävyys- ja kaverisuhteita nuori jää vaille ikäistensä tukea. Laineen mukaan yksinäiset oppilaat eivät mitä ilmeisemmin pysty omatoimisesti muuttamaan tilannettaan, umpikujan avaamiseen tarvittaisiin ulkopuolista apua. Tätä tukee Evansin ja Ederin (1993) havainto siitä, että kun oppilas tulee torjutuksi jonkin negatiiviseksi luokitellun piirteensä vuoksi, luokkatoverit olettavat helposti, että kyseisellä oppilaalla on muitakin ikäviä ominaisuuksia. Auttamisen tulisi olla kuitenkin riittävän pitkäaikaista, koska myönteisten sosiaalisten taitojen kehittyminen vaatii aikaa (Laine 1990).

Yksinäisyyden kokemisessa on joissakin tutkimuksissa todettu sukupuolen mukaisia eroja. Brennanin (1982) tutkimuksessa tytöt ilmoittivat olleensa yksinäisiä hieman yleisemmin kuin pojat. Laineen (1990) tutkimuksessa suomalaiset pojat ja tytöt olivat yhtä lailla yksinäisiä (n. 10 %) ja tyytymättömiä sosiaalisiin suhteisiinsa. Tyytymättömyys suhteisiin lisääntyi yksinäisyyden kokemusten jatkumisen myötä. Larson ym. (1982) ovat todenneet, että nuorten arviot yksinäisyyden kokemisesta ovat epätarkkoja sekä ajankohdasta ja paikasta riippuvia.

Yksinäisyydellä on havaittu olevan negatiivisia vaikutuksia terveyteen ja hyvinvointiin (Weeks ym. 1980, Peplau ja Perlman 1982, Murphy ja Kupshik 1992). Kuitenkaan sen vaikutusmekanismeista ei olla yksimielisiä, selityksiä on etsitty sosiaalisen tuen suunnalta (House 1981, Schwarzer ym. 1990, Murphy ja Kupshik 1992). Usein yksinäisyys liitetään ahdistuneisuuteen, stressin haitallisiin vaikutuksiin ja masentuneisuuteen (Weeks ym. 1980). Joidenkin tutkijoiden mukaan yksinäisyys edistää masentuneisuutta, siihen on liitetty myös syömisongelmia, päänsärkyä ja pahoinvointia (Peplan ja Perlman 1982). Schwarzer ym. (1990) totesivat, että kahden vuoden seurannassa 17 – 22 -vuotiailla miehillä yksinäisyys oli epäsuorasti yhteydessä erilaisten oireiden kokemiseen, ahdistuneisuuden kokemisen ja terveyskäyttäytymiseen. Vaikutukset välittyivät omaan terveyteen liittyvien vaikutusmahdollisuuksien ja kontrollintunteen kokemisen (health locus of control) kautta.

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tehtävänä on kuvata kuinka nuoret kokevat terveytensä ja analysoida terveyden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista ulottuvuutta kuvaavien indikaattoreiden yhteyksiä itsearvioituun terveyteen. Tutkimuksessa tarkastellaan myös nuorten sosiaalista integraatiota ja tuen saamista sekä sosiaalisen tuen yhteyttä itsearvioituun terveyteen. Lisäksi tarkastellaan sitä, miten nuoret itse ymmärtävät terveyden käsitteen kyselytutkimuksessa. Tutkimuksen empiirinen viitekehys on esitetty kuviossa 4.



KUVIO 4 Tutkimuksen empiirinen viitekehys

Tutkimustehtävät

Ennen tutkimustehtävien yksityiskohtaista esittämistä tarkastellaan lyhyesti tutkimuksessa käytettyä jakoa terveyden fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen. Tutkimuksessa pyrittiin tarkastelemaan nuorten koettua terveyttä mahdollisimman monipuolisesti vastaajien omien kokemusten ja käsitysten pohjalta. Käytetyn jaon avulla pyrittiin tavoittamaan tätä elämänkulun vaihetta eläville nuorille tärkeitä psyykkisiä, sosiaalisia ja fyysisiä tekijöitä ja prosesseja. Tarkasteltavat terveyden ulottuvuudet operationalisoitiin ja nimettiin tätä tavoitetta silmälläpitäen. Jakoa ei pidä ottaa kannanottona terveyden käsitteen laajennukseksi käsittämään esimerkiksi nuoren oman ulkonäön kokemista. Ikävuosina 11 – 15 oman fyysisen olemuksen muuttuminen ja nuoren suhde tähän muuttuvaan itseen on kuitenkin tärkeä nuoruuden kehitykseen liittyvä prosessi, jonka vaikeudet voivat heijastua monella tavalla myös nuoren terveyden kokemuksiin. Ulkonäköön ei suhtauduta normatiivisesti, vaan nuoren oman "neuvotteluprosessin" näkökulmasta, osana hänen oman identiteettinsä kehittymistä. Tässä tutkimuksessa nuoren kokemus omasta ulkonäöstä ja nuoren itsetunto (Rosenberg 1965) ilmentävät terveyden psyykkistä puolta.

Sosiaalisen terveyden aluetta ei niinikään tule ymmärtää normatiivisena kategoriana, vaan tutkimuksessa kartoitetaan tätä nuoruusiässä jännitteistä ja kehittyvää aluetta tarkastelemalla nuoren vastavuoroisia suhteita lähiympäristön tärkeisiin ihmisiin. Tarkastelussa ovat keskeisiä suhteet vanhempiin ja ystäviin. Terveyttä kuvaavat erilaiset osa-alueet ovat usein päällekkäisiä. Niinpä terveyden fyysistä ulottuvuutta tässä tutkimuksessa ilmentävä nuoren kokemus omasta fyysisestä kunnostaan voisi toisenlaisen näkökulman puitteissa liittyä pikemminkin nuoren minäkuvaan, ja kertoa nuoren käsityksestä omasta fyysisestä pätevyydestään.

Koettua oireilua ei ole jaettu erikseen psyykkiseen ja fyysiseen oireiluun, sillä aikaisempien tutkimusten mukaan erilaiset oireet korreloivat voimakkaasti keskenään, joten ne kuvaavat paljolti samoja ilmiökokonaisuuksia (Lahelma 1992).

Ensimmäinen tutkimustehtävä on kuvailla 11-, 13- ja 15-vuotiaiden lasten ja nuorten koettua terveyttä. Vanhimman ikäryhmän nuorilla tarkastellaan lisäksi objektiivisempaa painoon liittyvää mittaria, painoindeksiä. Erityisen kiinnostuksen kohteina ovat sukupuolten ja ikäryhmien väliset erot terveyden kokemisessa. 15-vuotiailla tytöillä tarkastellaan myös maturaatioiän yhteyttä koettuun terveyteen. Lisäksi koettua terveyttä tarkastellaan suhteessa seuraaviin tekijöihin: perheen sosioekonominen asema, nuoren koulutusorientaatio, asuinpaikan kaupungistumisaste ja perherakenne. (Kyselyaineisto 1998.)

Toisena tutkimustehtävänä analysoidaan käytettyjen terveyden indikaattoreiden välisiä yhteyksiä 11 – 15-vuotiailla nuorilla. Tarkastelu tapahtuu kaksivaiheisesti. Ensin tarkastellaan muuttujien välisiä bivariaatteja yh-

teyksiä. Toiseksi analysoidaan, miten terveyden fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista ulottuvuutta kuvaavat tekijät ovat yhteydessä itsearvioitua terveyttä mittaavaan yksittäiseen muuttujaan. (Kyselyaineisto 1998.)

Kolmantena tutkimustehtävänä tarkastellaan 15-vuotiaiden tyttöjen ja poikien sosiaalisen verkoston kokoa ja koostumusta, sosiaalisen tuen muotoja ja tuen lähteitä sekä nuorten tyytyväisyyttä sosiaaliseen tukeen. Sosiaalista tukea kuvaavat emotionaalinen, instrumentaalinen, tiedollinen ja myönteisen palautteen muodossa saatu tuki. Erityishuomio kiinnitetään sosiaalisen tuen ja koetun terveyden välisiin yhteyksiin. (Kyselyaineisto 1994.)

Neljäntenä tutkimustehtävänä on analysoida, miten peruskoulun yhdeksännen luokan oppilaat ymmärsivät terveyden käsitteen kyselytutkimustilanteessa vastatessaan omaa terveyttään koskevaan kysymykseen. Aineisto on kerätty teemoitetuin ryhmähaastatteluin vuonna 1997. Ryhmähaastatteluin kerättyä haastatteluaineistoa analysoidaan kahdesta suunnasta. Sisältökokonaisuuksien lisäksi tarkastellaan kuinka nuoret puhuvat terveyteen liittyvistä asioista, millaisia puhekäytäntöjä tytöillä ja pojilla ryhmätilanteissa on (Saarenheimo 1996).

Kahdenlaisen aineiston, sekä kyselylomakkein että ryhmähaastatteluin kerätyn, käyttö edellyttää sen ymmärtämistä, että “kysymys on kahdesta erilaisesta kielestä ja näkökulmasta”, jotka kummatkin omalla tavallaan kuvaavat niitä ilmiöitä, joita tutkimuksessa yritetään selvittää (Kortteinen ja Tuomikoski 1998, 196). Erilaisten menetelmien ja aineistojen käyttö mahdollistaa rikkaamman kuvan rakentamisen nuorten koetusta terveydestä, tulosten vertailun ja niiden luotettavuuden arvioinnin.

6 TUTKIMUSAINEISTOT JA MENETELMÄT

6.1 Kyselytutkimusten toteutus

6.1.1 Kyselyjen perusjoukot, otokset ja aineiston keruu

Tutkimuksessa käytettiin WHO-Koululaistutkimuksen 1998 pääaineistoa sekä vuoden 1994 lisäaineistoa. WHO-koululaistutkimus on osa laajaa WHO:n koordinoimaa kansainvälistä kouluikäisten lasten ja nuorten elämäntyyliä terveyden näkökulmasta selvittävää tutkimushankketta (Health Behaviour in School-Aged Children – A WHO Cross-National Survey, the HBSC-Study). (Aarø ym. 1986, Aarø ja Wold 1989, Currie 1998.)

Suomessa tutkimuksen perusjoukon muodostivat kumpanakin tutkimusajankohtana suomenkielisten peruskoulujen normaaliopetuksessa olevien 5.-, 7.- ja 9.-luokkien oppilaat. Tutkimuksen otos on koko maata edustava. Osittamisperusteena oli kuntamuoto (kaupunki / maalaiskunta) ja vanhaan läänijakoon perustuva alueellinen jako. Alueellisesti Suomi jaettiin pääkaupunkiseutuun (Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen) sekä karkeasti eteläisen (Uudenmaa, Turun ja Porin, Hämeen ja Kymen läänit), keskisen (Vaasan, Keski-Suomen, Kuopion, Mikkelin ja Pohjois-Karjalan läänit) ja pohjoisen Suomen (Oulun ja Lapin läänit) alueisiin. Alue ja kuntamuotoon perustuvia ositteita muodostui seitsemän.

Oppilaat poimittiin Jyväskylän yliopiston Koulutuksen tutkimuslaitoksen kouluotantaohjelmalla koulurekisteristä käyttäen kyseisen vuoden vastaavan luokkatason oppilasmäärää otantaperusjoukkona (vuonna 1994 käytettiin vuoden 1989 - 90 koulurekisteriä ja 1998 vuoden 1996 rekisteriä). Otanta-

ohjelma poimi opetusryhmät käyttäen ryväsotantaa siten, että koulut poimittiin koulun kokoon suhteutetulla todennäköisyydellä. Koulun sisällä opetusryhmä poimittiin arpomalla. Tutkimuksesta poisjäävien koulujen korvaamiseen varauduttiin otostamalla lisäotos kuntamuodon ja alueellisen jaon perusteella. Poisjäävän koulun tilalle valittiin vastaavalta alueelta vastaavan kuntamuodon mukainen koulu, joka oli lisäotoksessa ensimmäisenä.

Vuonna 1994 WHO-Koululaistutkimuksen yhteydessä kerättiin erillinen lisäaineisto varsinaiseen tutkimukseen vastanneiden yhdeksänsien luokkien rinnakkaisluokkien oppilailta. WHO-Koululaistutkimuksen pääaineiston lomake perustuu yhteistyössä kansainvälisen työryhmän kanssa laadittuihin kysymyksiin. Näiden lisäksi kukin maa voi vielä lisätä haluamiaan kysymyksiä, mutta lomakkeen pituus asettaa niiden kokonaismäärälle omat rajoituksensa. Esitutkimuksen perusteella päädyttiin keräämään lisäaineisto erillisellä kyselylomakkeella, mikä mahdollisti nuorten sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen tuen laajan tarkastelun. Erilliseen lomakkeeseen vastanneet oppilaat eivät täyttäneet varsinaista WHO-Koululaistutkimuksen kyselylomaketta, tosin osa kysymyksistä oli samoja kummassakin lomakkeessa.

Tutkimukset toteutettiin luokkakyselynä yhden oppitunnin aikana anonymiteettiperiaatteella opettajien valvoessa kyselyä. Koululaisten luottamusta tutkimukseen ja mahdollisimman rehellistä vastaamista tuettiin siten, että vastattuaan kukin oppilas sai itse sulkea lomakkeensa kirjekuoreen, jotka kerättiin yhteiseen postituskuoreen. Luultavasti mahdollisuus saada itse sulkea vastauslomake kirjekuoreen vähensi opettajan läsnäolon vaikutusta oppilaiden vastaamistaipumukseen. Tarkemmat tiedot otosten koosta, vastaajien määristä ja lopullisen tutkimusaineiston koosta sekä tutkimukseen osallistuneiden koulujen määristä kumpanakin tutkimusajankohtana löytyvät taulukoista 3–5.

TAULUKKO 3 Kyselyyn vuonna 1998 osallistuneiden koulujen lukumäärä[1)]

Luokkataso	Otos n	Ei vastanneet n	Varakoulut n	Vastanneet n	Yhteensä %
5	88	4	4	88	96
7	65	1	19	83	99
9	66	2	21	85	98
Yhteensä N	219	7	44	256	97

[1)] Varakoulujen suuri määrä selittyy sillä, että opetusryhmien ja luokkien tarkka koko ei ollut tutkijo tiedossa. Otoskoko saavutettiin ottamalla mukaan riittävä määrä varakouluja.

Vastausprosentit puhdistetun aineiston mukaan vuoden 1998 aineistossa olivat seuraavat: 15-vuotiailla tytöillä 88 % ja pojilla 87 %, 13-vuotiailla tytöillä 93 % ja pojilla 90 %, 11-vuotiailla tytöillä 94 % ja pojilla 89 %. Vastausprosentit osoittavat, että kato aineistojen keruun ja puhdistuksen yhteydessä oli pieni. Vastaajien keski-iät 1998 olivat sekä tytöillä että pojilla 11 v 9 kk (± 4 kk), 13 v 9 kk (± 4 kk) ja 15 v 9 kk (± 4 kk).

TAULUKKO 4 Vuoden 1998 otoksen koko, vastaajien määrä ja lopullinen puhdistettu tutkimusaineisto sukupuolen ja luokkatason mukaan

	POJAT			TYTÖT			KAIKKI		
Luokkataso	Otos	Vastanneet	Lopullinen puhdistettu aineisto	Otos	Vastanneet	Lopullinen puhdistettu aineisto	Otos	Vastanneet	Lopullinen puhdistettu aineisto
5. lk	922	861	822	922	885	869	1844	1746	1691
7. lk	893	828	805	879	832	823	1772	1660	1628
9. lk	882	783	770	878	781	775	1760	1567	1545
Yhteensä N	2697	2472	2397	2679	2498	2467	5376	4970	4864

Vuoden 1994 lisäaineiston keruuseen osallistui 61 koulua, 95 % otoksesta. Kyselyyn vastasi 1323 peruskoulun 9. luokan oppilasta, puhdistetun aineiston kooksi muodostui 1302 oppilasta, joista poikia oli 668 ja tyttöjä 634, vastausprosentti puhdistetun aineiston mukaan 91 %. (Tynjälä ja Törmäkangas 1995, Välimaa 1996.) Tyttöjen ja poikien keski-ikä oli 15 v 9 kk (± 4 kk).

TAULUKKO 5 Vuoden 1994 otoksen koko, vastaajien määrä ja lopullinen puhdistettu tutkimusaineisto sukupuolen mukaan

POJAT			TYTÖT			KAIKKI		
Otos	Vastanneet	Lopullinen puhdistettu aineisto	Otos	Vastanneet	Lopullinen puhdistettu aineisto	Otos	Vastanneet	Lopullinen puhdistettu aineisto
737	683	668	694	640	634	1431	1323	1302

Aineisto kerättiin kumpanakin tutkimusajankohtana kevätlukukauden aikana maalis- toukokuussa. (Tynjälä ja Törmäkangas, 1995, Villberg ja Tynjälä 2000.) Kadon muodostivat tutkimusajankohtana koulusta poissa olleet oppilaat. Koulusta poissaolon syitä ei tutkimuksessa jälkikäteen tiedusteltu.

Vuoden 1998 aineiston puhdistaminen suoritettiin Bergenin yliopistossa ja vuoden 1994 lisäaineiston Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksella kansainvälisen tutkimuksen ohjeiden mukaisesti kaksivaiheisesti (Aarø ym. 1994). Ensimmäisessä vaiheessa kyselylomakkeista tarkastettiin ne muuttujat, joissa koodausmerkinnät eivät olleet vaihtelualueen sisällä ja toisaalta systemaattisen epäasiallisesti täytetyt lomakkeet poistettiin. Toisessa vaiheessa poistettiin ne vastaukset, joista ei selvinnyt vastaajan ikä tai sukupuoli tai vastaajan ikä poikkesi vähintään puoli vuotta kyseisen luokka-asteen keskiiästä. Myös ne lomakkeet poistettiin, joissa oli vähintään 25 % puuttuvia havaintoja niin sanotuissa avainmuuttujissa, joita ovat tiedot perherakenteesta, asuinpaikasta, vanhempien ammateista sekä subjektiivinen arvio omasta terveydentilasta ja koetuista oireista. Tässä tutkimuksessa käytetyt kysymykset löytyvät liitteistä 1 ja 2.

6.2 Kyselyjen mittarit

6.2.1 Koettu terveys

Nuorten koettua terveyttä kartoitettiin useiden eri kysymysten avulla. Käytetyt mittarit on esitetty taulukossa 6.

TAULUKKO 6 11– 15-vuotiaiden itsearvioidun terveyden, koetun oireilun ja koetun fyysisen kunnon mittarit, niissä käytetyt kysymykset ja vastausvaihtoehdot[1)]

Muuttuja	Kysymys ja vastausvaihtoehdot
Itsearvioitu terveys	”Kuinka terveeksi koet itsesi?” Erittäin terveeksi, melko terveeksi, en kovin terveeksi.
Koettu oireilu	”Kuinka usein Sinulla on ollut seuraavia oireita viimeisen 6 kuukauden aikana? Merkitse yksi vaihtoehto jokaisen oireen osalta.” Päänsärky, vatsakivut, niska-hartiasärky, selkäkivut, masentuneisuus, ärtyneisyys tai pahantuulisuus, hermostuneisuus, vaikeuksia päästä uneen, huimauksen tunne, väsymyksen tunne, ruokahaluttomuus, jännittyneisyys, alakuloisuus, heräileminen öisin. Vastausvaihtoehdot kaikkien osalta: lähes päivittäin, useammin kuin kerran viikossa, noin kerran viikossa, noin kerran kuukaudessa, harvemmin tai ei koskaan.
Koettu fyysinen kunto	"Mitä mieltä olet fyysisestä kunnostasi?" Erittäin hyvä, hyvä, kohtalainen, huono.

[1)] WHO-Koululaisutkimuksen 1998 kyselylomake

Vanhimmassa ikäryhmässä käytettiin oppilaiden painon tarkastelussa koetun painon lisäksi objektiivisempaa painoindeksiä, jota varten vastaajia pyydettiin ilmoittamaan pituutensa senttimetrin ja painonsa kilogramman tarkkuudella. Painoindeksi laskettiin vanhimman ikäryhmän nuorille jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Amerikkalaisen asiantuntijaryhmän suosituksen mukaan painoindeksi, joka on raja-arvojen 85 – 95 % välillä merkitsee ylipainoa, 95 %:n persentiili ja sen ylittävä luku merkitsee lihavuutta. (Himes ja Dietz 1994, Nuutinen 1995). Suomalaisia 12 – 18-vuotiaita nuoria koskevassa tutkimuksessa alipainoisuuden rajana on pidetty 15 % painoindeksijakauman alapäästä (Rimpelä ja Rimpelä 1983).

Oireilusta muodostettiin kokonaisoireilua kuvannut summamuuttuja, jonka sisäistä konsistenssia kuvaava Cronbachin alfa-kerroin vaihteli vuoden 1998 aineistossa eri ikäryhmissä tytöillä välillä .83 – .88 ja pojilla välillä .84 – .86, vuoden 1994 aineistossa 15-vuotiaiden tyttöjen alfa-kerroin summamuuttujalle oli .85 ja poikien .81. (Liite 3)

Vuoden 1994 lisäaineistossa nuoria pyydettiin arvioimaan omaa terveydentilaansa hieman erilaisella kysymyksellä kuin WHO-Koululaistutkimuksen peruslomakkeessa oli. Kysymys kuului, “Onko terveydentilasi tällä hetkellä mielestäsi erittäin hyvä (1), melko hyvä (2), keskinkertainen (2), melko huono (3), erittäin huono (3).” Jatkoanalyyseja varten itsearvioitu terveys luokiteltiin kolmeen luokkaan suluissa näkyvän luokituksen mukaan. Aikaisemmin on todettu, että vastaukset näihin kahteen hieman erilaiseen terveyskysymykseen ovat hyvin samansuuntaiset (Välimaa ym. 1995a).

Terveyden psyykkinen ulottuvuus

Psyykkistä terveyden ulottuvuutta tarkasteltiin nuoren minäkuvaan olennaisesti liittyvän oman ulkonäön kokemisen sekä itsetuntoindeksin avulla (taulukko 7). Itsetuntoa (self-esteem) tarkasteltiin Rosenbergin (1965) mittarin avulla. Vastaajat täyttivät alkuperäisestä kymmenen osion mittarista muokatun kahdeksan osiota käsittävän version. Lyhennettyä versiota on aikaisemmin käytetty suomalaisilla 11 – 15-vuotiailla nuorilla (Lintunen 1995, Tynjälä ym. 1999a). Itsetuntoindeksin sisäistä konsistenssia kuvaava Cronbachin alfa -kerroin vaihteli vuoden 1998 aineistossa tytöillä välillä .80 – .84 ja pojilla välillä .78 –.85. Vuoden 1994 aineistossa tyttöjen Cronbachin alfa-kerroin oli .85 ja poikien .81. Itsetuntomittarin väittämien vaihtoehdot pisteytettiin siten, että kunkin väittämän positiivisin vaihtoehto sai 4 pistettä ja negatiivinen yhden pisteen (vaihteluväli 8 – 32). Oman ulkonäön kokemista kuvaamaan muodostettiin summamuuttuja, joka koostui neljästä muuttujasta. Summamuuttujan Cronbachin alfa-kerroin vaihteli tytöillä välillä .60 – .65 ja pojilla välillä .53 – .63 (Liite 3).

TAULUKKO 7 11 – 15-vuotiaden terveyden psyykkisen ulottuvuuden mittarit ja niissä käytetyt kysymykset[1)]

Muuttuja	Kysymys ja vastausvaihtoehdot
Itsetunto	"Tunnen olevani ainakin yhtä pystyvä ja taitava ihminen kuin muutkin." "Minusta tuntuu, että minulla on useita hyviä ominaisuuksia." ”Tunnen itseni usein epäonnistuneeksi." "Pystyn suoriutumaan asioista yhtä hyvin kuin useimmat muutkin ihmiset." "Tunnen, että kelpaan." "Olen tyytyväinen itseeni." "Tunnen itseni toisinaan kerta kaikkiaan hyödyttömäksi." "Toisinaan ajattelen, että minusta ei ole mihinkään." Vastausvaihtoehdot kaikissa: Täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä, täysin eri mieltä.
Koettu ulkonäkö	”Pidätkö itseäsi" Liian laihana (0), hieman liian laihana (1), sopivan kokoisena (2), hieman liian lihavana (1), liian lihavana (0), en ajattele tällaisia asioita (2).[2)] ”Noudatatko tiettyä ruokavaliota pudottaaksesi painoasi?” En, koska painoni on ihan OK (2), En, mutta minun pitäisi laihtua (1), Kyllä (0). "Pidätkö itseäsi" Erittäin hyvän näköisenä (2), melko hyvän näköisenä (2), tavallisen näköisenä (2), en kovin hyvän näköisenä (1), en lainkaan hyvän näköisenä (0), en ajattele tällaisia asioita (2). "Haluaisitko muuttaa jotain ulkonäössäsi?" Kyllä (0), en (1).

[1)]WHO-Koululaistutkimuksen 1998 kyselylomake

[2)] Suluissa oleva numero viittaa summamuuttujan muodostamisessa käytettyyn pisteytykseen

Terveyden sosiaalinen ulottuvuus

Terveyden sosiaalista puolta kuvataan tässä tutkimuksessa nuoren ankkuroitumisena lähiympäristönsä sosiaalisiin suhteisiin. Kysymysten avulla on pyritty kartoittamaan lasten ja nuorten kuulumisen tunnetta, yhteisyyttä ja osallisuutta erilaisissa elämänpiireissä. Tarkastelu eroaa sosiaalisen tuen näkökulmasta, jossa tarkastellaan enemmänkin erilaisen tuen saamista ja tyytyväisyyttä saatuun tukeen. Yleensä sosiaalinen tuki luokitellaan ainakin emotionaaliseen, tiedolliseen ja materiaaliseen tukeen (Schwarzer ja Leppin 1991).

Nuorten sosiaalisten suhteiden olemassaoloa ja laatua kuvaamaan muodostettiin kolme summamuuttujaa, suhteet vanhempiin, ystäviin ja opettajiin. Taulukossa 8 esitellään yksittäiset summamuuttujissa käytetyt kysymykset. Suhteita äitiin ja isään tarkastellaan neljästä erillisestä kysymyksestä muodostetun summamuuttujan avulla, jonka Cronbachin alfa-kerroin vaihteli tytöillä välillä .61 – .67 ja pojilla .54 – 63. Ystäväsuhteita tarkasteltiin seitsemästä kysymyksestä muodostetun summamuuttujan avulla. Kysymysten

avulla tarkasteltiin erikseen ystävyyssuhteiden olemassaoloa, niiden muodostamisen helppoutta, vuorovaikutuksen tiiviyttä ja ystävien kanssa käytyjen luottamuksellisten keskustelujen helppoutta sekä ystävyyssuhteiden ulkopuolelle jäämistä. Cronbachin alfa-kerroin summamuuttujalla vaihteli tytöillä välillä .62 – .66 ja pojilla välillä .53 – 64. (Liite 3)

Suhteita ja vuorovaikutusta opettajiin käsiteltiin viidestä erillisestä kysymyksestä muodostetun summamuuttujan avulla. Kysymykset on valittu siten, että ne käsittelevät oppilaan henkilökohtaista suhdetta opettajaan. Mukana on kuitenkin oikeudenmukaista kohtelua arvioiva kysymys, koska oppilaan opettajan taholta kokema oikeudenmukainen kohtelu on toimivan vuorovaikutuksen välttämätön edellytys. Väittämien vaihtoehto ‘en osaa sanoa’ sai positiivisen pisteytyksen, koska vaihtoehto ei kuvannut oppilaan selvästi negatiivista arviota asiasta. Summamuuttujan Cronbachin alfa-kerroin vaihteli tytöillä välillä .65 – .75 ja pojilla välillä .66 – .73. (Liite 3)

TAULUKKO 8 11 – 15-vuotiaiden terveyden sosiaalisen ulottuvuuden mittarit sekä niissä käytetyt kysymykset[1)]

Muuttuja	Kysymys ja vastausvaihtoehdot
Suhteet äitiin / isään	”Kuinka helppoa sinun on puhua äidin / isän kanssa sinua todella vaivaavista asioista?" Hyvin helppoa (2), helppoa (1), vaikeaa (0), hyvin vaikeaa (0), henkilöä ei ole tai en tapaa (0). [2)] "Jos minulla on ongelmia koulussa, vanhempani ovat valmiita auttamaan minua." Aina (3), usein (2), silloin tällöin (1), harvoin (0), ei koskaan (0). "Millaiseksi koet kotisi ilmapiirin?" Erittäin hyväksi (3), hyväksi (2), en hyväksi enkä huonoksi (1), melko huonoksi (0), huonoksi (0).
Suhteet ystäviin	"Kuinka monta läheistä ystävää sinulla on ?" Ei yhtään (0), yksi (1), kaksi (2), kolme tai enemmän (3). "Onko sinun helppoa vai vaikea saada uusia ystäviä?" Erittäin helppoa (2), helppoa (1), vaikeaa (0), erittäin vaikeaa (0). "Kuinka usein vietät aikaa ystäviesi kanssa heti koulun jälkeen?" 4-5päivänä viikossa (2), 2-3 päivänä viikossa (2), yhtenä päivänä viikossa tai harvemmin (1), minulla ei ole tällä hetkellä ystäviä (0). "Kuinka usein tunnet, että toiset ovat jättäneet sinut joissakin tilanteissa ulkopuoliseksi?" Aina (0), usein (0), silloin tällöin (1), harvoin (2), en koskaan (3). "Kuinka usein tämän kevätlukukauden aikana toiset oppilaat eivät ole halunneet olla kanssasi koulussa ja olet joutunut olemaan yksin?" Ei koskaan (2), kerran tai kaksi kertaa (1), 2-3 kertaa kuukaudessa (0), noin kerran viikossa (0), useita kertoja viikossa (0). "Kuinka helppoa sinun on puhua ystävien (tytöt / pojat) kanssa sinua todella vaivaavista asioista?" Hyvin helppoa (2), helppoa (1), vaikeaa (0), hyvin vaikeaa (0), henkilöä ei ole tai en tapaa (0).
Suhteet opettajiin	"Kuinka helppoa sinun on puhua opettajan kanssa sinua todella vaivaavista asioista?" Hyvin helppoa (2), helppoa (1), vaikeaa (0), hyvin vaikeaa (0). "Opettajat rohkaisevat minua ilmaisemaan oman mielipiteeni tunnilla", "Opettajat kohtelevat meitä oppilaita oikeudenmukaisesti.", "Saan ylimääräistä apua kun tarvitsen sitä.", "Opettajat ovat kiinnostuneita siitä, mitä minulle kuuluu." Vastausvaihtoehdot kaikissa: Täysin samaa mieltä (3), samaa mieltä (2), en osaa sanoa (1), eri mieltä (0), täysin eri mieltä (0).

1) WHO-Koululaistutkimuksen 1998 kyselylomake

2) Suluissa oleva numero viittaa summamuuttujan muodostamisessa käytettyyn pisteytykseen

Nuorten yksinäisyyden kokemuksia kartoitti kysymys, “Tunnetko koskaan itsesi yksinäiseksi?” Vastausvaihtoehdot olivat: Kyllä, hyvin usein, kyllä, melko usein, kyllä joskus, en. Tutkimuksen tulososassa on sosiaalisen terveyden summamuuttujia käytetty vain rakenneyhtälömalleissa. Yksittäisten muuttujien jakaumat on esitetty liitteesä 4.

6.2.2 Perheen sosioekonominen asema, asuinpaikka ja perherakenne

Nuorten koettua terveyttä tarkasteltiin iän, sukupuolen ja vanhimman ikäluokan tytöillä biologista kypsymistä kuvaavan maturaatioiän suhteen. Muina taustatekijöinä olivat perheen sosioekonominen tilanne, nuoren oma koulutusorientaatio, asuinpaikan kaupungistumisaste (kaupunki / maaseutu) sekä perherakenne. (Taulukko 9)

TAULUKKO 9 11 – 15-vuotiaiden sosioekonomisen aseman ja perherakenteen mittarit ja niissä käytetyt kysymykset[1)]

Muuttuja	Kysymys ja vastausvaihtoehdot
Vanhempien ammatti	"Mikä on isäsi (äitisi) ammatti? (Kuvaile hänen työnsä niin tarkasti kuin voit. Esimerkiksi automekaanikko, opettaja, maanviljelijä, kirvesmies jne. Jos isäsi (äitisi) on työtön tai eläkkeellä, kirjoita myös se sekä hänen edellinen työnsä.)"
Vanhempien koulutus	"Vastaa kysymykseen sekä isäsi / isäpuolesi että äitisi / äitipuolesi osalta. Mikä on korkein koulutus mikä hän on suorittanut?" Kansakoulu / kansalaiskoulu tai peruskoulu, peruskoulu ja ammatillinen koulutus, lukio tai lukio ja ammatillinen koulutus, yliopisto- tai korkeakoulututkinto.
Arvio perheen taloudellisesta tilanteesta	"Mitä mieltä olet perheesi taloudellisesta tilanteesta?" Perheeni tulee erittäin hyvin toimeen taloudellisesti, perheeni tulee hyvin toimeen taloudellisesti, perheeni varakkuus on keskitasoa, perheeni ei tule kovin hyvin toimeen taloudellisesti, perheeni ei tule ollenkaan hyvin toimeen taloudellisesti.
Nuoren oma koulutusorientaatio	"Mitä luulet tekeväsi, kun olet käynyt peruskoulun loppuun?" Pyrin lukioon, pyrin ammattikouluun tai muuhun ammatilliseen koulutukseen, pyrin oppisopimuskoulutukseen, menen töihin, jään työttömäksi, en osaa sanoa.
Perhemuoto	"Merkitse ketkä seuraavista henkilöistä (äiti, isä , äitipuoli ja isäpuoli) asuvat kotonasi. Jos äitisi ja isäsi eivät asu yhdessä, vastaa sen kodin perusteella, jossa asut enemmän."
Asuinpaikan kaupungistumisaste	"Minkälaisella paikkakunnalla asut nykyisin?" Kaupungissa, keskustassa tai muussa taajamassa, kaupungissa, keskustan ja taajaman ulkopuolella, maaseudulla kirkonkylässä, asutuskeskuksessa tai muussa taajamassa, maaseudulla kirkonkylän, asutuskeskuksen ja muiden taajamien ulkopuolella.

[1)] WHO-Koululaistutkimuksen 1998 kyselylomake

Vanhempien ammatin mukainen sosioekonominen asema luokiteltiin suomalaisen Tilastokeskuksen ammattiluokituksen ja HBSC-tutkimuksen kansainvälisen protokollan mukaisesti ensin kuuteen, (1=korkein, 5=matalin, kuudenteen luokkaan luokiteltiin opiskelijat, eläkeläiset, kotona olevat ja työttömät), sitten edelleen kolmeen luokkaan (Ammattiluokitus 1997, Currie 1998). Tällöin kaksi ylintä luokkaa yhdistettiin, samoin keskiryhmät (3,4) ja kuudes luokka yhdistettiin viidenteen. Nuorten arvio perheensä taloudellisesta tilanteesta luokiteltiin jatkotarkasteluja varten kolmeen luokkaan hyvin toimeentuleviin, keskiryhmään ja taloudellisesti heikosti toimeentuleviin.

Vanhempien koulutus luokiteltiin kahteen luokkaan siten, että ensimmäiseen tulivat peruskoulutus ja sen jälkeiset ammattiopinnot (taulukoissa <12 v), toiseen sisällytettiin lukio ja sen jälkeiset opinnot (taulukoissa >12 v).

Perheen taloudellista tilannetta ja vanhempien ammattia tai koulutusta koskevien tietojen kerääminen kyselytutkimuksessa nuorilta vastaajilta ei ole ongelmatonta. WHO-Koululaistutkimuksessa puuttuvien tietojen perusteella nuorimmat vastaajat eivät tienneet vanhempiensa ammatti- ja koulutustietoja yhtä yleisesti kuin vanhimmat vastaajat. Toisaalta nuorimmat ovat voineet yliarvioida perheensä taloudellista tilannetta. Viidesluokkalaisista 27 % oli sitä mieltä, että heidän perheensä tuli erittäin hyvin toimeen taloudellisesti, yhdeksäsluokkalaisista näin arveli 12 %. (Liite 5)

Vanhimman ikäryhmän nuorilta kysyttiin heidän tulevia koulutussuunnitelmiaan. Tämä kysymys mittasi nuoren yksilöllistä tulevaa yhteiskunnallista asemaa. Koulutusorientaatiota tarkastellut kysymys luokiteltiin jatkotarkasteluja varten kahteen ryhmään, jotka olivat lukio ja ammatillinen koulutus. Jälkimmäinen vaihtoehto sisälsi vaihtoehdot ammattikoulu, muu ammatillinen koulutus ja oppisopimuskoulutus. Näinkin nuoria tutkittaessa sosiaalisen aseman mittaaminen on vaikeaa. Työuraa ei vielä ole ja koulutustakin on vaikea käyttää mittarina, koska vanhimmatkin vastaajat olivat vielä peruskoulutustaan saamassa. Nuorten koulutusvalintojen on todettu ennakoivan tulevaa koulutusta. (Rahkonen 1994.)

Perherakennetta kuvannut muuttuja rakennettiin sen perusteella keiden kanssa nuori kertoi asuvansa. Perherakennetta kuvasivat ydinperhe (äiti ja isä), uusperhe (äiti ja isäpuoli tai isä ja äitipuoli) ja yksinhuoltajaperhe (joko äiti tai isä huoltajana).

6.2.3 Sosiaalinen verkosto ja sosiaalinen tuki

Nuorten sosiaalisia verkostoja tarkasteltiin vuoden 1994 kysymyslomakkeessa minäkeskeisestä näkökulmasta, mikä tarkoittaa sitä, että keskityttiin nuoren suhteisiin muihin ihmisiin. Tarkastelussa ei otettu huomioon vastavuoroisia suhteita eikä verkoston jäsenten välisiä suhteita. Keskeistä on se kuinka henkilö itse näkee omat kontaktimahdollisuutensa. (Cause ym. 1994.)

Nuorten sosiaalisen verkoston kokoa kartoitettiin käyttämällä havainnollista piirroskuviota (Kuvio 13). Nuoret kirjoittivat kolmeen sisäkkäiseen ympyrään itselleen tärkeiden henkilöiden nimikirjaimet. Mittaria on aiem-

min käytetty aikuisväestöön kohdistuneissa tutkimuksissa (House ja Kahn 1985, Vahtera 1993, Peltonen 1994). Konkreettisuutensa ja selkeytensä vuoksi se on sopiva myös nuorten verkostojen koon tutkimiseen. Vastaajia pyydettiin kirjoittamaan sisäkkäisiin ympyröihin valitsemiensa ihmisten nimikirjaimet seuraavasti. Sisimpään ympyrään kaikkein läheisimpien ihmisten nimikirjaimet, niiden joita ilman on vaikea kuvitella tulevansa toimeen (S1). Keskimmäiseen ympyrään tulivat niiden ihmisten nimikirjaimet, jotka ovat hyvin tärkeitä, mutta eivät yhtä läheisiä kuin edellä mainitut (S2). Uloimpaan ympyrään vastaajat luettelivat ne, jotka eivät olleet yhtä läheisiä kuin edelliset, mutta jotka kuuluvat lähipiiriin ja joiden kanssa ollaan säännöllisesti tekemisissä (S3). Nuorten vastauksista summattiin sosiaalisen verkoston kokoa kuvaavat summamuuttujat ydinverkko (S1 + S2) ja verkko (S1 + S2 + S3). (Liite 2, kysymys 17.)

Nuorten sosiaalisen verkoston rakennetta kartoitettiin pyytämällä nuoria valitsemaan edellisestä vastauksesta 10 itselleen tärkeintä henkilöä. Näistä henkilöistä kysyttiin seuraavat asiat: suhde henkilöön (esimerkiksi isä, äiti, sisko), kuinka usein on tämän lukuvuoden aikana ollut yhteydessä (tavannut, puhelimitse, kirjeitse), lisäksi kysyttiin henkilön ikä ja sukupuoli sekä samalla tai eri paikkakunnalla asuminen. Tämä lähin piiri on usein se osa sosiaalista verkkoa, jonka puoleen ihmiset kääntyvät etsiessään sosiaalista tukea (House ja Kahn 1985).

Sosiaalisen tuen muotojen mittaamisessa käytettiin mukaeltua versiota Arizona Social Support Interview Schedule eli ASSIS-mittarista, joka on kehitetty sosiaalisen tuen saatavuuden ja tyytyväisyyden mittaamiseen. ASSIS-mittari sisältää useissa sosiaalista tukea koskevissa tutkimuksissa yleisesti käytetyt tuen ulottuvuudet. (Barrera ja Garrison-Jones 1992, Cotterell 1996, Sandler ja Barrera 1984, Huurre ym. 1996.) Alun perin mittaria on käytetty nuorten strukturoiduissa haastatteluissa (Barrera 1981b). Esitutkimuksessa todettiin kuitenkin, että sitä voidaan tietyin rajoituksin käyttää myös kyselytutkimuksessa. Tällöin on tyydyttävä siihen, että tutkijalla ei ole mahdollisuutta tarkistaa nuorelta itseltään esimerkiksi tuen antajien määrää. Nuorilta kysyttiin keiden puoleen he kääntyvät tarvitessaan emotionaalista tukea (tunnetuki = keskustelua henkilökohtaisista asioista ja tunteista tai ongelmista), instrumentaalista tukea tai apua (apu = rahan, tavaroiden lainaaminen) sekä tiedollista tukea (neuvot). Lisäksi kysyttiin ketkä antavat nuorelle myönteistä palautetta sekä keiden kanssa nuori useimmiten viettää vapaa-aikaansa. Kunkin osa-alueen jälkeen kysyttiin nuoren tyytyväisyyttä tuen saantiin. Nuoria pyydettiin luettelemaan myös ne ihmiset, joiden kanssa he ovat viimeisen kuukauden aikana joutuneet erimielisyyksiin.

Sosiaalista tukea mitanneista yksittäisistä muuttujista muodostettiin mahdollisuuksien mukaan summamuuttujia informaation tiivistämiseksi. Aiemmin mainittujen sosiaalisen verkoston kokoa kuvanneiden summamuuttujien lisäksi muodostettiin summamuuttujat kuvaamaan sosiaalisen tuen eri muotojen antajien määrää. Koska verkoston kokoa mitanneet tekijät eivät jatkoanalyyseissa olleet yhteydessä nuorten koettuun terveyteen, kes-

kitytään seuraavassa tuen laadullisiin ominaisuuksiin. Tulos oli oletettava, koska aiemmissakin tutkimuksissa nimenomaan tuen laatua kuvanneet tekijät ovat olleet yhteydessä koettuun terveyteen (House ym. 1988a).

Tyytyväisyyttä tukeen kuvasi faktori "tyytyväisyys saatuun tukeen", jossa olivat mukana tyytyväisyys tunnetukeen, apuun, neuvojen saamiseen sekä myönteisen palautteen saamiseen. Tyytyväisyyttä kunkin tuen saamiseen kysyttiin seuraavasti: Haluaisiko tukea selvästi nykyistä enemmän, vähän enemmän, en halua tukea nykyistä enempää.

Äidiltä, isältä ja ystäviltä saatua tukea kuvasi se, mainitsiko vastaaja saavansa heiltä tunnetukea, apua, neuvoja tai myönteistä palautetta. Vanhemmilta saadusta tuesta muodostettiin faktori ja ystäviltä saatu erilainen tuki muodosti summamuuttujan. Suhteiden vastavuoroisuutta ja tunnetta mahdollisuudesta saada sosiaalista tukea (Sarason ym. 1990) kuvasi se, tunsiko vastaaja olevansa tärkeä äidille, isälle ja ystävilleen. Vastausvaihtoehdot olivat ei lainkaan tärkeä (0), jonkin verran tärkeä (1), melko tärkeä (2), hyvin tärkeä (3) tai henkilöä ei ole (0). Summamuuttujan Chronbachin alfa kerroin oli tytöillä .60 ja pojilla .72. (Liite 6)

Nuorten sosiaalisia taitoja mitattiin kolmen kysymyksen avulla: "Olen seurallinen.", "Löydän seuraa silloin kun haluan.", "Minun on vaikeaa liittyä muiden seuraan." Vastausvaihtoehdot kaikissa olivat: ei koskaan (0), harvoin (1), joskus (2), usein (3), aina (4). Pisteytys oli käänteinen viimeisen kysymyksen kohdalla. Summamuuttujan Chronbachin alfa kerroin oli tytöillä .71 ja pojilla .68. (Liite 6)

6.3 Tilastolliset menetelmät

Tilastolliset analyysit suoritettiin SPSS/PC Win 6.1 ja 8.0 ohjelmilla. Tilastollisena merkitsevyystasona käytettiin 5 %:n riskitasoa ($p < .05$). Tarkastelut suoritettiin yleensä ikäryhmittäin erikseen tytöille ja pojille, paitsi sosiodemografisten tekijöiden osalta, jolloin tarkastelu suoritettiin vain sukupuolen mukaan.

Tilastolliset merkitsevyydet kaksiulotteisissa ristiintaulukoinneissa on laskettu Pearsonin χ^2 testillä. Vinojen tai muuten normaalijakaumasta poikkeavien jakaumien tapauksessa tilastollinen kahden ryhmän vertailu toteutettiin epäparametrista Mann-Whitneyn U-testiä käyttäen.

Muodostettujen summamuuttujien sisäistä yhtenäisyyttä testattiin Cronbachin alfa-reliabiliteettikertoimella, jonka avulla voidaan tarkastella mittarin tai mittariosioiden sisäistä homogeenisuutta.

Perheen ja nuoren sosioekonomista asemaa ja perherakennetta kuvaavien muuttujien merkitystä itsearvioidun terveyden vaihtelun selittäjinä tarkasteltiin MCA mallien avulla. MCA (multiple classification analysis) mahdollistaa sen, että selittäviksi muuttujiksi voidaan valita myös luokitteluasteikon tasoisia muuttujia. MCA:n avulla voidaan vertailla selitettävän muuttujan keskiarvoja eri selittävien muuttujien luokissa. Koko mallin selitysastetta

kuvaa tunnusluku R^2. Mallin tulostama Eta-kerroin kuvaa miten muuttuja yksin selittää selitettävän muuttujan varianssista. Vakioituihin keskiarvoihin liittyvä Beta-kerroin kuvaa sitä, kuinka hyvä selittäjä kukin muuttujan on tilanteessa, jossa muiden muuttujien vaikutus on vakioitu. Vertaamalla eri selittäjien Beta-tunnuslukuja voidaan sanoa, mikä muuttuja on selityskyvyltään paras. Menetelmän ongelmana ovat selittävien muuttujien väliset yhteydet, jotka malli tulostaa tilastollisine merkitsevyyksineen automaattisesti. Suosituksen mukaan voimakkaasti keskenään korreloivia tekijöitä ei otettu mukaan samaan MCA malliin (Nie ym. 1975).

Valittujen muuttujien yhteyttä itsearvioituun terveyteen tarkasteltiin rakenneyhtälömallien avulla. Rakenneyhtälömallit rakennettiin erikseen tytöille ja pojille ikäryhmittäin. Menetelmän avulla voidaan tarkastella muuttujien suorien yhteyksien lisäksi niiden epäsuoria yhteyksiä itsearvioituun terveyteen sekä muuttujien välisiä yhteyksiä. Näin voidaan muodostaa kokonaisvaltaisempi käsitys itsearvioituun terveyteen yhteydessä olevista tekijöistä sekä näiden tekijöiden keskinäisistä yhteyksistä. Mallien rakentamisen perusajatuksena oli selvittää muuttujien välisiä yhteyksiä, ei rakentaa kausaalisia malleja. Muuttujien korrelaatiomatriisin konstruoinnissa laskettiin muuttujille polykoriset ja polyseriaaliset korrelaatiot (Jöreskog ja Sörbom 1993). Koska useiden muuttujien jakaumat olivat vinoja, laskettiin muuttujille myös asymptoottinen korrelaatiomatriisi jakaumien korjaamiseksi (liitteet 7 ja 8) (Jöreskog ja Sörbom 1993). Korrelaatiomatriisien laskemiseen käytettiin PRELIS 2.30 ohjelmaa. Lisrel mallien konstruoinnissa estimointiin käytettiin WLS-menetelmää (Weighted Least Squares), joka on asymptoottisesti jakaumavapaa estimointimenetelmä ja täten ottaa parhaiten huomioon muuttujien ei-normaaliset jakaumat. Lisrel mallinnus suoritettiin Lisrel 8.30 ohjelmalla. (Jöreskog ja Sörbom 1993.)

6.4 Ryhmähaastattelujen toteutus

Ryhmähaastatteluaineisto kerättiin neljältä koululaisryhmältä yhdessä peruskoulun yläasteen koulussa Jyväskylässä keväällä 1997. Ryhmähaastattelut olivat osa “Jyväskylän koulut terveyttä edistävänä työympäristönä” -projektia (Harju-Kivinen ja Kannas 1995, Parkatti ja Kannas 1995, Välimaa 1997), jossa tarkasteltiin yläasteiden oppilaiden koulunkäyntiin ja terveyteen liittyviä kokemuksia lukuvuoden 1996 – 1997 aikana. Pääosin tämän projektin aineisto kerättiin kyselylomakkein. Kyseisen koulun yhdeksäsluokkalaiset olivat täyttäneet seurantatutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen kahdesti ennen haastatteluja.

Ryhmähaastattelujen tarkoituksena oli selvittää, miten nuoret ymmärsivät kysymyslomakkeessa käytetyn terveyden käsitteen vastatessaan omaa terveydentilaansa koskevaan kysymykseen. Lisäksi ryhmähaastatteluissa oli mahdollista keskustella nuorten kanssa laajemmin terveyteen liittyvistä asioista.

Aikaisempien haastattelukokemusten (ryhmähaastatteluja nuorten ystävyyssuhteista, seurustelusta, seksuaalisuudesta, perhesuunnittelupalveluiden käytöstä, koulun seksuaaliopetuksesta: Pötsönen ja Välimaa 1995, Välimaa ja Pötsönen 1996, Pötsönen ja Välimaa 1998) perusteella tytöt (N=12) ja pojat (N=15) haastateltiin erikseen. Vapaaehtoisista nuorista muodostettiin kaksi poika- ja kaksi tyttöryhmää. Ryhmien muodostamista ja niiden toimintaa helpotti se, että nuoret tunsivat toisensa entuudestaan. Osa oli ollut koko yläasteen samalla luokalla, osa oli koulukavereita jo ala-asteelta lähtien. Ryhmähaastattelujen yhdyshenkilönä toimi oppilaanohjauksesta vastaava opettaja, joka oli seurantaprojektin yhdyshenkilönä kyseisellä koululla. Hän huolehti yhteydenpidosta ryhmähaastatteluihin osallistuvien luokkien opettajiin ja oppilaisiin, ja sopi haastattelujen ajankohdan luokkien opettajien kanssa.

Haastattelut suoritettiin koululla oppituntien aikana yhteyshenkilönä toimineen opettajan työhuoneessa. Kukin haastattelu kesti noin oppitunnin verran (45 minuuttia). Haastatteluihin varattu huone oli pienehkö, joten tuolien sijoittaminen ryhmähaastatteluun soveltuvaan ympyrämuotoon ei suuremmassa, kahdeksan hengen poikaryhmässä oikein onnistunut. Kaikissa ryhmissä pyrittiin kuitenkin siihen, että fyysisten olosuhteiden puolesta vuorovaikutteinen keskustelu sujuisi mahdollisimman hyvin.

Kaikki haastattelut teki sama tutkija (RV). Haastattelujen alussa tutkija esittäytyi ja kertoi nuorille miksi haastattelut tehtiin. Tutkija oli kiinnostunut kuulemaan nuorten omia mielipiteitä ja kokemuksia kyselylomakkeeseen vastaamisesta, ja halusi jutella heidän kanssaan lomakkeeseen liittyvistä teemoista. Asettautumista haastattelutilanteeseen auttaa, kun muistaa, että tutkimuksessa on kysymys yhteistyöstä – haastateltavat ovat kanssatutkijoita, joiden apua tutkimuksessa tarvitaan (Saarenheimo 1996, Pötsönen ja Välimaa 1998). Osallistujille painotettiin heidän osuutensa tärkeyttä. Samoin korostettiin sitä, että tutkija ei odottanut “oikeita” vastauksia, vaan oli kiinnostunut heidän omista ajatuksistaan.

Kunkin ryhmätilanteen jälkeen tutkija teki muistiinpanot ryhmän vuorovaikutuksesta, keskustelun kulusta ja ilmapiiristä. Nämä muistiinpanot olivat tukena haastatteluja analysoitaessa. Haastattelut nauhoitettiin ja ulkopuolinen kirjoittaja purki ne sanatarkoiksi teksteiksi. Lingvistiset ja keskustelunanalyyttiset metodit edellyttävät aivan erityistä koodausmenettelyä jo aineiston litterointivaiheessa, mutta koska tässä tutkimuksessa ei käytetty näitä metodeja, aineisto purettiin tekstiksi (Sulkunen 1990). Aineiston ensimmäisessä koodausvaiheessa tekstiin erotettiin haastattelijan ja haastateltavien puheenvuorot (H=haastattelija, P=poika, T=tyttö). Yksittäiset puhujat on identifioitu vain, jos sama puhuja jatkaa keskustelussa syntyneen hälyn, naurunremahduksen tai muun katkoksen jälkeen.

6.4.1 Ryhmähaastatteluaineiston analysointi

Ryhmähaastattelussa tutkimusaineiston muodostavat käytettyjen puheenvuorojen sisältö, keskustelun kulku ja osallistujien vuorovaikutus ryhmässä. Ryhmähaastattelun menetelmällinen anti liittyy siihen, että aineisto tuote-

taan sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. (Morgan 1988, Krueger 1994.) Aineistoa lähestyttiin kahdesta suunnasta. Sisältökokonaisuuksien lisäksi tarkasteltiin kuinka nuoret puhuivat terveyteen liittyvistä asioista, millaisia puhekäytäntöjä tytöillä ja pojilla ryhmätilanteessa oli. Analyysi eteni limittäin puheen keinojen tunnistamisen kautta vuorovaikutuksen ja puheen sisällön tarkasteluun ja takaisin (Saarenheimo 1996).

Analyysiä tehtäessä pyrittiin ottamaan huomioon ryhmähaastattelun erityispiirteet. Erityisesti tarkasteltiin sitä, missä kontekstissa joku ajatus esitettiin. Ryhmähaastatteluissa kommentteja synnyttävinä ärsykkeinä toimivat haastattelijan lisäksi ryhmän muut jäsenet. Vaikka vuorovaikutusta ei yksityiskohtaisesti tutkittaisikaan, se vaikuttaa aineiston muotoutumiseen, ja on otettava huomioon myös aineistoa analysoitaessa. Analyysi kohdistui kuhunkin ryhmähaastatteluun kokonaisuutena, joten terveyteen liittyvät keskusteluyhteydet tulivat luontevasti esiin. (Mäntyranta ja Ylä-Kotola 1998.) Ryhmähaastattelujen tarkasteluun vaikuttavat myös mahdolliset erot poikien ja tyttöjen keskustelutavoissa (Puuronen 1996). Se, mistä ja miten pojat ja tytöt keskustelevat omissa luonnollisissa ryhmissään heijastuu myös ryhmähaastattelutilanteisiin. Tulososassa analysoitiin keskustelujen yleistä kulkua sekä tyttö- ja poikaryhmien keskustelujen eroja. Tyttöjen ja poikien haastattelut tarkasteltiin erikseen, koska niissä oli yhteneväisyyksien lisäksi myös selviä eroja niin asiasisällöissä kuin vuorovaikutuksessakin.

Analyysin alkuvaiheessa aineistoa käsitellessä kuunneltiin ja luettiin haastattelut ensin useaan kertaan ja täydennettiin tekstiin puuttuvat ja epätäydelliset osat. Tekstien marginaaleihin merkittiin välittömästi lukiessa syntyneet jäsennysideat ja nämä merkinnät käytiin järjestelmällisesti läpi kaikkien neljän haastattelun osalta. Alkuluvun jälkeen paikannettiin aineistosta relevantit lausumat ja keskustelunkatkelmat. Kunkin katkelman kohdalla mietittiin, mikä on sen konteksti. Tekstiä tarkasteltiin suhteessa kyseisen ryhmän tuottamaan aineistoon sekä suhteessa koko aineistoon. Keskustelua ja lausumia tulkittaessa otettiin huomioon myös poikkeavat ilmaisut, esimerkiksi yhden henkilön poikkeava mielipide. (Saarenheimo 1996, Mäntyranta ja Ylä-Kotola 1998.)

Keskusteluista poimittiin kaikki terveyttä ja terveydentilaa käsittelevä puhe. Haastatteluissa näistä aiheista puhuttiin haastattelijan aloitteesta useaan otteeseen. Puheenvuoroissaan keskustelijat myös spontaanisti viittasivat näihin aiheisiin muiden keskusteluteemojen yhteydessä. Analyysissa keskityttiin neljään ydinteemaan, jotka jäsensivät nuorten puhetta terveyteen liittyvistä asioista. 1) Ensimmäisen teeman muodostivat terveydentila ja terveys käsitteiden määrittely, 2) toinen alue käsitti nuorten puheen oireilusta, 3) kolmannessa tarkasteltiin nuorten käsityksiä terveyteen vaikuttavista asioista. 4) Neljäs teema sisälsi nuorten puheen siitä, keskustelevatko he terveyteen liittyvistä asioista ikätovereidensa kanssa. Tämän teeman puitteissa tarkasteltiin myös tyttöjen ja poikien erilaisia keskustelukäytäntöjä.

7 NUORTEN TERVEYDEN KOKEMUKSET

7.1 Tutkimustehtävä

Tutkimustehtävänä oli kuvata 11-, 13- ja 15-vuotiaiden lasten ja nuorten koettua terveyttä. Tutkimusasetelmassa erityisen kiinnostuksen kohteina olivat ikäryhmien ja sukupuolten väliset erot. Terveystutkimuksissa sukupuoli ei ole vain tärkeä taustatekijä, vaan se kuvastaa molemmille sukupuolille ominaista tapaa kokea ja purkaa kokemuksiaan. Sukupuolen ja iän lisäksi 15-vuotiailla tytöillä tarkasteltiin biologisen kypsymisen ajankohdan, maturaatioiän, yhteyttä koettuun terveyteen. Muina taustatekijöinä olivat perheen ja nuoren oma sosioekonominen asema, asuinpaikka ja perherakenne.

Koetun terveyden osoittimina olivat subjektiivinen arvio omasta terveydentilasta (itsearvioitu terveys), koettu oireilu ja koettu fyysinen kunto. 15-vuotiailla tarkasteltiin lisäksi painoindeksiä. Psyykkisen terveyden ulottuvuutena tarkasteltiin oman ulkonäön hyväksymistä - koettua ulkonäköä. Kolmen ikäryhmän mukana olo mahdollisti koetun terveyden tarkastelun nuoruuden tärkeässä kasvu- ja kehitysvaiheessa. Analyysit perustuvat WHO-Koululaistutkimuksen vuoden 1998 aineistoon.

7.2 Kyselytutkimuksen tulokset

7.2.1 Terveyden kokemukset 11 - 15-vuotiailla

Itsearvioitu terveys

Itsearvioitu terveys vaihteli sukupuolen ja tytöillä myös iän mukaan. Sukupuolen mukainen ero terveyden kokemisessa havaittiin kaikilla luokka-asteilla. Sekä tytöistä että pojista vain hyvin harva koki, ettei ole kovin terve. Sukupuolten välinen ero ilmenikin itsensä erittäin terveenä kokemisessa, mikä oli pojille tyypillisempää kuin tytöille. Kaikkien ikäryhmien pojista noin puolet piti itseään erittäin terveenä. Tytöillä terveyden kokemukset olivat erilaisia eri ikäryhmissä. Nuorimman ikäryhmän tytöt pitivät itseään yleisemmin erittäin terveinä kuin vanhempien ikäryhmien tytöt, joista vain kolmannes arvioi olevansa erittäin terve. (Taulukko 10)

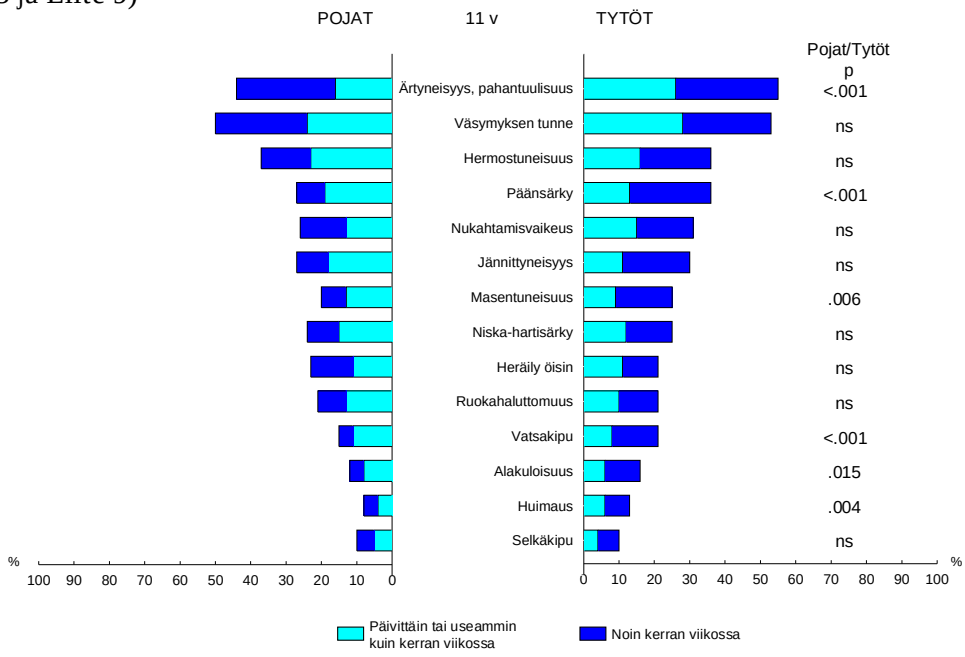
TAULUKKO 10 Itsearvioitu terveys 11 – 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)

	Erittäin terve	Melko terve	Ei kovin terve	N	p	Pojat / Tytöt p
Pojat						
11 v	55	44	1	(819)		.012
13 v	50	49	1	(804)		<.001
15 v	48	50	2	(763)		<.001
					ns	
Tytöt						
11 v	48	50	2	(865)		
13 v	35	63	2	(819)		
15 v	34	62	4	(770)		
					<.001	

Tyttöjen itsearvioitua terveyttä tarkasteltiin maturaatioiän perusteella vain vanhimmassa ikäryhmässä, koska tässä ikäryhmässä lähes kaikilla kuukautiset olivat jo alkaneet. Tytöt jaettiin kolmeen ryhmään kuukautisten alkamisajankohdan mukaan. Ensimmäiseen ryhmään tulivat tytöt, joiden kuukautiset olivat alkaneet yksitoistavuotiaana tai aiemmin, keskiryhmään ne, joiden kuukautiset olivat alkaneet 12 – 13-vuotiaina, kolmanteen ryhmään tulivat tytöt, joiden kuukautiset olivat alkaneet neljätoistavuotiaana tai myöhemmin. WHO-Koululaistutkimuksen kevään 1998 yhdeksäsluokkalaisilta tytöiltä kerätyn aineiston mukaan kuukautisten alkamisiät olivat seuraavat (kumulatiiviset prosenttiosuudet). 15-vuotiaista tytöistä 3 % ilmoitti kuukautistensa alkaneen 10.5 vuoden ikään mennessä, 19 % 11.5 vuoden, 52 % 12.5 vuoden, 80 % 13.5 vuoden, 94 % 13.5 vuoden ja 97 % 15.5 vuoden ikään mennessä. (Pötsönen 2000.) Tässä tutkimuksessa maturaatioikä ei erotellut tyttöjen oman terveyden kokemista.

Oireiden kokeminen

Iän myötä tytöt kokivat useimpia oireita yleisemmin kuin pojat. Noin kerran viikossa koetuissa oireissa tämä sukupuolten välinen ero ilmeni 11-vuotiailla kuuden eri oireen eli päänsäryn, vatsakipujen, alakuloisuuden ja masentuneisuuden, pahatuulisuuden tai ärtyneisyyden sekä huimauksen kokemisessa. Tytöillä oli kaikkia näitä oireita yleisemmin kuin pojilla. Hyvin yleisiä oireita jo viidesluokkalaisilla olivat ärtyneisyys ja väsymyksen tunne. (Kuvio 5 ja Liite 9)

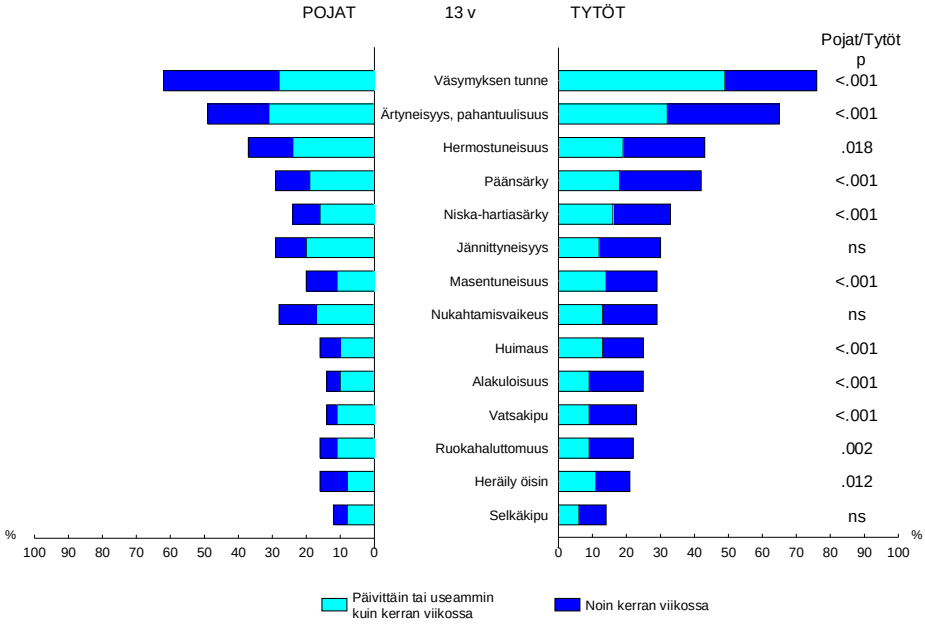


KUVIO 5 Usein toistuva oireilu 11-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)

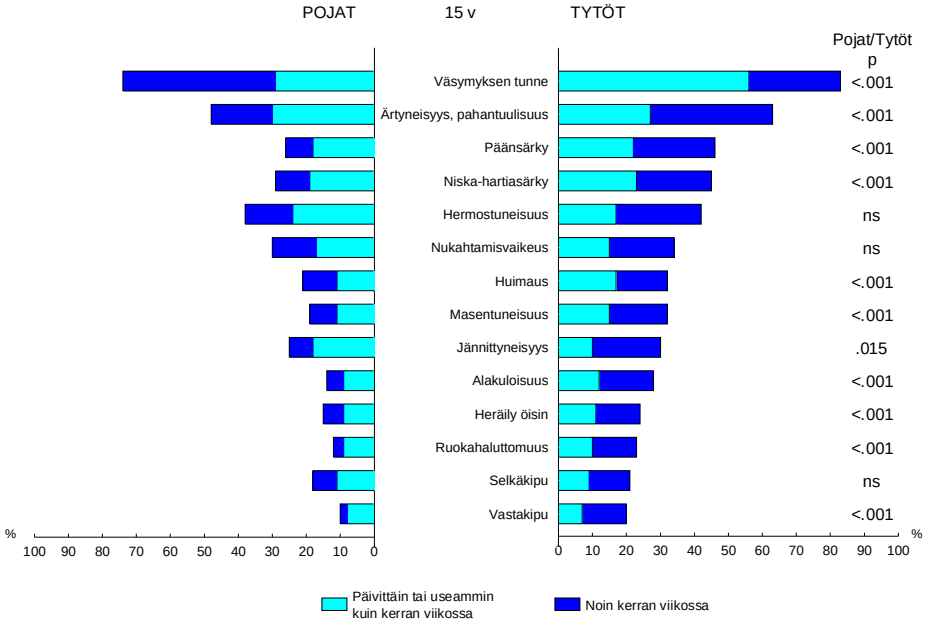
Sukupuolten välinen ero oireilun yleisyydessä ilmeni 13- ja 15-vuotiailla yhdentoista eri oireen osalta. 13-vuotiailla tytöillä oli noin kerran viikossa tai useammin poikia yleisemmin kaikkia muita oireita paitsi jännittyneisyyttä, nukahtamisvaikeuksia ja selkäkipuja. Seuraava tarkastelu koskee noin kerran viikossa tai useammin koettuja oireita. Päänsärkyä oli noin neljälläkymmenellä prosentilla tytöistä ja kolmasosalla pojista, niska-hartiasärkyjä noin kolmasosalla tytöistä ja neljäsosalla pojista Masentuneeksi itsensä tunsi lähes kolmannes tytöistä ja viidesosa pojista, hermostuneeksi noin neljäkymmentä prosenttia sekä tytöistä että pojista. Nukahtamisvaikeuksistakin kärsi lähes kolmasosa 13-vuotiaista nuorista. (Kuvio 6 ja Liite 3)

15-vuotiaat tytöt kokivat toistuvasti poikia yleisemmin kaikkia muita oireita, paitsi hermostuneisuutta, selkäkipuja ja nukahtamisvaikeuksia, joita sekä tytöt että pojat kokivat yhtä yleisesti. Noin kerran viikossa tai useammin poti päänsärkyä tytöistä 45 % ja pojista 26 %. Niska-hartiasärkyä oli näin tiheästi tytöistä 45 %:lla ja pojista kolmasosalla. Mielialaa kuvaavia oireita, masentuneisuutta, alakuloisuutta, pahantuulisuutta tai ärtyisyyttä ja jännit-

tyneisyyttä 15-vuotiaat tytöt kokivat poikia yleisemmin. Tytöistä noin kolmasosa tunsi itsensä masentuneeksi, alakuloiseksi tai jännittyneeksi noin kerran viikossa tai useammin. Pojilla vastaavat prosenttiosuudet olivat 19 %, 14 % ja 25 %. Itsensä tunteminen ärtyisäksi tai pahantuuliseksi oli yleistä sekä tytöille että pojille, tytöistä 63 % ja pojista 48 % koki näin vähintään noin kerran viikossa. Väsyneisyys oli nuorille kovin yleistä. 74 % pojista ja 83 % tytöistä koki olevansa väsynyt vähintään kerran viikossa. (Kuvio 7 ja Liite 3)



KUVIO 6 Usein toistuva oireilu 13-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)



KUVIO 7 Usein toistuva oireilu 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)

Kaikista oireista muodostetun noin kerran viikossa koettua oireilua ilmentävän summaindeksin perusteella oireiden kokemisen yleisyydessä oli poikien ja tyttöjen välillä eroa seitsemännellä ja yhdeksännellä luokalla. Seitsemännen luokan pojista 15 % ja yhdeksännen luokan pojista 11 % oli tämän oireindeksin mukaan oireettomia, tytöillä vastaavat prosenttiosuudet olivat 8 % ja 5 %. (Taulukko 11)

TAULUKKO 11 Noin kerran viikossa koettujen oireiden määrä 11 – 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)

	Noin kerran viikossa koettujen oireiden määrä						
	Ei oireita	1 oire	2-3 oiretta	≥ 4 oiretta	N	p	Pojat / Tytöt p
Pojat							
11 v	20	12	25	43	(623)		ns
13 v	15	16	24	45	(679)		<.001
15 v	11	14	27	48	(658)		<.001
						<.002	
Tytöt							
11 v	16	13	25	46	(748)		
13 v	8	10	23	59	(731)		
15 v	5	8	22	65	(676)		
						<.001	

Tytöillä vähintään neljän eri oireen kokemisen yleistyminen ilmeni hyvin selvästi, kun tarkasteltiin viides- ja seitsemäsluokkalaisten oireilua. Viidesluokkalaisista tytöistä 46 % ja seitsemäsluokkalaisista jo lähes 60 % poti vähintään neljää oiretta viikoittain. Vaikka tytöt oireilivat poikia yleisemmin, yleistyi usean viikoittaisen oireen kokeminen myös pojilla iän myötä. (Taulukko 11)

Noin kerran viikossa koettujen oireiden keskiarvoja on tarkasteltu taulukossa 12. Tyttöjen ja poikien välinen ero koettujen oireiden määrässä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä muissa, paitsi nuorimmassa ikäryhmässä. Tämän ikäryhmän tytöillä ja pojilla oli keskimäärin neljä erilaista oiretta viikoittain. Yhdeksäsluokkalaisilla tytöillä oli keskimäärin 5.3 oiretta, pojilla 3.9 oiretta viikoittain. (Taulukko 12)

TAULUKKO 12 Noin kerran viikossa koettujen oireiden keskiarvo 11 – 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla

		$\overline{X}$	p[a)]	N
11 v	Pojat	3.6		(623)
	Tytöt	4.0	.030	(748)
13 v	Pojat	3.7		(679)
	Tytöt	4.8	<.001	(731)
15 v	Pojat	3.9		(658)
	Tytöt	5.3	<.001	(676)

[a)]Mann-Whitneyn U-testi

Noin kerran viikossa koetun oireilun intensiteettiä tarkasteltiin vanhimmassa tyttöryhmässä myös maturaatioiän mukaan. Se ei kuitenkaan erotellut tyttöjen usein toistuvaa oireilua.

Koettu fyysinen kunto

Kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä suurempi osa pojista kuin tytöistä koki fyysisen kuntonsa olevan erittäin hyvä tai hyvä. Nuorimmassa ikäryhmässä tätä sukupuolten välistä eroa ei ilmennyt. Sekä pojilla että tytöillä oman kunnon hyvänä pitäminen oli yleisintä nuorimmassa ikäryhmässä ja tuli harvinaisemmaksi iän myötä. Viidesluokkalaisista pojista piti kuntoaan vähintään hyvänä 76 %, yhdeksäsluokkalaisista 63 %. Tytöillä vastaavat prosenttiosuudet olivat 76 % ja 52 %. Vain harvat nuoret pitivät kuntoaan huonona. Eniten huonokuntoiseksi itsensä arvioineita oli 15-vuotiaiden tyttöjen joukossa, heistä 6 % piti kuntoaan huonona. (Taulukko 13)

TAULUKKO 13 Koettu fyysinen kunto 11 – 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)

	Erittäin hyvä	Hyvä	Kohtalainen	Huono	N	p	Pojat / Tytöt p
Pojat							
11 v	20	56	22	2	(818)		ns
13 v	16	52	29	3	(800)		<.001
15 v	17	46	33	4	(761)	<.001	<.001
Tytöt							
11 v	16	60	23	1	(863)		
13 v	8	51	38	3	(815)		
15 v	7	45	42	6	(762)	<.001	

Painoindeksi ja oman ulkonäön kokeminen

Painoindeksiä tarkasteltiin vain vanhimmassa ikäryhmässä.Painoindeksin vaihtelu yhdeksäsluokkalaisten tyttöjen ja poikien keskuudessa oli suuri. Joukossa oli joitakin yksittäisiä painon ääriarvoja, nämä alimmat ja ylimmät arvot olivat kuitenkin harvinaisia yksittäistapauksia, joten niitä ei poistettu ennen tunnuslukujen laskemista. Taulukkoon 14 on koottu tyttöjen ja poikien painoindeksin keskeisiä tunnuslukuja.

TAULUKKO 14 Painoindeksin (BMI) keskiarvo, hajonta, vaihteluväli sekä 15, 85 ja 95 %:n raja-arvot sukupuolen mukaan 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla

	BMI		Vaihteluväli	Raja-arvot (%)			
	$\overline{X}$	Sd		15%	85%	95%	N
Pojat	20.8	2.8	15.1 – 41.5	18.4	23.4	26.1	(770)
Tytöt	20.5	2.5	13.2 – 39.4	18.2	22.9	25.1	(775)

Pojilla ja tytöillä alipainoisuuden raja oli lähes sama 18.2 – 18.4, ylipainoisuutta ilmentävä 85 %:n raja-arvo oli pojilla 23.4 ja tytöillä 22.9. Lihavuuden raja-arvo oli pojilla 26.1 ja tytöillä 25.1.

Nuorten oman ulkonäön kokemista ja hyväksymistä tarkasteltiin sukupuolen ja iän mukaan. Pojista lähes kahdeksankymmentä prosenttia vastasi, että he eivät noudata mitään ruokavaliota, "koska paino on OK". Tytöillä vastaava osuus oli 63 %. Tytöistä suurempi osa kuin pojista oli sitä mieltä, että heidän pitäisi laihtua vaikka he eivät kysymysajankohtana noudattaneetkaan ruokavaliota. Vanhimmassa ikäryhmässä tytöissä (12 %) oli myös enemmän aktiivisia laihduttajia kuin samanikäisten poikien (3 %) keskuudessa. (Taulukko 15)

TAULUKKO 15 Oman painon ja ulkonäön kokeminen sekä ruokavalion noudattaminen 11 – 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)

	Pojat			Tytöt		
Oman ulkonäön kokeminen	11 v	13 v	15 v	11 v	13 v	15 v
Ruokavalio painon pudottamiseksi						
Ei	75	76	84	69	59	58
Ei, mutta pitäisi laihtua	18	20	13	25	34	30
Kyllä	7	4	3	6	7	12
p (sukupuolen mukaan)	.004	<.001	<.001			
p (ikäryhmien välillä)	<.001			<.001		
Haluatko muuttaa jotain ulkonäössäsi						
Kyllä	32	43	43	50	76	80
Ei	68	57	57	50	24	20
p (sukupuolen mukaan)	<.001	<.001	<.001			
p (ikäryhmien välillä)	<.001			<.001		
Pidätkö itseäsi						
Aivan liian laihana	3	2	4	3	2	1
Vähän liian laihana	9	11	18	8	10	7
Sopivana	54	49	51	46	40	43
Vähän liian lihavana	18	22	15	28	38	40
Aivan liian lihavana	4	4	2	7	8	7
En ajattele tällaista	12	12	10	8	2	2
p (sukupuolen mukaan)	<.001	<.001	<.001			
p (ikäryhmien välillä)	<.001			<.001		
Pidätkö itseäsi						
Erittäin hyvän näköinen	3	2	3	1	1	1
Melko hyvän näköinen	17	16	19	15	14	22
Tavallisen näköinen	59	65	62	59	57	57
En kovin hyvän näköinen	9	9	9	16	21	14
En lainkaan hyvän näköinen	2	1	1	3	6	5
En ajattele tällaista	10	7	6	6	1	1
p (sukupuolen mukaan)	.003	<.001	<.001			
p (ikäryhmien välillä)	ns			<.001		
N	(807-815)	(792-799)	(764-769)	(797-863)	(815-820)	(765-772)

Lähes kaksi kolmannesta pojista vastasi kieltävästi kysymykseen haluaisitko muuttaa jotain ulkonäössäsi. Tytöistä tähän kysymykseen vastasi

kieltävästi vain noin kolmannes. Oman painon sopivaksi kokeminen oli pojille tyypillisempää kuin tytöille. Tyttöjen arviot omasta painosta kallistuivat ainakin vähäisen lihavuuden kokemisen puolelle. Nuorimman ikäryhmän tytöistä 35 % piti itseään vähän tai aivan liian lihavana, 13- ja 15-vuotiailla tämä osuus oli noin 46 %. Mitä vanhempi tyttö oli sitä yleisemmin hän piti itseään lihavana. Pojilla oman painon kokemisen ja iän suhde oli päinvastainen. Kahdessa nuorimmassa ikäryhmässä noin neljännes pojista piti itseään vähän tai aivan liian lihavana, vanhimmassa ikäryhmässä näin ajatteli 17 % pojista. Oman ulkonäön arvioiminen hyvännäköisyyden kriteerein sai suurimman osan nuorista vastaamaan, että piti itseään tavallisen näköisenä. Tytöille oli poikia tyypillisempää pitää itseään ei kovin tai ei lainkaan hyvän näköisenä. (Taulukko 15)

7.2.2 Perheen sosioekonomisen aseman, asuinpaikan ja perherakenteen yhteys koetun terveyden indikaattoreihin

Koettua terveyttä kuvaavista indikaattoreista on seuraavaan tarkasteluun valittu tutkimusasetelman kannalta keskeiset muuttujat, itsearvioitu terveys, viikoittainen oireilu ja koettu fyysinen kunto. Lisäksi kuvattiin nuorten laihduttamista ja oman painon kokemista. Vanhimmassa ikäryhmässä mukaan otettiin myös painoindeksi. Tarkasteluja varten muuttujia on uudelleenluokiteltu harvempiin luokkiin.

Tytöillä hyvään itsearvioituun terveyteen olivat yhteydessä isän ja äidin korkea sosioekonominen asema, äidin korkea koulutusaste, hyväksi koettu perheen taloudellinen tilanne ja koulutusvalintana lukio. Perherakenne oli yhteydessä tyttöjen itsearvioituun terveyteen siten, että ydinperheessä asuvat tytöt kokivat itsensä erittäin terveeksi yleisemmin (41 %) kuin yksinhuoltajaperheissä asuvat tytöt (35 %), uusperheiden tytöt kokivat edellisiä harvimmin olevansa erittäin terveitä (25 %). Vähäiseen viikoittaiseen oireiluun olivat tytöillä yhteydessä hyväksi koettu perheen taloudellinen tilanne, äidin korkea koulutusaste, lukion valitseminen koulutussuunnaksi sekä perherakenne. Uusperheiden tytöt kokivat useita viikoittaisia oireita yleisemmin kuin ydinperheiden ja yksinhuoltajaperheiden tytöt. (Taulukko 16)

Hyväksi koettuun fyysiseen kuntoon olivat tytöillä yhteydessä äidin korkea sosioekonominen asema, hyväksi koettu perheen taloudellinen tilanne, isän korkea koulutusaste sekä lukio koulutusvalintana. Laihduttaminen oli harvinaisempaa tytöillä, joiden isän sosioekonominen asema oli korkea, kokivat perheensä taloudellisen tilanteen hyväksi, isän ja äidin koulutusaste oli korkea, valitsivat lukion koulutussuunnaksi ja jotka asuivat ydin- tai yksinhuoltajaperheessä. Nämä tytöt kokivat muita tyttöjä yleisemmin painonsa sopivaksi. Itsensä ainakin hieman liian lihavaksi kokivat muita tyttöjä yleisemmin ne, joiden äidin sosioekonominen asema oli matala, perheen taloudellinen tilanne koettiin huonoksi, isän koulutusaste oli matala ja oma koulutusvalinta oli ammatillinen koulutus. (Taulukko 16)

Pojilla hyvään itsearvioituun terveyteen olivat yhteydessä kaikki muut taustatekijät paitsi äidin sosioekonominen asema ja asuinpaikka. Hyväksi koettu perheen taloudellinen tilanne, koulutusvalintana lukio sekä perherakenne olivat pojilla voimakkaimmin yhteydessä itsensä erittäin terveenä kokemiseen. Ydinperheessä asuvat pojat kokivat terveytensä erittäin hyväksi yleisemmin (54 %) kuin uusperheiden (47 %) tai yksihuoltajaperheiden (41 %) pojat. Vähäiseen viikoittaiseen oireiluun olivat pojilla yhteydessä hyväksi koettu perheen taloudellinen tilanne, lukion valitseminen tulevaksi koulutussuunnaksi sekä perherakenne. Ydinperheessä elävät pojat olivat yleisemmin oireettomia kuin muut pojat. (Taulukko 17)

Hyvään fyysiseen kuntoon olivat pojilla yhteydessä hyväksi koettu perheen taloudellinen tilanne, isän korkea koulutusasema sekä lukion valitseminen omaksi koulutussuunnaksi. Laihduttaminen kuului harvimmin niiden poikien elämäntilanteeseen, joiden isän ja äidin sosioekonominen asema sekä koulutusaste oli korkea, oma koulutusvalinta oli lukio, asuivat uusperheessä ja olivat kaupunkilaisia. Asuinpaikka ei ollut yhteydessä muihin koetun terveyden ulottuvuuksiin kuin poikien laihduttamiseen. Oman painon kokemiseen olivat lisäksi yhteydessä isän sosioekonominen asema, arvio perheen taloudellisesta tilanteesta, isän ja äidin koulutusaste, oma koulutusorientaatio sekä perherakenne. Pojat kokivat painonsa sopivaksi yleisimmin, jos pitivät perheensä taloudellista tilannetta hyvänä, suunnittelivat lukioon menemistä ja asuivat ydinperheessä. (Taulukko 17)

Tytöillä painoindeksiin olivat yhteydessä isän ja äidin sosioekonominen asema sekä äidin koulutus. Kun isän tai äidin sosioekonomisen asema oli hyvä, kuului tytöistä noin kymmenen prosenttia ylipainoisten ryhmään. Muissa sosioekonomisen aseman luokissa osuus vaihteli 16 – 20 %:n välillä. Mitä korkeampi koulutus äidillä oli, sitä harvempi tyttö oli ylipainoinen. Myös pojilla äidin koulutus oli samansuuntaisesti yhteydessä painoindeksiin kuin tytöillä. Pojilla painoindeksiin oli yhteydessä myös asuinpaikka. Maaseudun pojista suurempi osa kuin kaupunkilaispojista oli ylipainoisia. Painoindeksin ylipainon rajana pidetyn 85 %:n raja-arvon ylitti kaupungeissa asuvista pojista 18 % ja maaseudulla asuvista 28 %. (Taulukko 18)

Taulukko 16 Sosioekonomista asemaa kuvaavien muuttujien sekä asuinpaikan ja perherakenteen yhteys koetun terveyden indikaattoreihin tytöillä (%)

TYTÖT	Itsearvioitu terveys		Viikoittainen oireilu				Fyysinen kunto		Ruokavalion noudattaminen		Painon kokeminen			N
	Erittäin terve	Melko / ei kovin terve	Ei oireita	1 oire	2 – 3 oiretta	≥ 4 oiretta	Erittäin hyvä tai hyvä	Koht. tai huono	Ei, paino OK	Pitäisi / Kyllä noudattaa	Hieman tai liian laiha	Sopiva	Hieman tai liian lihava	
Isän sosioekonominen asema														
Korkea	44	56	12	10	23	55	64	36	67	33	13	46	41	(537-620)
Keskitasoa	39	61	9	10	23	58	63	37	62	38	10	45	45	(1179-1328)
Matala	35	65	11	9	25	55	61	39	58	42	11	43	46	(277-313)
p	.027		ns				ns		.023		ns			
Äidin sosioekonominen asema														
Korkea	44	56	11	12	25	52	68	32	66	34	13	43	44	(522-614)
Keskitasoa	41	59	10	9	34	57	64	36	62	38	11	42	47	(1008-1128)
Matala	33	67	9	9	22	60	58	42	60	40	9	51	40	(510-577)
p	<.001		ns				.004		ns		.013			
Perheen taloudellinen tilanne (nuoren arvio)														
Tulee hyvin toimeen taloudellisesti	49	51	14	11	25	50	71	29	65	35	12	49	39	(1052-1215)
Varakkuus keskitasoa	31	69	7	10	22	61	55	44	60	40	10	42	48	(893-995)
Ei tule hyvin toimeen taloudellisesti	27	77	2	7	15	76	53	47	53	47	6	34	60	(147-167)
p	<.001		<.001				<.001		.002		<.001			
Isän koulutus														
< 12 v	38	62	9	10	23	58	61	39	59	41	10	43	47	(495-571)
> 12 v (vähintään lukio)	43	57	10	11	23	56	68	32	67	33	13	46	41	(1405-1583)
p	ns		ns				.008		.003		.019			
Äidin koulutus														
< 12 v	37	63	10	9	21	60	62	38	59	41	10	43	47	(644-744)
> 12 v (vähintään lukio)	42	57	9	11	27	53	65	35	66	34	11	47	42	(1305-1458)
p	.021		.012				ns		.004		ns			
Koulutusorientaatio														
Lukio	43	57	10	11	25	54	64	36	64	36	11	45	44	(1387-1579)
Ammatillinen koulutus	31	69	7	8	20	65	56	44	57	43	10	43	47	(417-465)
p	<.001		.001				.003		.020		ns			
Asuinpaikka														
Kaupunki	40	50	11	9	25	55	64	36	63	37	11	45	44	(1286-1472)
Maaseutu	39	61	9	11	23	57	61	39	61	39	11	44	45	(822-926)
p	ns		ns				ns		ns		ns			(1586-1781)
Perherakenne														
Ydinperhe	41	59	11	10	24	54	63	37	63	37	11	46	43	(259-293)
Yksinhuoltajaperhe	35	65	11	10	18	61	64	36	61	39	10	45	45	
Uusperhe	27	73	4	6	20	70	53	47	51	49	10	37	53	(113-130)
p	.002		.010				ns		.021		ns			

Taulukko 17 Sosioekonomista asemaa kuvaavien muuttujien sekä asuinpaikan ja perherakenteen yhteys koetun terveyden indikaattoreihin pojilla (%)

	Itsearvioitu terveys		Viikoittainen oireilu				Fyysinen kunto		Ruokavalion noudattaminen		Painon kokeminen			
POJAT	Erittäin terve	Melko / ei kovin terve	Ei oireita	1 oire	2 – 3 oiretta	≥ 4 oiretta	Erittäin hyvä tai hyvä	Koht. tai huono	Ei, paino OK	Pitäisi / Kyllä noudattaa	Hieman tai liian laiha	Sopiva	Hieman tai liian lihava	N
Isän sosioekonominen asema														
Korkea	54	46	14	14	28	44	70	30	82	18	22	56	22	(550-653)
Keskitasoa	52	48	15	15	24	46	71	29	77	23	16	59	25	(1023-1257)
Matala	44	56	13	13	25	49	67	33	76	24	16	59	25	(216-261)
p	.028		ns				ns		.033		.029			
Äidin sosioekonominen asema														
Korkea	53	47	16	15	25	44	71	29	82	18	19	59	22	(538-654)
Keskitasoa	50	50	13	15	25	47	69	31	77	23	17	56	27	(852-1036)
Matala	49	51	16	13	27	44	66	33	75	25	15	60	25	(416-507)
p	ns		ns				ns		.015		ns			
Perheen taloudellinen tilanne (nuoren arvio)														
Tulee hyvin toimeen taloudellisesti	57	43	19	15	25	41	75	25	79	21	14	61	25	(1050-1308)
Varakkuus keskitasoa	42	58	11	14	26	49	62	38	77	23	19	56	25	(713-837)
Ei tule hyvin toimeen taloudellisesti	41	59	8	10	24	58	66	34	73	27	26	44	30	(119-142)
p	<.001		<.001				<.001		ns		.002			
Isän koulutus														
< 12 v	48	52	14	15	25	46	68	32	77	23	16	58	26	(590-693)
> 12 v (vähintään lukio)	56	44	16	13	27	44	73	27	82	18	20	58	22	(1415-1158)
p	.002		ns				.018		.008		.032			
Äidin koulutus														
< 12 v	48	52	14	15	25	46	68	32	76	24	15	59	26	(763-903)
> 12 v (vähintään lukio)	54	46	16	13	26	45	72	28	81	19	21	55	23	(1207-987)
p	.005		ns				ns		.010		.002			
Koulutusorientaatio														
Lukio	54	46	15	16	27	42	71	29	81	19	18	60	22	(1031-1223)
Ammatillinen koulutus	46	54	14	12	24	50	65	35	75	25	17	55	28	(593-726)
p	.001		.013				.007		.002		.026			
Asuinpaikka														
Kaupunki	51	49	15	14	24	46	70	30	80	20	16	60	24	(1169-1419)
Maaseutu	51	49	15	14	26	44	68	32	75	25	19	54	27	(810-913)
p	ns		ns				ns		.010		ns			
Perherakenne														
Ydinperhe	54	46	16	15	26	43	70	30	79	21	16	60	24	(1441-1731)
Yksinhuoltajaperhe	41	59	12	13	24	51	65	35	70	30	17	53	30	(261-311)
Uusperhe	47	53	7	9	32	52	70	30	86	14	27	50	23	(96-110)
p	<.001		.016				ns		<.001		.011			

TAULUKKO 18 Sosioekonomista asemaa kuvaavien muuttujien sekä asuinpaikan ja perherakenteen yhteys painoindeksiin 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)

	TYTÖT BMI				POJAT BMI			
	≤15 % (alip.)	Muut	≥85 % (ylip.)	N	≤15 % (alip.)	Muut	≥85 % (ylip.)	N
Isän sosioekonominen asema								
Korkea	20	69	11	(229)	15	63	22	(241)
Keskitasoa	14	70	16	(364)	16	63	21	(367)
Matala	10	70	20	(115)	15	65	20	(86)
p	.040				ns			
Äidin sosioekonominen asema								
Korkea	14	78	8	(176)	18	62	20	(206)
Keskitasoa	16	67	17	(377)	15	62	23	(355)
Matala	17	65	18	(185)	11	66	23	(150)
p	.030				ns			
Perheen taloudellinen tilanne (nuoren kokema)								
Tulee hyvin toimeen taloudellisesti	18	65	16	(262)	15	60	25	(336)
Varakkuus keskitasoa	12	74	14	(372)	15	67	18	(296)
Ei tule hyvin toimeen taloudellisesti	18	70	12	(90)	11	65	24	(71)
p	ns				ns			
Isän koulutus								
< 12 v	14	71	15	(542)	14	65	21	(492)
> 12 v (vähintään lukio)	17	70	13	(179)	18	58	24	(228)
p	ns				ns			
Äidin koulutus								
< 12 v	14	68	18	(505)	13	64	23	(425)
> 12 v (vähintään lukio)	16	75	9	(232)	19	61	20	(287)
p	.004				.043			
Koulutusorientaatio								
Lukio	15	71	14	(531)	15	65	20	(413)
Ammatillinen koulutus	16	66	19	(199)	15	60	25	(327)
p	ns				ns			
Asuinpaikka								
Kaupunki	16	71	13	(440)	15	67	18	(432)
Maaseutu	14	68	18	(308)	15	57	28	(307)
p	ns				.004			
Perherakenne								
Ydinperhe	16	71	13	(537)	15	62	23	(536)
Yksinhuoltajaperhe	13	70	17	(77)	12	64	24	(75)
Uusperhe	14	64	22	(64)	19	62	19	(58)
p	ns				ns			

Perheen sosioekonomista asemaa ja perherakennetta kuvaavien muuttujien merkitystä itsearvioidun terveyden vaihtelun selittäjinä tarkasteltiin myös MCA mallien avulla. MCA mallissa selitettävä muuttuja, itsearvioitu terveys, dikotomisoitiin, jolloin analyysin tulostama yleiskeskiarvo (GM) näytti suoraan prosenteissa, kuinka suuri osa nuorista koki itsensä erittäin terveeksi. Analyyseissa olivat mukana ensin koko aineisto, sitten yhdeksäsluokkalaiset, koska heillä oli vähiten ‘en osaa sanoa’ -vastauksia omaa tulevaa koulutusuraa koskevissa kysymyksissä. Viidesluokkalaisilla näitä vastauksia oli noin 27 %:lla, seitsemäsluokkalaisilla noin 12 %:lla, mutta yhdeksäsluokkalaisilla pojilla vain yhdellä ja tytöillä kahdella prosentilla (liite 5). (Taulukko 19)

TAULUKKO 19 MCA malli itsearvioitua terveyttä (erittäin terve) selittävistä tekijöistä 11 – 15-vuotiailla.

Itsearvioitu terveys Yleiskeskiarvo GM=.46	(N)	11–15-vuotiaat Vakioimaton poikkeama yleiskeskiarvosta		p	Vakioitu poikkeama yleiskeskiarvosta			p
Taustamuuttuja								
Isän sosioekonominen asema								
Korkea	(953)	.03			.00			
Keskitaso	(1768)	.00			.01			
Matala	(369)	-.08			-.04			
			Eta	.06		Beta	.03	.002
Äidin sosioekonominen asema								
Korkea	(892)	.05			.05			
Keskitaso	(1485)	-.01			-.01			
Matala	(713)	-.05			-.05			
			Eta	.08		Beta	.03	.002
Isän koulutus								
> 12 v	(2156)	-.02			.00			
< 12 v	(934)	.04			.01			
			Eta	.05		Beta	.01	ns
Äidin koulutus								
> 12 v	(1876)	-.02			-.01			
< 12 v	(1214)	.04			.01			
			Eta	.06		Beta	.02	ns
Arvio perheen taloudellisesta tilanteesta								
Hyvä	(1595)	.08			.07			
Kohtalainen	(1273)	-.08			-.07			
Huono	(222)	-.13			-.11			
			Eta	.17		Beta	.15	<.001
Koulutusorientaatio								
Lukio	(2203)	.02			.01			
Ammatillinen koulutus	(887)	-.04			-.03			
			Eta	.05		Beta	.03	ns
	R=.18,	R^2=.03						

MCA mallissa olivat selittävinä muuttujina isän ja äidin sosioekonominen asema ja koulutus, nuoren arvio perheensä taloudellisesta tilanteesta sekä nuoren oma koulutusorientaatio. Perherakenne ei yhteisvaikutusten vuoksi sopinut malliin (Nie ym. 1975). Kun mallissa olivat mukana kaikki tutkimukseen osallistuneet nuoret tulivat tilastollisesti merkitseviksi selittäjiksi arvio perheen taloudellisesta tilanteesta sekä isän ja äidin ammatin mukainen sosioekonominen asema. (Taulukko 20)

Yhdeksäsluokkalaisilla pojilla MCA mallin ainoaksi tilastollisesti merkitseväksi selittäjäksi tuli isän sosioekonominen asema. Tytöillä itsearvioidun terveyden vaihtelua selittivät arvio perheen taloudellisesta tilanteesta sekä tytön oma koulutusorientaatio. Kaikkien kolmen mallin selitysaste jäi pieneksi, mallit selittivät vain 3 – 5 % itsearvioidun terveyden varianssista. (Taulukot 19 ja 20)

Taulukko 20 MCA malli itsearvioitua terveyttä (erittäin terve) selittävistä tekijöistä 15-vuotiailla pojilla ja tytöillä

Itsearvioitu terveys	15-vuotiaat pojat GM=.49 Vakioimaton poikkeama yleiskeskiarvosta				Vakioitu poikkeama yleiskeskiarvosta				15-vuotiaat tytöt GM=.36 Vakioimaton poikkeama yleiskeskiarvosta				Vakioitu poikkeama yleiskeskiarvosta			
	N							p	N							p
Taustamuuttuja																
Isän sosioekonominen asema																
Korkea	(208)	.04			.03				(202)	.03			.02			
Keskitaso	(304)	.01			.02				(317)	-.01			-.01			
Matala	(71)	-.17			-.16				(96)	-.04			-.01			
			Eta	.13		Beta	.12	.009			Eta	.06		Beta	.02	ns
Äidin sosioekonominen asema																
Korkea	(165)	.04			.00				(144)	.04			.01			
Keskitaso	(292)	.01			.02				(314)	.01			.02			
Matala	(126)	-.07			-.04				(157)	-.06			-.04			
			Eta	.07		Beta	.04	ns			Eta	.08		Beta	.05	ns
Isän koulutus																
> 12 v	(402)	-.01			.03				(465)	.00			.02			
< 12 v	(181)	.01			-.06				(150)	-.01			-.06			
			Eta	.02		Beta	.08	ns			Eta	.01		Beta	.07	ns
Äidin koulutus																
> 12 v	(347)	-.04			-.05				(419)	-.02			-.01			
< 12 v	(236)	.06			.07				(196)	.04			.03			
			Eta	.10		Beta	.11	ns			Eta	.06		Beta	.04	ns
Arvio perheen taloudellisesta tilanteesta																
Hyvä	(271)	.04			.03				(228)	.11			.11			
Kohtalainen	(251)	-.05			-.05				(313)	-.06			-.06			
Huono	(61)	.00			.04				(74)	-.07			-.05			
			Eta	.09		Beta	.08	ns			Eta	.17		Beta	.17	<.001
Koulutusorientaatio																
Lukio	(338)	.04			.03				(448)	.03			.03			
Ammatillinen koulutus	(245)	-.05			-.04				(167)	-.09			-.08			
			Eta	.08		Beta	.07	ns			Eta	.11		Beta	.10	.014
						R=.20, R^2=.04								R=.22, R^2=.05		

7.3 Tulosten pohdinta

Itsearvioitu terveys

Itsearvioitu terveys vaihteli sekä iän että sukupuolen mukaan. Mitä nuorempi vastaaja sen todennäköisemmin hän piti itseään erittäin terveenä, varsinkin jos oli poika. Poikien ja tyttöjen arviot omasta terveydestään olivat samansuuntaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa saadut tulokset (Välimaa ym. 1995a, Rimpelä ym. 1997, Suominen ym. 2000). Kansainvälisen HBSC-tutkimuksen 1993 / 1994 aineiston mukaan kaikissa tutkimuksessa mukana olleissa maissa pojat pitivät itseään erittäin terveinä tyttöjä yleisemmin. Tätä eroa tutkijat selittävät tyttöjen poikia yleisemmällä oireilulla sekä tyttöjen ja poikien erilaisilla sukupuolispesifeillä sairastavuusprofiileilla. Pojat joutuvat tyttöjä yleisemmin erilaisiin onnettomuuksiin ja kärsivät niiden seurauksista, tytöillä puolestaan on poikia yleisemmin vilustumisia, keuhkoputkentulehdusta ja allergista ihottumaa. Tytöillä on myös poikia yleisemmin päänsärkyä, erityisesti migreeniä. (Kolip ja Schmidt 1999.)

Rimpelän ym. (1997) mukaan nuorten koettu terveys ei ole juurikaan muuttunut viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana, kun sitä tarkastellaan kolmen keskeisen Nuoren terveystapatutkimuksessa mukana olleen indikaattorin avulla. Nuorten kokemus terveydentilastaan, jokapäiväistä toimintaa haittaavat pitkäaikaiset sairaudet, viat tai vammat ja psykosomaattiset oireet ovat pysyneet suunnilleen ennallaan 1980-luvun alusta lähtien. Nuorten terveystapatutkimuksessa 14 – 18-vuotiaista pojista 36 % piti terveyttään erittäin hyvänä, tytöistä 27 %. Näitä tuloksia ei voi suoraan verrata WHO-Koululaistutkimuksen tuloksiin, koska NTTT-tutkimuksen tutkitut ikäryhmät sekä käytetty mittari ovat hieman erilaiset (“Mitä mieltä olet terveydentilastasi?” Onko se tällä hetkellä erittäin hyvä, melko hyvä, keskinkertainen, melko huono vai erittäin huono”) (Rimpelä ym. 1997). WHO-Koululaistutkimuksen vuoden 1994 aineistoon verrattuna 11- ja 13-vuotiaat pojat ja 11-vuotiaat tytöt arvioivat hieman yleisemmin olevansa erittäin terveitä vuonna 1998 kuin neljä vuotta aiemmin (Välimaa ym. 1995a, Välimaa 2000).

Iän myötä oman terveyden arviot muuttuivat siten, että vanhimmat oppilaat kokivat hieman harvemmin olevansa erittäin terveitä. Sama on havaittu myös Nuorten terveystapatutkimuksessa (Rimpelä ym. 1997). Iän mukainen vaihtelu voi johtua siitä, että eri ikäiset arvioivat terveyttään suhteessa erilaisiin tekijöihin, myös kyky arvioida realistisesti omaa tilaansa on erilainen eri ihmisillä tai eri ikäkausina. Arvioinnin perustana olevissa tekijöissä itsessään voi myös tapahtua muutoksia. Esimerkiksi tyttöjen oireilu lisääntyi iän myötä voimakkaammin kuin poikien, myös oman fyysisen kunnon arviot olivat erilaiset eri ikäisillä tytöillä ja pojilla. Osittain tyttöjen ja poikien erot oman terveyden arvioinneissa voivat liittyä yleisempiin terveyskulttuurin ilmiöihin, joihin ei tämän tutkimuksen tutkimusasetelman puitteissa saada otetta. Kulttuurieroihin terveyden arvioinneissa viittaa myös se, että Suomessa ruotsinkielisten koulujen oppilaat kokivat terveytensä yleisemmin hyväksi kuin suomenkielisten koulujen oppilaat (Suominen ym. 2000, Välimaa 2000).

Oireilu

Nuoret kokivat erilaisia oireita varsin yleisesti, tytöt useita oireita poikia yleisemmin. Iän myötä erilaisten oireiden kokeminen tuli yleisemmäksi sekä pojilla että erityisesti tytöillä. Tarkasteltaessa usein toistuvaa, vähintään noin kerran viikossa ilmenevää oireilua WHO-Koululaistutkimuksen aineistojen perusteella, monet oireet olivat yleisempiä vuonna 1998 kuin 1994. Pojilla oli yleisemmin päänsärkyä, niska-hartiasärkyä ja väsymyksen tunnetta. Tyttöjen oireilu lisääntyi kahdeksan oireen osalta. Selkäkivut, alakuloisuus, vaikeus päästä uneen, huimaus, niska-hartiasärky, väsymyksen tunne, ruokahaluttomuus ja heräily öisin vaivasivat tyttöjä entistä yleisemmin. Masentuneisuus oli ainoa oire, jonka esiintyminen väheni sekä pojilla (1994 28 %, 1998 20 %) että tytöillä (36 %, 29 %) (Välimaa 2000). Silti joka viides poika ja joka kolmas tyttö tunsi itsensä masentuneeksi noin kerran viikossa.

WHO-koululaistutkimuksessa kysyttiin neljäntoista erilaisen oireen esiintymistä. Osa oireista kartoitti kipuoireita, osa jaksamista ja osa mielialaan liittyviä oireita. Viimeksi mainittujen oireiden esiintymisen perusteella ei voida vetää selviä johtopäätöksiä nuorten mielenterveyden tilasta, vaikka ne heijastavatkin lasten ja nuorten koettuun terveyteen, mielialoihin ja psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä tuntemuksia ja kokemuksia. Vaikka masentuneisuuden kokeminen oli hieman harvinaisempaa kuin neljä vuotta aiemmin, sitä esiintyi edelleen tytöillä poikia yleisemmin. Nuorten oireilussa on huomattava myös se, että monella nuorella on samanaikaisesti useita oireita.

Lasten mielenterveyshäiriöitä tutkinut Puura (1998) on todennut, että pojat oireilevat tyttöjä näkyvämmällä tavalla. Tytöillä varsinainen häiriökäyttäytyminen on melko harvinaista, he pikemminkin masentuvat ja ahdistuvat, mikä usein jää aikuisilta huomaamatta. Tytöille ei myöskään osata hakea apua samalla tavalla kuin näkyvämmin oireileville pojille. Aikuisiässä naisten tiedetään kärsivän masennuksesta yleisemmin kuin miesten. Puura pohtiikin, onko mahdollista, että tämä ero olisi havaittavissa ja hoidettavissakin jo lapsuusiässä. Tämä edellyttäisi hoitojärjestelmiltä sitä, että ne tavoittaisivat paremmin mielenterveyden häiriöistä kärsiviä tyttöjä. Hänen 8 – 9-vuotiaisiin lapsiin ja heidän perheisiinsä kohdistuneen tutkimuksensa mukaan aikuiset tuntuvat viettävän liian vähän aikaa lastensa kanssa keskustellen, kysellen tuntemuksia ja kuulumisia. Pikemminkin ohjaillaan ja kysellään onko läksyt tehty. Lapset ja nuoret eivät välttämättä kerro oma-aloitteisesti pahasta olostaan, vaan odottavat, että heiltä kysyttäisiin. (Puura 1998.)

WHO-Koululaistutkimuksen tulosten mukaan 11 – 15-vuotiailla päänsärky oli varsin yleistä, noin kolmasosa pojista ja noin 40 % tytöistä koki sitä vähintään viikoittain. Aromaan (1999) tutkimuksen mukaan päänsärky on varsin yleinen vaiva jo esikouluikäisillä, noin viidesosa lapsista kärsii arkielämää häiritsevästä päänsärystä. Tavallisimmin oireilu alkaa neljännen ja viidennen ikävuoden välillä. Jännityspäänsärky ja migreeni ovat tavallisimmat päänsärkytyypit. Usein väsymys ja unen puute laukaisevat päänsäryn, muita syitä voivat olla väliin jäänyt ruokailu, television liiallinen katselu, kirkas

auringonvalo sekä raskas liikunta. Aromaan mukaan päänsärky on usein perheittäin esiintyvä vaiva, päänsärystä kärsivien lasten vanhemmat ja isovanhemmat potevat sitä muita useammin.

Usein toistuvat selkäkivut yleistyivät iän myötä, yhdeksäsluokkalaisista koululaisista niistä kärsi noin viidesosa, tytöt poikia yleisemmin. Myös niska-hartiaseudun vaivat olivat nuorilla hyvin tavallisia. Tähän oireryhmään on suhtauduttava vakavasti, sillä tuki- ja liikuntaelimistön vaivat ovat aikuisväestöllä hyvin yleisiä ja johtavat usein työkyvyttömyyteen. (Aromaa ym. 1997.)

Oireilun paikantaminen nuorten omaan elämään ja arkeen ei ollut kysymyksenä tässä tutkimuksessa. Muiden tutkimusten mukaan tiedämme, että oireilu liittyy esimerkiksi koulun työolosuhteisiin (Rimpelä 1999), nuoren ja hänen perheensä elämäntilanteisiin (Aro 1988b, Rantanen 1989) ja koulupaineisiin (Hurrelmann 1989). Tutkimuksissa oireilu on usein liitetty psykosomatiikkaan ja sen on katsottu ilmentävän psyykkistä kuormitusta tai stressiä (Aro 1981, Aro ja Taipale 1987). Oireilu liittyy myös nuorten elämäntyyliin. Esimerkiksi väsyneisyyteen voivat liittyä epäsäännölliset nukkumistottumukset, runsas psykoaktiivisten aineiden käyttö sekä ilta- ja yöpainotteinen elämäntapa. Nuorten väsymys on hyvin yleistä Pohjoismaissa ja muissa korkean teknologian maissa. (Tynjälä 1999, Tynjälä ym. 1999b.) Oireet on yhdistetty myös koetun terveyden käsitteistöön (huono terveys) (Rimpelä ym. 1982, Myllykangas 1986). On kuitenkin ilmeistä, että osa oireista yhdistyy myös sairastavuuteen (Karvonen 1991, Hollo 1999).

Oireilun sukupuolieron ilmenemistä on tarkasteltu muun muassa kansainvälisessä HBSC-tutkimuksessa. Vuoden 1994 aineiston perusteella 15-vuotiaat tytöt kokivat lähes kaikkia tutkimuksessa kysyttyjä oireita poikia yleisemmin kaikissa tutkimukseen osallistuneissa maissa. Selvä sukupuolten välinen ero ilmeni esimerkiksi päänsäryn ja vatsakipujen kokemisessa. Eroja oli myös selkäkipujen, nukahtamisvaikeuksien ja hermostuneisuuden kokemisessa, tosin sukupuolen mukainen ero näiden oireiden kokemisen yleisyydessä ei ollut yhtä suuri. (King ym. 1996, Kolip ja Schmidt 1999.)

Sukupuolen mukaista eroa oireilussa voi tarkastella paitsi biologisena seikkana, myös eri sukupuolille tyypillisinä nähtyjen reagointitapojen kautta. Miehet korostavat selviytyvänsä ja pärjäävänsä, he ulkoistavat ongelmansa asettamalla ne mielellään toisiin ja muuhun maailmaan. Naiset sitä vastoin sisäistävät ongelmia ja kärsivät häpeää niistä. (Eräsaari 1995.) Kyselytutkimukseen osallistuneet 11 – 15-vuotiaat ovat muokanneet omia tapojaan kokea sekä tunnistaa ja tiedostaa kokemaansa näiden sukupuoleen sidottujen kulttuuristen kategorioiden puitteissa. Karvosen (1991) mukaan välittömän kokemuksellisuutensa vuoksi oire heijastaa kulttuurisesti ja sosiaalisesti opittuja yksilöiden ja ryhmien välisiä tulkintarakenteita. Sukupuolten välisten oireiluerojen taustalla on erilainen tapa nimetä tuntemuksia.

Oireiden kokeminen ja nimeäminen on osa identiteettityötä. Tähän kuuluu oman itsen, erilaisten tuntemusten ja mielialojen tarkastelu ja kuuntelu sekä hyvän- ja pahanolon lähteiden hahmottaminen. Honkasalo (1993) on

tarkastellut naisten oireita käyttäen metodologisena näkökulmana ruumiillisuutta. Hän tarkastelee ruumiillisuutta kokemustapana, joka kiteyttää itseensä olennaista naisten suhteesta ympäristöönsä. Honkasalon haastattelemat tehdastyöläisnaiset rakensivat omaa identiteettiään oirekuvauksilla, säryt ja kivut merkitsivät identiteetin rajaa.

Koettu fyysinen kunto

Pojat kokivat fyysisen kuntonsa yleisemmin hyväksi kuin tytöt. Iän myötä kummassakin ryhmässä kuntonsa hyväksi kokeneiden osuudet pienenivät - tytöillä poikia enemmän. Positiivista tämän tutkimuksen tuloksissa oli vuoden 1994 WHO-Koululaistutkimuksen tuloksiin verrattuna se, että nyt entistä useammat pojat ja tytöt kokivat kuntonsa hyväksi. Tilastollisesti merkitsevä tämä muutos oli kuitenkin vain 13-vuotiailla pojilla ja 11-vuotiailla tytöillä. (Välimaa 2000.)

Lintusen (1995) neljän vuoden seurantatutkimuksessa 11 – 15-vuotiailla nuorilla ei havaittu oman kuntonsa kokemisessa eroja tyttöjen ja poikien välillä. Lintusen mukaan tulos johtuu todennäköisesti siitä, että tyttöjen ja poikien liikuntaharrastuksen määrä vakioitiin vertailuja tehtäessä. Tutkimuksessa mukana olleet nuoret jaettiin liikuntaharrastuksen perusteella kolmeen ryhmään: liikuntaa harrastamattomat (15 poikaa, 20 tyttöä), harrastajaryhmä (20 poikaa, 10 tyttöä, harrastivat liikuntaa 2 – 5 tuntia viikossa) ja aktiiviharrastajien ryhmään (15 poikaa, 8 tyttöä, harrastivat liikuntaa yli 5 tuntia viikossa). Aktiiviharrastajilla oli odotetusti korkeampi koettu kunto kuin liikunnallisesti passiivisilla nuorilla.

WHO-Koululaistutkimuksen mukaan tyttöjen ja poikien arviot omasta koetusta fyysisestä kunnosta ja omasta liikunnallisesta pätevyydestä ovat parantuneet selvästi vuosien 1986 – 1998 välisenä aikana. Tämän voidaan Kannaksen ja Tynjälän (1998) mukaan katsoa ilmaisevan liikunnallisten minäkokemusten parantumista. He arvioivat, että koetun fyysisen kunnon arvion taustalla on yleisempi fyysisen pätevyyden tunne. WHO-Koululaistutkimuksen 1998 aineistossa koettu fyysinen kunto korreloi melko voimakkaasti yhden kysymyksen avulla kartoitettuun koetun fyysisen pätevyyden tunteeseen sekä tytöillä (.61) että pojilla (.59). Tämän lisäksi koetun fyysisen kunnon korrelaatiot liikuntaharrastuneisuuteen (montako kertaa viikossa, montako tuntia viikossa) ja liikunta-aikomukseen 20-vuotiaana on esitetty liitetaulukossa 11. Liikuntaharrastuneisuus korreloi 15-vuotiailla tytöillä voimakkaammin koettuun fyysiseen kuntoon kuin pojilla. Liikunnallista elämäntapaa heijastava liikunta-aikomus korreloi 13-vuotialla tytöillä voimakkaammin koettuun fyysiseen kuntoon kuin samanikäisillä pojilla.

Aikaisempien tutkimusten perusteella koettu fyysinen pätevyys on tärkeä liikunta- ja terveyskasvatuksen tavoite, sillä sen on todettu olevan yhteydessä muun muassa lasten ja nuorten itsearvostukseen. (Sarlin 1995, Lintunen 1995.) Kansanterveydellisestä näkökulmasta myös hyvä fyysinen kunto on

keskeinen liikuntakasvatuksen tavoite. Kannas ja Tynjälä (1998) peräänkuuluttavat kouluikäisten terveyskunnon käsiteanalyysia sekä relevanttien testien ja mittareiden kehittämistä.

Koetun fyysisen kunnon parantuminen ei välttämättä merkitse objektiivisen kunnon kohentumista, koska mitattu ja koettu fyysinen kunto eivät korreloi kovin voimakkaasti keskenään, etenkin pojilla yhteys on verraten heikko. (Nupponen ym. 1991, Nupponen ja Telama 1998.) Fyysisen kunnon objektiiviseen parantumiseen eivät viittaa kuntotesteihinkään perustuvat arviot kunnon kehityspiirteistä. Ainakaan koululaisten lihaskunnossa ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia 1990-luvun alkupuolella. (Nupponen ym. 1991, Nupponen ja Telama 1998.)

Painoindeksi ja oman ulkonäön kokeminen

Verrattuna vuoden 1994 WHO-Koululaistutkimuksen tuloksiin, painoindeksin ylipainoisuutta ilmaisevat raja-arvot pysyivät sekä tytöillä että pojilla hyvin samanlaisina. Pojilla myös lihavuutta ilmaiseva 95 %:n raja-arvo oli lähes samansuuruinen kumpanakin tutkimusajankohtana. Tytöillä sitä vastoin lihavuutta ilmaiseva raja-arvo oli vuonna 1998 suurempi (25.1) kuin neljä vuotta aiemmin (24.2). (Välimaa 2000.) Nuorten terveystapatutkimuksen 20 vuoden seurannan aikana 12 – 18-vuotiaiden nuorten painoindeksin mukaan laskettu ylipainoraja on kasvanut varsin systemaattisesti kaikissa ikäryhmissä tytöillä ja pojilla. Pojilla kasvu on ollut tyttöjä suurempi. (Rimpelä ym. 1997.)

WHO:n suositusten mukaan 15-vuotiaiden lihavuutta osoittavana painoindeksin arvona voidaan pitää arvoa 25, 16-vuotiailla ja sitä vanhemmilla arvoa 28 (Tienboon ym. 1992). Saarijärven ja Aaltojoen (1997) mukaan nuorilla naisilla painoindeksin arvoa 18 voidaan pitää alipainoisuuden rajana, tässä tutkimuksessa 15-vuotiaiden tyttöjen 15 %:n raja-arvo oli 18.2.

Nykyisen tutkimustiedon perusteella elämäntapa- ja ympäristötekijöillä arvioidaan olevan suurempi merkitys lasten lihomiselle kuin perintötekijöillä. Noin 80 %:lla vaikeasti lihavista lapsista on ainakin toinen vanhemmista lihava ja 25 – 30 %:lla molemmat vanhemmat ovat lihavia. Perheenjäsenten lihavuuden kasautuvuus liittynee perheen syömis- ja liikuntatottumuksiin. Myös television katselun määrällä on havaittu olevan yhteyttä lapsuus- ja nuoruusiän lihavuuteen. Television katselu vähentää fyysistä aktiivisuutta ja lisää napostelua. (Nuutinen 1997.)

Nuutisen (1997) mukaan lasten ja nuorten lihavuuden ehkäisyssä on tärkeä kiinnittää huomiota hyvien ruokatottumusten edistämiseen sekä sopivien liikuntatottumusten kehittymiseen. Koska elintavat omaksutaan varsin pitkälle jo lapsena on neuvolatoiminnan ohella myös kouluterveydenhuollon osuus ylipainon kehittymisen ehkäisyssä merkittävä (Rissanen 1997).

Painon tarkkailuun liittyvät läheisesti myös erilaiset syömishäiriöt. Ruokaan ja ruokailuun liittyy symboliikkaa, voimakkaita tunnelatauksia, sillä on myös henkilökohtaisia, sosiaalisia ja kulttuurin antamia merkityksiä. Koska jatkuva painontarkkailu ja laihduttaminen ovat nykyään niin tavallisia, Saarilehto ym. (1998a) kysyvätkin, mitä ylipäätään on "normaali" syöminen? Syömättömälle anorektikolle, ahmivalle bulimikolle ja liikaa syövälle ylipainoiselle on yhteistä se, että syöminen ei ole kehon tarpeiden mukaista. Tästä näkökulmasta normaali syömiskäyttäytyminen – syömishäiriöihin ja ongelmiin verrattuna – on sellaista, mikä vastaa kehon tarpeita. (Saarilehto ym. 1998a.)

Jatkuva laihduttaminen, syömisen rajoittaminen ja jäykkien sääntöjen noudattaminen tuskin edistävät luontevaa säätelyn ja kehon tarpeiden kuuntelemisen mahdollisuutta. Lapsuudenaikaista oppimista ja syömisen vuorovaikutuksellista luonnetta ajatellen on hyvä miettiä, mitä aikuiset oman syömisen ja painon jatkuvalla tarkkailemisella välittävät seuraavalle sukupolvelle. Päivittäisissä, toistuvissa ruokailutilanteissa aikuiset tulevat huomaamattaan opettaneeksi lapsille ruokaan liittyviä merkityksiä ja syömiskäyttäytymistä myös omalla toiminnallaan, malleina. (Saarilehto ym. 1998b.) Tosin perheiden yhteiset ateriat eivät enää ole itsestäänselvyys. Vuonna 1987 enemmistö 12 – 18-vuotiaista söi perheen kanssa yhteisen aterian. Kymmenen vuotta myöhemmin perheen yhdessä aterioiminen oli harvinaisempaa. Vuonna 1997 tytöistä 46 % ja pojista 41 % ilmoitti aterioivansa muun perheen kanssa. Valtaosa perheistä valmisti silti aterian, vaikka entistä yleisemmin kukin nautti sen omaan tahtiinsa. Lasten iän karttuessa yleistyy perheissä käytäntö, ettei yhteistä ateriaa valmisteta, vaan jokainen ottaa itselleen syötävää. (Hermanson ym. 1998.)

Koettu ulkonäkö

Nuorten oman ulkonäön kokemista tarkasteltiin neljän erilaisen kysymyksen avulla. Sukupuolten ja ikäryhmien väliset erot näissä kysymyksissä olivat selvät kaikissa muissa paitsi omaa ulkonäköä hyvännäköisyyden kannalta tarkastelleessa kysymyksessä. Siinä pojilla ei ilmennyt iän mukaisia eroja. Tytöt olivat huolissaan omasta ulkonäöstään poikia yleisemmin. He halusivat muuttaa jotain omassa ulkonäössään, kokivat itsensä liian lihaviksi ja halusivat laihtua, eivätkä kokeneet ulkonäköään yhtä positiivisesti kuin pojat. Lintusen (1995) neljän vuoden seurantatutkimuksessa 11 – 15-vuotiailla pojilla koettu ulkonäkö oli hyvin pysyvä ilmiö, tytöillä ulkonäön pysyvyys oli alhaisempi. Poikien kokemukset ulkonäöstään pysyivät myönteisinä koko seurannan ajan, mutta tyttöjen kokemukset muuttuivat negatiivisemmiksi. Tulos on samansuuntainen kuin tässä WHO-Koululaistutkimuksessa hieman erilaisilla mittareilla saadut tulokset. Pojilla arviot omasta ulkonäöstä olivat yleisemmin myönteisiä kuin tytöillä, osin poikien arviot muuttuivat positiiviseen suuntaan iän myötä.

Rauste-von Wrightin (1981, 1989) pitkittäistutkimuksessa 11 – 18-vuotiaiden nuorten yksilöllinen tyytyväisyys omaan ruumiiseensa vaihteli iän ja nuoren kehitystason mukaan ollen erityisen herkkä nuoruusiässä tapahtuville muutoksille. Oma paino oli tytöille yleinen tyytymättömyyden lähde. Pojille sitä vastoin murrosiän kasvu ja fyysinen kehitys antoivat aihetta tyytyväisyyteen, erityisen tyytyväisiä pojat olivat omiin hartioihinsa. Myös Aro ja Taipale (1987) ovat todenneet, että useimmat pojat kokivat puberteetin mukanaan tuoman lisääntyneen koon ja voiman positiivisena. Rauste-von Wright (1989) puhuu kulttuurisidonnaisista "kriittisistä piirteistä", jotka heijastavat vallitsevia naisen ja miehen stereotypioita. Nuoret peilaavat omaa ulkonäköään suhteessa näihin kulttuurisiin malleihin.

Kansainväliset tutkimustulokset tukevat käsitystä, että tytöt ovat poikia tyytymättömämpiä omaan ruumiiseensa. HBSC-tutkimuksen 1993/94 ja 1997/98 aineistojen mukaan useimmissa tutkimukseen osallistuneissa maissa noin puolet tai jopa yli puolet 15-vuotiaista tytöistä joko laihdutti parhaillaan tai ajatteli, että pitäisi laihtua. Pojilla vastaavat prosenttiosuudet olivat selvästi pienempiä. Erityisesti USA:ssa 15-vuotiaat tytöt olivat tyytymättömiä painoonsa. (Kolip ja Schmidt 1999, Currie ym. 2000.) Suomalaisista 15-vuotiaista tytöistä 38 % ja pojista 18 % joko laihdutti tai oli sitä mieltä, että pitäisi laihduttaa. Ihanne (liian) hoikasta naisvartalosta aiheuttaa paineita- erityisesti tytöille. Tyytymättömyys omaan ulkonäköön on yhteydessä itsetunto-ongelmiin, ja sillä on merkitystä myös tyttöjen terveydelle. Oman syömisen pakonomainen vahtiminen, laihdutuskuurit ja laiminlyödyt ateriat voivat johtaa syömishäiriöihin, erityisesti anoreksiaan ja bulimiaan. (Kolip ja Schmidt 1999.)

Ruumiillisuus ja siihen liittyvät vaatimukset ovat nuoruudessa tärkeitä, koska ne liittyvät olennaisesti nuoren identiteetin muotoutumiseen. Ruumis onkin nyky-yhteiskunnassa yhä keskeisempi viestimisen ja itseilmaisun väline (Giddens 1991, Taylor 1995). Uudenlaiset miesihanteet voivat edistää tähän asti suhteellisen harvinaisia miesten syömishäiriöitä (O'Kelly 1997). Ruumillisuus näyttäisi olevan nuorten kulttuurissa mielenkiintoisessa kaksoisasemassa. Yhtäältä ollaan hyvin tietoisia omasta ruumiista, toisaalta sitä laiminlyödään. (Nielsen 1994.) Oman itseymmärryksen rakentaminen voi olla hyvin konkreettista.

Honkasalon (1993) tutkimuksessa naisten oman ruumiin kokemukset (oireet) ilmensivät identiteetin rajaa. Oireiden avulla hahmotettiin myös ajan kulua, samoin kuin naisten laihdutuspuheella. Vuodenvaihteesta kevääseen ei ollut välttämättä kuukausia, vaan kiloja. Nuorten, erityisesti tyttöjen, laihdutuspuheeseen ja toiveisiin laihtumisesta voi liittyä toiveita oman itsen kokonaisvaltaisemmasta muuttumisesta, "...sitten kun…". Näillä puheilla voi testata erilaisten identiteettien sopivuutta itselle, vertailla itseä muihin ja selventää kuvaa siitä, mitä haluaa olla. Osin niiden taakse kätkeytyy myös pettymystä omaan ulkonäköön ja epätoivoa. Osin ne voivat ilmentää tietoisuutta painoa ja ihannevartaloa koskevista standardeista.

Nuoret, jotka olivat ydinperheistä, kokivat terveytensä erittäin hyväksi yleisemmin kuin muista perheistä tulleet nuoret. Pojista yksinhuoltajaperheissä asuvat, tytöistä uusperheissä asuvat kokivat terveytensä erittäin hyväksi harvemmin kuin muiden perheiden pojat ja tytöt.

Tulisalon (1999) tutkimuksen perusteella eronneiden vanhempien lapset kärsivät nuorina aikuisina jonkin verran muita yleisemmin masennusoireista. Masentuminen näyttää liittyvän heikentyneeseen itsetuntoon nuoruusiässä sekä siihen että vanhempia – erityisesti isää – ei koettu riittävän läheisiksi. Aiemmissa tutkimuksissa (Aro 1988b) on tullut esiin, että pojat näyttävät lyhyellä aikavälillä reagoivan avioeroon tyttöjä voimakkaammin. Tulisalon mukaan pojat ilmeisesti tuovat järkytyksensä helpommin esiin esimerkiksi epäsosiaalisella käyttäytymisellä, tytöt saattavat reagoida vasta myöhemmin esimerkiksi masentumalla. Lapsuudessa vanhempiensa avioeron kokeneiden nuorten seurantatutkimuksessa todettiin, että varhaisaikuisuudessa pitkäaikainen seurustelusuhde, avo- tai avioliitto suojasivat näitä nuoria aikuisia masentumiselta. Läheisellä ihmissuhteella oli merkitystä sekä tytöille että pojille. (Tulisalo 1999.)

Perherakenteen on todettu vaikuttavan koettuun terveyteen perheen vuorovaikutussuhteiden laadun lisäksi myös taloudellisten tekijöiden kautta (Mechanic ja Hansell 1989, Gore ym. 1992). Tässä tutkimuksessa käytetyssä MCA mallissa perherakenne ja nuoren kokemus perheen taloudellisesta tilanteesta korreloivat niin voimakkaasti, ettei perherakennetta voitu ottaa mukaan malliin (Nie ym. 1975). Tämä viittaa monimutkaisempien yhteyksien olemassaoloon. Yksinkertaistavia suoria johtopäätöksiä ei tämän aineiston perusteella pidäkään vetää, vaan asiaa on tarkasteltava perusteellisemmin useita välittäviä tekijöitä sisältävien analyysien avulla. Koskisen (1997) mukaan eronneilla on yleisemmin velkaongelmia, erilaisia niukkuuteen liittyviä kokemuksia ja muita taloudelliseen puutteeseen liittyviä ongelmia kuin muulla väestöllä. Varsinkin eronneiden miesten parissa köyhyys on tavallista. Yksinhuoltajilla, jotka huoltavat vähintään yhtä alaikäistä lasta, toimeentulovaikeudet ovat myös erityisen yleisiä ja aineellinen elintaso voi olla niukka.

Erilaisten perheiden nuorten oman terveyden määrittelyperusteista ei tämän tutkimuksen perusteella voi sanoa paljoakaan. Jos terveyttä määritellään jonkinlaisen normaalisuuden näkökulmasta (Riska 1997), niin osa tätä määrittelykenttää voi olla myös omien lähtökohtien, esimerkiksi oman perheen, normaalisuus. Vaikka nykyään perhemuotoja on monenlaisia, kahden vanhemman ydinperhe on edelleen olemassa oleva perheihanne (Harinen 1995, 1996). Tämä “normaaliuksien kenttä” on osa sitä kulttuurista koodistoa, jonka varassa henkilökohtaisia arvioita esimerkiksi koetusta terveydestä tehdään. Toinen näkökulma tulosten tulkintaan on se, että yksinhuoltajaperheille tai uusperheille voi kasaantua sellaisia rasitustekijöitä, jotka voivat ainakin väliaikaisesti heijastua myös nuorten terveyden kokemuksissa tai heidän

vastaustaipumuksessaan. Perherakenteen ja koetun terveyden välisiin yhteyksiin on palattava jatkotutkimuksissa perusteellisemmin. Mikä on perheen moninainen rooli nuorten oman terveyden määrittelyissä? Mitkä ovat perheiden "terveysarvot"? Mitä perheiden arjessa pidetään, tai voidaan pitää terveyden kannalta tärkeänä? Mielenkiintoista olisi selvittää myös perheiden "sairastamistapoja". Missä kulkee terveen ja sairaan raja, mistä rooleista ja tehtävistä sairaus perheessä vapauttaa?

Asuinpaikka, perheen sosioekonominen asema ja itsearvioitu terveys

Asuinpaikan kaupungistumisaste ei ollut tässä, kuten ei ollut Nuorten terveystapatutkimuksessakaan yhteydessä koetun terveyden perinteisiin mittareihin (Rimpelä ym. 1990a). Se oli kuitenkin yhteydessä poikien laihduttamiseen ja painoindeksin mukaiseen ylipainoon. Maaseudun 15-vuotiaat pojat olivat yleisemmin ylipainoisia kuin kaupunkilaisnuoret. He myös pitivät kaupungissa asuvia poikia harvemmin painoaan sopivana.

Nuorten itsearvioidun terveyden vaihtelua tarkasteltiin ristiintaulukoinnein ja MCA analyysien avulla. Ristiintaulukoinneissa aineiston suuri koko antoi paljon tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä. MCA mallien tulostamat mallien selitysasteet osoittivat, että käytetyt sosioekonomista tilannetta kuvanneet muuttujat selittivät varsin vähän itsearvioidun terveyden vaihtelusta.

Tämä oli oletettavaa, koska esimerkiksi Nuorten terveystapatutkimuksen tulosten mukaan huoltajan ammattiaseman mukaiset erot nuorten terveyden kokemisessa olivat enintään viitteellisiä eivätkä ne olleet johdonmukaisia vuodesta toiseen. Nuoret, joiden huoltaja oli suorittanut vähintään keskikoulun, kokivat terveytensä hieman yleisemmin hyväksi kuin alimman koulutusryhmän perheiden nuoret. Erot olivat vain muutaman prosenttiyksikön suuruisia, mutta johdonmukaisesti samanlaiset kaikissa kyselyissä vuodesta 1977 alkaen. (Rimpelä ym. 1990a.)

Peruskoulun yhdeksännen luokan pojilla ainoa tilastollisesti merkitsevä selittäjä MCA mallissa oli isän ammatin mukainen sosioekonominen asema. Tytöillä selittäjiksi tulivat arvio perheen taloudellisesta tilanteesta sekä oma koulutusorientaatio. Jälkimmäinen selittäjä kuvastaa nuoren omaa tulevaa sosiaalista asemaa. Tämä näkökulma ei ole ongelmaton, koska vanhimmatkin vastaajat suorittivat vielä pakollisia perusopintojaan. Suomalaisissa tutkimuksissa koulutusorientaation on kuitenkin todettu olevan melko pysyvä ilmiö (Nummenmaa ja Vanhalakka-Ruoho 1987). Koulutustoiveiden voi ajatella heijastavan sekä nuoren tulevaisuudensuunnitelmia että niitä voimavaroja, joita vastaajalla ja hänen lähiyhteisöllään, lähinnä perheellä, on käytettävissään. Koulutukseen liittyvä näkökulma on terveyden kannalta tärkeä, koska erilaiseen koulutukseen hakeutuvat ja koulutuksessa sisällä olevat nuoret sosiaalistuvat erilaisiin terveyskulttuureihin (Liimatainen-Lamberg 1993). Näyttää siltä, että erilaiseen koulutukseen hakeutuvia nuoria kuvaa jo koulutukseen hakeutuessa erilaiset terveystavat ja elämäntyylit. Korkeamman

asteen koulutukseen hakeutuvilla nuorilla aikuisilla on jo nuoruudessa ollut terveyttä edistävä elämäntyyli. (Koivusilta ym. 1998.) Koulutusvalinta oli pojilla WHO-Koululaistutkimuksessa yhteydessä kaikkiin koetun terveyden indikaattoreihin, tytöille muihin paitsi oman painon kokemiseen. Lukion valitseminen oli yhteydessä positiivisiin terveyden kokemuksiin.

Nuorten terveystapatutkimuksessa lukiossa opiskelevat tytöt kokivat terveytensä selvästi paremmaksi kuin muussa koulussa toi opistossa opiskelevat tai koulunkäyntinsä jo lopettaneet tytöt. Pojillakin yhteys oli samansuuntainen mutta heikompi. (Rimpelä ym. 1990a.) Oman terveyden kokemiseen oli yhteydessä myös opinnoissa menestyminen. Lukiossa hyvin menestyneet 16 – 18-vuotiaat tytöt ja pojat arvioivat terveydentilansa yleisemmin hyväksi kuin lukiossa huonosti menestyneet oppilaat. Tutkimushetkellä opiskelunsa keskeyttäneiden tai lopettaneiden koettu terveydentila oli samalla tasolla kuin lukiossa ja muussa koulussa huonosti menestyneillä. (Rimpelä ym. 1990b.)

Terveyden sosiaalisen eriarvoisuuden tutkimus on tärkeä alue terveystutkimuksessa, erityisesti terveyspoliittisen jakaumatavoitteen toteutumisen näkökulmasta. Perheen aikuisten sekä lasten sosioekonomista asemaa kuvaavien perinteisten ja nuoren omaa tulevaa asemaa kuvaavien mittareiden yhdistäminen voi tuoda syvempää tietoa siitä, mitkä tekijät ovat tärkeitä perheen aikuisten ja mitkä lasten terveyden kannalta.

8 KOETUN TERVEYDEN INDIKAATTOREIDEN VÄLISET YHTEYDET

8.1 Tutkimustehtävä

Toisena tutkimustehtävänä analysoitiin koetun terveyden indikaattoreiden välisiä yhteyksiä tytöillä ja pojilla. Ensimmäiset tarkastelut suoritettiin ristiintaulukoinnein. Tämän jälkeen itsearvioituun terveyteen yhteydessä olevia tekijöitä tarkasteltiin rakenneyhtälömallien avulla. Analyysit perustuvat WHO-Koululaistutkimuksen vuoden 1998 aineistoon.

8.1.1 Itsearvioidun terveyden, koetun oireilun, koetun kunnon ja painoindeksin väliset yhteydet

Tässä luvussa tarkasteltiin ensin koetun oireilun intensiteetin ja koetun fyysisen kunnon yhteyttä itsearvioituun terveyteen. Painoindeksin yhteyttä itsearvioituun terveyteen, koettuihin oireisiin ja koettuun fyysiseen kuntoon tarkasteltiin 15-vuotiailla.

Oireilu ja itsearvioitu terveys

Itsearvioitua terveyttä tarkasteltiin noin kerran viikossa koettujen oireiden lukumäärän suhteen. Mitä useampia oireita nuori koki, sen harvemmin hän koki terveytensä erittäin hyväksi. Yhteys ilmeni kaikissa ikäryhmissä sekä tytöillä että pojilla. Viikoittain koettujen oireiden lisääntyessä vähintään neljään, terveyttään piti erittäin hyvänä vain neljännes kahden vanhimman ikä-

ryhmän tytöistä, nuorimmassa ikäryhmässä kolmannes tytöistä. Pojilla usein toistuvan oireilun ja oman terveyden arvioinnin välinen yhteys oli samansuuntainen, vaikkakaan ei yhtä voimakas kuin tytöillä. (Taulukko 21)

TAULUKKO 21 Itsearvioitu terveys noin kerran viikossa koettujen oireiden lukumäärän mukaan 11 – 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)

Oireiden määrä	Erittäin terve	Melko terve tai ei kovin terve	N	p	Oireiden määrä	Erittäin terve	Melko terve tai ei kovin terve	N	p
11 v tytöt					11 v pojat				
0	68	32	(123)		0	81	19	(123)	
1	56	44	(95)		1	62	38	(77)	
2-3	57	43	(186)		2-3	59	41	(157)	
≥ 4	34	66	(343)	<.001	≥ 4	45	55	(264)	<.001
13 v tytöt					13 v pojat				
0	60	40	(60)		0	62	38	(103)	
1	59	41	(69)		1	61	39	(109)	
2-3	42	58	(168)		2-3	50	50	(161)	
≥ 4	25	75	(432)	<.001	≥ 4	39	61	(305)	<.001
15 v tytöt					15 v pojat				
0	78	22	(38)		0	65	35	(74)	
1	45	55	(51)		1	63	37	(91)	
2-3	43	57	(149)		2-3	51	49	(175)	
≥ 4	24	76	(434)	<.001	≥ 4	38	62	(316)	<.001

Koettu fyysinen kunto ja itsearvioitu terveys

Kuntonsa vähintään hyväksi kokeneista nuorista huomattavasti suurempi osa kuin kuntonsa kohtalaiseksi tai huonoksi kokeneista koki olevansa erittäin terve. Yhteys näkyi molemmilla sukupuolilla kaikissa ikäryhmissä, pojilla ero oli selvempi kuin tytöillä. (Taulukko 22)

TAULUKKO 22 Itsearvioitu terveys koetun fyysisen kunnon mukaan 11 – 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)

Koettu kunto	Erittäin terve	Melko terve tai ei kovin terve	N	p
Pojat				
11 v				
Erittäin hyvä tai hyvä	61	39	(618)	
Kohtalainen tai huono	33	67	(197)	<.001
13 v				
Erittäin hyvä tai hyvä	60	40	(544)	
Kohtalainen tai huono	27	73	(255)	<.001
15 v				
Erittäin hyvä tai hyvä	59	41	(479)	
Kohtalainen tai huono	28	72	(275)	<.001
Tytöt				
11 v				
Erittäin hyvä tai hyvä	54	46	(648)	
Kohtalainen tai huono	29	71	(211)	<.001
13 v				
Erittäin hyvä tai hyvä	46	54	(480)	
Kohtalainen tai huono	21	79	(331)	<.001
15 v				
Erittäin hyvä tai hyvä	46	54	(399)	
Kohtalainen tai huono	21	79	(358)	<.001

Kuntonsa erittäin hyväksi tai hyväksi kokeneista pojista noin kuusikymmentä prosenttia ja tytöistä noin puolet koki olevansa erittäin terve. Kuntonsa kohtalaiseksi tai huonoksi kokeneista pojista noin kolmannes ja tytöistä reilu viidennes piti itseään erittäin terveenä.

Painoindeksi ja terveyden kokemukset

Painoindeksin yhteyttä nuorten terveyden kokemuksiin, itsearvioituun terveyteen, koettuun oireiluun sekä koettuun fyysiseen kuntoon, tarkasteltiin vain vanhimman ikäryhmän nuorilla. Lisäksi tarkasteltiin painoindeksin yhteyttä koettua ulkonäköä mitanneisiin tekijöihin.

Itsearvioitu terveys ja viikoittain toistuva oireilu eivät vaihdelleet painoindeksin mukaan. Sitä vastoin sekä tytöillä että pojilla painoindeksi oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä oman fyysisen kunnon kokemiseen. Tytöillä painoindeksin raja-arvojen mukaisten ryhmien väliset erot kuntonsa kokemisessa olivat selvemmät kuin pojilla. Kohtalaisena kuntoaan piti painoindeksin 85 %:n raja-arvon ylittäneistä tytöistä 55 % ja pojista 44 %, huonona kuntoaan piti ylipainoisista tytöistä 13 % ja pojista 5 %. (Taulukko 23)

TAULUKKO 23 Fyysinen kunto painoindeksin mukaan (≤15 %,”alipainoinen”; ≥85 %, ”ylipainoinen tai lihava”) 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)

	Fyysinen kunto					
	Erittäin hyvä	Hyvä	Kohtalainen	Huono	N	p
Pojat						
≤ 15 % (alip.)	12	51	30	7	(114)	
Muut	18	50	30	2	(467)	
≥ 85 % (ylip.)	16	34	44	5	(166)	<.001
Tytöt						
≤ 15 % (alip.)	10	53	32	5	(115)	
Muut	8	48	40	4	(520)	
≥ 85 % (ylip.)	1	31	55	13	(113)	<.001

Oman ulkonäön kokemista painoindeksin mukaan tarkasteltaessa tuli poikien ja tyttöjen kokemusten erilaisuus selvästi esille. Tytöt kokivat painonsa poikia selvemmin asiaksi, johon pitää puuttua esimerkiksi painoa pudottamalla. Ylipainoisista tai lihavista tytöistä laihdutti neljännes, pojista 7 %. Tytöt myös arvioivat omaa painoaan kriittisemmin kuin pojat, joille ylipaino ei näyttänyt olevan yhtä suuri ongelma. Ylipainoisista pojista lähes 40 % mutta tytöistä vain 13 % piti itseään sopivan kokoisena. Painoindeksin mukaan laihoiksi luokittuneista tytöistä 11 % piti itseään vähän tai aivan liian lihavana, “normaalipainoisista” tytöistä näin ajatteli 46 % ja “ylipainoisista” 84 %. Pojilla vastaavat luvut olivat 2 %, 10 % ja 47 %. “Laihoista” pojista piti itseään vähän tai aivan liian laihana 46 %, vastaavan ryhmän tytöistä 26 %. Näyttää

siltä, että huoli omista kiloista on yleisempää tytöille kuin pojille. Ylipainoisista pojista vajaa puolet, mutta tytöistä lähes 90 % halusi muuttaa jotain ulkonäössään. Pojat ja tytöt suhtautuivat myös laihuuteen eri tavalla. Alipainoisiksi luokitellut pojat pitivät itseään yleisesti laihoina, tytöt puolestaan sopivan kokoisina. Tytöt pitivät itseään tavallisen tai melko hyvän näköisenä painoindeksistä riippumatta. (Taulukko 24)

TAULUKKO 24 Oman painon ja ulkonäön kokeminen ja ruokavalion noudattaminen painoindeksin mukaan (≤15 %, "alipainoinen"; ≥85 %, "ylipainoinen tai lihava") 15-vuotiailla tytöillä ja pojilla (%)

Oman kehon kokeminen	Painoindeksin raja-arvot					
	Pojat			Tytöt		
	≤ 15 % (alip.)	Muut	≥ 85 % (ylip.)	≤ 15 % (alip.)	Muut	≥ 85 % (ylip.)
Ruokavalio painon pudottamiseksi						
Ei	96	92	54	91	61	11
Ei, mutta pitäisi laihtua	1	6	39	8	28	64
Kyllä	3	2	7	1	11	25
	<.001			<.001		
Haluatko muuttaa jotain ulkonäössäsi						
Kyllä	42	41	47	75	79	88
Ei	58	59	53	25	21	12
	ns			.041		
Pidätkö itseäsi						
Aivan liian laihana	10	3	1	4	1	0
Vähän liian laihana	36	18	2	23	5	0
Sopivana	44	59	39	58	46	13
Vähän liian lihavana	2	10	40	10	42	57
Aivan liian lihavana	0	0	7	1	4	27
En ajattele tällaista	8	10	11	4	2	3
	<.001			<.001		
Oletko mielestäsi						
Erittäin hyvän näköinen	3	3	2	1	2	0
Melko hyvän näköinen	20	21	13	25	23	15
Tavallisen näköinen	59	62	62	56	56	57
En kovin hyvän näköinen	11	8	13	14	13	18
En lainkaan hyvän näköinen	3	0	2	1	4	9
En ajattele tällaista	3	6	9	3	2	1
	.003			ns		
N	(115)	(469-472)	(116)	(115)	(521-527)	(113)

Yhteenvetoa terveysindikaattoreiden kahdenvälisistä yhteyksistä

Terveyden eri indikaattoreiden välisissä tarkasteluissa itsearvioituun terveyteen olivat yhteydessä usein toistuva oireilu sekä fyysisen kunnon kokeminen. Mitä harvempia oireita nuori koki tai mitä paremmaksi hän koki kuntonsa, sitä yleisemmin hän koki olevansa erittäin terve. Ristiintaulukoinneissa painoindeksi (vain 15-vuotiaat) ei ollut yhteydessä nuorten itsearvioituun terveyteen tai oireiluun. Sitä vastoin painoindeksi oli yhteydessä fyysisen kunnon kokemiseen. Painoindeksin mukaan ylipainoisiksi tai lihaviksi luokittuneet tytöt ja pojat kokivat muita harvemmin kuntonsa hyväksi. Painoindeksi oli yhteydessä myös oman ulkonäön kokemiseen.

8.1.2 Fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen terveys itsearvioitua terveyttä rakentamassa

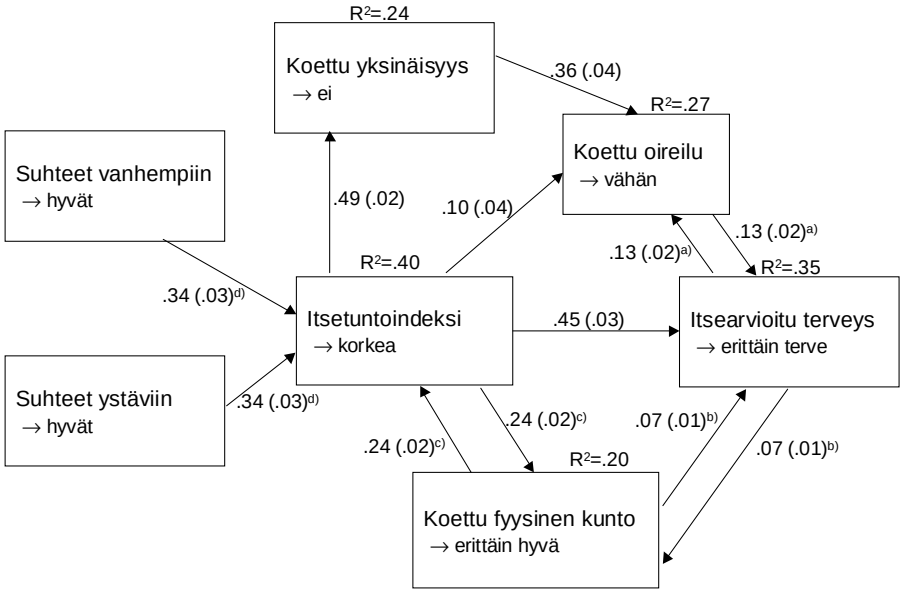
Terveyden eri ulottuvuuksien välisten yhteyksien tarkastelu aloitettiin edellä esitettyjen alustavien analyysien pohjalta tarkastelemalla ensin itsearvioidun terveyden, koetun fyysisen kunnon sekä koetun oireilun kahdenvälisiä yhteyksiä. Tässä jatkotarkastelujen pohjana olevassa rakenneyhtälömallissa itsearvioidun terveyden ja fyysisen kunnon sekä itsearvioidun terveyden ja oireilun väliset yhteydet oletettiin vastavuoroisiksi. Perusmalli sopi kaikkiin ryhmiin, joten sitä käytettiin moniuloitteisempien mallien rakentamisen pohjana. Perusmalli selitti itsearvioidun terveyden vaihtelusta eri ikäryhmien tytöillä ja pojilla noin 30 %. Kaikkien ryhmien jatkoanalyyseissa olivat itsearvioidun terveyden lisäksi mukana seuraavat muuttujat: koettu fyysinen kunto, koettu oireilu (sm = summamuuttuja), suhteet vanhempiin (sm), suhteet ystäviin (sm), suhteet opettajiin (sm), yksinäisyyden kokeminen, itsetunto (sm), oman ulkonäön kokeminen (sm) sekä 15-vuotiailla painoindeksi.

Nuorimmassa ikäryhmässä itsearvioidun terveyden rakenneyhtälömalli muodostettiin samanaikaisesti sekä tytöille että pojille. Tilastokäsittelyssä malliin tuli itsearvioidun terveyden lisäksi kuusi muuttujaa. Suorat yhteydet itsearvioituun terveyteen olivat koetulla fyysisellä kunnolla, koetulla oireilulla ja itsetuntoindeksillä. Itsearvioidun terveyden kannalta itsetuntoindeksi oli mallin tärkein tekijä, koettu oireilu seuraavaksi tärkein. Yksinäisyyden kokeminen oli epäsuorasti oireilun välityksellä yhteydessä itsearvioituun terveyteen. Suhteet vanhempiin ja ystäviin välittyivät itsetuntoindeksin kautta. Malli selitti itsearvioidun terveyden vaihtelusta 35 %.

Koettuun oireiluun oli yksinäisyyden kokemisen lisäksi yhteydessä itsetunto. Itsetunto oli yhteydessä myös koettuun fyysiseen kuntoon. Itsetunnon kannalta tärkeitä tekijöitä olivat koettu fyysinen kunto, sekä suhteet vanhempiin ja ystäviin. Oireilun vaihtelusta malli selitti 27 %, koetun fyysisen kunnon vaihtelusta 20 % ja itsetunnon vaihtelusta 40 %. (Kuvio 8)

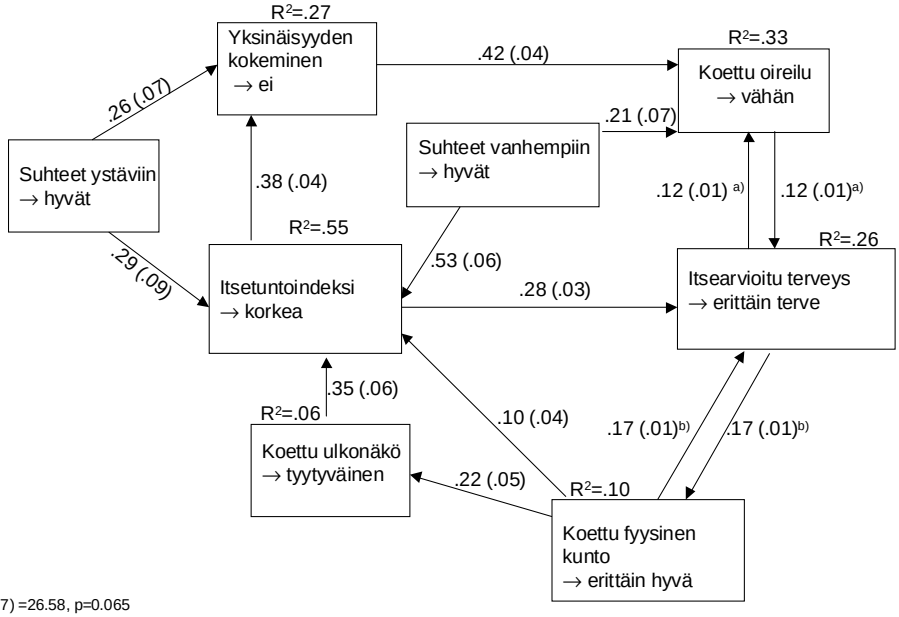
13-vuotiaiden tyttöjen malliin tulivat tilastokäsittelyn jälkeen kaikki muut tekijät paitsi suhteita opettajiin kuvannut summamuuttuja. Erona 11-vuotiaiden malliin oli se, että myös koettu ulkonäkö tuli malliin. Koettu oireilu, koettu fyysinen kunto sekä itsetuntoindeksi olivat suoraan yhteydessä itsearvioituun terveyteen. Itsearvioidun terveyden kannalta itsetunto oli tärkein tekijä, seuraavaksi tärkein oli koettu fyysinen kunto.

Muiden mallissa mukana olleiden tekijöiden yhteydet itsearvioituun terveyteen olivat epäsuoria. Malli selitti itsearvioidun terveyden vaihtelusta 26 %, oireilun vaihtelusta 33 %, fyysisen kunnon vaihtelusta 10 %, yksinäisyyden kokemisen vaihtelusta 27 % ja itsetuntoindeksin vaihtelusta 55 %. Koetun ulkonäön vaihtelusta malli selitti 6 %. Oireiluun olivat suoraan yhteydessä suhteet vanhempiin ja yksinäisyyden kokeminen. Itsetunnon kannalta tärkeitä tekijöitä olivat suhteet vanhempiin ja ystäviin, koettu ulkonäkö ja koettu fyysinen kunto. (Kuvio 9)



χ^2 (14) = 7.08, p=0.932
N = 716 Kriittinen N(CN) = 2944.39
Goodness of Fit Index (GFI) = 1.00
Normed Fit Index (NFI) = 1.00
Root Mean Square Residual (RMR) = 0.094
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.000 a), b), c), d) estimoitu yhtäsuuriksi

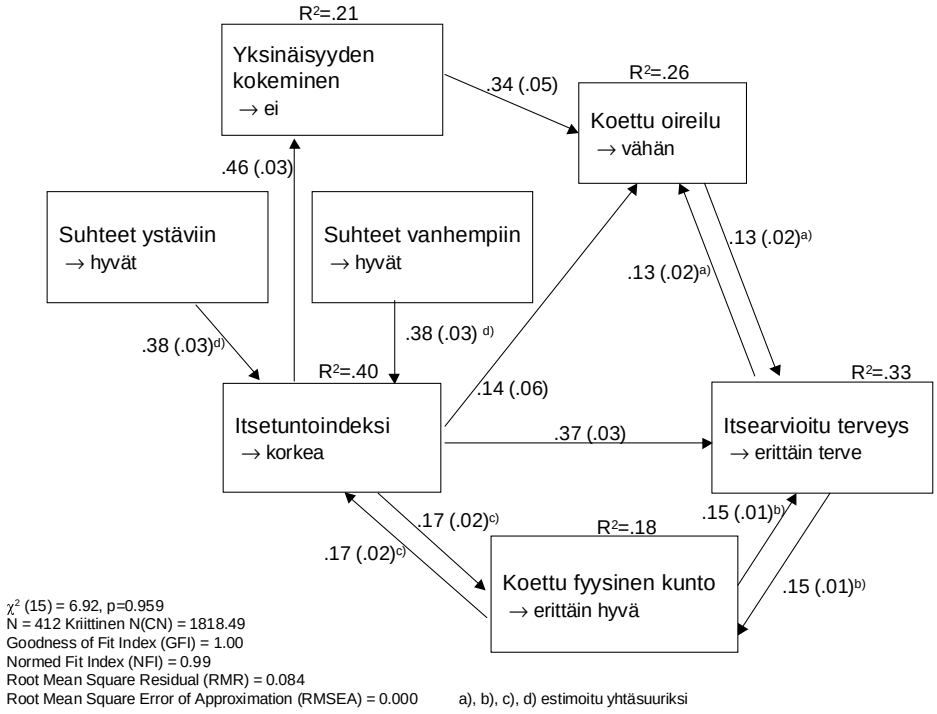
KUVIO 8 Itsearvioituun terveyteen yhteydessä olevat tekijät 11-vuotiailla tytöillä ja pojilla: rakenneyhtälömalli



χ^2 (17) =26.58, p=0.065
N = 477 Kriittinen N(CN) = 599.41
Goodness of Fit Index (GFI) = 0.99
Normed Fit Index (NFI) = 0.98
Root Mean Square Residual (RMR) = 0.095
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.034 a), b) estimoitu yhtäsuuriksi

KUVIO 9 Itsearvioituun terveyteen yhteydessä olevat tekijät 13-vuotiailla tytöillä: rakenneyhtälömalli

13-vuotiaiden poikien mallissa itsearvioituun terveyteen olivat suoraan yhteydessä koettu fyysinen kunto, itsetuntoindeksi ja koettu oireilu. Itsearvioidun terveyden kannalta itsetunto oli mallin tärkein tekijä, koettu fyysinen kunto ja koettu oireilu olivat keskenään yhtä tärkeitä tekijöitä. Epäsuorasti itsetunnon välityksellä itsearvioituun terveyteen olivat yhteydessä suhteet vanhempiin ja ystäviin. Koettuun oireiluun olivat yhteydessä yksinäisyyden kokemisen yleisyys ja itsetuntoindeksi. Malli selitti itsearvioidun terveyden vaihtelusta 33 %, oireilun vaihtelusta 26 %, koetun fyysisen kunnon vaihtelusta 18 %, itsetuntoindeksin vaihtelusta 40 % ja yksinäisyyden kokemisen vaihtelusta 21 %. (Kuvio 10)

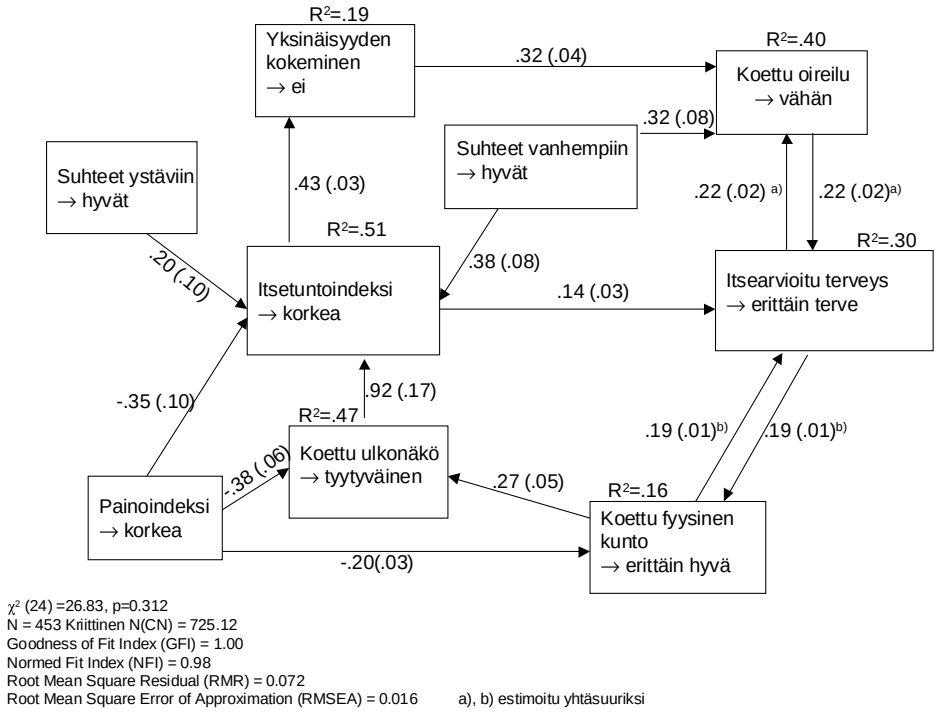


KUVIO 10 Itsearvioituun terveyteen yhteydessä olevat tekijät 13-vuotiailla pojilla: rakenneyhtälömalli

Vanhimman ikäryhmän tyttöjen rakenneyhtälömalliin tulivat mukaan kaikki muut tekijät paitsi suhteita opettajiin kuvannut summamuuttuja, joka ei tullut mukaan minkään ryhmän malliin. Mallin muuttujat selittivät itsearvioidun terveyden vaihtelusta 30 %. Suora yhteys itsearvioituun terveyteen oli koetulla fyysisellä kunnolla, koetulla oireilulla sekä itsetuntoindeksillä. Itsearvioidun terveyden kannalta nämä kolme tekijää olivat yhtä tärkeässä asemassa (χ^2 =5.45, d.f.=2, NS).

Muiden mallissa mukana olevien muuttujien yhteydet itsearvioituun terveyteen olivat epäsuoria. Esimerkiksi suhteet vanhempiin olivat yhteydessä itsearvioituun terveyteen koetun oireilun ja itsetuntoindeksin välityksellä. Suhteet ystäviin puolestaan itsetunnon välityksellä. Mallin yksityiskohtainen tarkastelu osoitti, että itsetunnon kannalta tärkeitä tekijöitä olivat koettu ulkonäkö, painoindeksi, suhteet ystäviin sekä suhteet vanhempiin ja koettu

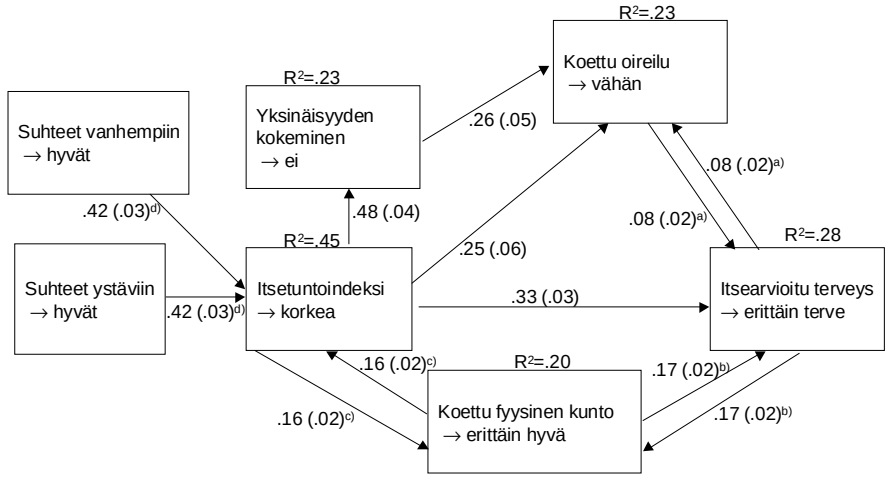
fyysinen kunto. Oireiluun olivat yhteydessä suhteet vanhempiin ja yksinäisyyden kokeminen. Koettuun fyysiseen kuntoon olivat yhteydessä painoindeksi ja itsearvioitu terveys. Malli selitti koetun fyysisen kunnon vaihtelusta 16 %, koetun oireilun vaihtelusta 40 %, itsetuntoindeksin vaihtelusta 51 %, yksinäisyyden kokemisen vaihtelusta 19 % ja koetun ulkonäön vaihtelusta 47 %. (Kuvio 11)



KUVIO 11 Itsearvioituun terveyteen yhteydessä olevat tekijät 15-vuotiailla tytöillä: rakenneyhtälömalli

Vanhimman ikäryhmän poikien malliin tuli vähemmän tekijöitä kuin samanikäisten tyttöjen, koska painoindeksi ja koettu ulkonäkö eivät tilastokäsittelyn jälkeen tulleet heidän malliinsa. Kaiken kaikkiaan rakenneyhtälömalli selitti poikien itsearvioidun terveyden vaihtelusta 28 %. Itsearvioituun terveyteen olivat suoraan yhteydessä koettu oireilu, koettu fyysinen kunto sekä itsetunto. Itsearvioidun terveyden kannalta tärkein tekijä oli itsetunto, seuraavaksi tärkein oli koettu fyysinen kunto.

15-vuotiaiden poikien malli selitti oireilun vaihtelusta 23 %, koetun fyysisen kunnon vaihtelusta 20 %, itsetuntoindeksin vaihtelusta 45 % ja yksinäisyyden kokemisen vaihtelusta 23 %. Oireiluun olivat yhteydessä yksinäisyyden kokeminen sekä itsetunto. Itsetuntoon olivat yhteydessä koettu fyysinen kunto, yksinäisyyden kokeminen sekä suhteet vanhempiin ja ystäviin. (Kuvio 12)



χ^2 (13) =4.88, p=0.978
N = 453 Kriittinen N(CN) = 2563.04
Goodness of Fit Index (GFI) = 1.00
Normed Fit Index (NFI) = 1.00
Root Mean Square Residual (RMR) = 0.099
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.000 a), b), c), d) estimoitu yhtäsuuriksi

KUVIO 12 Itsearvioituun terveyteen yhteydessä olevat tekijät 15-vuotiailla pojilla: rakenneyhtälömalli

Mallien sopivuutta aineistoon tarkasteltiin yhteensopivuusindeksin avulla (GFI >.9, vaihteluväli 0,1). Korkeat arvot ilmaisevat mallin hyvää yhteensopivuutta aineistoon. Tämän perusteella kaikki mallit sopivat aineistoon. RMSEA indeksi ilmoittaa mallin yksinkertaistamisesta johtuvan arviointivirheen suuruutta. Jos arvo on <.05, on malli hyvä. Tämä ehto toteutui kaikissa malleissa. RMR indeksin mukaan, joka selittää kuinka monta prosenttia havaituista otoskorrelaatioista on jäänyt selittämättä, 15-vuotiaiden tyttöjen malli “toimi” parhaiten (RMR=0.072).

8.2 Tulosten pohdinta

Ristiintaulukoinneissa itsearvioituun terveyteen olivat yhteydessä usein toistuva oireilu sekä fyysisen kunnon kokeminen. Mitä harvempia oireita nuori koki tai mitä paremmaksi hän koki kuntonsa, sitä yleisemmin hän koki olevansa erittäin terve. Jylhä ym. (1986) totesivat, että miehillä (30 – 35 v) hyvä mitattu fyysinen kunto (verenkiertoelimistön kunto) sekä hyvä koettu fyysinen kunto olivat yhteydessä hyvään itsearvioituun terveyteen. Nuorten terveystutkimuksissa koettu fyysinen kunto ei ole yleisesti käytetty käsite, vaan niissä on tarkasteltu voittopuolisesti fyysisen aktiivisuuden yhteyttä koettuun terveyteen ja oireiluun. Nuorten terveystapatutkimuksessa on raportoitu muutamien tutkimusajankohtien tuloksia 15 – 19-vuotiaiden nuorten ruumiillisesta kunnosta (Rimpelä ja Rimpelä 1983). Kansainvälisessä HBSC -tutkimuksessakaan koettua fyysistä kuntoa ei kysytä muissa maissa kuin Suomessa.

Thorlindsson ym. (1990) sekä Mechanic ja Hansell (1987) ovat todenneet liikuntaan osallistumisen olevan yhteydessä koettuun terveyteen. Jälkimmäiset tutkijat olettavatkin, että nuoret arvioivat omaa terveyttään suhteessa koettuun pätevyyteen tärkeiksi kokemillaan elämänalueilla sekä suhteessa kokemaansa psyykkiseen hyvinvointiin. Näitä tärkeitä elämänalueita ovat esimerkiksi menestymien koulussa ja erilaisissa liikunnallisissa harrastuksissa sekä sosiaalinen toiminta vertaisryhmissä (Karweit ja Hansell 1983, Hansell 1985).

Painoindeksi (vain 15-vuotiaat) ei ollut yhteydessä nuorten itsearvioituun terveyteen tai oireiluun. Aikuisväestöllä ylipainon on todettu olevan yhteydessä oman terveydentilan arvioimiseen huonommaksi niillä henkilöillä, joilla oli ylipainosta johtuvia rajoituksia tai sairauksia (Ferraro ja Yu 1995). Painoindeksi oli kuitenkin yhteydessä fyysisen kunnon kokemiseen. Painoindeksin mukaan ylipainoisiksi tai lihaviksi luokittuneet tytöt ja pojat kokivat muita harvemmin kuntonsa hyväksi. Näin oli myös nuorten terveystapatutkimuksessa (Rimpelä ja Rimpelä 1983). Painoindeksi ja oman painon kokemisen välinen yhteys oli mielenkiintoinen. Painoindeksin mukaan “alipainoisiksi” luokittuneista tytöistä joka kymmenes piti itseään vähän tai aivan liian lihavana, “normaalipainoisista” lähes puolet ja “ylipainoisista” yli 80 %. Alipainoisilla pojilla vastaavat osuudet olivat 2, 10 ja 47 %. Tyttöjen painohuolet eivät näytä vähentyneen, sillä vuoden 1994 WHO-Koululaistutkimuksessa yhtä suuri osa 15-vuotiaista painoindeksin mukaan alipainoisiksi luokittuneista tytöistä piti itseään lihavana. (Välimaa 1995.)

Karvosen (1997) mukaan iästä riippuen noin 6 – 14 % painoindeksin mukaan alipainoisiksi luokittuneista tytöistä piti itseään liian lihavana. Alipainoisiksi painoindeksin mukaan luokittuneista pojista lähes puolet myös piti itseään laihana, tytöistä vain noin neljäsosa. Kaiken kaikkiaan pojat olivat selvästi tyttöjä yleisemmin tyytyväisiä omaan painoonsa, silloinkin kun olivat painoindeksin mukaan ylipainoisia. Nuorten, etenkin tyttöjen huolestuneisuus omasta painosta, laihduttaminen ja todelliset yli- ja alipaino-ongelmat ovat osa sitä työkenttää, joka näkyy esimerkiksi kouluterveydenhuollon vastaanotoilla. Länsimaissa on todettu noin prosentin alle 18-vuotiaista tytöistä ja promillen vastaavan ikäisistä pojista sairastuvan anoreksia nervosaan. Myös Suomessa arvioidaan taudin esiintyvyyden olevan tätä luokkaa. Bulimia on anoreksiaa yleisempi syömishäiriö, sen yleisyydeksi on arvioitu 2 – 3 %. (Saarijärvi ja Aaltojoki 1997.) Todennäköisesti painoindeksin mukaan alipainoisiksi todettujen tyttöjen joukosta löytyvät ne, jotka perheineen tarvitsisivat apua anoreksiaan.

Itsearvioidun terveyden rakenneyhtälömallit

Rakenneyhtälömallien perustaksi muotoutui itsearvioidun terveyden, koetun oireilun ja koetun fyysisen kunnon sisältävä perusmalli, joka sopi kaikkien ikäryhmien tytöille ja pojille. Tämän pohjalta lähdettiin rakentamaan kunkin ikäryhmän tytöille ja pojille moniulotteisempaa itsearvioidun terveyden

mallia. Rakenneyhtälömallit jakautuivat mielenkiintoisella tavalla kahteen erilaiseen ryhmään. Iän myötä tyttöjen mallit monipuolistuivat, poikien mallit pysyivät perusrakenteeltaan hyvin samankaltaisina. Tämä heijastanee nuoruuteen liittyvien kehitysprosessien ja niihin liittyvien nuorten omien arviointien erilaisuutta tytöillä ja pojilla. Kahden vanhimman ikäryhmän tytöillä malleihin tuli mukaan koettu ulkonäkö, joka puolestaan oli yhteydessä itsetuntoindeksiin. Pojille ja nuorimman ikäryhmän tytöille rakentui keskenään samanlaiset mallit.

Yhteistä kaikille malleille oli se, että suorat yhteydet itsearvioituun terveyteen olivat koetulla fyysisellä kunnolla, koetulla oireilulla sekä itsetuntoindeksillä. Näiden suorien vaikutusten lisäksi ne olivat mallien tärkeitä välittäviä mekanismeja. Rakenneyhtälömalleilla voitiin selittää itsearvioidun terveyden vaihtelusta noin 30 % kunkin ikäryhmän tytöillä ja pojilla. Tämä on sama osuus, mikä todettiin jo kaikille ryhmille yhteisen perusmallin yhteydessä, ja selittyy sillä, että moniulotteisemmissa malleissa osa selitysvoimasta meni uusien malliin mukaan tulleiden tekijöiden selittämiseen. Aikaisemmissa tutkimuksissa rakenneyhtälömalleja on käytetty muun muassa nuorten lepotottumusten (Tynjälä 1999), koulukokemusten (Brunell ym. 1996) ja nuorten oireilun (Schwarzer ym. 1990) tarkasteluun. Mallien on todettu toimivan hyvin monien eri tekijöiden suorien ja epäsuorien yhteyksien tarkastelussa. Ne mahdollistavat aineiston tarkastelun kokonaisuutena. Erityisen käyttökelpoisia ne ovat seurantatutkimuksissa. Malleja käytettäessä on tärkeää, että taustalla on teoreettinen näkemys tutkittavasta aihepiiristä, jota mallilla pyritään tarkentamaan. (Yli-Luoma 1996.)

Mitä mallit kertovat itsearvioidun terveyden rakentumisesta? Mitä terveyden ulottuvuuksia itsearvioitu terveys eri ikäisillä tytöillä ja pojilla heijastaa? Fyysinen ja psyykkinen ulottuvuus tulivat malleissa selvemmin ja suoremmin näkyviin. Sosiaaliset suhteet olivat kuitenkin tärkeitä esimerkiksi itsetunnon muotoutumisessa. Nuorten arvioinneissa tämä terveyden sosiaalinen ulottuvuus voi kuitenkin olla tiedostamattomammin läsnä kuin konkreettisemmin koettu terveyden fyysinen puoli tai erilaiset oireet. Malleissa sosiaaliset suhteet vanhempiin ja ystäviin olivat yhteydessä itsearvioituun terveyteen joko oireilun tai psyykkistä terveyttä mitanneen itsetuntoindeksin välityksellä. Yksinäisyyden kokeminen oli yhteydessä itsearvioituun terveyteen koetun oireilun välityksellä.

Itsetuntoindeksi oli mielenkiintoisella tavalla yhteydessä itsearvioituun terveyteen. Osaltaan itsetunto osana minäkuvaa kuvastaa vastaajan pätevyydenkokemuksia ja voi tätä kautta heijastua vastaustaipumukseen. Itsetunto on jo sinällään tärkeä tekijä psyykkistä hyvinvointia, mikä puolestaan on keskeinen koetun terveyden osa-alue. Rakenneyhtälömalleissa itsetuntoindeksiin olivat vaihtelevasti yhteydessä suhteet vanhempiin ja ystäviin, oman ulkonäön kokeminen, painoindeksi sekä koettu fyysinen kunto. Nämä tekijät muodostavat osaltaan sitä vastavuoroista kenttää, jossa nuori omaa minäkuvaansa ja itsetuntoaan rakentaa. Myös Vingilisin ja tutkimusryhmän (1998) tutkimuksessa itsetunto (Rosenbergin itsetuntoindeksi) oli suoraan yhteydessä

itsearvioituun terveyteen. Heidän tutkimuksessaan lasten ja vanhempien välisten suhteiden merkitys itsearvioituun terveyteen välittyi itsetunnon kautta. Myös muissa tutkimuksissa on havaittu sosiaalisten suhteiden tärkeys nuorten itsetunnolle (Välimaa ym. 1994, Huurre ym. 1999.)

Yksinäisyyden kokeminen oli epäsuorasti oireilun välityksellä yhteydessä itsearvioituun terveyteen kaikkien ikäryhmien tyttöjen ja poikien malleissa. Yksinäisyyden kokemuksilla lienee erilainen sisältö eri ikäisille tytöille ja pojille. Yksinäisyyden kokeminen voi heijastaa sosiaalisista suhteista ulkopuolella olemista, sosiaalisten taitojen heikkoutta ja turvattomuutta. Malleissa yksinäisyyden kokemusten yleisyyttä välittänyt oireilu oli mukana kokonaisoireilua kuvanneen summamuuttujan muodossa. Summamuuttujan muodostaneet erilliset kysymysosiot kartoittivat särkyjä, mielialaa sekä unen laatua ja väsyneisyyttä. Summamuuttuja kokosi yhteen erilaisia psyykkistä ja fyysistä hyvinvointia kartoittavia tekijöitä. Nuorten yksinäisyyteen on aiemmissa tutkimuksissa liittynyt erilaista oireilua (Weeks ym. 1980, Schwarzer ym. 1990, Välimaa 1993).

Itsetuntoindeksi oli kaikissa malleissa yhteydessä yksinäisyyden kokemusten yleisyyteen, 13-vuotiailla tytöillä yksinäisyyteen oli yhteydessä myös ystävyyssuhteiden laatu. Vaikka yhteys malleissa kulkeekin vain toiseen suuntaan, on yksinäisyyden kokemisen ja itsetunnon välinen yhteys oletettava vastavuoroiseksi. Laine (1989), joka on tutkinut peruskoululaisten sosiaalista minäkäsitystä, on todennut, että yksinäisten oppilaiden omissa itsearvioinneissa heidän itsetuntonsa oli alhainen ja sosiaalinen minäkäsityksensä selvästi huonompi kuin yksinäisyyden kokemuksia vailla olleiden ikätovereiden. Toisaalta myös huono itsetunto voi aiheuttaa ahdistuneisuutta sosiaalisissa tilanteissa, näiden tilanteiden välttämistä, jopa eristäytymistä ja yksinäisyyttä (Peplau ym. 1982). Inderpitzen-Pizarukin ym. (1992) tutkimustulosten mukaan itsetunto oli tärkeä 13 – 16-vuotiaiden poikien muttei tyttöjen yksinäisyyttä ennustava tekijä. He tulkitsivat tämän johtuvan poikien ja tyttöjen ystävyyssuhteiden erilaisuudesta. Tytöt voivat rakentaa itsetuntoaan ja välttää yksinäisyyden tuntemukset, jos heillä on mahdollisuus muutamaankin läheiseen ystävyyssuhteeseen. Poikien itsetunnolle ja identiteetin muodostukselle nimenomaan ryhmäjäsenyys näyttäisi olevan tärkeä. Näiden ryhmien ulkopuolelle jääneille pojille autonomian ja hyvän itsetunnon saavuttaminen voi olla vaikeaa.

Perheen ja lähiyhteisön panos lasten ja nuorten myönteisen minäkuvan ja itsetunnon kehittymisessä on tärkeää. Pölkin (1990) mukaan itseä koskevien asenteiden ja tunteiden muodostuminen alkaa varhain. Lapsi arvioi itseään primaariryhmän palautteen perusteella. Tutkimuksen mukaan jo äitiysneuvoloista voidaan seuloa ne ensimmäistä lastaan odottavat äidit, jotka eniten tarvitsisivat tiedollista ja muuta äitiysneuvolan tarjoamaa tukea. Heikko lapsen saamiseen liittyvien asioiden tietämys saattaa olla viesti äitiyshuoltotyötä tekevälle henkilökunnalle äidin lisääntyneestä yksilöllisen tuen tarpeesta. (Rautava 1989.) Kasvutapahtumansa aikana nuoret ovat vielä riippuvaisia aikuisista ja aikuiskulttuurista, he tarvitsevat aikuisten läsnäoloa (Aalberg 1991).

Aalberg (1997) puhuu nuorta tukevan ympäristön tärkeydestä, ensisijaisesti perheestä, mutta myös koulun ja sen ihmissuhteiden merkityksestä. Hän näkee, että nuorten tärkeimmät terveysongelmat ovat mielenterveysongelmia, jotka syntyvät haavoittuvassa kehitysvaiheessa nuoren omien voimavarojen tai ympäristön tuen pettäessä. (Aalberg 1997, Perheentupa 1997.) Ympäristön tulisi tukea nuorten tervettä kasvua, mutta Aalberg näkee nykyisen arvomaailman tarjoavan yhä enemmän fragmentaarisia päämääriä, jotka eivät luo kokonaisuutta. Yhteiskunnassa ja arvomaailmassa tapahtuvat muutokset näyttävät olevan hyvän ja vakaan kasvuympäristön tarjoamiselle ja nuoren kehityksen edistämiselle vastakkaisia. (Aalberg 1997.)

Terveyskasvatustutkimuksen eräänä tavoitteena on terveyden psyykkisten ja sosiaalisten edellytysten parempi ymmärtäminen (Kannas 1992). Hyvä itsetunto on tutkimusten mukaan yhteydessä terveyttä edistäviin elämäntapoihin (Bruhn 1988) sekä koettuun pätevyyteen urheilussa (Currie 1989). Nuorten terveyskäyttäytymistä tutkineen Kingin ym. (1985) mukaan heikko itsetunto ja alttius yhdenmukaiseen käyttäytymiseen (tässä vertaisryhmän tupakointi) olivat yhteydessä toisiinsa. Myös Tossavaisen (1993) mukaan nuoren minäkuva on keskeisellä sijalla hänen aikoessaan kokeilla uutta käyttäytymistä tai kieltäytyessään siitä.

Tässä tutkimuksessa itsearvioidun terveyden vaihtelua tarkastelleet rakenneyhtälömallit tarjoavat yhden näkökulman nuorten koetun terveyden tarkasteluun. Mallien anti on siinä, että ne kertovat tiivistetysti tutkimuksessa mukana olleiden tekijöiden – nuoren eri elämänalueiden kokemusten ja tuntemusten – heijastumisesta itsearvioituun terveyteen. Mallien tulostamat selitysasteet kertovat konkreettisella tavalla käytettyjen tekijöiden merkityksestä ilmiötä tarkasteltaessa. Kaiken kaikkiaan mallit kertovat fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen yhteenkietoutumisesta nuorten oman terveyden arvioinneissa. Vaikka eri ryhmien malleissa painottuivatkin hieman toisistaan poikkeavat muuttujien yhdistelmät, on arvio omasta terveydestä monen erilaisen tekijän yhdistelmä kaikkien ikäryhmien tytöillä ja pojilla. Itsearvioitua terveyttä määritellään fyysisen kunnon, oireilun, itsetunnon, itsensä hyväksymisen ja sosiaalisten suhteiden kautta. Yksinkertainen kysymys siitä, kuinka terveeksi itsensä tuntee, antaa mahdollisuuden tarkastella terveyden ulottuvuuksia niin yksilötasolla kuin laajemmankin yhteisön näkökulmasta.

Nuorten suhteet opettajiin eivät tilastokäsittelyn jälkeen tulleet mukaan malleihin, mikä ei tarkoita sitä, että ne olisivat merkityksettömiä nuorten koetun terveyden kannalta. 11 – 15-vuotiaat nuoret ovat suuren osan valveillaoloajastaan koulussa, joten koulun ihmissuhteet, ilmapiiri ja kouluelämän laatu yleisemminkin ovat tärkeitä lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden kokemisessa. Tässä tutkimuksessa tutkimusasetelma ei mahdollistanut opettajasuhteiden tarkastelua tilanteessa, jossa lapsi tai nuori olisi todellisen perheen ulkopuolisen tuen ja avun tarpeessa.

9 SOSIAALISET VERKOSTOT, SOSIAALINEN TUKI JA KOETTU TERVEYS

9.1 Tutkimustehtävä

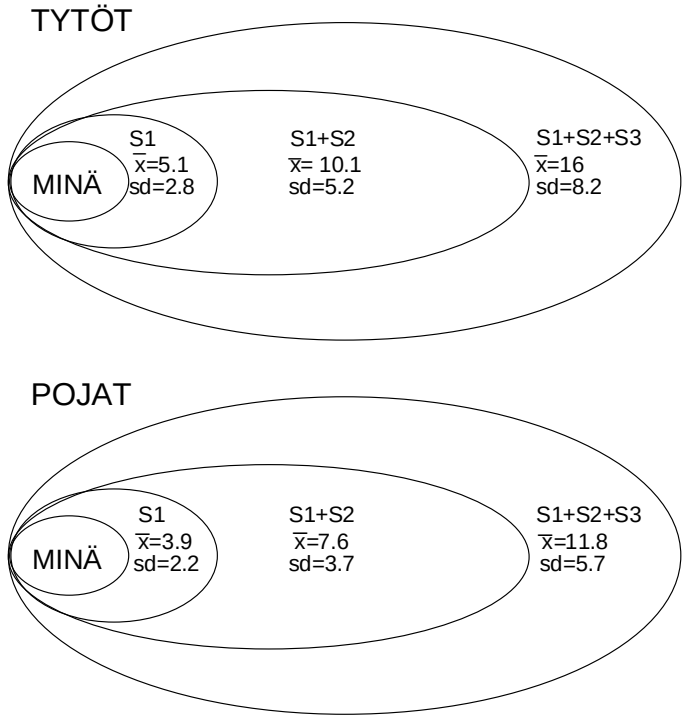
Kolmantena tutkimustehtävänä tarkasteltiin nuorten sosiaalisen verkoston kokoa ja koostumusta, sosiaalisen tuen muotoja ja tuen lähteitä sekä nuorten tyytyväisyyttä sosiaaliseen tukeen. Lisäksi analysoitiin rakenneyhtälömallien avulla sosiaalista tukea kuvaavien muuttujien yhteyttä itsearvioituun terveyteen peruskoulun yhdeksännen luokan oppilailla. Aineiston avulla pohditaan, minkä tyyppisiä kysymyksiä kyselytutkimuksessa voisi käyttää nuorten sosiaalisten verkostojen ja erityisesti sosiaalisen tuen kartoittamisessa. Osia tutkimuksen tuloksista koskien sosiaalisen verkoston kokoa ja tuen kuvausta on aiemmin julkaistu Sosiaalilääketieteellisessä Aikakauslehdessä (Välimaa 1996). Analyysit perustuvat 15-vuotiailta vuonna 1994 kerättyyn WHO-Koululaistutkimuksen lisäaineistoon.

9.2 Kyselytutkimuksen tulokset

9.2.1 Sosiaalisen verkoston koko ja koostumus

Tyttöjen verkostot olivat poikien vastaavia suuremmat, mutta tytöillä myös hajonta verkoston koossa oli suurempi kuin pojilla. Tytöt mainitsivat poikia enemmän itselleen kaikkein läheisimpiä (S1) ihmisiä sekä tärkeitä (S2) henkilöitä. Heillä oli poikia enemmän myös niitä, joiden kanssa olivat säännöllisesti tekemisissä, mutta jotka eivät ole yhtä läheisiä kuin edelliset (S3). Yhteen-

lasketun verkoston koko vaihteli tytöillä (0 - 60) enemmän kuin pojilla (2 - 43), tytöillä oli koko verkostossaan keskimäärin 16 ja pojilla 11.8 henkilöä (Kuvio 13).



KUVIO 13 15-vuotiaiden tyttöjen ja poikien sosiaalisen verkoston eri lohkojen yhteen lasketut keskiarvot ($\bar{x}$) sekä hajonnat (sd). S1=lähin tukiverkosto, S2=tärkeät ihmiset, S3=lähipiirin ihmiset

Aiemmissa tutkimuksissa nuorten sosiaaliset verkostot on luokiteltu koon perusteella kolmeen ryhmään. Tällöin pienen verkoston kooksi on määritelty 1 – 10 henkilöä, keskisuuren 11 – 20 henkilöä, suuressa verkostossa oli yli 20 henkilöä. (Kunttu 1997, Heikkinen 1999.) Tässä tutkimuksessa luokiteltiin näihin kolmeen luokkaan erikseen ydinverkko (S1 + S2) ja verkko (S1 + S2 + S3).

Tyttöjen lähimpien suhteiden ydinverkko sekä koko verkosto olivat suuremmat kuin poikien. Kolmasosalla tytöistä oli keskisuuri ydinverkko, pojista viidenneksellä. Koko verkosto oli keskisuuri 53 %:lla tytöistä ja 45 %:lla pojista, suuren sosiaalisen verkoston omasi viidennes tytöistä, mutta pojista vain 8 %. (Taulukko 25 ja Liite 10)

TAULUKKO 25 15-vuotiaiden tyttöjen ja poikien ydinverkon (S1 +S2) ja verkon (S1 + S2 + S3) koko luokiteltuna pieneen, keskisuureen ja suureen sosiaaliseen verkostoon (%)

Verkoston koko	Ydinverkko		Verkko	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Pieni (0 - 10)	80	63	47	26
Keskisuuri (11 - 20)	19	33	45	53
Suuri (≥ 21)	1	4	8	21
Yhteensä	100	100	100	100
(N)	(597)	(620)	(563)	(600)
p (sukupuolten välillä)	<.001		<.001	

S1= lähin tukiverkosto, S2=tärkeät ihmiset, S3=lähipiiri

Nuorten valitessa verkostostaan kymmenen itselleen tärkeintä ihmistä kohdistuivat valinnat yleisimmin äitiin, isään, sisaruksiin sekä ystäviin. Tytöille myös poikaystävä oli tärkeä verkoston jäsen. Sukulaisten suurta osuutta nuorten verkostoissa lisäsivät myös melko yleisesti mainitut isovanhemmat ja muut sukulaiset. Taulukossa 26 tarkastellaan keitä olivat nuorten verkoston viisi tärkeää ihmistä.

TAULUKKO 26 15-vuotiaiden tyttöjen ja poikien sosiaalisen verkoston tärkeät jäsenet (%) *)

Verkoston jäsen	Poika	Tyttö	p
Äiti	77	88	<.001
Isä	74	69	ns
Sisko	35	44	.002
Veli	36	40	ns
Isovanhempi	17	16	ns
Muu sukulainen	14	14	ns
Ystävä	49	74	<.001
Seurustelukumppani	11	23	<.001
Muu aikuinen[1)]	4	4	ns
(N)	(668)	(643)	

[1)] muu aikuinen = perheen ulkopuolinen aikuinen (esim. opettaja, valmentaja, naapuri)

[*)] Vastaajilla oli mahdollisuus luetella kymmenen henkilöä, taulukkoon on otettu kultakin vastaajalta järjestyksessä viisi henkilöä

Nuoret pitivät yhteyttä valitsemiinsa verkoston jäseniin tiheästi, mikä on ymmärrettävää, koska suuri osa verkoston jäsenistä oli perheenjäseniä. Myös ystäviä ja seurustelukumppaneita tavattiin usein. Suurin osa nuorten ystävistä asui samalla paikkakunnalla ja oli samanikäisiä. Pojat seurustelivat ikäistensä tyttöjen kanssa, mutta tyttöjen poikaystävät saattoivat olla useita vuosia tyttöjä vanhempia. Poikaystävien ikä vaihteli vuosien 15 – 29 välillä, suurin osa poikaystävistä oli kuitenkin 16-vuotiaita. Poikien tyttöystävät olivat 13 – 17-vuotiaita, suurin osa oli vastaajien kanssa samanikäisiä eli 15-vuotiaita.

9.2.2 Sosiaalisen tuen lähteet ja tyytyväisyys tukeen

Nuoret kääntyivät sosiaalisen tuen tarpeissaan yleisesti vanhempiensa ja sisarustensa puoleen. Sosiaalisen tuen tyypin mukaan esiintyi kuitenkin eroja tuen lähteissä (Taulukko 27). Erityisesti tytöt nimesivät emotionaalisen tuen lähteeksi ystävänsä. Yhdeksän kymmenestä tytöstä ilmoitti kääntyvänsä ystävänsä puoleen, jos halusi keskustella itseä vaivaavista asioista, tunteista tai ongelmista. Odotetusti tytöt ilmoittivat selvästi yleisemmin kääntyvänsä äitinsä kuin isänsä puoleen halutessaan keskustella itseä vaivaavista ongelmista. Sama ilmiö näkyi myös pojilla, mutta huomattavasti lievempänä. Tämä liittynee siihen, että useat pojat ilmoittivat, ettei heillä ylipäätään ole tapana keskustella omista henkilökohtaisista asioistaan muiden kanssa. Pojista 4 % ilmoitti, ettei heillä ole ketään kenen kanssa voisi keskustella omista ongelmista tai tunteista.

Instrumentaalista tukea ja apua eli rahaa tai erilaisia tavaroita ja välineitä nuoret ilmoittivat saavansa vanhemmilta, erittelemättä oliko kyseessä äiti vai isä. Lisäksi tukea saatiin sisaruksilta ja ystäviltä.

Neuvoja tarvitessaan nuoret kääntyivät vanhempiensa lisäksi myös perheen ulkopuolisten aikuisten eli opettajien, erilaisten ohjaajien, valmentajien tai naapureiden puoleen. Pojat pyysivät neuvoja perheen ulkopuolisilta aikuisilta yleisemmin kuin ystäviltään. Tytöt puolestaan saivat neuvoja ystäviltään yhtä yleisesti kuin perheen ulkopuolisilta aikuisilta. Vain murto-osa pojista ja tytöistä vastasi, ettei heillä ole ketään keneltä voisi pyytää neuvoja (1 %) tai kuka antaisi myönteistä palautetta (2 %). Vapaa-aikansa suurin osa nuorista ilmoitti viettävänsä useimmiten ystäviensä kanssa.

Nuoret halusivat enemmän kaikenlaista kysyttyä tukea tai apua. Tytöt kaipasivat enemmän erityisesti myönteistä palautetta (65 %) ja tunnetukea (63 %). Tytöt ja pojat suhtautuivat eri tavalla omista henkilökohtaisista asioista keskustelemiseen, sillä pojista 14 % ja tytöistä vain 2 % vastasi, ettei heillä ole tapana puhua muiden kanssa omista asioistaan. Tytöistä kaksi kolmasosaa ja pojista 40 % olisi halunnut keskustella muiden kanssa nykyistä enemmän. Pojat halusivat enemmän myönteistä palautetta (52 %) ja mahdollisuutta saada neuvoja (46 %). (Taulukko 28)

TAULUKKO 27 Henkilöt, joilta 15-vuotiaat tytöt ja pojat saivat erilaista sosiaalista tukea (%)

	Tuen muoto														
	Tunnetuki[1]			Apu[2]			Neuvot			Myönteinen palaute			Yhdessäolo vapaa-aikana		
Tuen lähde	Pojat	Tytöt	p	Pojat	Tytöt	p	Pojat	Tytöt	p	Pojat	Tytöt	p	Pojat	Tytöt	p
Äiti	47	60	<.001	67	78	<.001	19	27	.001	18	22	ns	1	3	.012
Isä	35	15	<.001	56	52	ns	15	10	.015	13	9	.017	4	1	.003
Vanhemmat[3]	1	1	ns	6	8	ns	49	52	ns	61	63	ns	16	19	ns
Sisko	12	24	<.001	9	18	<.001	19	23	.020	17	22	.018	12	21	<.001
Veli	10	8	ns	10	11	ns	17	18	ns	15	18	ns	14	15	ns
Isovanhemmat	1	2	ns	10	9	ns	1	2	ns	7	10	.025	0	1	ns
Muu sukulainen	4	11	<.001	4	7	.021	2	8	<.001	5	10	.001	5	5	ns
Ystävä	52	90	<.001	34	52	<.001	18	43	<.001	46	73	<.001	90	94	.025
Seurustelukumppani	7	17	<.001	2	6	.002	2	6	.002	5	9	.002	8	18	<.001
Muu aikuinen[4]	1	1	ns	3	2	ns	33	44	<.001	26	33	.007	2	2	ns
Ei ole ketään	4	1	.008	0	0		1	1	ns	2	2	ns	0	0	
(N) Pojat (431-584)															
(N) Tytöt (545-618)															

[1] Tunnetuki = keskustelu henkilökohtaisista asioista ja tunteista tai ongelmista
[2] Apu = Instrumentaalinen tuki: rahaa, erilaisia välineitä tai tavaroita lainaksi
[3] Vastaaja ei ollut yksilöinyt kummalta vanhemmalta tukea tai apua oli saanut
[4] Muu aikuinen = Perheen ulkopuolinen aikuinen (esimerkiksi opettaja, valmentaja, naapuri)

TAULUKKO 28 15-vuotiaiden tyttöjen ja poikien tyytyväisyys sosiaaliseen tukeen (%)

Tyytyväisyys tukeen:	Tuen muoto									
	Tunnetuki[1]		Apu[2]		Neuvot		Myönteinen palaute		Yhdessäolo vapaa-aikana	
Haluaisin ko. tukea nykyistä	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Selvästi enemmän	10	13	11	6	5	5	10	11	18	21
Vähän enemmän	30	50	31	37	41	45	42	54	45	49
En haluaisi enempää	46	35	58	57	54	50	48	35	37	30
Ei ole tapana keskustella[3]	14	2								
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
(N)	(660)	(622)	(643)	(623)	(655)	(620)	(643)	(624)	(659)	(625)
p (sukup. välillä)	<.001		.005		ns		<.001		.037	

[1] Tunnetuki = keskustelu henkilökohtaisista asioista ja tunteista tai ongelmista
[2] Apu = Instrumentaalinen tuki: rahaa, erilaisia välineitä tai tavaroita lainaksi
[3] Vaihtoehtona vain tunnetukea kysyttäessä

Erimielisyydet

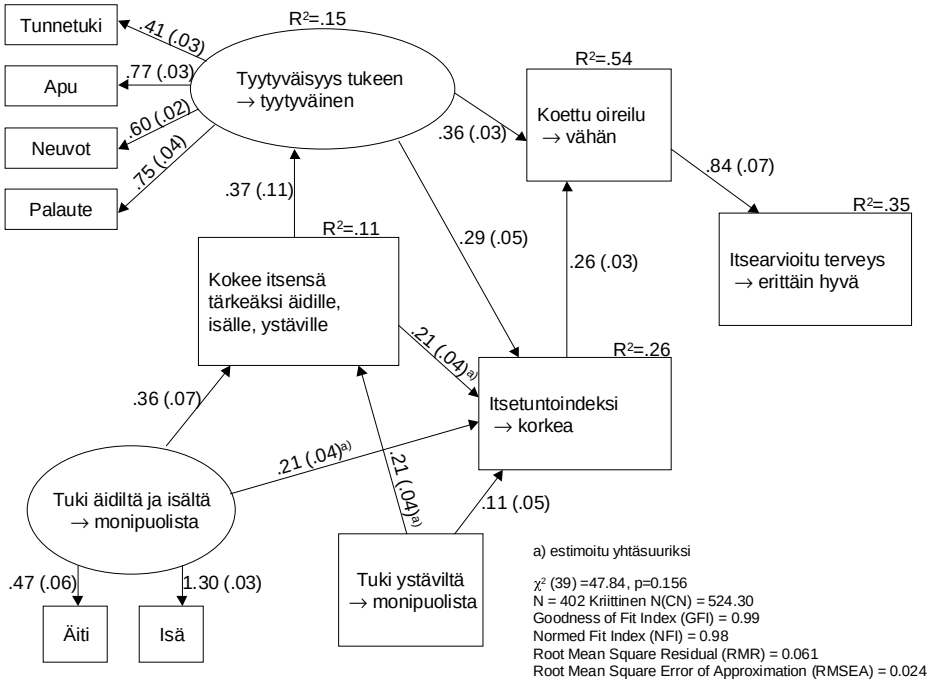
Sosiaaliseen elämään liittyviä ristiriitoja kysyttiin erimielisyyksien esiintymisellä. Pojista noin kaksi kolmasosaa vastasi, etteivät he olleet aineiston keruuta edeltäneen kuukauden aikana joutuneet erimielisyyksiin, hankaluuksiin tai riitoihin muiden ihmisten kanssa. Tytöistä vastaava osuus oli noin yksi kolmasosa, sillä 60 % heistä oli ollut erilaisissa ristiriitatilanteissa edellisen kuukauden aikana. Erimielisyydet olivat syntyneet samojen ihmisten kanssa, joita nuoret nimesivät tuen lähteiksi. Läheiset vuorovaikutustilanteet ovat usein latautuneet sekä positiivisin että negatiivisin tuntein. Tytöistä noin viidennes oli sanaillut äidin ja isän kanssa, 16 % mainitsi kiistelleensä vanhempiensa kanssa erittelemättä kumman vanhemman kanssa. Pojilla vastaavat osuudet olivat hieman pienempiä, äidin kanssa oli sanaillut pojista 15 %, isän kanssa 12 % ja vanhempiensa kanssa kertoi riidelleensä noin kymmenen prosenttia. Tytöistä kolmasosalla ja pojista viidenneksellä oli ollut erimielisyyksiä ystäviensä kanssa. Ainoastaan perheen ulkopuolisten aikuisten kanssa pojilla oli ollut erimielisyyksiä yleisemmin kuin tytöillä. Noin viidesosa pojista ja 10 % tytöistä oli joutunut jonkinlaisiin hankaluuksiin perheen ulkopuolisten aikuisten kanssa.

9.2.3 Sosiaalinen tuki ja itsearvioitu terveys

Sosiaalisen tuen yhteyttä itsearvioituun terveyteen tarkasteltiin rakenneyhtälömallien avulla. Malleihin valittiin samat koetun terveyden indikaattorit, koettu oireilu ja itsetuntoindeksi, jotka olivat mukana edellisen luvun itsearvioidun terveyden rakenneyhtälömalleissa. Vuoden 1994 rinnakkaisaineistossa ei kysytty koettua fyysistä kuntoa. Rakenneyhtälömalleissa sosiaalista tukea kuvasivat äidiltä ja isältä saadun tuen faktori, tyytyväisyyttä

tukeen mitannut faktori ja ystäviltä saatua tukea mitannut summamuuttuja. Suhteiden vastavuoroisuutta sekä tunnetta mahdollisuudesta saada tukea äidiltä, isältä ja ystäviltä mitattiin summamuuttujan avulla. Lisäksi mukana oli sosiaalisia taitoja mitannut summamuuttuja.

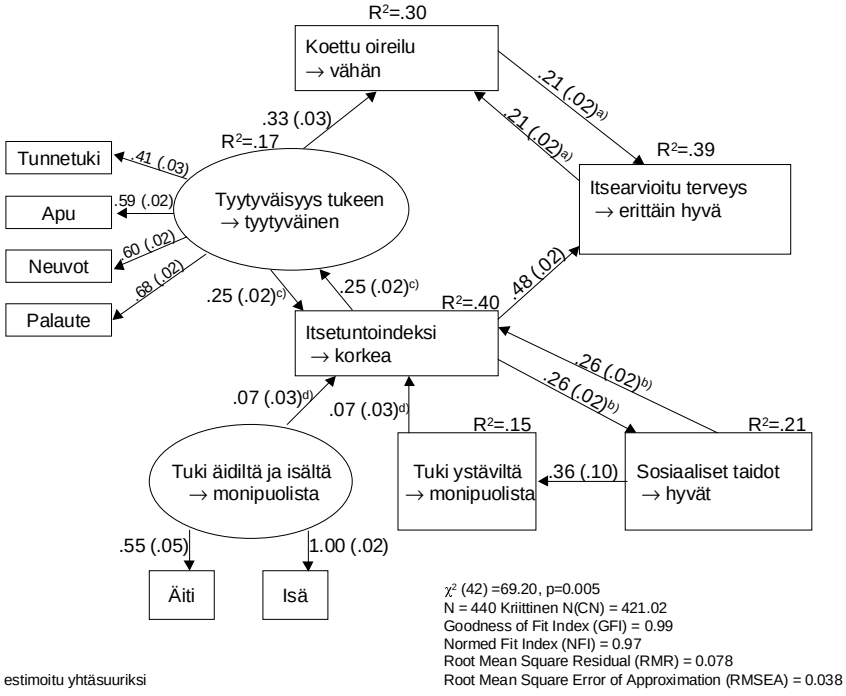
Tilastokäsittelyn jälkeen tyttöjen malliin tulivat mukaan muut tekijät paitsi sosiaalisia taitoja kuvannut summamuuttuja. Suoraan itsearvioituun terveyteen oli yhteydessä vain koettu oireilu, jonka kautta muiden tekijöiden vaikutus välittyi. Koettuun oireiluun olivat suoraan yhteydessä tyytyväisyys tukeen sekä itsetuntoindeksi. Itsetuntoindeksiin olivat yhteydessä tuki vanhemmilta ja ystäviltä, itsensä tärkeäksi kokeminen sekä tyytyväisyys tukeen. Tyttöjen malli selitti itsearvioidun terveyden vaihtelusta 35 %, koetun oireilun vaihtelusta 54 %, itsetuntoindeksin vaihtelusta 26 %, tukityytyväisyyden vaihtelusta 15 % ja itsensä tärkeäksi kokemisen vaihtelusta 11 %. Tyytyväisyyttä saatuun tukeen kuvanneelle faktorille latautui heikoimmin tyytyväisyys emotionaaliseen tukeen, tyytyväisyys saatuun apuun, neuvoihin ja myönteiseen palautteeseen latautuivat keskenään lähes yhtä voimakkaasti faktorille. Vanhemmilta saatua tukea kuvanneelle faktorille latautui voimakkaammin isältä saatu tuki. (Kuvio 14)



KUVIO 14 Itsearvioituun terveyteen ja muihin koetun terveyden tekijöihin yhteydessä olevat sosiaalista tukea kuvaavat tekijät 15-vuotiailla tytöillä: rakenneyhtälömalli

Poikien malliin tulivat tilastokäsittelyn jälkeen koettua terveyttä mitanneiden muuttujien ohella tyytyväisyyttä tukeen mitannut faktori sekä vanhemmilta ja ystäviltä saatua tukea kuvanneet tekijät. Lisäksi malliin tuli mukaan sosiaalisia taitoja mitannut summamuuttuja. Poikien mallissa itsearvioituun terveyteen olivat suoraan yhteydessä koettu oireilu sekä itsetuntoindeksi.

Koettuun oireiluun oli suoraan yhteydessä tyytyväisyyttä tukeen kuvannut faktori. Itsetuntoindeksiin olivat yhteydessä tyytyväisyys tukeen, tuki vanhemmilta, tuki ystäviltä sekä sosiaaliset taidot. Sosiaaliset taidot olivat yhteydessä myös ystäviltä saatuun tukeen. Malli selitti itsearvioidun terveyden vaihtelusta 39 %, koetun oireilun vaihtelusta 30 %, itsetuntoindeksin vaihtelusta 40 %, tyytyväisyyttä tukeen mitanneen faktorin vaihtelusta 17 % ja ystäviltä saadun tuen vaihtelusta 15 %. Sosiaalisia taitoja mitanneen summamuuttujan vaihtelusta malli selitti 21 %. Tyytyväisyyttä tukeen mitanneelle faktorille latautui poikienkin mallissa heikoimmin tyytyväisyys emotionaaliseen tukeen. Vanhemmilta saatua tukea kuvanneelle faktorille latautui voimakkaammin isältä kuin äidiltä saatu tuki myös poikien mallissa. (Kuvio 15)



KUVIO 15 Itsearvioituun terveyteen ja muihin koetun terveyden tekijöihin yhteydessä olevat sosiaalista tukea ja sosiaalisia taitoja kuvaavat tekijät 15-vuotialla pojilla: rakenneyhtälömalli

Molemmissa malleissa monipuolisen sosiaalisen tuen saaminen (tunnetuki, apu, neuvot ja myönteinen palaute) sekä tyytyväisyys saatuun tukeen olivat yhteydessä koetun terveyden tekijöihin. Tytöillä merkittäviksi tekijäksi nousi myös itsensä läheisille ihmisille tärkeäksi kokeminen, pojilla sosiaaliset taidot. Mallien sopivuutta aineistoon tarkasteltiin yhteensopivuusindeksin avulla (GFI>.9, vaihteluväli 0,1). Korkeat arvot ilmaisevat mallin hyvää yhteensopivuutta aineistoon. Tämän perusteella molemmat mallit sopivat aineistoon. RMSEA indeksi ilmoittaa mallin yksinkertaistamisesta johtuvan arviointivirheen suuruutta. Jos arvo on <.05, on malli hyvä. Tämä ehto toteutui molemmissa malleissa. RMR indeksin mukaan, joka selittää kuinka monta prosenttia havaituista otoskorrelaatioista on jäänyt selittämättä, 15-vuotiaiden tyttöjen malli oli hieman poikien mallia toimivampi (RMR=0.061).

9.3 Tulosten pohdinta

Tutkimukseen osallistuneiden nuorten sosiaalisissa verkostoissa samoin kuin sosiaalisen tuen lähteissä oli kolme toisistaan erottuvaa ryhmää. Perheen ja ystävien ohella kolmantena ulottuvuutena vastauksissa erottuivat perheen ulkopuoliset aikuiset. Näitä olivat esimerkiksi opettajat, kouluterveydenhoitaja, naapurit tai valmentaja. Osa heistä kuuluu ns. virallisiin tuen antajiin, jotka esimerkiksi työnsä vuoksi ovat tekemisissä nuorten kanssa.

Tutkimuksessa tuli esille monista aiemmista tutkimuksista tuttu havainto, jonka mukaan suurempi osa tytöistä kuin pojista oli halukas keskustelemaan itselleen tärkeistä asioista muiden ihmisten kanssa (Välimaa 1993, Brannen ym. 1994, Meeus 1994). Pojat olivat tyttöjä yleisemmin tyytyväisiä saamaansa emotionaaliseen tukeen ja myönteiseen palautteeseen. Tyttöjen ja poikien välinen ero emotionaalisen tuen hakemisessa on merkityksellinen, koska emotionaalinen sosiaalinen tuki on todettu tärkeäksi ihmisten terveydelle ja hyvinvoinnille. (Cohen ja Syme 1985.)

Siuralan (1994) mukaan myöhäismodernin yhteiskunnan teoretisoinneissa on katsottu perinteisten sosiaalistumista ohjaavien säännöstöjen ja käytäntöjen rapautuvan. Perhe, vanhemmat, koulu, nuorisojärjestöt, työelämä, uskonto, politiikka ja muut ideologiat menettävät otteensa nuorista. Nuorten sosiaalisiin suhteisiin tämän niin sanotun eroosiokehityksen on tulkittu vaikuttavan siten, että nuoret irrallistuvat, jäävät sosiaalisten kollektiivien ja ryhmien ulkopuolelle. Toisen vaihtoehtoisen tulkinnan mukaan muutos ei ole yhtä dramaattinen, vaan sosiaaliset suhteet vain muuttavat muotoaan.

Tämän tutkimuksen mukaan nuorten erillistymiseen ja sosiaalisista suhteista irtautumiseen viittaavaa ei havaittu. Aikaisemmin saman aineiston perusteella on todettu, että sekä tytöt että pojat kokivat itse olevansa tärkeitä läheisille ihmisilleen (Välimaa 1996). Vain hyvin harvat nuoret vastasivat, ettei heillä ole ketään kenen puoleen ongelmissaan kääntyä. Tossavainen (1993) sai hieman eri tavalla painottuneita vastauksia kysyessään nuorilta, oliko heillä

yhtään aikuista, jolle kertoa ongelmistaan. Noin neljäsosalla pojista ja vajaalla viidesosalla tytöistä ei ollut tällaista aikuista ihmistä. Nyt tarkasteltavassakin tutkimuksessa nuoret näyttivät kääntyvän henkilökohtaisissa ongelmissa yleisemmin ystäviensä kuin vanhempiensa tai muiden aikuisten puoleen. Tulos saattaa heijastaa sitä, ettei kuuntelevia ja helposti lähestyttäviä aikuisia ole nuorten arkipäivässä saatavilla.

Nuorten ystävyyssuhteiden muuttuminen, ystävyyssuhteiden sektoroituminen tai nuorten kiinnittymisen asteet erilaisiin ryhmittymiin eivät kuuluneet tämän tutkimuksen kysymyksenasetteluihin. Nuorten vastausten perusteella on esimerkiksi mahdotonta tietää saako nuori samalta ystävältä monenlaista apua, vai onko nuorella eri tavalla suuntautuneita ystävyyssuhteita, jotka ”palvelevat” erilaisissa tilanteissa. Verkostojen tarkempi tutkimus vaatiikin erilaista tutkimusotetta, tarkempaa tilastollista verkostoanalyysia sekä laadullista lähestymistapaa.

Tässä tutkimuksessa tyttöjen verkostot olivat poikien verkostoja suuremmat. Sama todettiin myös Huurteen ym. (1996) tutkimuksessa, jossa tarkasteltiin yläasteen 7. – 9.-luokkalaisten sosiaalisia verkostoja. Heikkinen (1999) on tarkastellut 18 – 27-vuotiaiden Pohjois-Karjalassa asuvien syrjäytymisvaarassa olevien nuorten verkostoja. Myös hänen aineistossaan naisten verkostot olivat miesten verkostoja suuremmat, näin oli myös Kuntun (1997) korkeakouluopiskelijoita käsittelevässä tutkimuksessa.

Perhe

Perheen tukisuhteista voi saada erilaisten tutkimusten perusteella hyvinkin erilaisen kuvan. Esimerkiksi Nestmann ja Niepel (1994) totesivat perheen sosiaalisia verkostoja tutkiessaan, että vanhemmat saattoivat unohtaa mainita osan arkipäivän rutiinisuhteistaan. Usein unohdus osui omiin lapsiin. Kuitenkin useimmat lapset antavat vanhemmilleen monenlaista tukea ja apua jokapäiväisissä vuorovaikutustilanteissa. Toisaalta nuoren arvio vanhemmilta saadusta tuesta voi heijastaa enemmänkin hänen senhetkistä mielialaansa tai käsitystään vanhempi-lapsi suhteesta kuin aikuisen todellista käyttäytymistä (Weiss 1982). Vanhempien ja lasten itsensä kuvaamat lasten verkostot voivat olla erilaiset. Kumpulaisen (1994) tutkimuksessa kahdeksanvuotiaat lapset ilmoittivat verkostoihinsa enemmän ikätovereita, vanhemmat puolestaan aikuisia. Vanhempien mukaan lasta kannustivat erityisesti aikuiset, lapset itse kokivat saaneensa kannustusta ystäviltään.

Tämän tutkimuksen mukaan vanhemmat ja sisarukset olivat nuorille tärkeitä arkielämän tukijoita. Nuorten vastauksissa heijastui äitien merkittävä rooli perheiden vuorovaikutuksessa. Sama todettiin Huurteen ym. (1996) tutkimuksessa. Arkea organisoivana äidillä on paljon kontaktimahdollisuuksia lastensa kanssa. Useinhan myös tuen tarpeista kommunikoidaan arkisten rutiinien lomassa. Omista henkilökohtaisista asioista puhumisen helppous naispuoliselle henkilölle tuli esiin myös nuorten ystävyyssuhteita käsitelleissä ryhmähaastatteluissa (Pötsönen ja Välimaa 1998). Sekä tytöt että pojat puhuivat omista asioistaan mieluummin tytön kuin pojan kanssa.

Läheisten suhteiden latautuneisuus tuli esille tarkasteltaessa keiden kanssa nuorilla on ollut ristiriitoja viimeisen kuukauden aikana. Usein kiistoja oli tullut nuoren ja vanhempien välille. Tytöillä oli poikia yleisemmin kinaa äitinsä ja isänsä kanssa. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin Tossavaisen (1993) 1984 – 1988 saamat tulokset. Rantasen tutkimuksessa (1989) peruskoulun kahdeksasluokkalaisten perheissä riitojen ja erimielisyyksien aiheet vaihtelivat. Suurimmaksi osaksi ne liittyivät nuoren itsenäistymiseen ja perheen kehitykselliseen murrosvaiheeseen. Perheet kertoivat eniten erimielisyyttä tulevan nuoren menemisistä: monissa perheissä vanhemmat toivoivat nuoren liikkuvan edelleen perheen mukana. Erimielisyyttä oli nuoren kotiintuloajoista, rahankäytöstä ja läksyjen ja kotitöiden tekemisestä. Blos (1979) on erottanut toisistaan kehitykselliset riidat ja todellisen vieraantumisen nuoren ja vanhempien välillä. Kehitykselliset erimielisyydet ovat kehityksen palveluksessa ja keino kohti kypsyyttä.

Ystävät, vertaisryhmät

Ystävien osuus 15-vuotiaiden tyttöjen ja poikien läheisissä oli suuri. Ystäväsuhteet painottuivat vielä enemmän tyttöjen kuin poikien vastauksissa. Yhtäältä tämä voi johtua tyttöjen aikaisemmasta kypsymisestä. Ystävien merkitys kodin ja vanhempien rinnalla näkyi selvemmin tytöillä kuin pojilla, samoin tyttöjen poikia varhemmin aloittama seurustelu. Tytöistä noin neljännes ilmoitti poikaystävänsä itselleen tärkeäksi läheiseksi ihmiseksi, pojista tyttöystävänsä vain noin joka kymmenes. Toisaalta ero ystävien määrässä itselle tärkeinä ihmisinä voi heijastaa tyttöjen ja poikien ystävyyssuhteiden luonteen ja selviytymisstrategioiden erilaisuutta. Tytöt suuntautuvat enemmän ystäviinsä, pojat toimintaan. (Rauste-von Wright 1982, 1987.) Tytöt ja pojat tarvitsevat Aapolan (1992) mukaan ystävyyssuhteissaan erilaisia kokemuksia saadakseen minälleen vahvistusta. Tytöille ovat tärkeitä läheiset ystävyyssuhteet, kun taas pojat valikoivat kavereita, jotka arvostavat heidän suorituksiaan.

Kysytyt tuen muodot kartoittivat ehkä paremmin tytöille tyypillisiä vuorovaikutustilanteita. Pojille ominaisempi toimintaorientoitunut kommunikointi ei ehkä avaudu lomakekyselyllä yhtä hyvin kuin feminiinisempi keskusteluvoittoinen arjen murheiden ja huolien ratkaiseminen ja toisen tukeminen. Lomakeaineistossa valmiit vastausvaihtoehdot voivat tahattomastikin kärjistää tyttöjen ja poikien toimintaa yksinkertaistavaa vastakkainasettelua.

Kirchler ym. (1993) totesivat tutkimuksessaan, että nuoruusiän kehitysvaiheiden läpikäymisessä nuori voi saada arvokasta tukea sekä perheeltään että erilaisilta vertaisryhmiltä ja ystäviltään. Perheessä keskustellaan enemmän tulevaisuuteen liittyvistä asioista, kuten koulunkäynnistä ja työstä. Esimerkiksi Kontulan (1988) tutkimuksen mukaan yleisin keskustelunaihe vanhempien ja heidän 13-vuotiaiden lastensa välillä oli koulumenestys. Vertais-

ryhmässä nuori voi harjoitella aikuista käyttäytymistä ja etsiä omaa identiteettiään, siellä korostuu myös rentoutuminen ja virkistyminen (Kirchler ym. 1993). Vapaa-ajan vietto nimenomaan ystävien seurassa näkyi tämän, kuten aiemmankin suomalaisnuorille tehdyn tutkimuksen tuloksissa (Huurre ym. 1996).

Suhteiden läheisyys

Terveystutkimuksissa on sosiaalisen integroitumisen ohella kiinnitetty huomiota erityisesti sosiaalisten suhteiden laatuun. Aikuisiin kohdistuneiden tutkimusten mukaan naisten ja miesten sosiaalisten verkostojen erot löytyvätkin etupäässä suhteiden laadusta ja toimintasisällöistä, eivät niinkään niiden määrästä tai verkostojen rakenteesta (Antonucci ja Akiyama 1994). Esimerkiksi naisten naisvaltaiset verkostot tarjoavat mahdollisuuksia emotionaalisen tuen molemminpuoliseen vaihtoon (Melkas 1992).

Sosiaalista tukea tutkittaessa on usein tarkasteltu vuorovaikutussuhteiden intiimiyttä. Usein naisten suhteiden on todettu olevan intiimimpiä, enemmän puheelle ja uskoutumiselle perustuvia kuin miesten toiminnallisesti orientoituneet suhteet (Messner 1992). Swain (1989) on kritisoinut tämän yksinkertaistuksen johtuvan paljolti siitä, että rakkauden ja läheisyyden käsitteet on feminisoitu. Hänen mukaansa miesten suhteisiin liittyy läheisyyttä, joka ei ole yhtä helposti havaittavissa kuin naisten välinen läheisyys on.

Walkerin (1994) mukaan naisten ja miesten keskinäisten suhteiden raportoidut erot voivat johtua myös siitä, että ihmiset arvioivat suhteitaan kulttuurissa vallitsevien normien sekä mies- ja naisstereotypioiden perusteella. Täten naisten intiimimmät ja miesten ehkä toimintaorientoituneemmat suhteet ovat se lähtökohta, josta käsin omia suhteita tarkastellaan. Walker on kuitenkin tutkimuksessaan todennut, että miesten ja naisten suhteet ovat tätä suppeata luokittelua huomattavasti monipuolisempia.

Jos sosiaalisia verkostoja tarkastellaan yksilön voimavaroina, voidaan niihin sisältyvät ihmisten väliset siteet jakaa ns. tiiviisiin tai löyhiin ja vahvoihin tai heikkoihin siteisiin. Vahvat siteet esimerkiksi perheeseen ja muihin läheisiin ihmisiin ovat usein emotionaalisen tuen ja suurten instrumentaalisten panosten tukisuhteita. Ne antavat apua akuuteissa kriiseissä nopeammin ja varmemmin kuin heikoista siteistä koostuva löyhä verkosto. (Cotterell 1996.) Jälkimmäisestä voi sitä vastoin olla suurta apua etsittäessä sellaista tietoa, joka ei normaalisti leviä ihmisen lähisuhteissa (Galaskiewics ja Wasserman 1993). Verkostojen koon perusteella ei toki voi tehdä päätelmiä niiden tiiviydestä, mutta tässä tutkimuksessa tyttöjen suuret verkostot sisältänevät mahdollisuuksia esimerkiksi monipuoliseen tiedonsaantiin. Heikot siteet voivat toimia myös siltana nuoren ja uusien ihmisten sekä uusien mahdollisuuksien välillä (Granovetter 1973, Bø 1994). Löyhät ja ulospäin suun-

tautuneet verkostot ovat osoittautuneet hyödyllisiksi myös terveyden kannalta etenkin silloin, kun terveyspalveluja, apua ja tukea on pitänyt hakea perheen ja lähipiirin ulkopuolelta (Campbell 1991).

Sosiaalisen tuen yhteydet koettuun terveyteen

Tässä tutkimuksessa koettua terveyttä kuvasivat itsearvioitu terveys, koetut oireet sekä terveyden psyykkistä ulottuvuutta itsetuntoindeksi. Sosiaalisen verkoston kokoa ja erilaisen tuen antajien määrää kuvanneet tekijät eivät korreloineet koettua terveyttä kuvanneisiin indikaattoreihin, kuten eivät aiemmissakaan tutkimuksissa (House ym. 1988a, van Aken ym. 1994). Tämän vuoksi rakenneyhtälötarkastelussa keskityttiinkin sosiaalisen tuen laadullisia ominaisuuksia kuvanneisiin tekijöihin. Sosiaalisen tuen laatua pyrittiin kuvaamaan mahdollisimman monipuolisesti tyytyväisyytenä tukeen sekä tunnetuen, avun, neuvojen ja myönteisen palautteen saamisena äidiltä, isältä ja ystäviltä. Lisäksi tarkasteltiin suhteiden vastavuoroisuutta – itsensä läheisille ihmisille tärkeäksi kokemisen tunnetta. Tarkastelussa oli mukana myös sosiaalisia taitoja kuvannut summamuuttuja. Tulos tuen laadullisten ominaisuuksien tärkeydestä on samansuuntainen kuin aiemmat tulokset, jotka yhdistävät myönteiset kokemukset sosiaalisesta tuesta hyväksi koettuun terveyteen (House ym. 1988a, van Aken ym. 1994).

Sosiaalisen tuen yhteyksiä itsearvioituun terveyteen tarkasteltiin erikseen tytöille ja pojille muodostettujen rakenneyhtälömallien avulla. Tyttöjen mallissa itsearvioituun terveyteen oli suoraan yhteydessä vain koettu oireilu, jonka välityksellä muiden mallissa mukana olleiden tekijöiden vaikutus välittyi. Tuen monipuolinen saaminen ja tyytyväisyys tukeen sekä suhteiden kokeminen vastavuoroisiksi (itsensä tärkeäksi kokeminen) olivat tyttöjen mallissa tärkeitä sosiaalista tukea kuvanneita tekijöitä.

Poikien malliin tulivat koetun terveyden muuttujien ohella mukaan tyytyväisyys tukeen, sosiaaliset taidot sekä vanhemmilta ja ystäviltä saatu tuki. Pojilla itsearvioituun terveyteen olivat yhteydessä sekä koettu oireilu että itsetuntoindeksi. Sekä poikien että tyttöjen mallissa vanhemmilta saatua tukea kuvanneelle faktorille latautui voimakkaammin isältä kuin äidiltä saatu tuki.

Molemmilla sukupuolilla ystäviltä saatu tuki oli yhteydessä itsetuntoindeksiin. Hurrelmann ja Lösel (1989) ovatkin todenneet, että nuorilla, jotka ovat erilaisten nuorisoryhmien marginaalissa, on enemmän itsetunto-ongelmia kuin hyvin ryhmissä sisällä olevilla nuorilla.

Sekä tyttöjen että poikien malleissa tuli esille se, että emotionaalinen tuki ei latautunut yhtä voimakkaasti tukityytyväisyyttä mitanneelle faktorille kuin tyytyväisyys muunlaiseen tukeen. Tämä kertoo siitä, että arkipäivän tilanteissa nuorille on tärkeää se, että heidän lähellään on ihmisiä, joilta he saavat käytännöllistä apua, neuvoja ja myönteistä palautetta. Jos tutkimusasetelmassa olisi tarkasteltu elämän kriisitilanteita ja vaikeista ongelmista selviytymistä,

tyytyväisyys emotionaaliseen tukeen olisi voinut muodostua nykyistä tärkeämmäksi tekijäksi. Toimiva arkinen vuorovaikutus ja tuen saanti ovat merkityksellisiä jokaisen nuoren koetulle terveydelle. Lähiyhteisöissä on kuitenkin oltava riittävästi herkkyyttä huomata, milloin nuori tarvitsee nimenomaan kuuntelijaa ja oman voinnin kyselijää.

10 NUORTEN TERVEYSKÄSITYKSET RYHMÄHAASTATTELUJEN VALOSSA

10.1 Tutkimustehtävä

Neljäntenä tutkimustehtävänä analysoitiin, miten peruskoulun yhdeksännen luokan oppilaat ymmärsivät terveyden käsitteen kyselytutkimuksessa. Aineisto on kerätty keväällä 1997 teemoitetuin ryhmähaastatteluin. Ryhmähaastatteluissa keskusteltiin kyselytutkimukseen liittyvän terveysmäärittelyn lisäksi terveydestä yleisemminkin.

Nuorten terveystutkimusten aineistot on yleisesti kerätty erilaisin kyselylomakkein joko postikyselynä tai luokkakyselyin kouluissa (Kontula 1991, Kannas 1995, Rimpelä ym. 1997). Tämä onkin lähes ainoa tapa, kun halutaan koota ikäluokkaa edustavia tietoja. Kun tutkimuksen kohteena ovat nuorten omat käsitykset ja kokemukset ja terveydelle annetut merkitykset, ei kyselylomake yleensä riitä tutkimusvälineeksi, tarvitaan toisenlaisia kysymyksenasetteluja ja toisenlaisia aineistoja. Suomalaisessa nuorten terveys- ja terveyskasvatustutkimuksessa ei ole kovin paljon kuultu nuorten omaa ääntä (Pötsönen 1998). Kuitenkin jo hyvin nuoretkin lapset vaikuttavat itse aktiivisesti omaan elämäänsä ja jäsentävät sitä. He pystyvät myös kertomaan omista kokemuksistaan ja tunteistaan. (Stern 1985, Rantanen 1989, Puura 1998.) Lasten ja nuorten omien äänien kuunteleminen on tärkeää senkin vuoksi, että heidän kertomansa tuo usein esille erilaisia asioita tai painotuksia kuin vanhempien, opettajien tai muiden läheisten aikuisten ihmisten puhe.

Ennen ryhmähaastattelujen tulosten esittelyä paneudutaan tarkemmin joihinkin ryhmähaastattelun piirteisiin, koske se aineistonkeruumenetelmänä poikkeaa kyselytutkimuksesta.

10.2 Ryhmähaastattelu aineistonkeruumenetelmänä

Tässä työssä valittiin laadullisen aineiston keräämiseen verrattain harvoin käytetty ryhmähaastattelu, koska erityisesti nuoria haastateltaessa sillä on tiettyjä etuja. Nuoresta ryhmä voi tuntua turvallisemmalta kuin kahdenkeskinen tilanne haastattelijan kanssa. Hän voi rauhassa kuulostella mihin suuntaan keskustelu kulkee ja osallistua tilanteen mukaan. (Välimaa ja Pötsönen 1996.) Menetelmänä ryhmähaastattelu on erityisen käyttökelpoinen, kun ollaan kiinnostuneita haastateltavien mielipiteistä ja kulttuurisista jäsennyksistä. Ryhmien haastatteleminen tarjoaa hyvän mahdollisuuden päästä käsiksi pienoiskulttuurien merkitysrakenteisiin.

Ryhmähaastattelua (focus group interview tai focus group discussion) voidaan luonnehtia keskusteluksi, jossa käsitellään ennalta sovittuja aiheita. Ryhmähaastattelu voidaan toteuttaa monella tavalla. Ensiksikin se voi olla strukturoitu, jolloin haastattelija esittää saman kysymyksen kaikille osallistujille vuorollaan, ilman että osallistujat keskustelevat keskenään. Toiseksi ryhmähaastattelulla voidaan tarkoittaa ryhmässä tapahtuvaa enemmän tai vähemmän ohjattua teemoitettua keskustelua. Nämä teemahaastattelut ovat yleensä ajallisesti rajattuja ja puitteiltaan yhdenmukaistettuja haastatteluja, joissa haastattelija esittää tiettyyn aihepiiriin liittyviä kysymyksiä. Haastattelija voi myös tehdä tarkentavia lisäkysymyksiä. (McCracken 1988.)

Kolmanneksi haastattelu voi olla vain vähän ohjattu keskustelunomainen tilanne. Tällöin haastattelija keskittyy ryhmän havainnointiin ja ohjaa sen toimintaa vain sen verran kuin aiheessa pysyminen ja keskeiset kysymyksenasettelut edellyttävät. Lopulliseen käytännön toteutukseen vaikuttavat tutkimuksen tavoitteet, aihe ja ryhmän kokoonpano. (Morgan 1988, Stewart ja Shamdasani 1990, Krueger 1994.) Haastattelijan ohella haastattelussa voi olla myös toinen tutkija, joka havainnoi ryhmän vuorovaikutusta, ilmapiiriä ja keskustelun yleistä kulkua. Keskustelut nauhoitetaan ja kirjoitetaan teksteiksi, litteraation tarkkuus vaihtelee tutkimuksen tavoitteen mukaisesti (Sulkunen 1990, Krueger 1994, Välimaa ja Mäntyranta 1998).

Ryhmähaastatteluja voidaan käyttää hyvin erilaisiin tarkoituksiin, mikä heijastuu myös analyysistrategioihin. Sulkunen (1990) mainitsee viisi lähestymistapaa. Ryhmähaastattelu voi keskittyä faktuaalisen informaation, yhteisten normien tai ihanteiden, ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen (ryhmän rakenne ja hierarkiat), kommunikaation (sosiolingvistinen) tai merkitysrakenteiden (kulttuuri- tai sosiosemiotiikka) tutkimiseen. Sulkusen mukaan ryhmähaastattelun analyysi keskusteluna saattaa olla vaikeaa, koska aineisto on vain osittain varsinaisesti keskustelua. Haastateltavat puhuvat pääasi-

assa toistensa ohi, ottaen muiden puheenvuoroista aiheita ja virikkeitä, mutta antautuvat vain harvoin mihinkään dialogia muistuttavaan vuoropuheluun. (Sulkunen 1990, Nikander 1995.)

Saarenheimo (1998) on pohtinut arkipuheen tutkimusta. Tässä käytetään hänen pohdintojaan, vaikka ryhmähaastattelutilanne onkin Peräkylän (1997) mukaan virallinen puhetilanne. Siinä heijastuvat kuitenkin osallistujien arkipuhe, heidän omat käsityksensä ja merkityksenantonsa. Pyrittäessä ymmärtämään ihmisiä, ryhmiä, yhteisöjä ja näiden erilaisia kokemuksia ja elämänkäytäntöjä, joudutaan aina tavalla tai toisella kysymään ihmisiltä itseltään jotakin. Tällöin ollaan tekemisissä kielen, puheen ja vuorovaikutuksen kanssa.

Arkipuheen näkökulma nostaa tutkittavien omat käsitykset ja jäsennykset mielenkiinnon kohteiksi. Kun ihmiset puhuvat toisilleen elämästään tai ylipäänsä todellisuudesta, puhe koostuu hyvin monentyyppisistä aineksista. Mukana on kokemuksia, faktatietoja, mielipiteitä, teorioita jne. Kaikki nämä ainekset ovat puheessa limittäin ja sisäkkäin ja mitä mielenkiintoisimmilla tavoilla jäsentyneinä. Tutkijan tehtävä on osoittaa puheesta näitä erilaisia elementtejä ja niiden suhteita, puuttua ristiriitaisuuksiin ja kysellä niiden merkitystä. Näkökulma sallii erilaisten elementtien rinnakkaisuuden ja kutsuu tutkijaa analysoimaan juuri tätä variaatiota, joka tilastollisissa tutkimuksissa voi hävitä. (Saarenheimo 1998.)

Nuorten puhe terveydestä ilmaisee heidän mielipiteitään ja näkökantojaan. Puheaineistossa näkyvät myös erilaiset puhekäytännöt. Sargentin ja Brettellin (1996) mukaan antropologiassa on yleisesti hyväksytty, että kieli rakentaa ja muovaa käsityksiämme todellisuudesta. Käyttämämme kieli vaikuttaa tapaamme reagoida maailmaan ja käyttäytyä siinä. Tutkijalle kieli tarjoaa työkalun, jonka avulla voi tarkastella nuorten maailmaa.

10.3 Metodisia havaintoja

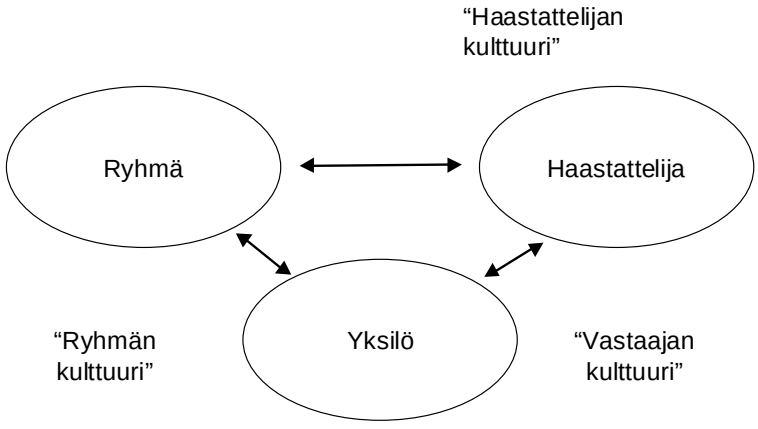
Kitzinger (1994) on pohtinut ryhmähaastatteluun liittyviä metodologisia kysymyksiä. Hänen lähtökohtanaan on, että kaikki puhe, jolla ihmiset tuottavat merkityksiä, on kontekstuaalista. On olemassa erilaisia diskursseja, joita esitetään julkisilla ja yksityisillä näyttämöillä. Ryhmäkeskustelujen antama tieto ei ole “parempaa” kuin yksilöhaastattelujen, se vain on tuotettu erilaisessa sosiaalisessa kontekstissa. Tietyt tilanteet helpottavat tietynlaisten diskurssien esille tuloa, toiminta ei tapahdu kulttuurisessa tyhjiössä.

Haastattelutilanteeseen liittyviä tekijöitä, niiden merkityksiä ja mahdollisuuksia kannattaa pohtia huolellisesti tutkimusaineiston kannalta. Erityisesti voidaan problematisoida kontekstin ja tutkimuksen kysymyksenasettelun välinen suhde. (Alasuutari 1994, Oinas 1996, Välimaa ja Pötsönen 1996.) Koska ryhmähaastattelu sisältää ryhmän keskinäisen vuorovaikutuksen, se on yksilöhaastattelua lähempänä sitä elämän todellisuutta, jossa mielipiteet, asenteet ja tavat muodostuvat ja jossa ihmiset toimivat sosiaali-

sessa ympäristössään (Krueger 1994). Samasta syystä - ryhmän vuorovaikutuksesta johtuen - voivat osallistujien esittämät mielipiteet olla kaukana heidän “oikeista” mielipiteistään.

Ryhmähaastattelun rajoituksina pidetään, että ryhmässä yksilöllisyys ei välttämättä tule riittävästi esille. Myös vähemmistön mielipiteet, näkökulmat ja ajatukset voivat jäädä liian vähälle huomiolle. Ryhmän synergiaetujen vastapainona ryhmään osallistujat aina myös kontrolloivat toisiaan. Ryhmähaastattelu tuottaa sosiaalisen ympäristön ja siinä lausutut kommentit on hahmotettava tätä taustaa vasten. Keskustelun kuluessa osallistujat saattavat muuttaa mielipiteitään toisten mielipiteiden mukaisiksi. (Morgan 1988, Stewart ja Shamdasani 1990, Krueger 1994.) Ryhmähaastatteluissa vaikuttavat samanlaiset harhaisuudet kuin muissakin haastatteluissa. Muun muassa vetäjän näkyvät reaktiot voivat vaikuttaa siihen, mistä ja miten keskustellaan tai keskustelijat voivat antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia. Lisäksi on muistettava, että ryhmähaastatteluin voidaan tutkia vain sellaisia henkilöitä, jotka ovat kykeneviä ja halukkaita kertomaan muille mielipiteistään. (Basch 1987.)

Keskustelua yksilö- ja ryhmähaastattelun eduista ja rajoituksista voi tarkastella myös Goffmanin (1959) ajatusten avulla. Hänen näyttämö -käsitteensä, jonka keskeisiä elementtejä ovat tila, toimijat ja sosiaalinen konteksti, kuvaa havainnollisesti sitä, että puhuessamme puhumme aina jollekin yleisölle. Tilanne ei ole yksisuuntainen vaan vuorovaikutteinen, näyttämöllä et ole yksin vaan vuorovaikutuksessa toisten kanssa. Lisäksi näyttämötila on jatkuvasti muuttuva, tilanteet vaihtelevat. Sosiaaliset odotukset siitä miten minun pitäisi “esittää itseäni” ovat erilaisia eri näyttämöillä (Goffman 1959), esimerkiksi koulussa kavereiden kanssa tai kotona (Oinas 1998). Kuvioon 16 on tiivistetty edellä käytyä metodista keskustelua tutkimusaineiston muotoutumisesta ryhmähaastattelussa.



KUVIO 16 Vuorovaikutusprosessi ryhmähaastattelutilanteessa, ryhmän, haastattelijan ja nuoren sekä erilaisten “kulttuurien” keskinäiset suhteet

Lapsi- ja nuorisotutkimuksessa on aina läsnä se metodologinen kysymys, miten tutkija, joka aikuisena on automaattisesti nostettu sosiokulttuurisessa hierarkiassa lasta tai nuorta korkeammalle, pystyy purkamaan tätä auktoriteettisuhdetta? Niin havainnointi kuin haastattelutilanteetkin saattavat muodostua sukupolvivallan pienoisnäyttämöiksi. Valtakysymykset eivät tietenkään liity yksin näihin ikäryhmiin, vaan ovat mukana tutkittiinpa minkä ikäisiä hyvänsä. Lallukan (1996) mukaan kannattaa pohtia myös sitä, miksi aineisto kerätään useimmiten suurten ikäsidonnaisten instituutioiden kautta (päiväkoti, koulu) silloinkin, kun tutkimusaihe ei koske lasten elämää, olosuhteita tai toimintaa näissä instituutioissa. (Thorne 1993, Mayall 1996.) Tässä tutkimuksessa koulu oli luonteva aineistonkeruupaikka, koska näin nuorten tavoittaminen kävi sujuvasti. Tutkimuksen muutkin aineistot on kerätty kouluissa, luokkakyselyinä, mikä myös puolsi koulun käyttöä haastatteluaineiston keruuseen.

Ryhmähaastattelu on Sulkusen (1990) mukaan yksi tapa pyrkiä ratkaisemaan yksilöhaastattelussa esille tulevia ongelmia. Esimerkiksi haastateltavien tutkijaan kohdistamat odotukset ovat ryhmähaastattelussa vähemmän esillä kuin yksilöhaastattelussa, jossa haastateltava on koko ajan haastattelijan huomion kohteena. Ryhmähaastattelutilanne saattaa vähentää myös haastattelijan sukupuolen merkitystä haastattelutilanteessa (Topo ym. 1987). Toiseksi yksilöhaastattelussa haastattelija voi ryhmähaastattelutilannetta enemmän vaikuttaa esille tuleviin asioihin ja siihen miten ne esitetään. Ryhmähaastatteluun osallistuvien keskustelu saattaa aaltoilla teeman ympärillä hyvinkin vapaasti. Tällöin haastateltavat saattavat suunnata puheenvuoronsa pääsääntöisesti toisilleen, eivät yksinomaan tutkijalle. (Morgan 1988.)

Pienessä, hyvin toimivassa ja turvallisessa ryhmässä ihmiset voivat ilmaista spontaanisti, mitä he ajattelevat ja tuntevat kyseisestä aiheesta ja miksi he kokevat näin. Haastattelujen tarkoituksena on etsiä kulttuurisia luokituksia, prosesseja ja yhteisiä merkityksiä (McCracken 1988). Ryhmähaastattelutilanne saattaa “vahvistaa” (empower) osallistujia enemmän kuin yksilöhaastattelu (Hardon 1997). Ryhmän jäsenet myös stimuloivat toisiaan tuomaan esiin sekä yhteneviä että toisistaan eriäviä näkemyksiä (Basch 1987, Bertrand ym. 1992).

10.4 Nuoret, koulu ja puheaineisto

Lönnqvist (1997) on analysoinut koulukulttuuria ja koulun sosiaalista elämää tavalla, joka helpottaa lukijaa siirtymään koulumiljööseen. Lönnqvistin analyysi antaa välineitä myös haastattelupuheen, lähinnä puhetapojen, purkamiseen. Pohdinnassa tarkastellaan aineistoa myös muiden koulututkijoiden tutkimusten valossa (Gordon ja Lahelma 1996).

Lönnqvistin (1997) mukaan koulu jakaantuu kahteen hyvin erilaiseen, mutta jatkuvasti kohtaavaan ja keskenään jännitteessä olevaan maailmaan: opettajakuntaan ja opettajanhuoneeseen sekä oppilaisiin ja luokkahuoneeseen. Näiden välille jää puolueettomia vyöhykkeitä kuten käytävät, aulat ja ruokailutilat, joissa kommunikointi on vapaampaa. Näiden maailmojen lisäksi hän on löytänyt koulusta erilaisia ulottuvuuksia, joita ovat alueellinen, sosiaalinen, rituaalinen ja ajan ulottuvuus.

Alueellinen ulottuvuus liittyy koulun järjestyksiin ja erilaisiin näkymättömiin hierarkioihin tila- ja paikkajaossa. Sosiaalinen ulottuvuus korostuu molempien ryhmien vaaliessa koskemattomuuttaan tilanteessa ja tilassa, jossa ollaan hyvin läheisesti kosketuksessa toistensa kanssa. Rituaalinen ulottuvuus ilmenee nykyisin hyvin näkyvästi tarpeena järjestää koulussa juhlia mitä erilaisimpien aiheiden johdosta. Ajan ulottuvuus puolestaan on taistelua ajasta, taistelua säännöstelystä ja vapaudesta. Se on valtataistelua aikuisen ja aikuisuutta tavoittelevan nuoruuden välillä. Lönnqvistin mukaan aikaan liittyy myös taistelu tiedosta: mitä kannattaa kuunnella ja omaksua. Koska virallinen koulukulttuuri painottaa tietoa, suoritusta, järkevää suunnittelua, karriääriä ja tulevaisuutta, on koululaisten kehitettävä eloonjäämisoppi, jonka avulla he voivat purkaa heihin kohdistuvia virallisen kulttuurin paineita. Tämä eloonjäämisoppi koostuu keinoista, joiden avulla nuoret voivat ritualisoida virallisuutta, parodioida sitä, kokeilla sen rajallisuutta ja näin saavuttaa tasapaino. (Lönnqvist 1997.)

Lönnqvistin (1997) kuvaama virallisuuden parodiointi ja sen rajojen kokeilu tuli esiin poikaryhmien haastatteluissa. Pojat kokeilivat yhtäältä haastattelijan kestävyyttä, sietokykyä ja toisaalta he kyseenalaistivat välillä koko tilanteen tietyillä eleillä tai puheenvuoroilla. Ennen seuraavaa puhekatkelmaa oli pojilta jouduttu hieman “lypsämällä” kyselemään, mitkä kaikki asiat heidän mielestään vaikuttavat terveyteen.

H: ”Mitäs vielä?”
P1: ”Alkaa suuta tässä kuivaan…
(Naurua)
P1: … lähetään drinkille.”
P2: ”Sitt tulis ainakin juttua.”
P3: ”Pari paukkua kun tarjoat niin puhutaan jo mielellään”
P1: ”No ei sitten. Me ollaan kaikki absolutisteja.”

Tässä lyhyessä puhekatkelmassa pojat rikkoivat tilanteen virallisuutta ja keskustelun normatiivisuutta moniulotteisesti tuomalla keskusteluun siihen kuulumattomia elementtejä. He vieläpä kyseenalaistivat yhteiskunnan säännöt alaikäisten alkoholinkäytöstä, juomisesta koulun tiloissa, haastattelijasta (aikuisesta) alkoholin tarjoajana, ja tämän jälkeen he paradoksaalisesti murensivat kaiken edellä mainitun toteamalla olevansa absolutisteja! Koko aikuisten yhteiskunta ja sitä edustanut aikuinen “saivat kenkää”, pojat selviytyivät voittajina.

Tyttöjen haastattelut sujuivat toisenlaisissa merkeissä. Ajoittain niissä syntyi intensiivinen tunnelma ja keskustelu oli kiivasta. Joihinkin kysymyksiin tytöt "protestoivat" hiljaisuudella ja paljonpuhuvilla katseilla. Edellä kuvatun kaltaisia virallisuutta rikkovia tilanteita ei tyttöryhmissä syntynyt. Heidän ilmaisutapansa ja ehkä myös kohteliaisuuskäytäntönsä olivat erilaisia kuin poikien. Tytöt luultavasti kokivat ryhmähaastattelutilanteen eri tavalla kuin pojat, heillä ei ollut tarvetta rikkoa rajoja ja normeja, koska tilanne koettiin tavanomaisena keskustelutilanteena.

10.5 Terveys nuorten puheessa

10.5.1 "Oot sä kunnolla kondiksessa"

Miten nuoret ymmärsivät terveyden käsitteen vastatessaan lomakkeen kysymykseen omasta terveydentilastaan? Tytöt kuvasivat terveyttä sairauden puuttumisena, fyysisenä kuntona ja jaksamisena. Yksittäiset vastaajat painottivat erilaisia asioita, joku tarkasteli terveydentilaa hyvin *"kokonaisesti"*, joku lähinnä sen perusteella onko *kipeä*.

> *H: Mitä te ajattelitte (vastatessanne kysymykseen), että mitä se terveydentila on?*
> *T: Mää ainakin semmoista, että jos koulussa portaita juoksee, että ei tunnu kauheelta. Ja sitt että ei oo kovin väsynyt.*
> *T: Määkin aattelin yleisesti, että miten usein tulee vaikka kipeeksi tai miten tuntee… voiko pahoin yleensä tai väsyttääkö hirveesti ja särkee päätä.*
> ——-
> *T: No, että onks sulla jotain flunssaa tai oot sää hirveen kipee.*
> *T: Mää ajattelin enemmänkin sillei kokonaisesti, että oot sää hyvässä kunnossa.*
> *T: Mää en ajatellu taas sillei ollenkaan. Mää ajattelin vaan, että oot sää kipee tai onko sulla allergioita tai tällasta. En mää mitään kuntopuolta ajatelu.*
> *T: Mää katoin ne sillei kaikki.*

Terveyskysymykseen vastatessaan tytöt ajattelivat terveyttä fyysisenä kuntona ja aktiivisuutena, jaksamisena sekä erilaisina oireina ja särkyinä - tai niiden puuttumisena. Kun tytöt keskustelivat terveydestä yleisemmin, irrallaan kysymyslomakkeen kysymyksestä, he toivat esille myös muita terveyden ulottuvuuksia:

> *T: Perus hyvä olo tai sellainen, ettei koko ajan okseta tai jotakin muuta jostain vaivaa. Se on ainakin yks.*
> *T: Semmoiset terveelliset elämäntavat.*

Yleisemmässä terveyden määrittelyssä tuli esille myös hyvä olo tilana, jossa ei ollut merkkejä terveyden vajeista. Terveelliset elämäntavat mainittiin tässä ja myöhemmin, kun tytöt keskustelivat oireista.

Pojat ymmärsivät terveyden käsitteen kyselylomakkeeseen vastatessaan hyvin samalla tavoin kuin tytöt, vaikka heidän puheessaan ilmaukset ja painotukset olivat hieman erilaisia kuin tytöillä.

P: No ei oo mitään semmoista pysyvää jotain pakkoliikettä tai reumaa tai...
P: Oot sä kunnolla kondiksessa… Kyllähän se tietysti jos sulla on hirvee nuha tai sillei jatkuu.
P: Niin ja aina pää kipee ja... (Naurua) *Niskat kipeet ja kaikki kipeet.* (Naurua) *Mää tarkoitin lähinnä nyt niveliä tällä.* (Naurua)
———
P: No ihan, onks kipeenä ollu tai jotain vastaavaa. Tai sillai et kuinka terve on ollu.
P: Niin, ja yleistä kuntoa.
P: Peruskuntoa pikemminkin siinä mietin. Ja sit sitä tietenkin, että mitä jos sairastaakin ihosyöpää. Yleensä siis semmoista ihan, ei nyt ihan kaikkea mitä tarttis ottaa huomioon. Mut semmoinen peruskunto, onko rappiolla vai…

Pojat toivat esille jaksamisen, sairaudet – lähinnä jatkuvat tai vakavat sairaudet. Sekä toistuvat ja kokonaisvaltaiset oireet, fyysiset vajavuudet sekä peruskunnon – rappiolla olemisen vastakohtana. Osittain tyttöjen ja poikien puhe kuvasi terveyttä voimavarana.

Terveydestä puhuminen ei ollut nuorille vaivatonta. Sairauksista puhuminen oli helpompaa, koska se kokemuksen kenttä on olemassa. Ollaan oltu sairaita ja tiedetään, miltä se tuntuu ja mitä se on. Toinen syy aiheen käsittelyn vaivalloisuuteen voi olla se, että terveyden kokemukset ovat usein ruumiillisia, eivät kielellisiä, jolloin niihin on vaikeampi tarttua. Niitä varten ei ole olemassa kieltä ja sanastoa siten kuin sairauden kokemuksille on.

Ryhmähaastattelutilannekaan ei välttämättä ole omiaan nostamaan pintaan omia henkilökohtaisia kokemuksia, vaan puhutaan mieluummin yleisellä tasolla, jolloin asioista voi tulla epämääräisiä. Tämä ei välttämättä koske vain nuoria haastateltavia. Ryhmätilanteessa voivat tulla esille myös yleisemmät naisten ja miesten keskustelukulttuureihin liittyvä asia.

Saarenheimo (1996) havaitsi tutkimuksessaan ikäihmisten oman elämän muistelemisesta, että ryhmätilanteissa naiset ja miehet puhuivat eri tavalla omista muistoistaan ja muistelemisesta. Miehet saattoivat tutkijan ensin tekemissä yksilöhaastatteluissa kertoa hyvinkin kipeitä ja henkilökohtaisia muistoja omasta elämästään. Myöhemmin tehdyissä ryhmähaastatteluissa he usein kuitenkin ohittivat nämä muistelut kevyesti pelkkänä “höpötyksenä”. Naiset sitä vastoin puhuivat henkilökohtaisista muistoistaan sekä yksilöhaastatteluissa että ryhmässä aivan luontevasti.

10.5.2 “Terveyteen vaikuttaa moni asia”

Ensimmäisessä tyttöryhmässä osallistujat esittivät terveyteen vaikuttavia tekijöitä luettelomaisesti. Tyttöjen keskustelu aiheesta päättyi toteamuksiin: T1: *Kyl musta tuntuu, et kaikki tietää.* T2: *Kyllä tietää.* Myöhemmin aiheeseen kuitenkin palattiin ja eräs tyttö totesi muiden ryhmäläisten tukemana: *Hirveen monet kyllä polttaa ysillä, et sekin voi vaikuttaa tosi paljon, et minkälainen on terveydentila tai miten paljon särkee päätä.*

Toisessa tyttöryhmässä kysymyksen “Kuuluvatko ihmissuhteet terveyteen?” pohjalta tytöt miettivät myös sitä, miten heidän terveyspohdintansa ryhmähaastattelussa ja lomakkeeseen vastatessa poikkesivat toisistaan.

T: Kyllähän sekin tavallaan, että jos ihmissuhteet ei oo kunnossa, niin kyllä se vähän voi vaikuttaa yleiseen mielialaankin.
T: Mut en mää sitä laskenu siihen terveyteen.
T: En määkään sillä tavalla.
T: Harvemminhan sitä miettii niinkun sitä.
T: Sen aattelee jotenkin niinkun konkreettisesti sillei oot sä nyt terve. Ei siinä ajatellu mitään semmoisia tunnepuolia sun muita, vaikka ne nyt ehkä oiskin pitäny ajatella. Jos sää oot hirveen masentunu ja tällei niin kyl se terveyteenkin vaikuttaa hirveesti.

Ihmissuhteet nähtiin ja tiedettiin tärkeiksi terveydenkin kannalta, mutta omaa arviota kyselyhetken terveydentilasta tehtäessä niitä ei oltu otettu huomioon. Ainakaan tämä ei tullut ryhmähaastatteluissa esille. Muita terveyteen vaikuttavia tekijöitä tyttöjen mielestä olivat liikunta, terveellinen ruokavalio, riittävä uni, ulkoilu. Tytöt eivät keskustelleet ryhmässä aiheesta kovin innostuneesti, vaan totesivat ykskantaan, että kyllä kaikki tietää. Terveyteen vaikuttavat tekijät tuntuivat itsestään selviltä ja siten triviaalilta puheenaiheelta. Ehkä keskustelutilanne muistutti liiaksi virallisen koulun koetilannetta, josta haluttiin siirtyä mahdollisimman nopeasti muunlaiseen tunnelmaan.

Pojat luettelivat terveyteen vaikuttavina tekijöinä pukeutumisen, mielenterveyden, kouluunmenon ja perintötekijät. Poikien luettelomaiset vastaukset voisi kiteyttää yhden pojan lausumaan:

P: Terveyteen vaikuttaa moni asia, mielen tasapaino, ruumiin tasapaino - kaikki. Siis siinä on niin monta asiaa, ettei sitä nyt yhtäkkiä voi sanoo, et mikä siihen vaikuttaa ja mikä ei.

Toisessa poikaryhmässä todettiin myös oireiden ja toistuvien tai jatkuvien taudinpoikastenkin vaikuttavan terveydentilan arvioon.

P: Jos päässä soi joka toinen päivä, ei voi sanoo, että on kauheen hyvä terveydentila.
P: Jotain jos on koko ajan, tämmöistä jatkuvaa, ett vähän väliä tuntuu joku pieni taudinpoikanen tai joku tämmönen toistuvat systeemi, niin eihän se nyt silloin tietenkään oo kauheen hyvä se terveydentila.

Entä miettivätkö pojat kaikkia näitä asioita vastatessaan kyselylomakkeen kysymykseen, jossa heitä pyydettiin arvioimaan omaa terveydentilaansa. Useasta suusta vastattiin yhtä aikaa, että *Ei*; he eivät olleet miettineet kaikkia edellä mainittuja asioita, vaan *Se enemmänkin keskitty siihen sun omaan fyysiseen terveyteen*.

Poikien mielestä terveyteen vaikutti erityisen painokkaasti myös ruoka, tämä toistettiin keskusteluissa useaan kertaan. Osittain ehkä vitsinä, rytmikkäänä kielileikkinä.

Ruoka
Ruoka
Kouluruoka
Ruoka
Ruoka
Kotiruoka

Ruokavastausta täydennettiin naurahdusten säestämänä: Ainakin kouluruoka vaikuttaa terveyteen, kotona syömällä pysyy terveenä. Lisäksi pojat nostivat esiin vaatetuksen (pakkanen ja shortsit eivät sopineet yhteen). Poikien mielestä oli vaikea arvioida, mitkä kaikki monista mahdollisista tekijöistä vaikuttavat terveyteen.

Tytöt keskustelivat haastattelijan kysymyksen perusteella, mitä merkitystä ihmissuhteilla on terveydelle. Ihmissuhteiden positiivisista elämää ja terveyttä kantavia puolia tytöt eivät kuitenkaan tuoneet esille. Saman suuntaisia tuloksia on saatu, kun nuorilta on kysytty puhutaanko koulussa ihmissuhteista (Välimaa 1997). Kyseisessä tutkimuksessa sekä tytöt että pojat määrittelivät ihmissuhteet spontaanisti negatiivisesti. He puhuivat ihmissuhdeongelmista tai mahdollisista perheen ongelmista. Voisivatko nämä kaksi esimerkkiä heijastella koulun tapaa tuoda esiin sosiaaliset suhteet vain silloin kun on tapahtunut jotain ikävää, koulukiusaamista tai väkivaltaa? Osaltaan vastaus liittyy myös kysymisen tapaan. Positiiviset suhteet muihin ihmisiin liittyvät nuorilla paljolti yhdessä tekemiseen ja olemiseen – eivät kouluissa käytäviin keskusteluihin.

Nuoret luettelivat useita terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Terveellinen ravinto, ulkoilu ja liikunta sekä riittävä lepo olivat esillä lehtikirjoittelussa myös aineiston keruuajankohtana. Aiheet ovat keskeistä sisältöä myös koulun terveyskasvatuksessa. Nuorten esittämät asiat liittyivät melko paljon fyysiseen terveyteen, viittaukset mielenterveyteen ja sosiaalisten suhteiden terveysvaikutuksiin olivat hyvin kevyitä. Tämä tuntuu luontevalta ja loogiselta, koska nuorten terveyskäsityskin painottui fyysiseen terveyteen.

Vaikka nuoret keskusteluissa rakensivat monipuolisen kuvan ihmisen terveydestä ja siihen vaikuttavista asioista, olivat heidän lähtökohtansa omia terveysarvioita tehtäessä (kyselylomakkeeseen vastattaessa) hyvinkin erilaiset. Osa kertoi ajatelleensa terveyttä kokonaisvaltaisesti, mikä vastausten perusteella jäi kuitenkin aika epämääräiseksi käsitteeksi. Useimmat nuoret sanoivat kyselyssä ajatelleensa lähinnä fyysistä kuntoa, peruskuntoa tai terveyttä konkreettisesti, eli sitä onko ollut kipeä vai terve.

10.5.3 "… silloin ne alkaa ensimmäiset oireet"

Poikien mielestä heidän ikäisillään oli yllättävän paljon oireita. Pojat miettivät oireilun yleisyyttä suhteessa kokemaansa rasitukseen. He myös ehdottivat käytännön toimia koulupaineiden ja siten oireilunkin helpottamiseksi.

> *P: Yllättävän paljon on (oireita)… Koulu aina luo paineita. Harvoin, harvoin nyt lomalla tulee hirveitä jysäreitä, päätä särkee tai sillein.*
> *P: Se on yleensä kun koulu alkaa, niin sitten…*
> *P: Koulu kun alkaa niin silloin ne alkaa ensimmäiset oireet.*
> *P: Kouluaikana pitkin poikin tulee kaikennäköistä.*
> *P: Liian pitkiä työpäiviä, siinä se.*
> *P: No ei oo - välillä aina tulee, kun kaikki osuu samalle kohille, jakson loppuun kun on koeviikot.*
> *P: Jotenkin niin tuskasta.*
> *P: Niin, kun kaikkiin pitäis lukea peräkkäisinä päivinä ja sulla ois omat harrastukset ja niistäkin on paineita. Kyllä se koulu aika paljon vaikuttaa, jos niitä sais eriteltyä niinkun koeviikot ja nää niinkun tasaisesti, ettei ois yhessä samassa limpissä, eiköhän se auttais.*

Pojat puhuivat oireista koulutyön ja vapaa-ajan sekä rasittuneisuuden nelikentässä. Tosin heidän puheessaan oli myös humoristisia ja asian vakavuutta pehmentäviä sävyjä: *Koulu kun alkaa niin silloin ne alkaa ensimmäiset oireet*. Vaikka pojat sysäsivät suuren osan oireilun syistä koulun harteille, kertoivat jotkut pojat paineita syntyvän myös omista harrastuksista, varsinkin silloin kun koulussa on samanaikaisesti paljon töitä.

Myös tyttöryhmissä oireilu tuli moneen otteeseen esille. He puhuivat siitä, että oireilu on aika tavallista ja yleensä nopeasti ohimenevää. He miettivät myös oireilun syitä, seuraavassa esimerkkinä vatsakivut.

> *T: No ei mulla kyllä yleensä maha oo kipee, kun sillon kun on menkat.*
> *T: Ehkä joku voi jännittämisestä… Mulla oli pienempänä, aina kun mää jännitin mulla oli maha ihan hirveen kipee.*
> *T: Tai sitten jos on syönyt jotain…*

Oireilu ei ollut ryhmähaastatteluihin osallistuneille nuorille vierasta. Tytöt totesivat sen olevan melko tavallista, jopa niin tavallista, ettei siitä viitsitty paljon kavereiden kanssa puhua. Myös pojat kokivat kaikenlaisia oireita. Oireista ei puhuttu vain irrallisina ilmiöinä, vaan sekä tytöt että pojat pohtivat myös oireilun syitä. Tyttöryhmässä todettiin, että niskakivut voivat johtua liiasta lukemisesta, vatsakivut kuukautisista, jännittämisestä tai jostain sopimattomasta ruuasta. Pojat esittivät väsymyksen syinä liiallisen valvomisen ja koulun huonon ilmanvaihdon. Seuraava katkelma liittyy poikien puheeseen väsymyksestä.

P: Ja kun luokassakin on niin huono ilima.
P: Kyllä jotain valokaapeliverkkoja laitetaan tähän kouluun, mutta ei mitään kunnon ilmastointia.
P: Niin tunkkaista tuolla luokissa.
P: Sehän vaikuttaa kanssa aika paljon (väsymykseen), jos oot menny kolomen aikaan yöllä nukkumaan ja seittemältä ylös.
P: Tuut sitten kouluun niinkun Kari perjantai-iltana.
P: Vähän se nukkumaanmeno, kun menee aina myöhään nukkumaan. Vaikka yrittääkin aikasemmin mennä nukkuun, niin sitä jotenkin pyörii siellä sängyssä, että ei tästä tuu… (Naurua)
P: Ei tästä tuu yhtään mitään, mää rupeen nukkumaan. (Naurua, elehtimistä)
P: Nauru pidentää ikää.
P: Nauru päivässä pitää lääkärin loitolla.

Poikaryhmissä puhetta sävytettiin usein vitseillä ja humoristisilla sutkautuksilla sekä pikku tarinanpätkillä. Esimerkiksi Karin (nimi muutettu) perjantai-iltainen kouluuntulo taisi olla luokalla todellinen legenda, johon ryhmähaastattelussa viitattiin vain lyhyesti naurun säestyksellä. Puurosen (1996) mukaan nauru on pojille keskustelukeino, jolla ilmaistaan ryhmän sisäistä yhteyttä ja emotionaalista läheisyyttä. Pojat käyttävät naurua esimerkiksi silloin, kun he haluavat viestiä oman ryhmänsä yhteenkuuluvuutta ulkopuolisille, tässä tapauksessa tutkijalle. Edellisessä katkelmassa he liittivät naurunsa luontevasti myös keskusteltavaan teemaan – terveyteen – muuntamalla sanonnan “Omena päivässä pitää lääkärin loitolla” sisältämään naurun tervehdyttävän vaikutuksen.

10.5.4 “No puhutaan”

Tytöt kertoivat, että he juttelevat toistensa kanssa jonkin verran terveyteen liittyvistä asioista. Toisessa tyttöryhmässä tuli esille, että aika monet tytöt ovat nykyään kiinnostuneita terveys-tematiikasta. Mielenkiintoista oli se, että terveyden määrittely terveysongelmien kautta selitti sitä, etteivät tytöt puhuneet terveydestä kovinkaan yleisesti.

H: Onko terveys ylipäätään semmoinen asia, että teidän ikäiset keskustelee siitä keskenään?
T: No, kyllä mun mielestä jonkun verran.
T: Nykyään aika monet on kumminkin kiinnostuneita.
T: Ei nyt sillei niin kauheesti, koska ei tässä iässä oo vielä niin kauheen vakavia terveysongelmia. Kyllä jonkun verran, miten pysyis terveenä.

Toisessa tyttöryhmässä tarkasteltiin sitä, nousevatko oireet esille tyttöjen välisissä keskusteluissa. Tytöt kertoivat puhuvansa keskenään oireista ainakin pinnallisesti.

T: Kyl melkein aina sanoo, että ‘voi vitsi mulla särkee päätä’. ‘Mull on hirvee olo, niskoja särkee.’ Kyl sitä sanoo aina vaikka ohimennen.
T: Toteamus

Kysymykseen miettivätkö tytöt, mitä he voisivat vaivojensa kanssa tehdä, vastattiin, että joskus siitäkin puhuttiin. Joku saattoi ehdottaa, että lähdetäänkö käymään *terkkarilla*. Tai joku sanoi joskus pohtivansa, mistä saisi rahaa niskahierontaan, vaikka: *Ei sitä kummiskaan tuu ikinä mentyä*. Niskahieronnan tehokkuudestakaan ei oltu varmoja: *Niskajäykkyys niin ei sille oikein paljon mittään voi, jos se niinkun lukemisesta tulee*. Tytöt kertoivat viittaavansa arkipäivän tilanteissa oireiluun lähinnä toteamalla niiden olemassaolon. Keskustelut olivat lyhyitä käytäväpuheita niskahieronnan tarpeesta.

Poikien ryhmissä kysymys terveysasioista keskustelemisesta synnytti aivan toisenlaisia virityksiä, esityksiä ja pohdintoja kuin tyttöjen ryhmissä. Poikien puhe toi esiin terveyden sekä terveyteen liittyvän toiminnan (puhuminen terveydestä, terveyden hoitaminen jne.) sukupuoleen sidotun luonteen. Ensimmäisessä ryhmässä pojat toivat esiin miehisen, karskin terveyskäsityksen. He peilasivat haastattelijan kysymystä tähän käsitykseen ja totesivat, että taisi mennä koko haastattelun aihe naisten puolelle. Poikien mielestä tytöt juttelevat terveysjutuista, mutta pojille riittää kunhan henki pihisee.

P: No se riippuu, taitaa mennä naisten puolelle.
P: Ei pojat varmaan niin puhu kyllä.
P: Ei me, meille terveys on, et kun henki pihisee ja raajat liikkuu. Siinä se.
P: Pyörätuolilla kun kouluun pääsee, niin hyvin on asiat.

Poikien tapa tehdä voimakkaasti eroa itsensä ja tyttöjen välille herätti kysymyksen siitä, mitä he arvelivat tyttöjen aiheesta puhuvan. Kysymys tyttöjen välisistä keskusteluista synnytti lyhyen, parodianomaisen keskustelunkatkelman.

H: Mitä te sitten arvelette, että mitä tytöt siitä (terveydestä) juttelee?
P: Nehän käy kolmestaan vessassakin… Ne ei pääse vessaan yksistään, kun kolme pitää olla auttamassa.
P: Niillä on muutenkin aina joka…
P: Joka asiasta pitää pälpättää. 'Kun pää on kipee…' (tytönääntä matkien).

Toisessa poikaryhmässä todettiin myös, että pojat eivät puhu terveydestä. Heidänkin kannanottonsa olivat parodiamaisia. Seuraavaa katkelmaa voi tarkastella esimerkiksi lääkemainontaa vasten.

*P: 'Mää otin kaksi Buranaa tänä aamuna'. (*Muuntelee omaa ääntään.*) (*Yleistä naurua.*)*
P: 'Mää lähen kotiin ja juon Poren ja otan kaks kalkkitablettia', että ei se nyt ihan semmoista ole. Kyllähän nyt sillein, että sää tuut kouluun ja sanot, että nyt särkee päätä kohtalaisesti.
P: Tai jotain muuta, mutta en mää nyt tiiä sillei pahemmin kuitenkaan.
P: Niin et se on vaan niinkun maininta.
P: Ei sitä nyt keskustella sillei syvällisemmin.
P: Että, 'minä oon nyt viime aikoina väsynyt ollut'. (Kovin juhlallisesti.)

Tyttöjen ja poikien vastaukset kysymykseen, juttelevatko he ystäviensä ja kavereiden kanssa terveyteen liittyvistä jutuista, olivat hyvin erilaiset. Ryhmähaastatteluissa tytöt keskustelivat aiheesta asiallisesti, kuunnellen toisiaan ja tuoden omia mielipiteitään esille. Heidän mukaansa terveysasioista jutellaan jonkin verran, lähinnä oireista ja siitä mitä niille voisi tehdä. Kovin tavallista keskustelu ei ollut, koska terveysongelmiakaan ei tämän ikäisillä tytöillä juuri ollut. Monien todettiin kuitenkin olevan kiinnostuneita terveydestä ja sen ylläpidosta.

Poikaryhmissä aihe synnytti lähinnä sketsinomaisia episodeja. Näissä parodioitiin keskustelua terveydestä naismaisena tai kritisoitiin lääkemainontaa. Lääkemainonnan kritisointia voisi tarkastella ehkä myös itsehoito -keskustelun näkökulmasta. Perinteisessä "miesterveydessähän" ei taideta pahemmin puhua tai hoitaa. Myös itse haastatteluasetelmasta – ryhmätilanteesta – johtuen poikien puheessa saattoi korostua liioitteleva kehuskeleminen, huulenheitto ja "brassaaminen". Poikien halun liioitella voisi kenties tulkita tavaksi reagoida ulkoapäin tulevaan paineeseen osoittaa miehisyyttään. (Topo ym. 1987.) Edellä kuvatuissa puhekatkelmissa pojat naureskelivat tytöille, mutta saattoihan siihen sisältyä vähän uteliaisuuttakin. Mitä ihmettä niissä tytöissä on semmoista, että porukalla mennään vessaankin.

Näyttäisi siltä, että sana keskustella (haastatteluissa käytettiin tosin myös rinnakkaisia verbejä kuten jutella ja puhua) herättää tytöissä ja pojissa aika erilaisia mielikuvia. Tytöt pohtivat asiallisesti käymiensä keskustelujen sisältöä ja määrää. Pojat sitä vastoin hahmottelivat oitis joukon keskenään "pälpättävistä" tytöistä. Samanlaisen asetelman löytää lukiessaan Saarenheimon (1996) tutkimusta. Siinä eläkeläismiehet kuvasivat naisten puhetyyliä seuraavasti: Kun naiset saavat kahvia, rupeaa *"kuulumaan semmosta nauruu ja pälpätystä."* Miten ollakaan, sekä nuoret pojat että ikämiehet kuvasivat tyttöjen ja naisten puhetta kahdessa erilaisessa tilanteessa "pälpättämisenä".

Aiheina terveys ja oireilu eivät varmaan ole nuorten keskustelujen suosikkilistan kärjessä. On myös todettu, että nuorelle omien sisäisten tuntemusten havainnointi ja erilaisten oireiden kokeminen on niin henkilökohtaista, ettei hän halua puhua niistä muiden kuullen (Mechanic 1983). Muiden kanavien käyttö omien asioiden kertomisessa ja neuvojen kysymisessä voikin olla helpompi tapa. Esimerkiksi Aapolan (1997) tutkimuksessa nuortenlehti Suosikin lukijakirjeistä ilmeni, että nuoret kirjoittavat lehteen paljon omista huolistaan ja murheistaan, myös mielenterveysongelmista.

10.6 Tulosten pohdinta

Yhteenvetoa tuloksista

Kyselylomakkeen kysymykseen “Kuinka terveeksi koet itsesi?” vastatessaan nuoret määrittelivät terveyden voittopuolisesti sairauden vastakohtana ja oireiden puuttumisena sekä fyysisenä jaksamisena ja kuntona. Terveysmäärittelyt olivat lähinnä terveyttä negatiivisesti sairauden puuttumisen kautta määritteleviä tai fyysiseen terveyteen keskittyviä. Terveyden sosiaalista ja psyykkistä ulottuvuutta sivuttiin lähinnä vain silloin, kun terveydestä keskusteltiin yleisemmin. Terveys sairauden vastakohtana – määrittelyissä tuotiin esille flunssa ja pitkään jatkuva nuha, yleensä pitkäkestoiset allergiat, sekä muut vakavammat sairaudet, kuten reuma ja ihosyöpä. Terveys nähtiin myös vastustuskykynä – puhuttiin siitä miten usein tulee kipeäksi.

Fyysistä terveyttä määrittivät fyysinen kunto, jaksaminen, juoksemisen helppous ja väsymyksen puute. Terveyttä määritellessään sekä tytöt että pojat puhuivat usein siitä, onko ollut terve tai kuinka terve on ollut. Terveys voi olla nuorille itsestäänselvyys, jonka sisältöä ja ulottuvuuksia ei välttämättä ole pohdittu, jos omalle kohdalle tai lähipiirissä ei ole tapahtunut vakavia sairastumisia ja terveyden menettämistä. Haastatteluissa korostunut fyysisen terveyden osuus heijastelee koko yhteiskunnassa voimakkaasti näkyvää fyysisyyttä (muokkaus, ulkonäkö) sekä toisaalta nuoruusiässä tärkeitä fyysisiä muutoksia ja uuteen ruumiillisuuteen sopeutumista. Tätä puolta kuvastaa poikien puheessa latenttina teemana ollut seksuaalisuus, mikä tuli ilmi heidän väsymystä kuvanneessa keskustelussaan (katso luku 10.5.3).

Erikseen kysyttäessä tytöt miettivät myös ihmissuhteita terveyden osana todeten, etteivät olleet ajatelleet tai ottaneet niitä huomioon vastatessaan kyselylomakkeen terveyskysymykseen. Ihmissuhteet nähtiin kuitenkin yleisemmällä tasolla terveyteen liittyvinä lähinnä mielenterveyden kautta. Jos ihmissuhteet eivät ole kunnossa, voi mieli olla maassa ja se vaikuttaa myös terveyteen. Muutoin mielenterveyden ulottuvuus tuli haastatteluissa vain vähän esille, silloinkin lähinnä ulkoluvun tapaisesti esitetyissä mitä-terveyteen-kuuluu -luetteloissa.

Nuorten terveyden määrittelyt tässä tutkimuksessa olivat paljolti saman suuntaisia kuin aikaisemmissa tutkimuksissa saadut tulokset (Jensen 1991, Millstein 1993, Brannen ym. 1994, Jakonen ja Tossavainen 1999). Tulosten vertailtavuutta vaikeuttaa kuitenkin se, että tämän tutkimuksen päämielenkiinto oli tarkastella kuinka nuoret määrittelevät terveyden vastatessaan kyselylomakkeen kysymykseen senhetkisestä terveydestään. Terveysmäärittelyissä korostui terveyden näkeminen sairauden puuttumisen kautta, puhetta sävytti terveyden lääketieteellis-biologinen malli (Blaxter 1989). Terveyden fyysinen puoli, toimintakykyisyys ja kunto viittasivat terveyteen voimavarana. Terveyttä ei pidetty pysyvänä olotilana, vaan terveys oli enemmänkin muuttuva ja tilannesidonnainen.

Mielenterveysulottuvuuden ja sosiaalisen terveyden heikko näkyminen voi suurelta osalta johtua haastattelujen painottumisesta kysymyslomakkeeseen vastaamisen pohdintaan. Lisäksi aineiston keruu koulussa on voinut lisätä näiden alueiden marginaalisuutta. Kun nuorten käsitystä terveydestä tarkasteltiin irrallaan kysymyslomakkeen kontekstista, näyttäytyi se edellä kuvattua laajempana. Esimerkiksi tytöt toivat esille hyvän olon ja elämäntavat. Nuori ihminen hahmottaa terveyttä kuitenkin hyvin pitkälti omien kokemustensa kautta. Mielenterveyden tai sosiaalisten suhteiden ulottuvuudet eivät nähtävästi olleet ongelmia näille vapaaehtoisille ryhmähaastatteluihin tulleille, sosiaalisesti hyvin selviytyville nuorille. Toisenlaisessa todellisuudessa elävillä nuorilla olisi voinut olla karumpia kommentteja siihen, mitä terveys on.

Nuorten omissa keskusteluissa terveys ei ole kovin suosittu tai ajankohtainen aihe. Tämä heijastelee muissakin tutkimuksissa saatuja tuloksia, joiden mukaan nuoret pitävät itseään terveinä, jos he ovat aktiivisia ja tuntevat olonsa hyväksi (Mechanic ja Hansell 1987). Tutkimustulos voi kertoa myös siitä, että koulun terveysopetuksessa viitataan usein erilaisiin kansansairauksiin ja niiden riskitekijöihin – terveys opitaan määrittelemään niiden kautta. Nuoren ihmisen näkökulmasta ne ovat kuitenkin kaukaisen tulevaisuuden, eivät nykyhetken asioita.

Sukupuoli ja terveyskäsitykset

Pojat osoittivat, etteivät he haastattelutilanteessa suhtautuneet terveys-aiheeseen kovin vakavasti, koska he toivat keskusteluun myös vitsikkäitä tai jopa groteskeja elementtejä. He puhuivat siitä onko pakkoliikkeitä, onko jollain tavalla invalidi, onko ihosyöpää. Kaiken kaikkiaan asioista, jotka herättävät voimakkaita tunteita, myös vastenmielisiä mielikuvia. Pojat esittivät miehistä kuvaa terveydestä (jaksaa, ei valita, ei puhu, ei hoida). Yhtäältä he toivat esiin myös tietämyksensä virallisen koulun opetuksista, mutta toisaalta korostivat erityisesti fyysisyyttä. Sitä, että peruskunto on kohdallaan, ei olla rappiolla, kouluun tullaan vaikka pyörätuolilla. Viimeinen maininta liittynee esteiden ja uhkien kohtaamiseen ja niistä voittajana selviytymiseen – perinteiseen miehiseen sankaruuteen. Toisaalta ronski puhetapa voi peittää alleen pelkoa terveyden menettämisestä. Ainakin se toi esille sukupuolittuneen mielikuvan naisten ja miesten terveydestä. Maskuliininen tapa elää on omaehtoista elämää, jossa valintoja ei tehdä terveysperustaisesti (Kontula ym. 1995).

Keskustellessaan terveydestä kyselylomakkeen kysymyksen ulkopuolella nuoret liittivät terveyteen elämäntavat, vaatetuksen ja ruuan. Terveellisen syömisen ja ruuan esiintyminen nuorten vastauksissa osoittaa, että myös heille on tuttu se “maailma, jossa syöminen on päämäärätietoisten, normatiivisten valintojen kohde” (Peräkylä 1997, 187). Oireista tytöt totesivat, että ne ovat niin tavallisia, ettei niistä juuri puhuta. Arkikeskustelujen ympä-

ristössä, epävirallisessa koulussa, omien oireiden toteamista muille tytöille voidaan kuitenkin kohdella uutisena, joka tekee relevantiksi muiden osoittaman sympatian (Peräkylä 1997). Vaikka tytöt eivät tästä sympatian osoittamisesta suoraan puhuneet, se tuli esille keskustelun katkelmissa, joissa esimerkiksi oireista mainittiin muille tytöille. Näihin mainintoihin välinpitämättömästi tai vihamielisesti suhtautuville tytöille tuskin oireista mainittaisiin. Tyttöjen vastaus heijastaa tyttöjen ja naisten kykyä mobilisoida sosiaalista tukea (Schwarzer ym. 1990). Arkipäivän tilanteissa tytöt saavat ystäviltään tukea omissa terveyshuolissaan. Tyttöjen puheesta heijastui myös kokemus siitä, että omaa ruumista osattiin kuunnella, siitä osattiin puhua – lisäksi mietittiin pitäisikö ehkä käyttää terveydenhuollon palveluita.

Ryhmähaastatteluissa poikien puheessa tuli esille terveyden sukupuoleen sidottu luonne, jossa itsehoito sekä keskustelut terveydestä ja oireilusta koettiin naisten alueelle kuuluvina. Yhtäältä tämä voi liittyä yleisempään miesten ja naisten väliseen eroon tavoissa puhua terveydestä ja toimia "terveyden kentällä". Naiset käyttävät terveyspalveluita miehiä yleisemmin ja luultavasti puhuvatkin terveydestä miehiä enemmän. Toisaalta poikien terveysmäärittely voi liittyä oman miehisyyden osoittamiseen. Ikään kuin yleisölle – muille osallistujille ja naispuoliselle tutkijalle – olisi pitänyt korostaa omaa miehisyyttä. Saman ryhmähaastattelun kuluessa pojat määrittivät terveyttä ikään kuin erilaisista diskursseista tai kehyksistä käsin. Yhtäältä keskustelu antoi luvan käyttää oppituntidiskurssia – terveys on tärkeää. Toisaalta käänne keskustelussa ajoi poikakulttuurin puolelle, jossa terveydestä ei välitetä, kunhan henki pihisee. Ryhmähaastattelujen tapahtuminen luokan ja käytävän välitilassako teki tämän liikkumisen mahdolliseksi?

Kouluyhteisössä pojat ja tytöt rakentavat toiminnallaan ja puheillaan myös omaa mieheyttään ja naiseuttaan. Ryhmähaastattelutilanteessa nämä käytännöt saattavat nousta selvemmin pintaan kuin yksilöhaastatteluissa. Tyttöjen puheessa ei tullut esille, että he olisivat tyttöryhmänä verranneet itseään, mielipiteitään tai toimiaan poikiin. Ehkä tätä voisi tarkastella myös kehitysvaiheiden viitekehyksestä. Yhdeksäsluokkalaiset tytöt ja pojat voivat kehityksessään olla hyvinkin eri vaiheissa. Yhdeksäsluokkalaiset tytöt ovat aikaisemmissa tutkimuksissa maininneet luokkansa poikien olevan kypsymättömiä (Topo ym. 1987, Pötsönen ja Välimaa 1995).

Hoikkalan (1990) mukaan sosiaaliset toimijat tuottavat yhteiskunnallista puhetta puhuessaan vastin- tai rinnakkaisryhmistään. Tämä puhe ei määrittele ja ilmaise pelkästään puhujan henkilökohtaisia mielipiteitä, vaan uusintaa sosiaalisia ja kulttuurisia jakoja. Kielemme ja vuorovaikutuksemme rakentuvat pitkälle näiden kulttuurisesti määräytyvien merkitysten varaan, mutta samalla kielenkäyttö toimii merkityksistä käytävän jatkuvan normatiivisen neuvottelun kenttänä. Kielenkäyttö ei palvele vain ulkoapäin asetettuihin normeihin asettumista, vaan se tarjoaa myös välineen näiden "sopivuuksien" haastamiseen, rikkomiseen ja näkyväksi tekemiseen (Nikander 1995). Billig ym. (1988) ovat todenneet, että ryhmäidentiteettiä tuotetaan paitsi oman ryhmän positiivisilla määrittelyillä, myös negatiivisilla arvioilla

ulkoryhmästä. Ryhmäidentiteetti sisältää rajanvedon toisiin nähden. Näitä toisia määritellään usein kulttuurissa yleistyneillä negatiivisilla stereotypioilla. Ryhmän itsearviointi ei siis välttämättä tapahdu suhteessa muihin reaalisiin ihmisiin, vaan suhteessa näihin negatiivisiin stereotypioihin. Tämä puhetapa tuli esille tarkasteltaessa sitä, puhuvatko pojat toistensa kanssa terveyteen liittyvistä asioista. Pojat erottivat itsensä selkeästi tytöistä, "pälpättävistä" toisista.

Kontekstina virallinen ja epävirallinen koulu

Nuorten puhetta voi tarkastella myös virallisen, epävirallisen ja fyysisen koulun viitekehyksistä (Gordon ja Lahelma 1996). Virallinen koulu ja virallinen opetussuunnitelma saivat sijansa nuorten puheessa. Terveydestä puhuttiin oppikirjan sisällöin hyvänä fyysisenä kuntona ja jaksamisena, tuotiin esille, että *"terveyteen vaikuttaa moni asia, mielen tasapaino ja ruumiin tasapaino…"*.

Epävirallinen koulu näkyi ryhmähaastatteluissa muun muassa siten, että tytöt viittasivat omiin käytäväkeskusteluihinsa. Fyysinen koulu (tilallisuus ja ruumiillisuus; kuka käyttää mitäkin tilaa, kuinka tilojen luonne muuttuu käyttötarkoituksen mukaan, oppilaiden ja opettajien liikkuminen, esimerkiksi oppilaiden fyysinen toiminta oppitunneilla) oli myös näkyvästi esillä. Tähän liittyi muun muassa terveyden määrittely portaissa juoksemisen helppoutena, fyysisen tilan haltuunottona (pyörätuolilla kouluun, oleminen "tuolla käytävillä") sekä syömisen ja ruokailun toistuvuus nuorten puheessa. Kaiken kaikkiaan sekä poikien että tyttöjen terveyspuhe kertoi terveyden kokemusten olevan hyvin ruumiillisia. Puhuttiin esimerkiksi juoksemisesta, oksentamisesta, päänsärystä, niskakivuista, nivelsärystä ja pakkoliikkeistä. Lisäksi tytöt mainitsivat hyvän olon, johon ei ilmeisestikään liity omasta kehosta tulevia negatiivisia viestejä.

Laadullisen tutkimuksen aineisto on aina kontekstisidonnaista. Haastatteluissa nuoret puhuivat terveydestä koulussa ja liittivätkin puheessaan terveyden usein tilanteisiin ja tapahtumiin koulussa. "Kokonaiskuvan" saaminen nuorten terveyskäsityksistä vaatisi luultavasti useita saman ryhmän kanssa tehtyjä haastatteluja, joissa keskustelun virikkeinä voisivat olla esimerkiksi erilaiset ympäristöt (koti, koulu, terveydenhoitajan vastaanottotila, vapaa-ajan ympäristöt, kirjasto) tai todelliset, jollekulle osallistujalle tapahtuneet tilanteet.

Tutkimuksen onnistumisen kannalta kokemusten ei-kielellisyys tekee haastateltavien kuuntelemisesta ja kuulemisesta olennaisen kysymyksen. Vastaajille on jätettävä tarpeeksi tilaa miettiä omia vastauksiaan. Tämä voi tapahtua puhumalla, mutta se voi tapahtua myös hiljaa odottamalla. "Kun puhuja ponnistelee ilmaistakseen sellaista, jota hän ei ole tottunut jakamaan, silloin tutkijan on osattava kuunnella sanojen ohi ja liepeiltä. Käyttäessään epätäydellisiä, monimutkaisia tai lähi-ilmaisuja puhuja joutuu luottamaan kuuntelijan ymmärrykseen." (Saarenheimo 1996, 117.) Esimerkiksi naurah-

dukset puheen säestyksenä, miettimistä kuvaavat katkokset, huokaukset ja uudelleen aloittamiset kuvaavat konkreettisesti puhujan erityisiä ponnisteluja ajatustensa ilmaisemiseen. Myös metaforat ja analogiat voivat palvella puhujan yritystä kuvata kokemusta, jota ei ole helppo artikuloida. Keskustelu sellaisesta, josta ei ole totuttu puhumaan, asettaa erityiset vaatimukset myös tutkijan puheelle. Saarenheimon (1996) mukaan puhumaan rohkaiseminen ei yksin riitä, vaan usein tilannetta helpottaa, jos lähdetään liikkeelle jostain konkreettisesta, arkisesta asiasta, jokapäiväisistä rutiineista. Tämä tutkimuksen lähtökohtana oli kysymyslomakkeeseen painettu kysymys. Sen kautta päädyttiin hyvin monenlaisiin näkökulmiin ja käsityksiin. Nuoret kuvasivat terveyttä osana elämäänsä, haastatteluissa sivuttiin myös arkielämän ristiriitoja. Terveyden kokemisen taustana olivat tällöin esimerkiksi väsymys, koulutyön ja läksyjen vaatimukset sekä vapaa-ajan houkuttavuus.

11 TUTKIMUKSEN ARVIOINTI JA POHDINTA

Tässä luvussa tarkastellaan kyselytutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä, ryhmähaastattelun luotettavuutta sekä kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusmetodin yhdistämistä. Tämän jälkeen siirrytään tutkimustulosten yhteenvetoon ja tutkimuksen johtopäätöksiin.

11.1 Tutkimuksen metodista arviointia

11.1.1 Kyselytutkimuksen validiteetti

Tutkimuksen validiteetti liittyy koko tutkimusprosessiin. Tutkimusta pidetään validina, jos tutkimusasetelmassa, aineiston keruussa, ilmiöiden ja ominaisuuksien havainnoinnissa ja mittauksessa, tulosten analyyseissa ja muissa tutkimuksen vaiheissa on eliminoitu sellaisten tekijöiden vaikutus, jotka saattavat aiheuttaa systemaattista virhettä (Läärä ja Aro 1988). Validiteetilla voidaan tarkoittaa myös mittaustuloksista tehtävien päätelmien sopivuutta, mielekkyyttä ja käyttökelpoisuutta (Standards for Educational and Psychological Testing 1985). Vaikka nykyisin validiteettia tarkastellaan yhtenäisenä käsitteenä, voidaan kuitenkin erottaa eri tapoja hankkia tietoja validiteetista. Voidaan tarkastella esimerkiksi käsitevaliditeettia ja sisältövaliditeettia. Käsitevaliditeetti osoittaa, kuvaako mittari todella tavoiteltua teoreettista konstruktiota. Sisältöön liittyvä validiteetti kertoo missä määrin mittarit kattavat sisältöalueen, jota oli tarkoitus mitata. (Nummenmaa ym. 1997, Streiner ja Norman 1995.) Tämän tutkimuksen yksittäisiä mittareita ja niiden sisältövaliditeettia tarkastellaan erikseen (11.1.3). Tutkimuksessa tarkasteltiin laajoja koettuun terveyteen liittyviä käsitteitä ja sisältöalueita, joita pyrittiin mit-

taamaan tutkimusasetelman ja käytetyn kyselylomakkeen puitteissa mahdollisimman kattavasti. Tutkimuksessa käytetty kansainvälisen HBSC -tutkimuksen kyselylomake asetti omat rajoituksensa sisällöllisille ulottuvuuksille – tutkimusta ei oltu alun perin suunniteltu kyseistä jakoa silmälläpitäen. Mittarit voivatkin kuvata näitä laajoja ilmiöitä vain joiltakin osin.

Molempina tutkimusvuosina suoritettiin esitestaus, tosin vain peruskoulun yhdeksänsien luokkien oppilaille. Vuonna 1994 haluttiin varmistaa erityisesti sosiaalisen tuen mittareiden toimivuus. Erillisen lisäaineiston keruuseen päädyttiin, koska kansainvälinen kyselylomake sisälsi niin runsaasti kysymyksiä, ettei sitä voitu enää laajentaa. Erityisesti nuorimpien, viidesluokkalaisten vastaajien voimavarat pyrittiin näin ottamaan huomioon.

Tutkimustuloksia yleistettäessä on tarkasteltava otoksen edustavuutta esimerkiksi iän, sukupuolen, maantieteellisen sijainnin ja sosiaaliluokan suhteen (Valkonen 1981). WHO-Koululaisututkimuksessa käytettiin Suomen koko 11-, 13- ja 15-vuotiaiden ikäluokkaa edustavaa ositettua satunnaisotantaa. Kyselyaineistot poimittiin ryväsotannalla koko maan vastaavan ikäisiä koululaisia edustavasta koulurekisteristä. Otos edustaa koko maan vastaavanikäisiä suomenkielisiä normaaliopetuksessa olevia koululaisia. Vastausprosentit molemmissa kyselytutkimuksissa olivat varsin korkeat, joten kato aineistojen keruun yhteydessä oli pieni. Aineistojen koko puhdistuksen jälkeen oli riittävän suuri, jotta siitä voitiin tehdä kyseisiä ikäluokkia koskevia yleistyksiä. Tutkimusprosessin, mittausten ja tulosten luotettavuutta pyrittiin vahvistamaan useilla tekijöillä. Vastausten luotettavuuden takaamiseksi kysymysten kieliasussa pyrittiin selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Lisäksi oppilaille kerrottiin, että tiedot käsitellään ehdottoman luottamuksellisesti, ei henkilöittäin, vaan tilastollisina kokonaisuuksina. Vastattuaan oppilaat sulkivat itse lomakkeensa kirjekuoreen.

Huomionarvoinen puute työssä oli se, ettei siinä tarkasteltu erikseen nuoren sairauskokemusten yhteyttä koettuun terveyteen. Esimerkiksi oireilun on todettu osaltaan liittyvän sairastavuuteen. Kansainvälisessä HBSC tutkimuksessa on kysytty lääkärin toteamia pitkäaikaissairauksia ainoastaan vuoden 1998 tutkimuksessa. Kansainvälinen tutkimusryhmä on vasta valmistelemassa raporttia kysymysosion onnistuneisuudesta. Suomalaisessa WHO-Koululaistutkimuksessa on kysytty lääkärin toteamia pitkäaikaisia sairauksia ja vammoja. Kysymys on kuitenkin erilainen kuin esimerkiksi Nuorten terveystapatutkimuksessa käytetty kysymys, jossa tarkastellaan jokapäiväistä toimintaa haittaavia pitkäaikaissairauksia. Tämä vaikeuttaa tulosten luotettavuuden arviointia. WHO-koululaistutkimus tehdään anonymiteettiperiaatteella, mikä ei mahdollista sairastamiseen liittyvien rekisteritietojen yhdistämistä kyselylomaketietoihin. Prosessi vaatisi luvan myös lasten vanhemmilta, joka tässä tutkimusasetelmassa on mahdoton toteuttaa. Jatkossa sekä kroonisten että akuuttien sairauksien yhteydet koettuun terveyteen lapsilla ja nuorilla on otettava osaksi terveyskasvatustutkimusta.

11.1.2 Kyselytutkimuksen reliabiliteetti

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Käytettävien mittareiden testaaminen erilaisissa tilanteissa, eri ryhmillä ja tutkimusajankohtina antaa tietoja tutkimuksen reliabiliteetista. Toinen mahdollisuus on tarkastella mittarin sisäistä konsistenssia. Mitä lähempänä kertoimen arvo on yhtä, sitä homogeenisempi mittari on. Joidenkin suositusten mukaan arvon tulisi olla vähintään 0.60. (Tähtinen ja Kaljonen 1996.) Cronbachin alfa-kertoimen arvoja voidaan kuitenkin pitää vain ohjeellisina arvoina, sillä reliabiliteetti on riippuvainen myös varianssin suuruudesta, mittarin pituudesta, väittämien yhdenmukaisuudesta ja erottelukyvystä (Nummenmaa ym. 1997). Tässä tutkimuksessa käytettyjen ja rakenneyhtälömalleihin mukaan tulleiden summamuuttujien Cronbachin alfa-kertoimet olivat pääosin riittäviä, esimerkiksi oireilun ja itsetuntoindeksin osalta kaikkien ryhmien kertoimet olivat varsin hyvät, alhaisimmillaan .78. Hankalampia olivat tätä tutkimusta varten muodostettujen mittareiden kertoimet, jotka olivat osittain alle arvon .60, kuten suhteita vanhempiin (11- ja 13-vuotiaat pojat) ja ystäviin (11-vuotiaat pojat) mitanneilla summamuuttujilla. Rakenneyhtälömallien riittävyystarkastelut osoittivat kuitenkin, että mallit sopivat hyvin käytettyihin aineistoihin.

Puutteellinen reliabiliteetti johtuu yleensä satunnaisvirheistä, joita aiheuttavat otanta- sekä erilaiset mittaus- ja käsittelyvirheet. Otantatutkimukseen liittyy aina otannasta aiheutuvaa satunnaisvirhettä eli otantavirhettä, toisinaan myös kadon aiheuttamaa vääristymää. Mittausvirheitä voi syntyä mittausvälineiden epätarkkuuden, mittaukseen vaikuttavien häiriötekijöiden, mittausmenetelmän tai mittarin heikkouden vuoksi tai mitattavien käsitteiden hankaluuden takia. (Heikkilä 1998.) Otantaan liittyviä seikkoja tarkasteltiin luvussa 11.1.1, seuraavassa mittarikohtainen tarkastelu.

11.1.3 Kyselytutkimuksen mittareiden tarkastelua

Tässä tutkimuksessa on käytetty kahta laajaa kyselyaineistoa. Ennen mittarikohtaista tarkastelua on syytä pohtia yleisesti kyselylomakkeen käyttöä ja sillä saadun tiedon ehtoja. Laajamittaisissa terveyskasvatustutkimuksissa tietojen keruun lähtökohtana ovat usein ihmisten omat raportoinnit tilastaan ja tilanteestaan. Ihmistieteissä itseraportoinnin varaan joudutaan turvautumaan yleisesti, koska vain siten tutkija voi lähestyä ihmisten kokemusmaailmaa. Tällöin tutkija joutuu pohtimaan myös omaa ihmiskäsitystään. Pitääkö hän vastaajaa kyvykkäänä ja luotettavana itse arvioimaan omia fyysisiä tuntemuksiaan, oireitaan, mielialojaan ja tavoitteitaan? (Niemi 1994.) Erityisen tärkeitä nämä kysymykset ovat silloin, kun aineistoa kerätään verraten nuorilta henkilöiltä.

Itsearviointi on tapahtumana monimuotoinen jo siksi, että ihminen käsittelee ja rakentaa itse tietoa. Ihmislajilla on ainutlaatuinen kyky olla tietoinen itsestään, kyky olla omien havaintojensa ja ajattelunsa kohteena. Itse-

arvioinnissa ihminen tarkkailee, pohtii ja tulkitsee itseään ja toimintaansa. Yksilöiden välillä on kuitenkin eroja siinä, kuinka valmis kukin on ottamaan vastaan itseään koskevaa tietoa, käyttämään sitä tai kuinka hän saa tuntuman omaan sisäiseen maailmaansa. Ihminen ei rekisteröi passiivisesti tietoa tulipa se aistien välityksellä ulkomaailmasta tai hänestä itsestään. Ihminen valikoi, tulkitsee, muokkaa ja joskus tahattomasti jopa vääristää tietoa. Ihmisen tulkinnat omasta tilastaan vaikuttavat hänen mielialaansa ja vastavuoroisesti ihmisen mielialat värittävät hänen itsearviointiaan. (Niemi 1994.) Esimerkiksi vastausajankohdan väsyneisyys, vilustuminen tai vaikeudet sosiaalisissa suhteissa ovat voineet vaikuttaa nuoren vastaustaipumukseen. Nuoremmilla vastaajilla myös lomakkeen pituus on voinut heikentää keskittymistä ja näin myös vastausten luotettavuutta.

Käytettäessä strukturoituja ja suljettuja kysymyksiä vastaaja ikään kuin pakotetaan ottamaan kantaa vain joihinkin hänen kannaltaan ehkä merkityksettömiin kysymyksiin. Esimerkiksi monissa oirelistoissa kysytään yleensä vain oireiden esiintymistiheyttä, muttei niitä merkityksiä, joita henkilö näihin oireisiin liittää. Oirelistojen patologinen sävy voi johtaa myös siihen, ettei esimerkiksi terve liikunnan harrastaja pysty kuvaamaan somaattisia tuntemuksiaan niiden avulla. (Niemi 1994.) Tässä tutkimuksessa nuorilta pyrittiin kysymään sellaisia terveyteen liittyviä asioita, jotka aiemmissa myös haastatteluja ja avovastauksia käsittäneissä tutkimuksissa on todettu heille merkityksellisiksi. Nuoret itse ovat liittäneet terveyskokemuksiinsa esimerkiksi erilaisen oireilun, sosiaaliset suhteet sekä huolet ulkonäöstä ja omasta painosta. (Millstein 1993, Jutras ym. 1998, Jakonen ym. 1999.) Terveyttä nuoret ovat usein kuvanneet fyysisenä jaksamisena ja suorituskykynä (Millstein ja Irwin 1987, Jakonen ym. 1999).

Itsearvioitu terveys

Itsearvioidun terveyden kysymys on ollut käytössä HBSC -tutkimuksessa vuodesta 1983 (Currie 1998). Kysymys on yleisesti terveystutkimuksissa käytetty. Sen on todettu mittaavan muun muassa fyysisiä ja psyykkisiä terveyden ulottuvuuksia, eri ikäryhmillä ja sukupuolilla vaihtelevin painotuksin (Manderbacka 1998).

Koettu oireilu

Kyselytutkimuksessa pyrittiin lisäämään mittariston validiteettia käyttämällä kysymyksiä, joita on testattu ja käytetty muissakin nuorten terveystutkimuksissa. WHO-Koululaistutkimuksen oirekysymys on hyvin samankaltainen kuin Nuorten terveystapatutkimuksessa käytetty. NTTT:n kysymys on alun perin muokattu METELI-tutkimuksen kuormitusoireiden mittarista. (Rimpelä ym. 1982.)

Oirekokemusten kartoittaminen lomakekyselyllä nuorilta vastaajilta ei ole ongelmatonta. Oire on luonteeltaan subjektiivinen kokemus, eikä koettuja oireita voi todentaa objektiivisesti. Oireita tutkittaessa on luotettava tutkittavan omiin ilmoituksiin. Myllykankaan (1986) lomake- ja päiväkirjamenetelmää käyttäneessä oireita kartoittaneessa tutkimuksessa, vastaajia pyydettiin tarkastelemaan kahden viikon aikaista oireilua. WHO-Koululaistutkimuksessa tiedusteltiin viimeisen kuuden kuukauden aikaista oireilua. Tällä pyrittiin kartoittamaan erityisesti nuorten oireilutaipumusta. Luultavasti myös kyselyajankohtaa välittömästi edeltänyt oireilu on vaikuttanut vastauksiin.

Päänsärky ja selkäkipu lienevät konkreettisuutensa vuoksi yksinkertaisia ymmärtää, mutta monet mielialaan liittyvät oireet vastaajat voivat tulkita hyvinkin eri tavalla. Lomakkeen laadinnassa on pyritty luettavuuteen ja kielelliseen selkeyteen. Yksittäisten oireiden sijaan tarkasteluissa on yleensä käytetty oireilun intensiteettiä kuvaavia summamuuttujaa, jonka sisäinen konsistenssi Cronbachin alfa-kertoimella mitattuna oli molemmissa aineistoissa hyvä. (liitteet 3 ja 6).

Terveyden fyysinen ulottuvuus

Fyysinen kunto tarkoittaa Caspersenin ym. (1985) mukaan niitä ominaisuuksia, jotka liitetään kykyyn suorittaa fyysistä toimintaa. Koettu fyysinen kunto ei palaudu suoraan fyysiseen aktiivisuuteen tai harjoitteluun, vaan se on henkilön psykologinen arvio omasta kunnostaan. Sallisin ja Owenin (1999) mukaan on kahdenlaista fyysistä kuntoa; terveyteen ja fyysiseen suorituskykyyn liittyvää. Tosin “terveyskuntoon” liittyvät tekijät ovat tärkeitä myös suorituskyvyn kannalta. Caspersenin ym. (1985) mukaan terveyden kannalta kuntoa tarkasteltaessa tärkeitä tekijöitä ovat motorinen, tuki- ja liikuntaelimistön sekä hengitys- ja verenkiertoelimistön kunto ja kehon koostumus.

Edellisen perusteella koettu fyysinen kunto ilmentää ihmisen käsitystä omista kyvyistään suoriutua fyysistä rasitusta vaativista tehtävistä. Lintusen (1995) tutkimuksessa koetun fyysisen kunnon todettiin korreloivan mitattuun fyysiseen kuntoon. Toisaalla yhteyksien on todettu olevan verraten heikkoja (Nupponen ym. 1991, Nupponen ja Telama 1998). Lintunen tarkasteli neljän vuoden seurantatutkimuksessa 11 – 15-vuotiaiden lasten itsearvostuksen, koetun kunnon ja fyysisen suorituskyvyn välisiä yhteyksiä. Tutkimuksen alussa mitattu kunto selitti koettua kuntoa sekä tytöillä että pojilla, mutta seurannan kuluessa yhteys pieneni pojilla ja kasvoi tytöillä. Lintusen mukaan tämä kertoo siitä, että tytöillä kokemukset omasta kunnosta näyttivät tulevan realistisemmiksi ja pojilla epärealistisemmiksi ikävuosien 11 – 15 aikana. Hänen mukaansa fyysinen suorituskyky on pojille tärkeämpää kuin tytöille ja saattaa olla, että pojilla on siksi suurempi taipumus yliarvioida itseään torjuakseen heikkoudenkokemukset. Korkea fyysinen suorituskyky ei ole tytöille yhtä tärkeää kuin pojilla, joten heillä on ehkä varaa realistisiin itsearviointeihin. (Lintunen 1995.) Luultavasti myös vastaajan ikä vaikutti arviointien realistisuuteen.

Painoindeksi kuvasi tutkimuksessa pituuteen suhteutettua painoa. Painoindeksin heikkous on, että se ei erottele rasva- ja lihaskudoksen määrää toisistaan. Monissa tapauksissa silmämääräinen arviointi paljastaisi, kummasta suuri painoindeksi aiheutuu. (Fogelholm 1997.) Painoindeksin viiterajat soveltuvat parhaiten 20 – 60-vuotiaalle aikuisväestölle (Nuutinen 1997), jolla sitä pidetään luotettavana mittana sekä tutkimus että kliinisessä käytössä (Lissau 1997). Tässä tutkimuksessa painoindeksiä käytettiin vain 15-vuotiailla, koska heillä sen käyttö kasvuprosessin näkökulmasta oli luotettavampaa kuin nuoremmilla. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että itseilmoitetut pituus ja painotiedot korreloivat voimakkaasti mitattuun painoon ja pituuteen sekä lapsilla että aikuisilla (Epstein ym. 1991).

Terveyden psyykkinen ulottuvuus

Terveyden psyykkistä ulottuvuutta mittasivat minäkuvan kannalta tärkeät osa-alueet, itsetunto ja koettu ulkonäkö. Korkea itsearvostus ja myönteinen käsitys itsestä ja omasta pätevyydestä ovat keskeisiä psyykkisiä voimavaroja. Tässä tutkimuksessa itsetuntoa mitattiin Rosenbergin (1965) mittarilla. Minäkäsitys on jatkuvasti kehittyvä, moniulotteinen ja hierarkkinen systeemi. Itsetunnon kehittyminen on sisäinen prosessi, vaikka ympäristö, erityisesti yksilön itselleen tärkeäksi kokemat henkilöt, vaikuttavat sen muodostumiseen. Itsetunto tai itsearvostus on yksilön arvio siitä, missä määrin minäkäsitys vastaa hänen arvojaan, ihanteitaan ja arvostuksiaan. (Coopersmith 1967, Wylie 1974, Rosenberg 1979.) Smelserin (1989) mukaan itsetunnossa voidaan erottaa kolme elementtiä: kognitiivinen, affektiivinen ja arvioiva elementti.

Itsetunnon arvioimista vaikeuttaa se, että itsetuntomittarit perustuvat itsearviointiin. Ihmisten erilainen tyyli arvioida itseään, sosiaalisesti suotuisa vastaaminen ja psykologiset puolustusmekanismit ovat virhetekijöitä, joiden huomioon ottamista on korostettu viimeaikaisessa itsetuntotutkimuksessa (Salmivalli 1998). Lintusen (1995) neljän vuoden seurantatutkimuksessa todettiin, että 11 – 15-vuotialla pojilla ja tytöillä oli eroja minäkäsityksen pysyvyydessä. Pojilla minäkäsitys oli hyvin pysyvä (oman aseman pysyvyys suhteessa ryhmään) ja myönteinen ikävuosien 11 – 15 välillä. Tyttöjen minäkäsitys oli labiilimpi, samoin heidän itsearvostuksensa ja koettu ulkonäkönsä olivat alhaisempia kuin pojilla. Lintusen mukaan poikien ja tyttöjen minäkäsityksen kehityksessä näyttäisi olevan suuria eroja. (Lintunen 1995.)

Kyselytutkimuksessa, jossa ei ole mahdollisuutta käyttää esimerkiksi toveriarviointeja tai opettajien ja vanhempien arviointeja, on syytä käyttää mittaria, jota on käytetty samanikäisillä vastaajilla hyvin tuloksin. WHO-Koululaistutkimuksessa käytetty mittari on testattu varsin perusteellisesti Lintusen (1995) neljän vuoden seurantatutkimuksessa, jossa tutkimukseen osallistuvien lasten ja nuorten kanssa oltiin varsin tiiviissä kanssakäymisessä. Rosenbergin (1965) mittari toimi kokeneen tutkijaryhmän mukaan hyvin ja tarkasteli nuorten itsetunnon kannalta relevantteja asioita. (Lintunen 1995.) WHO-Koululaistutkimuksessa Rosenbergin itsetuntomittarin Cronbachin alfa-kertoimet eri ikäryhmien tytöillä ja pojilla olivat hyvät (liitteet 3 ja 6).

Osana nuoren minäkäsitystä tarkasteltiin oman ulkonäön kokemista. Sitä kuvaamaan muodostettiin summamuuttuja, joka koostui neljästä yksittäisestä kysymyksestä. Kysymykset kartoittivat oman painon ja laihduttamisen tarpeellisuuden kokemista, oman ulkonäön hyväksymistä sekä halua muuttaa jotain itsessään. Koetun ulkonäön mittari toimi alfa-reliabiliteettikertoimen mukaan muilla ryhmillä paitsi 15-vuotiailla pojilla. Rakenneyhtälömalleihin koettu ulkonäkö tuli mukaan vain 13- ja 15-vuotiailla tytöillä. Psyykkisen terveyden ulottuvuuden mittari olisikin voinut kattaa laajemmin nuoruusikään liittyviä prosesseja, tällöin myös pojille tärkeät tekijät olisivat tulleet paremmin esille. Osaltaan psyykkinen ulottuvuus oli mukana myös oireilussa, jossa tiedusteltiin esimerkiksi jännittyneisyyttä, hermostuneisuutta ja masennusoireita.

Terveyden sosiaalinen ulottuvuus

Sosiaalinen terveys on määritelty kykynä solmia ja ylläpitää ihmissuhteita (Ewles ja Simnet 1992, Naidoo ja Wills 1994). Tätä terveyden ulottuvuutta tarkasteltiin kolmesta näkökulmasta, suhteina vanhempiin, ystäviin sekä opettajiin. Suhteita vanhempiin pyrittiin tarkastelemaan arkisen vuorovaikutuksen kautta. Summamuuttujan yhtenä osatekijänä oli kodin ilmapiiri. Hollerin ja Hurrelmannin (1990) mukaan kodin ilmapiiri heijastelee mahdollisuuksia keskusteluihin ja tukeen. Hyvä kodin ilmapiiri ei merkitse ristiriidattomuutta, mutta se ilmentää voimavaroja vaikeuksien ja ristiriitojen käsittelyyn. Chronbachin alfa-kertoimien perusteella summamuuttuja toimi tytöillä paremmin kuin pojilla. Rakenneyhtälömalleihin suhteet vanhempiin tulivat kuitenkin mukaan kaikkien ikäryhmien tytöille ja pojille.

Ystäväsuhteita tarkasteltiin monipuolisesti usean kysymyksen avulla. Aikaisempien tutkimusten perusteella ystävyyssuhteiden olemassaolo ja nuoren tunne kuulumisesta muiden ikäistensä joukkoon on tärkeä nuorten koettuun terveyteen yhteydessä oleva tekijä (Rook 1987).

Suhteita opettajiin tarkasteltiin viiden eri kysymyksen avulla. Tämä summamuuttuja ei tullut mukaan minkään ryhmän itsearvioidun terveyden rakenneyhtälömalliin. Vaikka summamuuttuja toimi sinänsä hyvin (alfat korkeita), se ei ollut merkityksellinen nuorten itsearviodun terveyden kannalta. Tulos oli odotettavissa, sillä aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille erityisesti itselle läheisten ihmisten merkitys terveyden kokemiselle (House ym. 1988a). Tutkimuksessa ei tullut esille opettajasuhteiden kompensatorista vaikutusta tilanteessa, jossa kodin tai ystävien tuki olisi huono. Tämän asian tutkiminen vaatisi toisenlaisen tutkimusasetelman. Ihmisillä on monia muitakin voimavaroja hyvinvointinsa ja terveytensä suhteen kuin suhteet muihin ihmisiin. Myös sosiaalisia tyylejä on monenlaisia, sosiaalisen terveyden mukaan ottamisella tässä tutkimuksessa ei haluttu korostaa pinnallista sosiaalisuutta. Pikemminkin pyrittiin kartoittamaan arkista sosiaalista selviytymistä.

Terveyden sosiaalista ulottuvuutta mitattiin myös yksinäisyyden kokemusten useudella (Schwarzer ja Leppin 1991). Russell (1982) on kritisoinut suorien kysymysten käytön voimistavan nuorten halukkuutta vastata sosiaalisesti suotavalla tavalla. Tällöin hänen mielestään osa yksinäisyyden kokemuksista voi jäädä havaitsematta. Yksinäisyyden kokeminen ja yksinäisyyden tunteen hyväksyminen ovat kulttuurisidonnaisia. Sosiaalisuutta korostavassa kulttuurissa vastaajilla voi olla enemmän paineita vastata yksinäisyyden kokemuksia vähätellen kuin kulttuurissa, jossa sosiaalisuutta ei korosteta yhtä paljon. Käytetyllä kysymyksellä pyrittiin tavoittamaan vastaajien yksinäisyyden kokemisen yleisyyttä. Vuoden 1990 WHO-Koululaistutkimuksessa ainakin nuorimpien vastaajien osalta tulokset ovat samansuuntaisia kuin Laineen (1989) moniulotteisemmilla mittareilla ja haastatteluilla saamat tulokset peruskoulun ala-asteen oppilaiden yksinäisyyden kokemuksista. Molempien tutkimusten mukaan noin kymmenen prosenttia 11-vuotiaista koki itsensä yksinäiseksi hyvin tai melko usein (Välimaa 1993, Välimaa ym. 1994).

Sosioekonominen asema ja perherakenne

Tässä tutkimuksessa on kansainvälisten suositusten mukaisesti päädytty käyttämään rinnakkaisia kysymyksiä, jotka tarkastelevat hieman eri näkökulmista perheen sosioekonomista asemaa ja nuoren käsitystä siitä. Eri tekijät vaikuttavat eri tavoin terveydentilan eri ulottuvuuksiin ja eri lailla elämänkaaren eri vaiheissa. (Rahkonen 1994, Currie ym. 1997.) Abramson ym. (1982) totesivat, että vaikka vanhempien ammatin, koulutuksen ja tulojen keskinäiset korrelaatiot olivat pienet, olivat niiden yhteydet terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen samansuuntaiset. Tutkimus ei ole tähän mennessä tuottanut vain yhtä mittaria, joka olisi selvästi paras nuoren sosioekonomisen aseman kuvaaja. Rahkonen (1994) on täydentänyt nuoren sosiaalisen aseman mittaamista käyttämällä yhtenä mittarina nuoren koulumenestystä. Koulumenestyksen on puolestaan todettu olevan yhteydessä koulutusvalintoihin, jota käytettiin nuoren oman sosiaalisen (tulevan) aseman mittarina tässä tutkimuksessa (Nummenmaa ja Vanhalakka-Ruoho 1987).

Koska lapsella tai nuorella ei ole omaa sosioekonomista asemaa (Hermanson ym. 1998), tarkasteltiin tässäkin tutkimuksessa hänen perheensä sosioekonomista tilannetta äidin ja isän koulutuksen sekä heidän ammattiensa avulla. Lisäksi vastaajilta kysyttiin heidän omaa käsitystään perheen taloudellisesta tilanteesta. Skotlannin HBSC tutkimusryhmä pyysi vastaajia kertomaan, mitä seikkoja he olivat ajatelleet vastatessaan perheen taloudellista tilannetta koskevaan kysymykseen. Yleisimmin lapset ja nuoret ajattelivat vastatessaan perheen asumista ja naapurustoa, rahaa (myös taskurahoja), perheen autoja, lomia, vaatteita, vanhempien työtä ja palkkaa sekä työllistymistä. Lapset ja nuoret arvioivat perheen taloudellista tilannetta perheen materiaalisista lähtökohdista käsin. (Currie ja Klocke 1998.) Kysymys kuvastanee siten lasten ja nuorten omaa kokemusta taloudellisten voimavarojen saavutettavuudesta perheessä.

Nuoren oman sosiaalisen aseman tutkiminen oli ongelmallista, koska vastaajat olivat vielä suorittamassa perusopintojaan. Yksilöllistä sosiaalista asemaa kartoitettiin kysymällä nuoren koulutusorientaatiota, jonka on todettu olevan melko pysyvä ilmiö (Nummenmaa ja Vanhalakka-Ruoho 1987). Vuonna 1996 peruskoulun päättöluokan opiskelijoista sijoittui reilu puolet (66 % tytöistä ja 45 % pojista) päivälukioon ja kolmasosa (23 % tytöistä ja 44 % pojista) ammatillisiin oppilaitoksiin. WHO-Koululaistutkimuksessa yhdeksäsluokkalaisista tytöistä 71 % ja pojista 54 % vastasi menevänsä lukioon. Ammatilliseen koulutukseen kertoi hakeutuvansa 27 % tytöistä ja 44 % pojista. Prosenttiosuudet ovat verrattain yhtenevät, vaikka jälkimmäisissä on kyse vasta aikeista. Koulutuksella on todettu olevan yhteyttä nuorten terveystietoisuuteen; lukiolaiset on sosiaalistettu muita nuoria tiiviimmin terveyttä vahvistavaan käyttäytymiseen (Rahkonen 1994). (Liite 5)

Perherakenteen tutkiminen kyselytutkimuksessa ei ole ongelmatonta. Esimerkiksi Huurre ym. (1999) ovat käyttäneet jakoa kahteen erilaiseen perhemuotoon, kahden vanhemman muodostamaan perheeseen ja muihin perhemuotoihin. Perherakennemuuttuja on vain karkea jako, joka ei voi ottaa huomioon kaikkea perhemuotoihin liittyvää erilaisuutta. Perheissä tapahtuu jatkuvasti muutoksia. Tilastokeskuksen vuoden 1996 perhetilaston mukaan yleisin oli perhe, jossa on avioliitossa olevat vanhemmat ja alaikäisiä lapsia (Tilastokeskus 1996). Perherakenteella on todettu olevan yhteyttä lasten ja nuorten terveyteen ja hyvinvointiin (Mechanic ja Hansell 1989). Perhemuodon lisäksi tutkimuksessa pyrittiin kartoittamaan laajasti perheiden vuorovaikutusta.

Sosiaalinen integraatio ja sosiaalinen tuki

Peltonen (1994) totesi keski-ikäisten naisten elämänhallintaa, sosiaalista tukea ja koettua terveyttä käsitellessä tutkimuksessaan, että sosiaalinen tuki osoittautui hänen tutkimuksessaan aikaisempien tutkimusten tapaan hyvin monimuotoiseksi. Sen sisältö on riippuvainen yksilön eri sosiaalisista rooleista, vieläpä ihmisen luonteenpiirteistäkin. Tämän vuoksi Peltosen mukaan on erityisen vaikeaa, ellei suorastaan mahdotonta, luoda sellaista sosiaalisen tuen mittaria, joka olisi käyttökelpoinen hyvin erilaisissa tutkimuksissa.

Nuorten sosiaalisia verkostoja tarkasteltiin minäkeskeisestä näkökulmasta. Kyselylomakkeessa käytetty ”piirrostehtävä” toimi konkreettisuutensa vuoksi hyvin kartoitettaessa nuorten sosiaalisten suhteiden määrää, sosiaalisen verkoston kokoa ja koostumusta. Tulokset verkostojen koosta ja koostumuksesta olivat samansuuntaisia kuin muissakin suomalaisnuoriin kohdistuneissa tutkimuksissa (Huurre ym. 1996, Kunttu 1997, Heikkinen 1999). Sosiaalisen tuen muotojen mittaamisessa käytettiin mukaeltua versiota Arizona Social Support Interview Schedule eli ASSIS-mittarista, joka on kehitetty sosiaalisen tuen saatavuuden ja tyytyväisyyden mittaamiseen. (Barrera 1981b, Barrera ja Garrison-Jones 1992, Huurre ym. 1996). Mittarilla saatiin parem-

min tietoa vanhemmilta kuin ystäviltä saatavasta tuesta. Koska mittari on alun perin suunniteltu käytettäväksi haastattelututkimuksessa, kyselylomaketta varten olisi pitänyt antaa tarkemmat ohjeet erilaisen tuen antajien kirjaamiseen. Nyt esimerkiksi emotionaalisen tuen antajina saattoi lomakkeessa olla "ystävät". Vastauksen perusteella ei voi arvioida kuinka monelta ystävältä nuori saa apua. Vastauksista ei myöskään saanut tietoa siitä, saako nuori erilaista apua eri ystäviltä, vai onko hänellä kiinteä ystäväjoukko, joilta hän saa kaikenlaista tukea ja apua. Esitutkimus yhdeksäsluokkalaisilla (N=90) ei riittävästi paljastanut mittarin heikkouksia.

Keskittyminen vanhemmilta ja ystäviltä saatavaan tukeen oli hyvä valinta, koska useissa tutkimuksissa nämä on todettu nuorten tärkeimmiksi tuen lähteiksi (Huurre ym. 1996, Heikkinen 1999). Jatkossa sosiaalisia verkostoja nuorten koetun terveyden näkökulmasta tutkittaessa olisi kyettävä ottamaan huomioon myös verkostojen kaksoisluonne. Yhtäältä nuorten verkostot voivat aiheuttaa ongelmia, jotka voivat purkautua esimerkiksi erilaisina psykosomaattisina oireina. Toisaalta verkostot voivat olla potentiaalisia ja todellisia tuen lähteitä. (Holler ja Hurrelmann 1990.)

11.1.4 Ryhmähaastattelujen arviointi

Eskolan ja Suorannan (1998) mukaan laadullisen tutkimuksen arviointi käsittää koko tutkimusprosessin luotettavuuden arvioinnin. Näin siksi, että laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on tutkijan avoin subjektiviteetti ja sen myöntäminen, että tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline. Lincoln ja Guba (1985) sisällyttävät kvalitatiivisen tutkimuksen ja analyysin luotettavuuteen uskottavuuden (vastaavuus, totuusarvo, credibility), siirrettävyyden (sovellettavuus, transferability), käyttövarmuuden (pysyvyys, dependability) ja vahvistettavuuden (neutraalisuus, confirmability) (Tynjälä 1991, Wahlström 1992). Tässä työssä pyrittiin kuvaamaan koko tutkimusprosessi aineiston keruusta analyysin kautta tulkintoihin ja pohdintoihin mahdollisimman kattavasti, jotta lukija voisi seurata ja arvioida tutkijan tekemiä ratkaisuja.

Tutkimuksen luotettavuutta, lähinnä tutkimusprosessin seurattavuutta ja arvioitavuutta vahvistettiin käyttämällä melko pitkiä aineistokatkelmia, jotta sekä keskustelun rakennepiirteet että sisältö tulivat näkyviin. Saarenheimon (1996) mukaan aineistokatkelmia on myös oltava riittävän paljon, jotta tutkijan ja aineiston välistä dialogia voisi arvioida.

Aineiston käsittelyä ja analyysin luotettavuutta voidaan parantaa esimerkiksi rinnakkaiskoodauksella tai aineiston puolittamisella kahden tutkijan kesken. Näitä käytetään useimmiten kuitenkin määrällisissä tutkimuksissa. Luonnollinen tapa koetella aineiston ja analyysin luotettavuutta on keskustella niistä muiden tutkijoiden kanssa. Tällöin voidaan pohtia yksittäisten tutkijoiden aineistoon pohjautuvia havaintoja ja alustavia tulkintoja. (Pyörälä 1994.) Tässä tutkimuksessa viimeksi mainittu luotettavuuden arvi-

ointi tapahtui keskustelemalla tutkimuksesta erilaisissa seminaareissa ja luetuttamalla tekstiä muilla laadullista terveystutkimusta tekevillä tutkijoilla.

Ryhmähaastattelua pidetään luotettavana menetelmänä, kunhan sitä käytetään ryhmähaastatteluun soveltuvissa tutkimusaiheissa (Krueger 1994). Ryhmähaastattelun sisäinen luotettavuus on pitkälti tutkijan ja ryhmän sitoutumisen varassa. Tässä tutkimuksessa ryhmiin osallistuivat vapaaehtoiset nuoret. Menetelmän ja sillä saatavan tiedon luotettavuutta parantaa se, että haastattelutilanteessa tutkija saa välitöntä palautetta siitä, ymmärtävätkö haastateltavat kysymykset oikein. Hän voi tehdä tarvittavia lisä- tai jatkokysymyksiä. Luotettavuutta voidaan tarkastella antamalla osallistujien itse arvioida antamaansa kuvaa tutkimusaiheesta lyhyessä jälkikeskustelussa. Sulkusen (1990) mukaan yleistettävyyttä parantavat aineiston järkevän muodostamisen lisäksi mahdolliset vertailut muihin tutkimustuloksiin ja tulkintoihin.

Tutkimusta arvioitaessa on otettava huomioon myös haastattelutiedon ehdollisuus. Valittu menetelmä tuottaa tietyn, rajallisen aineiston tietyn ryhmän käsityksistä ja kokemuksista, jonka perusteella ei voi vetää yleisiä johtopäätöksiä. Muilla menetelmillä voidaan löytää toisenlaisia merkityksenantoja. (Åstedt-Kurki ja Heikkinen 1994, Oinas 1996.) Ryhmähaastattelun tulokset ovat aina valikoituneen joukon mielipiteitä.

Lincolnin ja Guban (1985) mielestä kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole syytä puhua tulosten yleistettävyydestä, vaan niiden siirrettävyydestä. Tulosten siirrettävyyteen vaikuttaa muun muassa se, miten samankaltaisia tutkittu ympäristö ja sovellutusympäristö ovat. Sulkunen (1990) puolestaan esittää, että laadullisesta aineistosta ei ole mahdollista tehdä yleistyksiä suoraan aineistosta, vaan siitä tehdyistä tulkinnoista. Yleistettävyyden kriteeriksi nousee tällöin järkevä aineiston kokoaminen (Eskola ja Suoranta 1998). Haastateltavia kootessa on syytä korostaa kolmea seikkaa. On suotavaa, että haastateltavilla olisi 1) suhteellisen samanlainen, ainakin sen hetkinen kokemusmaailma, että he 2) omaisivat tutkimusongelmasta omakohtaista tietoa tietoa, ja olisivat 3) kiinnostuneita itse tutkimuksesta. Tässä tutkimuksessa edellä mainitut kriteerit toteutuivat seuraavasti. 1) Haastateltavat olivat luokkatovereita, useat koulukavereita jo usean vuoden ajalta. 2) Haastatteluihin osallistuneet nuoret olivat vastanneet WHO-Koululaistutkimuksen kyselylomakkeessa käytettyyn itsearvioidun terveyden kysymykseen ennen haastatteluja, joten heillä oli kokemusta siitä, miten kyselytilanteessa terveyttä määrittelivät. 3) Lisäksi haastateltavat olivat vapaaehtoisia, asiasta kiinnostuneita nuoria.

Haastatteluaineiston luonteeseen vaikuttaa myös se paikka, missä aineisto on kerätty. Tätä kysymystä pohdittiin erityisesti tutkimuksessa, jossa tehtiin ryhmähaastatteluja koululaisten ystävyyssuhteista, seurustelusta ja perhesuunnittelupalveluiden käytöstä. Projektin haastattelut tehtiin yleensä tavallisessa koululuokassa, mutta yhdellä koululla haastattelupaikkana toimi terveydenhoitajan vastaanottotila. Tämä tuntui vaikuttavan haastattelu-

jen kulkuun ja sisältöön, etenkin poikaryhmän haastattelussa. Tällöin jouduttiin pohtimaan niitä rooleja, joihin ihmiset tietyissä tiloissa “joutuvat” tai joita he ottavat. Tuottaako tila tällöin niitä vastauksia, joita siellä halutaankin saada? Tilaan liittyy aina tietynlaisia kulttuurisia ja sosiaalisia latauksia. (Välimaa ja Pötsönen 1996.) Tässä tutkimuksessa terveydestä puhuttiin koulussa, oppilaanohjauksesta vastaavan henkilön työhuoneessa. Taustalta kuului kouluelämän tuttuja ääniä, kellojen pirinää, ovien kolahteluja, välitunnille kiirehtiviä askeleita, huudahduksia ja puheensorinaa – oltiin siis hyvin vahvasti koulussa ja sen tunnelmissa. Puhetta värittivätkin kouluun liittyvät asiat, kuten kouluruokailu, käytäväkeskustelut, rapuissa juokseminen. Terveyttä tarkasteltiin koululaisen näkökulmasta koulussa, toisenlainen ympäristö olisi voinut nostaa esiin toisenlaisia painotuksia. Mutta ryhmähaastattelujen peruskysymys “Miten ymmärsit terveyden käsitteen kysymyslomakkeeseen vastatessasi?”, tuli hyvin vastatuksi juuri koulussa, siellähän kyselylomakkeisiinkin oli vastattu.

11.1.5 Kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen yhdistäminen

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä triangulaatiolla, jossa samaa tutkimuskohdetta tarkastellaan erilaisten aineistojen, teorioiden ja / tai menetelmien avulla. Tällöin voidaan tarkastella muun muassa eri aineistojen yhtenevyyttä. (Basch 1987, Krueger 1994, Eskola ja Suoranta 1998.) Triangulaation käyttöä perustellaan sillä, että yksittäisellä tutkimusmenetelmällä on vaikea saada kattavaa kuvaa tutkimuskohteesta. Eskola ja Suoranta (1998) viittaavat laadullista tutkimusta käsittelevässä kirjassaan Denzinin (1978) triangulaation luokitteluun. Hän jakaa se neljään osaan: aineisto-, tutkija-, teoria- ja menetelmätriangulaatioon. Seuraavassa keskitytään viimeksi mainittuun.

Menetelmätriangulaatiossa tutkimuskohdetta tutkitaan useilla eri aineistonhankinta ja tutkimusmenetelmillä. Esimerkiksi kyselylomakkeella voidaan kartoittaa ilmiön yleisyyttä, ja haastatteluilla yksilöiden omia selitysmalleja ja tulkintoja. Näillä menetelmillä on erilainen kohdeherkkyys. Eskola ja Suoranta (1998) pohtivat, onko erityyppisten aineistojen yhteensovittaminen soveliasta. Heidän mukaansa tieteenfilosofisin perustein triangulaation käyttöä voi epäillä, mutta käytännön empiirikkoina menetelmätriangulaatio tuntuu hyvältä vaihtoehdolta.

Tässä tutkimuksessa kyselyiden ja haastattelujen tulokset nuorten koetusta terveydestä olivat varsin yhteneviä. Itsearvioidun terveyden kannalta keskeisiä tekijöitä kummassakin tutkimuksessa olivat koettu fyysinen kunto ja koettu oireilu. Erona eri menetelmillä tuotetuissa aineistoissa oli se, että psyykkiset tekijät eivät tulleet kovin selvästi esille ryhmähaastatteluissa. Itsearvioidun terveyden rakenneyhtälötarkasteluissa itsetunto oli keskeinen tekijä. Omaa itseä ja minäkuvaa käsittelevä tieto on vaikeasti hallittavaa (Niemi 1994). Spontaanisti nuoret eivät näitä ulottuvuuksia terveys -käsitteeseen liittäneetkään. Sosiaalisiin suhteisiinkin ryhmähaastatteluissa viitattiin vain

ohimennen koettujen oireiden yhteydessä. Niistä keskusteltiin myös tutkijan aloitteesta. Koulutovereiden ja ystävien kanssa nuoret, erityisesti tytöt, kertoivat purkavansa oirekokemuksiaan, mikä viittaa arkipäivän sosiaalisen tuen ilmenemiseen.

Ryhmähaastattelut kertovat erityisesti siitä, miten nuoret ymmärsivät terveyden käsitteen. Yleisemmällä tasolle ne kuvaavat, miten nuoret ovat ottaneet haltuun yhteiskunnassa vallitsevan terveyskäsityksen. Tässä tutkimuksessa kaksi erilaista aineistoa rikastuttivat ja täydensivät toisiaan. Ryhmähaastattelut kertoivat terveyden sukupuolittuneesta luonteesta, terveydestä koululaisten arjessa koulun käytävillä ja huonosti ilmastoiduissa luokkahuoneissa. Molemmissa aineistoissa tuli esille myös oireilun yleisyys ja jokapäiväisyys. Kokemukset sairaudesta tulivat nuorten puheessa usein esille, tämä onkin selvä viesti kyselytutkimuksen kehittämiseksi huomioimaan paremmin myös nuorten todellinen sairastaminen.

11.2 Tutkimustulosten yhteenveto ja pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää 11 – 15-vuotiaiden nuorten terveyden kokemuksia ja sitä, mitä terveyden ulottuvuuksia yksittäinen kysymys itsearvioidusta terveydestä heijastaa. Lisäksi tarkasteltiin sitä, miten peruskoulun yhdeksäsluokkalaiset ymmärsivät terveyden käsitteen kyselytutkimuksessa.

Pojista noin puolet ja tytöistä 40 % koki olevansa erittäin terveitä. Erittäin harva nuori piti terveyttään huonona. Toisenlaisen näkökulman nuorten terveyden kokemiseen antaa se, että erilaisten oireiden kokeminen oli nuorilla varsin yleistä. Iän myötä oireiden kokeminen yleistyi molemmilla sukupuolilla, mutta tytöt oireilivat poikia yleisemmin. Tavallisimpia oireita olivat väsymys, ärtyneisyys–pahantuulisuus, hermostuneisuus ja nukahtamisvaikeudet. Niska-hartiaseudun vaivat olivat myös vanhemmilla oppilailla tavallisia. Tytöillä oli yleisesti myös päänsärkyä. Oireiden runsas kokeminen oli yhteydessä itsearvioituun terveyteen. Nuoret, jotka kokivat useaa oiretta lähes viikoittain, kokivat terveytensä harvemmin erittäin hyväksi kuin vähemmän oireilevat nuoret.

Oman kuntonsa pojat arvioivat tyttöjä yleisemmin hyväksi, nuorimmat vastaajat vanhempia yleisemmin. Kuntonsa hyväksi kokeneet kokivat myös olevansa erittäin terveitä yleisemmin kuin kuntonsa keskinkertaiseksi tai huonoksi kokeneet. Pojat olivat tyttöjä yleisemmin tyytyväisiä painoonsa, tytöt pitivät itseään poikia yleisemmin liian lihavina. He myös arvioivat tarvitsevansa ruokavaliota painonsa pudottamiseksi poikia yleisemmin.

Nuorten sosiaalinen tausta – isän ja äidin sosioekonominen asema ja koulutus, nuoren oma arvio perheen taloudellisesta tilanteesta sekä nuoren koulutusorientaatio – erotteli nuorten koettua terveyttä. Mitä parempi sosiaalinen tausta sitä todennäköisemmin nuori koki itsensä erittäin terveeksi.

Rakenneyhtälötarkastelussa itsearvioituun terveyteen olivat kaikkien ikäryhmien tytöillä ja pojilla suoraan yhteydessä koettu oireilu, koettu fyysinen kunto ja itsetuntoindeksi. Koettu ulkonäkö tuli mukaan vain 13- ja 15-vuotiaiden tyttöjen malleihin, 15-vuotiailla tytöillä tuli mukaan myös painoindeksi. Sosiaaliset suhteet äitiin, isään ja ystäviin samoin kuin yksinäisyyden kokemus olivat itsearviointien taustalla vaikuttavia tekijöitä. Lasten ja nuorten terveyden kokemuksia ei voi tarkastella irrallaan kokijansa sosiaalisesta, psyykkisestä tai fyysisestä ympäristöstä.

Sosiaalisen tuen ja koetun terveyden välisiä yhteyksiä vuoden 1994 aineiston avulla tarkasteltaessa nousivat tyytyväisyys tukeen sekä suhteiden laatu äitiin ja isään ja ystäviin tärkeiksi tekijöiksi. Myös itsensä tärkeäksi kokeminen, suhteiden vastavuoroisuus (tytöt) ja sosiaaliset taidot (pojat) tulivat mukaan rakenneyhtälötarkasteluihin. Mallien avulla oli mahdollista tarkastella sosiaalista tukea kuvaavien tekijöiden välittymistä nuorten terveyden kokemuksiin. Koettu oireilu ja terveyden psyykkistä ulottuvuutta kuvannut itsetuntoindeksi olivat tärkeitä välittäviä tekijöitä.

Vaikka nuoruus on leimallisesti uusien sosiaalisten suhteiden solmimisen aikaa, on perheellä keskeinen asema nuorten sosiaalisessa maailmassa. Perhe ja sen ilmapiiri ovat pohjana muille ihmissuhteille. (Lähteenmaa ja Siurala 1991.) Perheen tärkeitä tehtäviä ovat muun muassa arvomaailman ja perinteiden välittäminen. Perheessä on mahdollisuus oppia vastuullisuutta ja toisista huolehtimista, sosiaalisuutta, joustavuutta ja työn tekemistä sekä erilaisuuden ja läheisten ihmissuhteiden arvostamista. Läheisiin ihmissuhteisiin ja etenkin perheeseen liittyy monia merkittäviä elämänkokemuksia, joiden työstäminen voi tarjota mahdollisuuksia myös henkilökohtaiseen kasvuun ja oppimiseen. (Aittola 1998.) Seckerin (1997) tutkimuksen mukaan 13- ja 14-vuotiaat nuoret eivät halunneet suuriakaan muutoksia siihen, mitä aikuiset tekevät tukeakseen heitä, mutta he eivät olleet tyytyväisiä aikuisten asenteisiin. Nuoret halusivat, että aikuiset paneutuisivat paremmin heidän huoliinsa ja murheisiinsa, antaisivat heille suunvuoron ja kuuntelisivat heitä.

Ryhmähaastatteluaineistossa käsiteltiin itsearvioidun terveyden käsitteen ymmärtämistä kyselytutkimustilanteessa. Terveys näyttäytyi paljolti sairauden vastakohtana, fyysisenä kuntona ja jaksamisena. Aineisto antaa kuitenkin viitteitä siitä, että nuorten terveyden käsite on paljon laajempi – heille terveys ei ole vain sairauden poissaoloa, vaan kattavampaa hyvää oloa. Tämä on hyvä viite nuorten terveyden edistämistä kehitettäessä. Koulun terveyden edistämisen näkeminen kouluyhteisön vuorovaikutteisena prosessina, jossa lähdetään yksilöiden ja yhteisöjen voimavaroista hyötyisi nuorten oman äänen kuulemisesta. Olihan ryhmähaastatteluiden yksi tulos se, että peruskoulun yhdeksännen luokan oppilailla on valmiuksia keskustella ryhmässä terveyteen liittyvistä asioista.

Terveyden käsite

Mielikuvamme terveydestä ovat sukupuoleen sidottuja. Tätä kuvaa tukevat empiiriset havainnot naisten ja miesten terveydestä. Naiset käyttävät miehiä enemmän terveyspalveluja ja lääkkeitä, he myös sairastavat miehiä yleisemmin, vaikka elävätkin miehiä pidempään. Myös tytöt käyttävät poikia enemmän terveyspalveluja (Rahkonen 1988) ja lääkkeitä (Rahkonen ym. 1987, Välimaa 2000). Riskan (1997) mukaan terveydestä voidaan kuitenkin sukupuolen perusteella tehdä liian yksinkertaistavia ja yleistäviä johtopäätöksiä. Terveyden sukupuolierojen suunta ja määrä vaihtelevat esimerkiksi erilaisten oireiden ja tilojen osalta sekä elämänkulun vaiheen mukaan (Riska 1997).

Terveyden sukupuolen mukaista rakentumista käsitellään teoksissa Naisen terveys (Sorvettula 1995) ja Miehen terveys (Kontula ym. 1995). Molemmissa sekä puretaan että uusinnetaan sukupuoleen sidottua yksinkertaistavaa vastakkainasettelua. Naisten nähdään käsitteellistävän terveyttään ja sairauttaan monipuolisesti osana arkielämää. Naisten terveyden hahmottamisessa tärkeää on se, että nainen yksilönäkin on sisäistänyt suhteet toisiin ja toisten huomioon ottamisen. Terveys liitettiin muun muassa naisten omiin kokemuksiin, työhön ja naisen mahdollisuuksiin. Miesten terveys -kirjan esipuheessa tuodaan esille, että "…miehet haluavat elää omaehtoisesti. He tekevät elämäänsä liittyviä valintoja muista kuin terveyssyistä. Monet ovat tietoisesti valmiita vaarantamaan terveytensä. Monet asettavat laadun elämän pituuden edelle." (Kontula ym. 1995, s. 7). Myös WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia nuorten koetusta terveydestä voidaan tarkastella siitä näkökulmasta, että ne osaltaan uusintavat mielikuvaa, joka meille on aikuisten naisten ja miesten terveydestä syntynyt. Terveyden sukupuolieron vertailu ei kuitenkaan välttämättä tee oikeutta tyttöjen ja poikien koetun terveyden kokemusten samankaltaisuuksille tai tyttöjen ja poikien keskinäisille eroille.

Aikuisväestöllä itsearvioitu terveys ennustaa muun muassa terveyspalvelujen käyttöä, eläkkeelle jäämistä ja kuolleisuutta (Bjorner ym. 1996). Itsearvioitua terveyttä ei pidä kuitenkaan redusoida esimerkiksi vain kuolleisuutta ennustavaksi tekijäksi, vaan pikemminkin se pitää ymmärtää mittarina, joka summaa yhteen yksilölle tärkeitä terveyteen liittyviä seikkoja. Samalla itsearvioidun terveyden vertailuihin on suhtauduttava varoen, koska kulttuuriset ja kielelliset tekijät voivat vaikuttaa siihen, miten ihmiset terveyskyselyissä vastaavat itsearvioidun terveyden mittariin. (Jylhä ym. 1998, Manderbacka 1998.)

Tämän tutkimuksen mukaan tyttöjen ja poikien terveyden kokemukset ovat osin erilaisia, osin samanlaisia. Myös heidän tapansa puhua terveydestä on osin samanlaista, osin siinä erottuvat erilaiset lähestymistavat ja kokemusten erilaisuus. Nuorten terveyskäsitysten sukupuolen mukaisen rakentumisen tarkempi tutkimus voi tuoda mielenkiintoista tietoa siitä, minkälaiseen terveysmaailmaan heidät on sosiaalistettu. Siirtyvätkö sukupuolispesifit rakenteet sukupolvelta toiselle, vai onko nykyinen "neuvotteluyhteiskunnan" luonne siirtynyt myös terveyden uudelleenneuvotteluksi, omien käsitysten ja kokemusten refleksiivisemmäksi tarkasteluksi?

11.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Terveyden edistämistä käsittelevässä kirjallisuudessa on viime aikoina nähty tärkeänä varustaa ihmisiä kykeneviksi ottamaan kantaa ja toimimaan oman ja ympäristönsä terveyden hyväksi (Downie ja Tannahill 1996). Tästä näkökulmasta näyttäsi tärkeältä, että koulun terveysopetus kulkisi lapsen elämänkulkua noudatellen mukana koko kouluajan (Korhonen 1998). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan nuorten itsearvioitu terveys heijastaa monipuolisesti erilaisia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia terveyden ulottuvuuksia. Terveyttä edistävää toimintaa ei voikaan rajata tiukasti vain muutamaan osa-alueeseen, vaan sitä tulisi tarkastella lasten ja nuorten erilaiset elämänalueet läpäisevänä toimintana.

Lapsen ja nuoren myönteisen kehityksen perustana on positiivinen, vahva minäkuva, koska lapsen käsitys itsestään luo rajat hänen toiminnalleen (Aho 1987). Myös koulumaailmassa oppilaiden itsetunnon kohottamisesta on tullut arvostettu kasvatuksen tavoite. Se, mitä lapsi oppii itsestään koulussa, on pitkällä aikavälillä hänen edistymisensä kannalta tärkeämpää kuin se, mitä hän oppii opetusohjelmasta. Jos nuorelle koulumaailmassa kasautuu epäonnistumisia, on hänen vaikea muodostaa käsitystä itsensä ja oman panoksensa arvokkuudesta (Pulkkinen 1984).

Kolmea tutkimuksen alussa esiteltyä terveyden tarkastelukulmaa: terveys henkilökohtaisena kokemuksena, terveys tutkimuksessa sekä terveyspolitiikassa voisi nyt täydentää seuraavasti.

1) Omakohtaiset terveyden kokemukset ovat olennainen osa nuorten terveyden edistämistä ja terveyskasvatusta. Nuorelle ne muodostavat eräänlaisen peruselementin, joiden käsittely luo pohjaa uusien asioiden tarkastelulle. Omista kokemuksista ja näkemyksistä tietoiseksi tuleminen ja niiden pohtiminen selkeyttää nuoren suhdetta itseensä, omiin tarpeisiinsa, arvoihinsa ja tavoitteisiinsa. Tälle pohjalle nuoret voivat rakentaa monipuolisempaa ja moniulotteisempaa kuvaa terveydestä yleensä ja omasta terveydestään erityisesti. Tämä asettaa haasteita myös koulun terveysopetukselle.

Tanskassa koulun terveysopetusta tutkinut ja kehittänyt Jensen (1991) on kritisoinut koulujen toimintaa siitä, ettei se anna riittävästi sijaa lasten ja nuorten omille ajatuksille ja käsityksille opetettavista asioista. Terveysopetuksen tulisi koskettaa nuorten mieltä, antaa kokemuksia ja elämyksiä, joita purkamalla nuori voi rakentaa henkilökohtaista suhdetta tähän laajaalaiseen ja monimuotoiseen tematiikkaan. Myös nuorten elämä tässä ja nyt asettaa haasteita sille, miten terveydestä nuorille ja nuorten kanssa keskustellaan (Rahkonen 1994). Nuori ei välttämättä sitoudu tulevaisuteen, pikemminkin hän pitää kiinni pitkittyneestä nykyhetkestä (Jokinen 1999).

Tämän tutkimuksen tulos nuorten runsaasta oireilusta on otettava haasteena esimerkiksi kouluterveydenhuollon kehittämisessä. Tärkeitä teemoja ovat myös nuorten, erityisesti tyttöjen, oman painon kokeminen, tyttöjen paineet laihduttamiseen sekä muut ulkonäköön ja oman identiteetin rakentamiseen liittyvät tekijät.

2) Terveys tutkimuksessa. Nuorten koetun terveyden ilmiön tutkimuksellinen ymmärtäminen vaatii rinnakkaisten menetelmien ja erilaisten toisiaan täydentävien näkökulmien käyttöä. On luultavaa, että kyselyaineistojen kadossa oli enemmän niitä nuoria, jotka kärsivät erilaisista psykososiaalisista tai muista ongelmista (Kaltiala-Heino ym. 1998). Onkin tärkeää, että jatkossa voitaisiin paneutua tarkemmin myös näiden nuorten koettuun terveyteen ja sen ehtoihin. Myös erilaisten nuorisoryhmien ja alakulttuureiden tutkimuksellinen tavoittaminen on tärkeää. Nämä seikat painottavat tutkimustoiminnan monitieteisyyttä, mikä puolestaan asettaa vaatimuksia tutkijoiden verkostoitumiselle, tutkimuksen suunnittelulle sekä tutkimusresursseille.

Tyttöjen ja poikien koetussa terveydessä havaitut erot ovat mielenkiintoisia ja niihin olisi paneuduttava jatkossa tarkemmin. Tyttöjen poikia selvästi runsaampaa oireilua ei voi ohittaa ikävaiheeseen kuuluvana ohimenevänä ilmiönä, tai tyttöjen poikia taitavampana omien tilojen tunnistamisena ja nimeämisenä. Oireilua, erityisesti nuorten väsyneisyyttä, olisi tutkittava myös mielialan ja mielenterveyden näkökulmasta.

Terveyskasvatustutkimuksen kannalta on tärkeää tarkastella paitsi lasten ja nuorten koettua terveyttä ja terveyskäyttäytymistä, myös koulun terveysopetuksen tilaa (Pötsönen 1998). Nuorten terveystutkimusta pitäisi laajentaa myös perheiden suuntaan. Mitä tiedämme esimerkiksi perheiden terveyteen liittyvistä asenteista ja arvoista tai kodeissa lasten ja nuorten kanssa käytävistä terveyteen liittyvistä keskusteluista?

Olennainen osa nuorten henkilökohtaisia terveyden kokemuksia liittyy sairastamiseen. Tunnistavatko lapset ja nuoret riittävän hyvin oireensa voidakseen hakea apua perheen piiristä tai terveydenhuollon palveluista? Mitä oireita he pitävät sellaisina, joiden perusteella ryhtyvät hakemaan apua? Hollon tutkimus (1999) viittaa siihen, etteivät ainakaan kymmenvuotiaat lapset eivätkä aina ilmeisesti heidän vanhempansakaan osaa tunnistaa sairauden oireita. Jatkossa olisikin tärkeää paneutua tähän ongelmakenttään, ja tarkastella myös kouluterveydenhuollon resurssien riittävyyttä suhteessa lasten tarpeisiin. Nuorten terveydenhuollon palvelujen piiriin hakeutumisen prosessi olisi jatkoselvittelyn arvoinen. Tätä tukee myös ryhmähaastatteluista tehty havainto. Ryhmähaastattelut paljastivat, että tytöt ja pojat keskustelevat terveydestä ja oireilusta varsin eri tavalla. Tytöille keskustelut olivat arkipäiväisiä. Mietittiin esimerkiksi pitäisikö mennä terveydenhoitajan vastaanotolle. Pojat sen sijaan luokittelivat nämä keskustelut *"naisten alueelle"*. Keskustelukulttuurien ero voi ilmentää ja muokata esimerkiksi nykyistä ja tulevaa palvelujen käyttöä ja hoitoon hakeutumista.

3) Kolmas näkökulma terveyteen oli tarkastella sitä suhteessa terveyspolitiikkaan ja terveyttä edistävään yhteiskuntapolitiikkaan. Midha ja Sullivan (1998) esittävät terveyden yksilöllisen tarkastelun rinnalle rakenteellista tarkastelutapaa. Jälkimmäinen ei syyllistä yksilöä, vaan arvioi järjestelmien merkitystä ja ottaa ratkaisuissaan huomioon sosiaalisen, poliittisen ja kulttuurisen ympäristön. Seedhousen (1997) mukaan terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen yhteinen tavoite on mahdollistaa yksilöiden ja yhteisöjen

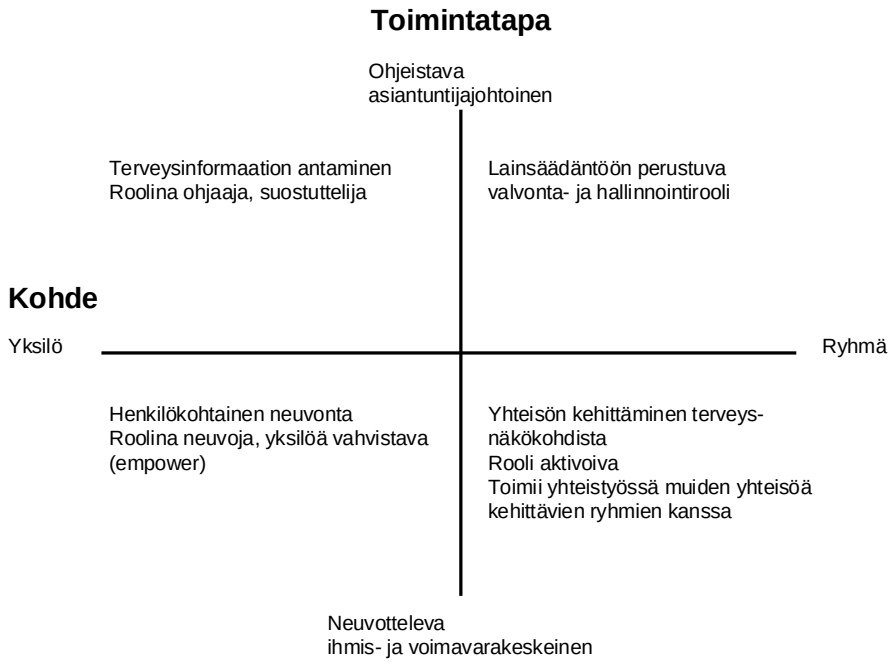
mahdollisimman hyvä terveys. Terveyskasvatuksen tehtävänä on varmistaa ihmisille muun muassa riittävä terveystietous, myös tieto erilaisten yhteiskunnallisten rakenteiden ja toimintojen vaikutuksesta hyvinvointiin. Hänen mukaansa kyseessä on erilaisten valintojen mahdollistamisesta.

Rahkonen (1994) näkee terveyspolitiikan mahdollisuudet vaikuttaa nuorten ja koko väestön terveydentilaan ja terveyskäyttäytymiseen rajallisina. Vakavimpina terveyttä vaarantavina tekijöinä hän tuo esille hyvinvointivaltion murentamisen ja työttömyyden. Terveyspolitiikan tavoitteiden saavuttaminen kaipaa eri yhteiskuntapolitiikan alueiden yhteistoimintaa. (Rahkonen 1994.) Terveyttä edistävään yhteiskuntapolitiikkaan kuuluu Ottawa Charterin (1986) mukaan terveysvaikutusten huomioon ottaminen kaikessa päätöksenteossa. Naidoo ja Wills (1998) näkevät sen toimintana, joka edistää terveyttä sosiaalisten ja ympäristöön vaikuttavien keinojen avulla sekä resurssien tasapuolisella jakamisella.

Tieto nuorten terveydestä on erityisen tärkeää tilanteessa, missä kuntatason sosiaali-, terveys- ja opetustoiminnassa on siirrytty valtion normi- ja voimavaraohjauksesta kuntien itsehallintoa korostavaan informaatio-ohjaukseen. Terveyden edistämisen ja terveyskasvatuksen interventioiden onnistuminen edellyttää paitsi kohderyhmien terveydentilan mahdollisimman laajaa tuntemusta, myös kohderyhmien terveyskäsitysten tunnistamista (Perttilä 1999).

Lähtökohtia terveyden edistämiseen

Beattie (1991, 1996) on tarkastellut terveyden edistämisen tapoja ja kohteita ohjeistavan / neuvottelevan sekä yksilö- ja yhteisökeskeisten lähtökohtien nelikentässä. Tätä tarkastelua myötäilee asiantuntijakeskeisyyden sekä toisaalta ihmis- ja voimavarakeskeisyyden (empowerment) tarkastelu (Raeburn ja Rootman 1998). Molemmat tarkastelutavat antavat hyvän perustan monipuolisen ja moniulotteisen terveyden edistämisen lähtökohtien, menetelmien ja tavoitteiden arvioinnille. Molemmissa malleissa esitetään “ylhäältä alaspäin” suuntautuneen valistuksen vastaparina vuorovaikutteista, neuvottelevaa työtapaa, jossa osallistujien voimavarat ovat paremmin käytössä. Malleja tarkasteltaessa on kuitenkin pidettävä mielessä, että ne eivät kuvaa todellisuutta sellaisenaan. Niiden avulla voidaan kuitenkin hahmottaa ja arvioida terveyden edistämisen tilannetta ja kehittämistarpeita. Nuorten terveyden edistämisessä monien erilaisten lähestymistapojen ja menetelmien käyttö taannee parhaimmat onnistumisen mahdollisuudet. (Kuvio 17)



KUVIO 17 Terveyden edistämisen työtapojen ja kohteiden tarkastelu Beattien (1996, 139) ja Raeburnin ja Rootmanin (1998) mukaan.

Eräs mahdollisuus terveyttä edistävän työn kehittämiseksi, oli sen toimintakenttä mikä hyvänsä, on siirtyminen toteavasta työtavasta tutkivaan ja syitä etsivään työtapaan. Tällöin selvitellään ja analysoidaan yhdessä olemassa olevaa tilannetta, mahdollisten ongelmien syitä sekä mietitään ja kokeillaan erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja rakentaen yhteistä muistia. (Kovero ja Launis 1999.) Lasten ja nuorten terveyden kokemukset rakentuvat vähitellen erilaisista lähtökohdista ja mahdollisuuksista käsin. Lapsuusajan perhe ja sen olosuhteet, läheiset ihmiset, päivähoito, koulu, harrastukset ja vähitellen yhä laajeneva elämänpiiri ovat mukana näiden kokemusten muotoutumisessa. Terveyskasvatuksen yhtenä tärkeänä tehtävänä on antaa mahdollisuuksia ymmärtää terveyteen liittyviä erilaisia tekijöitä, kokemuksia ja tunteita, sekä tarkastella niitä laajemmassa viitekehyksessä.

Nuorten terveyden edistämisessä on tärkeää, että toiminta on nuoret tasavertaisina toimijoina huomioon ottavaa ja jokaista yksilöä koskettavaa, silloinkin kun se on koko yhteisöön kohdistuvaa. Terveyden edistämisen onnistumista edesauttaa, että neuvoloissa, kouluterveydenhoitajan vastaanotolla ja muissa nuorten ja heidän perheidensä terveydenhuollon palvelupisteissä sekä kouluopetuksessa terveyttä ja hyvinvointia tarkastellaan vuorovaikutteisesti. Tällöin kunkin osallistujan oma terveyskäsitys on keskeinen työn lähtökohta ja työväline. Laadukkaan terveyden edistämisen ja terveyskasvatuksen edellytyksenä ovat riittävät ja monipuoliset resurssit. Kouluissa tar-

vitaan opettajien, kouluterveydenhuollon henkilöstön ja koulun muiden aikuisten lisäksi myös vanhempien ja erityisesti oppilaiden näkemystä ja kokemusta.

Tulosten mukaan nuorten terveydelle oli tärkeää arkinen lähipiiristä saatava tuki ja apu. Tulokset korostavatkin nuorten arjen ja elämäntilanteen tuntemuksen merkitystä. Lasten ja nuorten kanssa käydyissä terveyskeskusteluissa kotona, kouluissa ja vastaanotoilla on tärkeää, että terveyttä tarkastellaan lapsen ja nuoren tasolta. Ei vain niin, että puhe viritetään vastaanottajan tasolle, vaan kuulostellaan minkälainen on hänen ymmärryksensä terveydestä.

SUMMARY

Health is a multidimensional concept, which is emphasised differently in different disciplines. Moreover, different phases of life and life situations present their own challenges to understanding health. The way health is defined affects also the way health promotion is understood and defined. In the theoretical part of the present study health is investigated from three different perspectives. First, the study examines adolescents' personal experiences of health. Second, the study considers the concept of health in different research traditions. Finally, health is investigated as one dimension of healthy public policy.

In all age groups health promotion and research on health have mainly focused on public health problems and their risk factors (Downie et al. 1996). In this respect, the study and conceptualisation of adolescents' health experiences are of special importance in the process of evaluating and re-directing health promotion and health education. Individual health experiences as well as the relations between individuals and their social environment offer health education and health promotion many challenges. The practical aim of the study was to increase our understanding of and develop health promotion directed to adolescents to better take their personal experiences of health and health needs into consideration. The study also drew attention to the significance of families for children's and adolescents' health experiences.

Research and data methods

The first aim of the present study was to describe how 11-15-year-old adolescents perceive their health. The second aim was to analyse the associations of the factors describing the physical, psychic and social dimensions of health with adolescents' self-rated health. Furthermore, the study examined the associations of social support among 15-year-old adolescents with their self-rated health. Finally, the study investigated how 15-year-old adolescents themselves understood the concept of health in the survey context. The division of health into physical, psychic and social dimensions used in the study is overlapping and interactive but it helps to understand the construction of children's and adolescents' health through various experiences and reflections of their life and themselves.

Adolescents' perceived health was examined using class inquiries and focus group discussions. The class inquiries were carried out as part of an international, WHO-coordinated project on the health and lifestyle of school children (Health Behaviour of School Aged Children - A WHO Cross-National Survey, the HBSC Study). In Finland, the data for the HBSC Study were collected in 1994 (N=1302, additional data) and 1998 (N=4864). The focus group

discussions were carried out with 15-year-old boys and girls in 1997 (N=27). The discussions focused on the way pupils in the ninth grade of the comprehensive school understood the concept of health in survey context. Using two or more different methods, methodological triangulation, makes it possible to examine a phenomenon both generally and concentrating on the meanings. In this study the use of two different methods was useful also when comparing research results and considering the reliability of the study.

Results

The majority of adolescents rated themselves very healthy and fit. This was more common among boys than among girls. However, various symptoms were fairly common among adolescents. The frequency of symptoms increased with age especially among girls. The most common symptoms were sleepiness, irritability or bad temper, headache, feeling nervous and difficulties in falling asleep as well as neck-shoulder aches among 15-year-olds. High frequency of symptoms was associated with self-rated health. Adolescents who had several symptoms almost weekly considered themselves very healthy less frequently than adolescents with less symptoms. Those who stated that they were fit also considered themselves very healthy more often than those who stated that they were moderately fit or not fit at all. It was more common among boys than girls to be satisfied with their weight; girls considered themselves too fat more often than boys. They also stated that they needed to be on a diet to lose weight more often than boys.

In the structural equation models self-rated health was directly associated with perceived symptoms, perceived physical fitness and the index of self-esteem in all age groups both among boys and girls. The statistical analysis indicated that perceived appearance was included only in the models for 13- and 15-year-old girls, while the models for 15-year-old girls included also the index of weight (BMI). Social relations with mother, father and friends as well as experiencing loneliness were important background factors when rating one's health.

The most important factors in the associations between social support and self-rated health among 15-year-olds in the 1994 data were satisfaction with perceived support and the quality of relations with mother, father and friends. Other important factors were feeling important, reciprocity of relations (girls) and social skills (boys). The structural equation models made it possible to examine the way factors describing social support affected adolescents' health experiences. The most important mediating factors were perceived symptoms and the index of self-esteem, which described the psychic dimension of health. The results emphasised the significance of everyday interaction and help with regard to adolescents' experiences of health.

In this study the results of the class inquiries on adolescents' perceived health were quite congruent with those of the focus group discussions. In both cases the most important factors affecting self-rated health were perceived

physical fitness and perceived symptoms. Psychic factors were not discussed in the focus group discussions; they were only referred to in passing when discussing perceived symptoms. However, adolescents reported that they discussed their symptoms with their friends, which suggests everyday social support.

Discussion

The results of this study showed that the most important factors affecting perceived health were perceived symptoms, self-esteem and perceived physical fitness. Another important factor was social health. Adolescents' perceived health reflects various physical, psychic and social dimensions of health. Therefore, health promotional activities should not be restricted strictly to certain fields or sections. Rather the activities should cover all the various sections of children's and adolescents' lives.

The two different kinds of data collection methods used in the study enriched and complemented each other. The focus group discussions described the gendered nature of health and adolescents' health in their everyday life in the school corridors and badly ventilated classrooms. The frequency and everyday nature of symptoms became apparent both in the class inquiries and the discussions. Adolescents' experiences of being ill were mentioned often, which signals the need to develop the class inquiries in this respect.

Adolescents' own experiences of health should form an integral part of health education and health promotion directed to them. The process of becoming aware of and considering their experiences and views clarifies adolescents' attitudes towards themselves, their needs, values and goals. The results gained in this study concerning the high frequency of symptoms among adolescents and its association with adolescents' self-rated health cannot be considered normal and ignored. Rather these should be considered a challenge to develop, for instance, school health care. Further research is needed to investigate the associations between different symptoms, for example, the frequency of feelings of sleepiness, from the viewpoint of adolescents' mental health. Other important themes are adolescents' and especially girls' experiences of their weight, the pressures they face to lose weight and other factors related to their appearance and building their identity.

The scales used to describe the different dimensions of adolescents' perceived health should be developed further to cover adolescents' health experiences better. The questionnaire used in this study followed an international research protocol, which restricted data collection. However, the combination of two different methods, that is, class inquiries and focus group discussions, worked well as the two methods complemented each other.

The results of the study showed that everyday support and help received from adolescents' immediate social circle was of particular significance to their health. The results emphasised the significance of understanding adolescents'

everyday life and life situations. Children's and adolescents' health experiences cannot be examined separately from their social, psychic or physical environment. When discussing health with children and adolescents at home, at school and at the doctor's office it is important that health is considered from adolescents' viewpoint. This does not mean only speaking their language, the main idea is to try to discover their understanding of health.

KIRJALLISUUS

Aalberg, V. 1991a. Liian paljon liian varhain. Duodecim 21:1763-1767.

Aalberg, V. 1991b. Nuoruus psykoanalyysissa. Teoksessa T. Hoikkala (toim.) Törmäävät tulkinnat. Helsinki: Gaudeamus, 233-237.

Aalberg, V. 1997. Osa nuorista voi pahoin. Duodecim 113: 559-561.

Aapola, S. 1992. Helsinkiläistyttöjen ystävyyssuhteet. Ihanteina itsenäisyys, läheisyys ja monipuolisuus. Teoksessa S. Näre & J. Lähteenmaa (toim.) Letit liehumaan. Tyttökulttuuri murroksessa. Suomalaisen kirjallisuuden seura, Tietolipas 124. Tampere: Tammer-Paino Oy, 83-102.

Aapola, S. 1997a. "You'll know when you are older." Discourses of adolescence in a Finnish youth magazine from the 60's to the 90's. Paper presented at the crossroads in cultural studies. An international conference. July 1-4, 1997. Tampere.

Aapola, S. 1997b. "Ole iloinen kehityksestäsi" - miten peruskoulun oppikirjoissa kuvataan murrosikää. Teoksessa J. Kari & P. Moilanen (toim.) Kasvatus erilaisissa viestintä- ja kasvuympäristöissä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto Opettajankoulutuslaitos. Opetuksen perusteita ja käytänteitä 28. Jyväskylä, 121-128

Aapola, S. 1999. Murrosikä ja sukupuoli. Julkiset ja yksityiset ikämääritykset. Suomalaisen Kirjallisuuden seura, toimituksia 763. Vaasa: Ykkös-Offset Oy.

Aarø, L., Wold, B., Kannas, L. & Rimpelä, M. 1986. Health behaviour in school-aged children. A WHO cross-national survey. A presentation of philosophy, methods and selected results of the first survey. Health Promotion 1:17-13.

Aarø, L. & Wold, B. 1989. Health behaviour in school-aged children. A WHO cross-national survey. Research protocol for the 1989-90 study. Research Center for Health Promotion. Bergen: University of Bergen.

Aarø, L., Wold, B. & Smith, C. 1994. Health behaviour in school-aged children. A WHO cross-national survey (HBSC). Research protocol for the 1993-1994 study. Research Center for Health Promotion. Bergen: University of Bergen.

Abramson, J. H., Gofin, R., Habib, J., Pridan, H. & Gofin, J. 1982. Indicators of social class: a comparative appraisal of measures for use in epidemiological studies. Social Science and Medicine 16:1739-1746.

Aittola, T. 1998. Aikuisten oppiminen arkielämän ympäristöissä. Teoksessa P. Sallila & T. Vaherva T. (toim.) Arkipäivän oppiminen. Aikuiskasvatuksen 39. Vuosikirja. Kansanvalistusseura ja Aikuiskasvatuksen tutkimusseura. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Aittola, T., Erämies, T., Jauhiainen, J., Joki, H., Lainpelto, V., Partanen, R. & Tikkanen, R. 1995. "Koulua käydään tulevaisuutta varten, vapaa-ajasta nautitaan nyt." Koulun ulkopuolisten oppimisympäristöjen tarkastelua. Nuorisotutkimus 13: 33-44.

Aittola, T., Jokinen, K. & Laine, K. 1994. Nuoret, koulu ja uudet oppimisympäristöt. Kasvatus 25: 472-482.

Alasuutari, P. 1992. Terveyskasvatus kulttuuri-ilmiönä. Teoksessa A. Karisto, E. Lahelma, O. Rahkonen (toim.) Terveyssosiologia. Juva: WSOY,.107-120.

Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. Tampere: Vastapaino.

Alexander, C. S. 1989. Gender differences in adolescent health concerns and self assessed health. Journal of Adolescence 9: 476-479.

Allardt, E. 1976. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Juva: WSOY.

Ammattiluokitus 1997. Tilastokeskus, Käsikirjoja 14. Helsinki: Hakapaino.
Antonovsky, A. 1979. Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
Antonovsky, A. 1988. Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Second edition. San Fransisco : Jossey-Bass Bublishers.
Antonucci, T. & Akiyama, H. 1994. Convoys of attachments and social relations in children, adolescents, and adults. Teoksessa F. Nestmann, K. Hurrlemann (toim.) Social networks and social support in childhood and adolescence. Berlin: Walter de Gruyter, 37-52
Anttila, L. 1993. Anoreksian hormonaaliset häiriöt. Teoksessa Naisen elämänkaari teini-iästä vanhuuteen. Leiraksen julkaisuja 50. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 19-21.
Aro, H. 1987. Life stress and psychosomatic symptoms among 14 - 16-year old Finnish adolescents. Psychological Medicine 17: 191-201.
Aro, H. 1988a. Stress, development and psychosomatic symptoms in adolescence. Acta Universitatis Tamperensis, ser A vol 242. University of Tampere. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
Aro, H. 1988b. Parental discord, divorce and adolescent development. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences 273: 106-111.
Aro, H. 1990. Riski- ja suojaavien tekijöiden vuorovaikutus lapsen kehityksessä. Suomen Lääkärilehti 31: 2754-2757.
Aro, H. & Taipale, V. 1987. The impact of timing of puberty on psychosomatic symptoms among fourteen to sixteen-year-old Finnish girls. Child Development 58: 261-268.
Aro, S. 1981. Stress, morbidity and health-related behaviour: a five-year follow-up study among metal industry employees. Tampere: University of Tampere.
Aromaa, M. 1999. Headache in families. Annales Universitatis Turkuensis, Sarja D, 330. Turku: Turun yliopisto.
Aromaa, A., Koskinen, S. & Huttunen J. 1997. Suomalaisten terveys 1996. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
Baer, E. 1982. The medical symptom. Phylogeny and ontogeny. American Journal of Semiotics 17-34.
Bandura, A. 1995. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. Teoksessa A. Bandura (toim.) Self-efficacy in changing societies. Cambridge: Cambridge University press, 1-45
Barrera, M. Jr. 1981a. Distinctions between social support in concepts, measures, and models. American Journal of Community Psychology 14: 413-445.
Barrera, M. Jr. 1981b. Social support in the adjustment of pregnant adolescents. Assessment issues. Teoksessa B. H. Gottlieb (toim.) Social networks and social support. London: Sage Publications, 69-96.
Barrera, M. Jr. & Garrison-Jones, C. 1992. Family and peer supports as specific correlates of adolescent depressive syndroms. Journal of Abnormal Child Psychology 20: 1-16.
Basch, C.E. 1987. Focus group interview: A underutilized research technique for improving theory and practice in health education. Health Education Quarterly 14: 411-448.
Beattie, A. 1991. Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory. Teoksessa J. Gabe, M. Calnan & M. Bury (toim.) The sociology of the health service. London: Routledge, 162-202.
Beattie, A. 1996. The health promoting school: from idea to action. Teoksessa A. Scriven & J. Orme. (toim.) Health promotion. Professional perspectives. Basingstoke: Macmillan, 129-143.

Bellamy, C. 1997. Introduction. Charting progress for children. Teoksessa The progress of nations 1997. New York: Unicef, Division of Communication, 2-3.

Belle, D. 1989. Studying children's social networks and supports. Teoksessa D. Belle (toim.) Children's social networks and social supports. New York: John Wiley, 1-12.

Berger, P. L. & Luckmann, T. 1994. Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen. Helsinki: Gaudeamus.

Berkman, L. 1984. Assessing the physical health effects of social networks and social support. Annual Review of Public Health 5: 413-432.

Berkman, L. & Syme, L. 1979. Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow up study of Alameda county residents. American Journal of Epidemiology 109: 186-204.

Berndt, T. J. 1982. The features and effects of friendship in early adolescence. Child Development 53: 1447-1460.

Bertrand, J. T., Brown, J. E. & Ward, V. M. 1992. Techniques for analyzing focus group data. Evaluation Review 16: 198-209.

Bibace, R. & Walsh, M. E. 1980. Development of children's concepts of illness. Pediatrics 66: 912-917.

Billig, K., Condor, S., Edwards, D., Gane, N., Middleton, D. & Radley A. 1988. Ideological dilemmas: a social psychology of everyday thinking. London: Sage London .

Bjorner, J., Kristensen, T., Orth-Gomer, K., Tibblin, G., Sullivan, M. & Westerholm, P. 1996. Self-rated health. A useful concept in research, prevention and clinical medicine. Forskningsrådsnämnden. Uppsala: Ord & Form AB.

Blaxter, M. A. 1989. Comparison of measures of inequality in morbidity. Teoksessa A.J. Fox. (toim.) Health inequalities in European countries. Aldershot: Grower, 199-230.

Blaxter, M. A. 1990. Health and lifestyle. London: Tavistoc / Routledge.

Blaxter, M. A. & Paterson, L. 1982. Mothers and daughters: a three generation study of health attitudes and behaviours. London: Heinemann Educational Books.

Blazer, D. 1982. Social support and mortality in an elderly community population. American Journal of Epidemiology115: 684-694.

Blinnikka, L-M. 1989. Naisen ja miehen ruumiinkuva. Mielenterveys 28: 12-16.

Blos, P. 1979. The generation gap. New York: International Universities Press.

Blyth, D. A. & Foster-Clark, F. S. 1987. Gender differencies in perceived intimacy with different members of adolescent' social network. Sex Roles 17: 689-718.

Borawski, E. A., Kinney, J. M. & Kahana, E. 1996. The meaning of older adults' health appraisals: congruence with health status and determinant of mortality. Journal of Gerontology 51B: 157-170.

Brannen, J. & Collard, J. 1982. Marriages in trouble: the process of seeking help. London: Tavistock.

Brannen, J., Dodd, K., Oakley, A. & Storey, P. 1994. Young people, health and family life. Buckingham: Open University Press.

Braungart, R. 1980. Youth movements. Teoksessa J. Adelson (toim.) Handbook of adolescent psychology. New York: John Wiley & Sons, 560-597.

Brennan, T. 1982. Loneliness at adolescence. Teoksessa L. A. Peplau, D. Perlman. (toim.) Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. New York John Wiley & Sons, 269-290.

Brown, J. S. & Rawlingson, M. 1975. Relinguishing the sick role following open-health surgery. Journal of Health and Social Behaviour 16: 12-27.

Bruhn, J. 1988. Life-style and health behaviour. Teoksessa: D. Gochman (toim.) Health Behaviour. Emerging research perspectives. New York:Plenum Press. 71-86.

Brunell, V., Kannas, L., Levälahti, E., Tynjälä, J. & Välimaa, R. 1996. Livskvalitet i skolan. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 5 / 1996. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Bury, M. 1997. Health and illness in a changing society. London: Routledge.

Bø, I. 1990. Social networks as resources: relationships between background variables and social behaviour. Teoksessa K. Hurrelmann, F. Lösel. (toim.) Health hazards in adolescence. Berlin: Walter de Gryuter, 433-457.

Bø, I. 1997. Adolescent's perception of their own health problems as surveyed in 1959 and 1994. Young 5: 49-63

Calnan, M. 1987. Health and illness. The lay perspective. London: Tavistoc.

Campbell, K. E. & Barrett, A. 1991. Name generators in surveys of personal networks. Social Networks 13: 203-221.

Caspersen, C. J., Powell, K. J. & Christenson, G. M. 1985. Physical activity, exercise, and physical fitness: definition and distributions for health-related research. Public Health Reports 100, 126-131.

Cassel, J. 1976. The contribution of the social environment to host resistance. American Journal of Epidemiology 104: 107-123.

Cause, A. M., Mason, G., Gonzales, N., Hiraga, Y. & Liu, G. 1994. Social support during adolescence: methodological and theoretical considerations. Teoksessa F. Nestmann & K. Hurrelmann (toim.) Social networks and social support in childhood and adolescence. Berlin: Walter de Gruyter, 89-108.

Charlton, A. & Blair, V. 1989. Predicting the onset of smoking in boys and girls. Social Science and Medicine 29: 813-818.

Choquet, M. & Menke, H. 1987. Development of self-perceived risk behaviour and psychosomatic symptoms in adolescents: a longitudinal approach. Journal of Adolescence, 10: 291-308.

Cobb, S. 1976. Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine 38: 300-314.

Cochran, M. & Bø, I. 1989. The social networks, family involvement, and pro- and antisocial behavior of adolescent males in Norway. Journal of Youth and Adolescence 18: 377-398.

Cochran, M. & Riley, D. 1988. Mothers reports of children's personal networks. Antecendents, concomitants and consequences. Teoksessa S. Salzinger, J. Antrobus & M. Hammer (toim.) Social networks of children, adolescents and college students. Hillsdale: Erlbaum, 113-147.

Cohen, D. 1997. Could you be a fitness junkie? Teoksessa A. Giddens (toim.) Sociology. introductory reading. Cambridge: Polity Press, 49-52.

Cohen, S. & Syme, L. 1985. Social support and health. London: Academic Press Inc.

Coleman, J., Hendry, L. 1990. The nature of adolescence. 2nd edition. Suffolk: Routledge.

Coopersmith, S. 1967. The antecedents of self-esteem. San Francisco: Freeman.

Corsaro, W. A. & Eder, D. 1990. Children's peer cultures. Annual Review of Sociology 16: 197-220.

Cotterell, J. L. 1996. Social networks and social influences in adolescence. London: Routledge.

Crawford, R. 1980. Healthism and the medicalization of everyday life. International Journal of Health Services 10: 365-388.

Crawford, R. 1984. Cultural account of 'health': control, release, and the social body. Teoksessa J. B. McKinley (toim.) Issues in the political economy of health care. London: Tavistock, 60-103.

Currie, C. 1989. Self-esteem. Teoksessa: L. Aarø, B. Wold (toim.) Health behaviour in school aged children, a WHO cross-natinal survey. Research protocol for the 1989-90 study. University of Bergen: Research Center of Health Promotion.

Currie, C. 1997. Health behaviour in school-aged children. Research protocol for the 1997-98 survey. A World Health Organization cross-national study. Edinburgh: Research Unit in Health and Behavioural Change.

Currie, C., Elton, R., Todd, J. & Platt, S. 1997. Indicators of socioeconomic status for adolescents: the WHO health behaviour in school-aged children survey. Health Education Research 12: 385-397.

Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith R. & Todd, J. 2000. Health and health behaviour among young people. Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study (HBSC). Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) series no 1. International report. Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe.

Currie, C. & Klocke, A. 1998. Rationale for social inequalities. Health behaviour in school-aged children research protocol for the 1997-98 survey. A World Health Organization cross-national study. Edinburgh: Research Unit in Health and Behavioural Change. The University of Edinburgh, 64-72.

Currie, D. H. 1997. Decoding femininity. Advertisements and their teenage readers. Gender & Society 11: 453-477.

Damon, W. 1983. Social and personality development: infancy through adolescence. New York: W.W. Norton & Company.

Downie, R. S., Tannahill, C. & Tannahill, A. 1996. Health promotion. Models and values. Oxford: Oxford University Press.

Denzin, N. 1978. The research act. Chicago: Aldine.

Dubow, E. F. & Ullman, D. G. 1989. Assessing social support in elementary school children. The survey of children's social support. Journal of Clinical Child Psychology 18: 52-64.

Eder, A. 1990. Risk factor loneliness. On the interrelation between social integration, happiness and health in 11-, 13-, and 15-years old schoolchildren in 9 European countries. Health Promotion International 5: 19-33.

Elämänkulku ja terveys. 1999. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:2. Helsinki: Edita.

Epstein, L.H., McCurley, J. & Murdock, R. C. Jr. 1991. Estimation of percent overweight within families. Addictive Behaviours 16: 369-75.

Erikson, E. 1968. Identity, youth and crisis. New York: Norton.

Eriksson, M., Lahelma, E. & Rahkonen, O. 1992. Nuorten ja nuorten aikuisten psyykkisen oireilun sukupuoli- ja sosiaaliluokkaerot. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 29: 89-95.

Eräsaari, L. 1995. Naiset ja miehet virastoissa. Teoksessa L. Eräsaari, R. Julkunen & H. Silius. (toim.) Naiset yksityisen ja julkisen rajalla. Tampere: Vastapaino, 171-200.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Evans, C. & Eder, D. 1993. "No exit": Processes of social isolation in the middle school. Journal of Contemporary Ethnography 139-170.

Ewles, L. & Simnet, I. 1992. Promoting health - a practical guide. England: Scutari Press.

Featherstone, M. 1991. The body in consumer culture. Teoksessa M. Featherstone, M. Hepworth & B. Turner. The body. Social process and cultural theory. London: Sage Publications, 170-196.

Feiring, C. & Lewis, M. 1988. The child's social network from three to six years. The effect of age, sex and socioeconomic status. Teoksessa S. Salzinger, J. Antrobus & M. Hammer (toim.) Social networks of children, adolescents and college students. Hillsdale: Erlbaum, 93-112.

Feiring, C. & Lewis, M. 1989. The social networks of girls and boys from early through middle school. Teoksessa D. Belle (toim.) Children's social networks and social supports. New York: John Wiley, 119-150.

Ferraro, K. & Yu, Y. 1995. Body weight and self-ratings of health. Journal of Health and Social Behavior 36: 274-284.

Fisher, C. S. 1982. To dwell among friends. Personal networks in town and city. Chicago: University of Chicago Press.

Fogelholm, M. 1997. Lihavuuden arviointi. Teoksessa M. Fogelholm, P. Mustajoki, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus. Ongelma ja hoito. Kustannus Oy Duodecim, Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 25-34.

Frønes, I. 1990. Vertaissuhteiden merkityksestä. Nuorisotutkimus 8: 9-20.

Furman, W. & Buhrmester, D. 1985. Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. Developmental Psychology 21: 1061-1024.

Galaskiewics, J. & Wasserman, S. 1993. Social network analysis. Concepts, methodology and directions for the 1990s. Sociological Methods & Research 22: 3-22.

Giddens, A. 1991. Modernity and self-identity. Self and society in the late modern age. Standord: Stanford University Press.

Gilligan, C. 1982. In a different voice: psychological theroy and women's development. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Gissler, M. 1998. Kohtu, kehto ja terveys. Teoksessa O. Rahkonen E. Lahelma. (toim.) Elämänkaari ja terveys. Tampere: Gaudeamus, Tammer Paino Oy, 48-65.

Glassner, B. 1995. In the name of health. Teoksessa R. Burton, S. Nettleton & R. Burrows (toim.) The sociology of health promotion. Critical analysis of consumption, lifestyle and risk. London: Routledge, 159-175.

Goffman, E. 1959 / 1971. The presentation of self in everyday life. London: Benguin Books.

Goodyer, I. M. 1990. Life experiences, development and childhood psychopathology. Chichester: John Wiley.

Gore, S., Aseltine, R. H. & Coulton, M. E. 1992. Social structure, life stress and depressive symptoms in a high school-aged population. Journal of Health and Social Behavior 33: 97-113.

Gordon, T. & Lahelma, E. 1996. 'School is like an ants Nest' - Spatiality and embodiment in schools. Gender and Education 8: 301-310.

Gottlieb, B. H. & Sylvestre, J. C. 1994. Social support in the relationships between older adolescents and adults. Teoksessa F. Nestmann & K. Hurrelmann (toim.) Social networks and social support in childhood and adolescence. Berlin: Walter de Gruyter, 53-73.

Granovetter, M. S. 1973. The strength of weak ties. American Journal of Sociology 78: 1360-1380.

Groves, R. M., Fultz, N. H. & Martin, E. 1992. Direct questioning about comprehension in a survey setting. Teoksessa J.M. Tanur (toim.) Questions about questions. Inquiries into the cognitive bases of surveys. New York: Russel Sage Foundation, 49-61

Hall, S. & Gieben, B. 1992. Formations of modernity. Cambridge: Polity Press.

Hansell, S. 1985. Adolescent friendship networks and distress in school. Social Forces 63: 698-715.

Hanson, B. S., Isacsson, S-O., Janzon, L. & Lindell, S-E. 1989. Social network and social influence mortality in elderly men. The prospective population study of “men born in 1914”, Malmö, Sweden. American Journal of Edpidemiology 130: 100-111.

Hardon, A. 1997. Methods and sampling. Teoksessa A. Hardon, A. Mutua, S. Kabir & E. Engelkes (toim.) Monitoring family planning & reproductive rights. A manual for empowerment. London: Zed Books Ltd, 51-66.

Harinen, P. 1995. ”Ei tää mikään unelmaperhe oo vai?” Nuori uusperheen kokijana. Nuorisotutkimus 13: 11-17.

Harinen, P. 1996. Youth in stepfamilies.Teoksessa V. Puuronen (toim.) Youth in changing societies. Joensuu: University of Joensuu, Bulletins of the Faculty of Educatin, N:o 58, 174-181.

Harju-Kivinen, R. & Kannas, L. 1995. Jyväskylän koulut terveyttä edistävänä työympäristönä. ”Tutkimus ala- ja yläasteiden sekä lukioiden oppilaiden kouluviihtyvyydestä, koetusta terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä.” Väliraportti 4.10.1995. Koulun terveydenedistämisen tutkimusryhmä. Jyväskylä: Terveystieteen laitos, Jyväskylän yliopisto.

Hartup, W. W. 1983. Peer relations. Teoksessa P. H. Mussen (toim.) Handbook of child psychology. Socialization, personality, and social development. New York: John Wiley, 103-196.

Hartup, W. W., Laursen, B., Stewart, M. A. & Eastenson, A. 1988. Conflict and the friendship relations of young children. Child Development 59: 1590-1600.

Haug, F. 1984. Morals also have two genders. New Left Review 162: 51-66.

Health 21 - health for all in the 21st century. The health for all policy framework for the WHO European Region. 1999. Copenhagen: World Health Organization, Europe. European Health for All Series No. 6.

Heikkilä, T. 1998. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Heikkinen, M. 1999. Työn marginaalissa elävien nuorten sosiaaliset verkostot. Nuorisotutkimus 17: 18-30.

Heistaro, S., Vartiainen, E. & Puska, P. 1996. Trends in self-rated health in Finland 1972-1992. Preventive Medicine 25: 625-632.

Hemminki, E., Kangas, I. & Topo, P. 1992. Lääketieteellinen teknologia ja vaihdevuodet - esimerkki medikalisaatiosta. Teoksessa A. Karisto, E. Lahelma, O. Rahkonen (toim.) Terveyssosiologia. Juva: WSOY, 96-106.

Hermanson, E., Karvonen, S. & Sauli, H. 1998. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa - valtakunnalliset trendit 1990-luvulla. Osa I ja osa II. Helsinki: Satkes.

Herzlich, C. 1973. Health and illness. A social psychological analysis. European monographs in social psychology 5. London: Academic Press Inc.

Hill, J. 1980. The family. Teoksessa M. Johnson (toim.) Toward adolescece. The middle school years. Chicago: University of Chicago Press, 32-55.

Himes, J.H. & Dietz, W.H. 1994. Guidelines for overweight in adolescent preventive services: recommendations from an expert committee. American Journal of Clinical Nutrition 59: 307-316.

Hoikkala, T. 1990. A Teun van Dijkin diskurssianalyysi. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 142-161.

Hoikkala, T. 1991. Seinä edessä. Duodecim 107: 1835-1838.

Hoikkala, T. 1993. Katoaako kasvatus, himmeneekö aikuisuus? Aikuistumisen puhe ja kulttuurimallit. Helsinki: Gaudeamus.

Holahan, C. J., Valentiner, D. P. & Moos, R. H. 1993. Parental support, coping strategies and psychological adjustment: an integrative model with late adolescent. Journal of Youth and Adolescence 24: 633-648.

Holler, B. & Hurrelmann, K. 1990. The role of parent and peer contacts for adolescents' state of health. Teoksessa K. Hurrelmann, F. Lösel. (toim.) Health hazards in adolescence. Berlin: Walter de Gruyter, 409-432.

Hollo, O. 1999. Alipainoisena syntynyt lapsi kymmenen vuoden iässä. Turun yliopiston julkaisuja Sarja C, osa 149. Turun yliopisto, Turku: Painosalama Oy.

Honkasalo, M-L. 1988. Oireiden ongelma: sosiaalilääketieteellinen tutkimus oireista, niiden esiintymisestä ja merkityksestä kahta tutkimusmenetelmää käyttäen. Helsinki: Kansaterveystieteen julkaisuja M:101.

Honkasalo, M-L. 1993. Kipeät ruumiit. Teoksessa P. Korvajärvi, R. Nätkin & A. Saloniemi (toim.) Tieteen huolet, arjen ihmeet. Tampere: Vastapaino, 92-105.

House, J. S. 1981. Work stress and social support. Reading, MA: Addison-Wesley.

House, J. S. & Kahn, R. L. 1985. Measures and concepts of social support. Teoksessa S. Cohen & L. Syme (toim.) Social support and health. London: Academic press Inc., 83-108.

House, J. S., Landis, K. R. & Umberson, D. 1988a. Social relationships and health. Science 241: 540-545.

House, J. S., Umberson, D. & Landis, K. R. 1988b. Structures and processes of social support. Annual Review of Sociology 14: 293-318.

Hurrelmann, K. 1989. The social world of adolescents: a sociological perspective. Teoksessa K. Hurrelmann & U. Engel (toim.) The social world of adolescents. International perspectives. Berlin: Walter de Gruyter, 3-26.

Hurrelmann, K. & Lösel, F. Basic issues and problems of health in adolescence. Teoksessa K. Hurrelmann & F. Lösel (toim.) Health hazards in adolescence. Berlin: Walter de Gruyter, 1-21.3-26.

Huuhka, M., Lahelma, E., Manderbacka, K., Mattila, V., Karisto, A. & Rahkonen, O. 1996. Terveydentila ja sosiaalinen murros. Vuosien 1986 ja 1994 elinolotutkimukset. Elinolot 1996:2. Helsinki: Tilastokeskus.

Huurre, T., Komulainen, E. & Aro, H. 1996. Näkövammaisten nuorten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 33: 17-24.

Huurre, T.M., Komulainen, E.J., Aro H.M. 1999 Social support and self-esteem among adolescents with visual impairments. Journal of Visual Impairment & Blindness, 93:26-37.

Illich, I. 1976. Medical nemesis: Limits to medicine. Harmondsworth: Penguin.

Inderpitzen-Pisaruk, H., Clark, M. & Solno, C. 1992. Correlates of loneliness in midadolescence. Journal of Youth and Adolescence 21: 151-167.

Israel, B. & Rounds, K. 1987. Social networks and social support: a synthesis for health educators. Teoksessa W. Ward (toim.) Advances in health education and promotion. A research annual. London: JAI Press Inc.

Jakonen, S., Tossavainen, K., Tervonen, E., Turunen, H. & Vertio, H. 1999. Peruskoulun oppilaiden terveyskäsitys. II Terve Kunta -päivät 20-21.1.1999. Stakes ja Suomen Kuntaliitto. Esitelmät, abstraktit. Helsinki: Edita.

Jensen, B. B. 1991. Health education in holistic perspective and Children's concepts of health. Teoksessa D. Nutbeam, P. Haglund, P. Farley, P. Tillgren. Youth health promotion. London: Forbes Publication Ltd., 69-88.

Jokinen, K. 1999. Miten voimme edistää tupakoimattomuutta ja terveyttä. Nuorten terveys ja tupakoimattomuus. Syty Savutta - valtakunnallinen seurantaseminaari 25-26.8.1999 Jyväskylä: Keski-Suomen Sairaanhoitopiirin kl.

Jones, W. 1985. The psychology of loneliness: some personality issues in the study of social support. Teoksessa I. Sarason & B. Sarason (toim.) Social support: Theory, research and applications. The Netherlands: Martinus Nijhoff Publishers.

Julkunen, R. 1995. Työ, äitiys ja itsenäisyys. Teoksessa M. Sorvettula (toim.) Naisen terveys. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 53-75.

Jutras, S., Normandeau, S. & Kalnins, I. 1997. Mutual help in relation to health: the experience of children. The Journal of Primary Prevention 18: 173-192.

Jutras, S., Normandeau, S., Kalnins, I. & Morin, P. 1998. Mental health referents within children's health cognitions. Canadian Journal of Community Mental Health 17:21-35.

Jylhä, M. 1992. Kuinka terveydestä puhutaan? Teoksessa A. Karisto, E. Lahelma & O. Rahkonen (toim.) Terveyssosiologia. Juva: WSOY, 209-222.

Jylhä, M., Leskinen, E., Alanen, E., Leskinen, A-L. & Heikkinen, E. 1986. Self-rated health and associated factors among men of different ages. Journal of Gerontology 41: 710-717.

Jylhä, M., Guralnik, J. M., Ferrucci, L., Jokela, J. & Heikkinen, E. 1998. Is self-rated health comparable across cultures and genders? Journal of Gerontology 53B: S144-S152.

Jääskeläinen, M. 1998. Lasten aerobinen peruskunto ja sen mittaaminen. Fyysisen kunnon mittausohjelmisto 7-12-vuotiaille. Osa 1. Helsinki: Opetusministeriö.

Jöreskog, K. G. & Sörbom, D. 1993. LISREL 8 and PRELIS 2 documentation. Chicago: Scientific Software International.

Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Rantanen, P. & Rimpelä, A. 1998. Koulukiusaaminen, masentuneisuus ja itsetuhoajatukset. Suomen Lääkärilehti 53: 2543-2549.

Kannas, L. 1992. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalana sekä arjen käytäntönä. Aikuiskasvatus 12: 68-76.

Kannas, L. (toim.) 1995. Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. Opetushallitus. Helsinki: Hakapaino Oy.

Kannas, L. & Tynjälä, J. 1998. WHO-koululaistutkimus 1986-1998: Liikunta myötätuulessa nuorten arjessa. Liikunta ja Tiede 35: 4-10.

Kaplan, B. & Cassel, J. 1977. Social support and health. Medical Care 15: 47-58.

Kaplan, G. A. & Camacho, T. 1983. Perceived health and mortality: A nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort. American Journal of Epidemiology 117: 291-304.

Karisto, A. 1984. Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46.

Karisto, A. 1991. Tylsät hampaat vai sitkeä liha? Terveyskasvatuksen perillemenon esteitä. Teoksessa: Tylsät hampaat vai sitkeä liha? :terveellisten elintapojen edistäminen riskialtteimmissa väestöryhmissä. Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 3, 13-80.

Karvonen, S. 1991. Oireilun sukupuolierot nuoruudessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 28: 135-143.

Karvonen, S. 1997. Review of national youth policy. National report. Ministry of Education. Helsinki: Yliopistopaino.

Karvonen, S. 1998. Kasvuehtoja vai elämänvaihe: näkökulmia nuorten ja lasten terveyteen. Teoksessa O. Rahkonen, E. Lahelma (toim.) Elämänkaari ja terveys. Helsinki: Gaudeamus, 66-81.

Karweit, N. & Hansell, S. 1983. School organization and friendship selection. Teoksessa J. L. Epstein & N. Karweit. Friends in school: patterns of selection and influence in secondary schools. New York: Academic press, 29-38.

Katz, J. & Able, C. F. 1984. The medicalization of repression: eugenics and crime. Contemporary Crisis 8: 227-241.

King, A., Robertson, A. & Warren, W. 1985. Summary report: Canada health attitudes and behaviours survey. 9, 12 and 15 year olds 1984-85. Kingston: Queen's University at Kingston.

King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C. & Harel, Y. 1996. The health of youth. A cross-national survey. Canada: WHO Regional publications, European Series No. 69.

Kirchler, E., Palmonari, A. & Pombeni, M. L. 1993. Developmental tasks and adolescents' relationships with their peer and their family. Teoksessa S. Jackson & H. Rodriguez-Tome (toim.) Adolescece and its social worlds. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, publishers, 145-167.

Kitzinger, J. 1994. The methodology of focus groups: the importance of interaction between research participants. Sociology of Health and Illness 16: 103-121.

Kiuttu, M. & Rantanen, P. 1996. Nuoruusiän psyykkinen kehitys - monivaiheinen prosessi. Suomen Lääkärilehti 151-154.

Kivinen, T., Kinnunen, J., Niiranen, V. & Hyvärinen, S. (toim.) 1997. Kuntalaisten arviot ja osallisuus sosiaali- ja terveyspalveluihin. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 45.

Klepp, K-I., Aas, H. N., Mæland, J. G. & Alsaker, F. 1996. Selvrapportert helse blant yngre tenåringer. En treårs oppfølgingsundersøkelse. Tidskrift for Den norsk lægeforening 116: 2032-2037.

Knuuttila, S. 1998. Menneisyys identiteetin paikkana. Teoksessa S. Hänninen (toim.) Missä on tässä? Jyvsäkylä: SoPhi Yhteiskuntatieteiden, valtio-opin ja filosofian julkaisuja 18, 17-41.

Koivumaa-Honkanen, H-T. 1998. Life satisfaction as a health predictor. Kuopio University Publications D. Medical Sciences 143. Kuopio: University printing Office.

Koivusilta, L., Rimpelä, A & Rimpelä, M. 1998. Health related lifestyle in adolescence predicts adult educational level: a longitudinal study from Finland. Journal of Epidemiology & Community Health 52:794-801.

Koivusilta, L., Rimpelä, A. & Rimpelä, M. 1999. Health-related lifestyle in adolescence - origin of social class differences in health? Health Education Research 14: 339-355.

Kolip, P. & Schmidt, B. 1999. Gender and health in adolescence. WHO Policy Series "Health policy for children and adolescents" Issue 2. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Kontula, O. 1991. Sukupuolielämän aloittamisen yhteiskunnallisista ehdoista. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 14/1991. Helsinki: VAPK-kustannus.

Kontula, O. & Meriläinen, J. 1988. Nuorten kypsyminen seurusteluun ja seksuaalisuuteen. Lääkintöhallituksen julkaisuja, terveyskasvatus, sarja tutkimukset 9. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Kontula, O., Parviainen, T. & Santti, R. 1995. Miehen terveys. Maskuliinisuuden onni ja kirous. Tampere: Kirjayhtymä OY.

Korhonen, J. 1998. Terveyskasvatuksen ja terveystiedon opetussuunnitelmat sekä näkökohtia niiden kehittämiseksi. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitoksen julkaisusarja 8.

Kortteinen, M. & Tuomikoski, H. 1998. Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Hanki ja Jää. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Hämeenlinna: Karisto Oy:n kirjapaino.

Koskinen, S. 1997. Väestöryhmien väliset terveyserot ja muut hyvinvointierot. Tutkimusohjelman taustaselvitys. Suomen Akatemian julkaisuja 3/97. Helsinki: Edita.

Kovero, C. & Launis, K. 1999. Terveydenhuolto muuttuvana asiantuntijatoimintana, kaksi tapausesimerkkiä. Helsinki: Helsingin yliopiston kasvatustieteen laitoksen tutkimuksia 163.

Krause, N. M. & Jay, G. M. 1994. What do global self-rated health items measure? Medical Care 32: 930-942.

Krueger, R. 1994. Focus group. A practical guide for applied research (2nd edition). Thousand Oaks CA: Sage Publications.

Kubie, L. S. 1954. The fundamental nature of the distinction between normality and neurosis. Psychoanalytical Quarterly 23: 167-204.

Kumpulainen, K. 1994. Life events, social networks and mental health among elementary school-aged children. A population-based study. Kuopio University Publications D. Medical Sciences 55. Kuopio: Kuopio University Printing Office.

Kumpusalo, E. 1991-Sosiaalinen tuki, huolenpito ja terveys. Sosiaali-ja terveyshallitus. Raportteja 8/91. Helsinki: VAPK-kustannus.

Kunttu, K. 1997. Korkeakouluopiskelijoiden terveyskäyttäytyminen ja sosiaaliset suhteet. Kansaneläkelaitos Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 28. Helsinki: Hakapaino Oy.

Kuusinen, J. 1995. Nuorten aikuisten kehitystehtävät, onnellisuus ja kehityksen hallinta. Teoksessa P. Lyytinen, M. Korkiakangas, H. Lyytinen (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan, kehitys kontekstissaan. Porvoo: WSOY, Porvoo, 311-322.

Köhler, L. 1994.Health for all children: a socio-pediatric issue. Acta pediatric supplement 394:3-5.

Köhler, L. & Jakobsson, G. 1991. Children's health in Sweden. Stockholm: The National Board of Health and Welfare, SoS-rapport 1991:12.

Lahelma, E. 1992. Terveydentila tutkimuksen kohteena. Teoksessa A. Karisto, E. Lahelma & O. Rahkonen (toim.) Terveyssosiologia. Juva: WSOY, 191-208.

Laine, K. 1989. Yksinäisyyden kokeminen peruskoulun ala-asteella. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta Julkaisusarja A:137. Turun yliopiston opettajankoulutuslaitos.

Laine, K. 1990. Yksinäisyyden kokeminen peruskoulun yläasteella ja lukiossa. Turku: Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta, julkaisusarja A:144. Turun yliopiston opettajankoulutuslaitos.

Lallukka, K. 1996. Kuinka vanha haluaisit olla? Kysymyksiä iästä ja ikätutkimuksesta. Nuorisotutkimus 14: 3-16.

Lallukka, K. 1997. "Minkä ikäinen haluaisit olla?" Kolmas- ja kuudesluokkalaisten kirjoituksia iästä. Teoksessa J. Kari & P. Moilanen (toim.) Kasvatus erilaisissa viestintä- ja kasvuympäristöissä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto Opettajankoulutuslaitos. Opetuksen perusteita ja käytänteitä 28, 129-137

Larson, R., Csikszentmihalyi, M. & Graef, R. 1982. Time alone in daily experience: loneliness or renewal. Teoksessa L. A. Peplau, D. Perlman (toim.) Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. New York: John Wiley & Sons, 40-53.

Laufer, M. & Laufer, M. E. 1984. Adolescents and developmental breakdown. A psychoanalytical view. Massachussetts: Yale University Press.

Laukkanen, E. 1993. Nuoruusiän psyykkinen kehitys ja sen häiriintyminen. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja D, lääketiede.

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.

Lin, N., Woelfel, M. & Light, S. C. 1986. Buffering the impact of the most important life event. Teoksessa N. Lin, A. Dean & W. Ensel (toim.) Social support, life events, and depression. Orlando: Academic press Inc., 307-332.

Lincoln, Y. & Guba, E. 1985. Naturalistic inquiry. Beverly Hills, California: Sage.

Lintunen, T. 1995. Self-perceptions, fitness and exercise in early adolescence. A four year follow-up study. Studies in Sport, Physical Education and Health, 41.Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Lissau, I. 1997. The obese child. Prevalence - the need for new data. International Journal of Obesity. Supplement 2.

Lähteenmaa, J. 1992. Tytöt ja kulttuurinen modernisaatio. Teoksessa T. Aittola & E. Sironen (toim.) "Miksi piiriin?" Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston kasvatustieteen laitoksen julkaisuja 1/92.

Lähteenmaa, J. & Siurala, L. 1991. Nuorten sosiaalinen hyvinvointi ja terveys. Teoksessa J. Lähteenmaa & L. Siurala (toim.) Nuoret ja muutos. Helsinki: Tilastokeskuksen tutkimuksia nro. 177.

Lämsä, A-L. 1999. Nuorten elämänpiirit syrjäytymisen ja selviytymisen näyttämönä. Teoksessa M. Kuorelahti & R. Viitanen (toim.) Holtittomasta hortoilusta hallittuun harhailuun - nuorten syrjäytymisen riskit ja selviytymiskeinot. Helsinki: Nuoran julkaisuja 14. Mannerheimin lastensuojeluliitto, Nuorisoasiainneuvottelukunta, 49-57.

Lääkintöhallituksen työryhmän mietintö nro 3: Nuorten mielenterveysongelmat ja terveydenhuolto. 1987. Helsinki.

Läärä, E. & Aro, S. 1988. Mittausmenetelmien hyvyys ja tilastollinen arviointi. Duodecim 104: 40-52.

Lönnqvist, B. 1997. Vieras kansa luokkahuoneessa. Nuorisotutkimus 15: 39-41.

Manderbacka, K. 1995. Terveydentilan mittarit. Kuinka terveydentila on mitattu vuoden 1986 elinolotutkimuksessa? Helsinki. Tilastokeskus, Tutkimuksia 213.

Manderbacka, K. 1998. Questions on survey questions on health. Swedish Institute for Social Research 30. Edsbruk: Akademitryck AB.

Marin, M. 1996. Minkä ikäinen olettekaan rouva? Teoksessa T. Aittola, L. Alanen & P. Rantamaa (toim.) Minkä ikäinen olettekaan rouva? Jyväskylän yliopisto, SoPhi Yhteiskuntatieteiden, valtio-opin ja filosofian julkaisuja 5. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino, 3-9.

Marttunen, M. 1994. Adolescent suicide in Finland. Publications of the National Public Health Institute KTL A2/1994. Hyvinkää: T-Print Ky.

Mayall, B. 1996. Children, health and the social order. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.

McCracken, A. 1988. The long interview. Qualitative Research methods, vol 13. USA Newbury Park, Calif.: Sage.

Mechanic, D. 1983. Adolescent health and illness behavior: Review of the literature and a new hypothesis for the study of stress. Journal of Human Stress 9: 4-13.

Mechanic, D. & Hansell, S. 1987. Adolescent competence, psychological well-being and self-assessed physical health. Journal of Health and Social Behaviour 28: 364-374.

Mechanic, D. & Hansell, S. 1989. Divorce, family conflict, and adolescents well-being. Journal of Health and Social Behavior 30: 105-116.

Meeus, W. 1989. Parental and peer support in adolescence. Teoksessa K. Hurrelmann & U. Engel. (toim.) The social world of adolescents. Berlin: Walter de Gruyter, 167-185.

Meeus, W. 1994. Psychosocial problems and social support in adolescence. Teoksessa F. Nestmann & K. Hurrlemann (toim.) Social networks and social support in childhood and adolescence. Berlin: Walter de Gruyter, 241-255.

Melkas, T. 1992. Vallan ja markkinoiden tuolla puolen. Helsinki: Tilastokeskus, Tutkimuksia 196.

Messner, M. 1992. Like family. Power, intimacy and sexuality in male adolescents' friendships. Teoksessa M. Nardi (toim.) Men's friendships. Newbury Park: Sage Publications, 215-237.

Michell, L. 1997. Loud, sad, bad: young people's perceptions of peer groups and smoking. Health Education Research 12: 1-14.

Midha, A. & Sullivan, M. 1998. The need to redefine the practice of health promotion in the United Kingdom. Health Policy 44: 19-30.

Millstein, S. G. 1993. A view of health from the adolescent's perspective. Teoksessa S. G. Millstein, A. C. Petersen & E. O. Nightingale (toim.) Promoting the health of adolescents. New directions for twenty-first century. New York: Oxford University Press, 97-118.

Millstein, S. G. & Irwin, C. E. 1987. Concepts of health and illness: different constructs or variations on a theme? Health Psychology 6: 515-524.

Morgan, D. L. 1988. Focus groups as qualitative research. University Paper Series on Qualitative Research Methods vol 16. Newbury Park CA.: Sage.

Murphy, P. M. & Kupshik, G. A. 1992. Loneliness and social support theory. Teoksessa P. M. Murphy, G. A. Kupshik (toim.) Loneliness, stress and well-being: a helper's guide. London: Routledge, 51-60.

Mustajoki, P., Kanerva, R. & Rissanen, A. 1991. Liian paksu vai liian ohut. Duodecim 107: 1768-1775.

Myllykangas, M. 1986. Päiväkirjamenetelmä koettujen oireiden ja lääkkeiden käytön tutkimisessa. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja. Kansanterveystiede, alkuperäistutkimukset 2 / 1986.

Mäki-Kulmala, A. 1993. Initiaatio ja alakulttuuri. Acta Universitatis Tamperensis, ser A vol 38. Tampere: Tampereen yliopisto.

Mäkinen, S. 1991. Isänsä menettäneet pojat varusmiehinä: vertaileva tutkimus hajonneiden ja ehjien perheiden poikien persoonallisuuden kehityksestä ja palveluksessa selviytymisestä. Sotilaslääketieteellinen Aikakauslehti, vol 66.

Mäntyranta, T. & Ylä-Kotola, P. 1998. "Se on ikään kuin henkilökohtaisempi tää lääkemainos" Kuluttajien käsityksiä lääkemainonnasta muuhun mainontaan verrattuna. Teoksessa R. Pötsönen & R. Välimaa (toim.) Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä: Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9 / 1998, 58-74.

Naidoo, J. & Wills, J. 1994. Health promotion, foundations for practice. London: Bailliere Tindal.

Nestmann, F. & Niepel, G. 1994: Social support in single-parent families: children as sources of support. Teoksessa F. Nestmann, K. Hurrelmann (toim.) Social networks and social support in childhood and adolescence. Berlin: Walter de Gruyter, 323-345.

Nestmann, F. & Schmerl, C. 1991. The lady is not burning – the gender paradox in prevention and social support. Teoksessa G. Albrecht & H-U. Otto (toim.) Social prevention and the social sciences. Berlin: Walter de Gruyter, 217-234.

Nettleton, S. 1995. The sociology of health and illness. Cambridge: Polity Press, Blackwell Publishers.

Nie, N.H., Hull, C.H., Jenkins, J.G., Steinbrenner, K. & Bent, D.H. 1975. SPSS statistical package for the social sciences. Second edition. New York: McGraw-Hill Book Company.

Nielsen, N. K. 1994. Body, control and desire: Health and capacity of life among young Danes in the 1990s. Young 2: 34-48.

Niemelä, P., Sipola, S. & Vornanen, R. 1994. Kuopiolaisten nuorten terveys ja hyvinvointi. Kuopio: Snellman-instituutin B-sarja 35.

Niemi, P. 1994. Itsearvioinnin problematiikkaa terveyden tutkimuksessa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 31:64-69.

Nikander, P. 1995. Ikä ja kielenkäyttö - tutkimus ikäidentiteettien neuvottelusta. Gerontologia 9: 16-27.

Noack, H. 1987. Concepts of health and health promotion. Teoksessa T. Abelin, Z. J. Brzezinski & V. D. L. Carstairs (toim.) Measurement in health promotion and protection. European Series 22. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 5-28.

Noro, A. 1989. Yksilöllistyvä palkkatyöyhteiskunta kyllä, entä posttraditionaalit yhteisöt? Sosiologia 26: 2-5.

Nukari, L. 1995. Tumppasin sen jalkani alle... Nuorten tarinoita tupakasta. Syty savutta projektiryhmä. Jyväskylä: Kirjapaino Hetimonex Oy.

Nukari, L. 1997. Unelmieni koulu - ala-asteen oppilaiden toiveita ja kokemuksia koulusta. Jyväskylä: Jyväskylän kaupungin kouluviraston julkaisusarja A3:1997.

Nummenmaa, A. R. & Vanhalakka-Ruoho, M. 1987. Nuorten suunnitelmat ja mahdollisuuksien rakenne: ammattisuunnitelmien selkiintyneisyys, pysyvyys ja toteutuminen. Suomen Psykologinen seura. Soveltavan psykologian monografioita 2, Acta Psychologica Fennica. Helsinki.

Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY.

Nupponen, H., Halonen, L., Mäkinen, H. & Pehkonen, M. 1991. Tehostetun koululiikunnan tutkimus: Peruskoulun oppilaiden liikunnalliset, tiedolliset ja sosiaaliset toiminnat kolmen lukuvuoden aikana. Lähtökohdat, menetelmät ja aineiston kuvailu. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta, julkaisusarja A:146. Rauma: Rauman opettajankoulutuslaitos.

Nupponen, H. & Telama, R. 1998. Liikunta ja liikunnallisuus osana 11-16-vuotiaiden eurooppalaisten nuorten elämäntapaa. Liikuntakasvatuksen julkaisua 1. Liikuntakasvatuksen laitos, Liikuntakasvatuksen tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä: Yliopistopaino.

Nurmi, J. E. 1995. Nuoruusiän kehitys: etsintää, valintoja ja noidankehiä. Teoksessa P. Lyytinen, M. Korkiakangas & H. Lyytinen (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan, kehitys kontekstissaan. Porvoo: WSOY, 256-274.

Nurmi, J. 1997. Self-defination and mental health during adolescence and young adulthood. Teoksessa: J. Schulenberg, J.L. Maggs & K. Hurrelmann (toim.) Health risks and developmental transitions during adolescence. New York: Cambridge Universtiy Press, 395-419.

Nurmi, R. 1986. Peruskoulun ala-asteen ensimmäisen luokan oppilaiden käsitykset terveydestä, erityisesti suhtautuminen tupakointiin. Lääkintöhallituksen julkaisuja, terveyskasvatus, sarja tutkimukset 7 / 1986. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Nuutinen, O. 1995. Lapsuusiän lihavuuden hoito kannattaa. Suomen Lääkärilehti 50:1265-1269.

Nuutinen, O. 1997. Lapsen lihavuuden hoito. Teoksessa M. Fogelholm, P. Mustajoki, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus. Ongelma ja hoito. Kustannus Oy Duodecim, Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 158-173.

Offer, D. & Sabshin, M. 1984. Normality and the life cycle: A critical integration. New York: Basic Books.

Oinas, E. 1996. Tieto, konteksti ja metodi - pohdintoja haastattelumenetelmän rajoista. Ruumiillisuuden merkitykset tutkimuskohteena. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 33: 153-156.

Oinas, E. 1997. What is normal menstruation? Accounts covered by young women and medical experts in medical advisory columns. Teoksessa E. Riska (toim.) Images of women's health. The social construction for gendered health. Åbo: Åbo Akademi Tryckeri, 31-58

Oinas, E. 1998. Beauty practices, misogynist culture and agency - embodied presentations of self in adolescence. Paper presented at Multiple Marginalities - Symposium 28-30.8. Helsinki.

O'Kelly, L. 1997. Body talk. Teoksessa A. Giddens (toim.) Sociology. Introductory reading. Cambridge: Polity Press, 53-55.

Ottawa Charter for health promotion.1986. An International Conference on Health Promotion, November 17-21. Ottawa.

Palmore, E. & Luikart, C. 1972. Health and social factors related to life satisfaction. Journal of Social Behaviour 13: 68-80.

Parkatti, T. & Kannas, L. 1995. Jyväskylän koulut terveyttä edistävänä työympäristönä. Opettajien hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. Väliraportti 9.11.1995. Koulun terveydenedistämisen tutkijaryhmä. Jyväskylä: Terveystieteen laitos, Jyväskylän yliopisto.

Paronen, O., Pasanen, M., Rantanen, P. & Aro, S. 1982. Psykosomaattisten oireiden toistomittaus 14-15-vuotiailla koululaisilla. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 19: 234-239.

Parsons, T. 1951. The social system. Glencoe, Ill.: Free Press.

Parsons, T. 1975. The sick role and the role of the physician reconsidered. Health and Society 53: 257-278.

Pearlin, L. I. & Aneshensel, C. S. 1986. Coping and social supports. Their functions and applications. Teoksessa L. H. Aiken & D. Mechanic. (toim.) Applications of social science to clinical medicine and health policy. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Pekola, T. 1998. Kestävyydellä voittoon. Juoksija 5: 4-5.

Pelkonen, M. 1989. Itsestä huolenpito ja hoitotyön palvelut. Tutkimus nuorten kuntalaisten sekä terveyden- ja sairaanhoitajien itsestä huolenpitoa, terveyttä ja hoitotyötä koskevista käsityksistä. Helsinki: Sairaanhoidon tutkimuslaitos Nro 1.

Peltonen, R. 1994. Sosiaalinen tuki, elämänhallinta ja koettu terveys keski-ikäisillä naisilla. Sosiaalipoliittisen Yhdistyksen tutkimuksia 54. Turku: Socialpolitiska institutionen, Åbo Akademi.

Peplau, L., Micheli, M. & Morach, B. 1982. Loneliness and self-evaluation. Teoksessa L. Peplau, D. Perlman. (toim.) Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: A Wiley-Interscience Publication, 135-151.

Peplau, L. A. & Perlman, D. 1982. Perspectives of loneliness. Teoksessa L. Peplau & D. Perlman (toim.) Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: A Wiley-Interscience Publication, 1-20.

Perheentupa, J. 1997. Suomalaisen lapsen ja nuoren terveys. Duodecim 113: 163-568.

Perlman, D. 1988. Loneliness: A life-span, family perspective. Teoksessa R. M. Milardo (toim.) Families and social networks. Newsbury Park: Sage Publications, 190-220.

Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. Helsinki: Stakes, tutkimuksia 103.

Peräkylä, A. 1997. Institutionaalinen keskustelu. Teoksessa L. Tainio (toim.) Keskustelunanalyysin perusteet. Tampere: Vastapaino.

Pirinen, R. 1993. Hymyn takana piilee voimanainen. Naisurheiljahahmojen representoimat naiseudet naistenlehdissä 1950-luvulta 1980-luvulle. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, liikunnan sosiaalitieteiden laitos. Lisensiaatintutkielma.

Poikkeus, A-M. 1995. Lasten toverisuhteet ja sosiaaliset taidot. Teoksessa P. Lyytinen, M. Korkiakangas & H. Lyytinen (toim.) Näkökulmia kehityspsykologiaan, kehitys kontekstissaan. Porvoo: WSOY, 122-138.

Power, C. 1991. Social and economic background and class inequalities in health among young adults. Social Science and Medicine 32: 411-417.

Pulkkinen, L. 1984. Nuoret ja kotikasvatus. Keuruu: Otava.

Pulkkinen, L. 1990. Young adults' health and its antecedents on evolving life-styles. Teoksessa K. Hurrelmann & F. Lösel (toim.) Health hazards in adolescence. Berlin: Walter de Gruyter, 67-90

Pulkkinen, L. 1996. Kasvaminen aikuiseksi. Teoksessa L. Pulkkinen (toim.) Lapsesta aikuiseksi. Jyväskylä: Atena Kustannus Oy, 14-28.

Purola, T. 1972. A system approach to health and health policy. Medical Care. September-October, vol 10: 373-379.

Puska, P., Vartiainen, E., Pallonen, U., Salonen, J.T., Pöyhiä, P., Koskela, K. & McAlister A. 1982. The North Karelia Youth Project: ewaluation of two years of intervention on health behavior and cardiovaskular risk factors among 13 to 15 year old children. Preventive Medicine 11:550-570.

Puura, K. 1998. What children tell and adults notice. Psychiatric disturbance among Finnish children. Acta Universitatis Tamperensis 605. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Puuronen, V. 1995. Nuoret maailmansa tuottajina? Tutkimus nuorisososiologian metodologiasta ja nuorten keskusteluista. Joensuu: Joensuun yliopiston yhteiskuntatieteellisiä julkaisuja, N:o 21.

Puuronen, V. 1996. Tytöt ja pojat keskustelukulttuureja tuottamassa. Teoksessa L. Suurpää & P. Aaltojärvi (toim.) Näin nuoret. Näkökulmia nuoruuden kulttuureihin. Suomalaisen kirjallisuuden seura, Tietolipas 143. Pieksämäki: Kirjapaino Raamattutalo, 255-280.

Pylkkänen, K. 1984. Yksinäisyys nuoruusiässä. Teoksessa K. Achte & K. Kuusi (toim.) Yksinäisyys. Helsinki: Otava, 66-94.

Pylkkänen, K. 1997. Nuoruus – murroksen aikaa. Teoksessa T. Heiskanen & M. Vallisaari (toim.) Elämäntaidon ja selviytymisen kirja. Porvoo: WSOY, 97-121.

Pyörälä, E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 31: 4-14.

Pölkki, P. 1990. Self-concept and social skills of school beginners. Studies in Education, Psychology and Social Research Jyväskylä: University of Jyväskylä.

Pölkki, P., Forssen, K. & Kähkönen, P. 1994. Lasten toimintakykyisyys ja kasvuverkostot Pohjoismaissa: projektin teoreettinen tausta ja osatutkimuksen eteneminen. Kuopio: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 17.

Pötsönen, R. 1998. Naiseksi, mieheksi, tietoiseksi. Koululaisten seksuaalinen kokeneisuus, HIV / AIDS -tiedot, -asenteet ja tiedonlähteet. Studies in Sport, Physical Education and Health, 59. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Pötsönen, R. 2000. Biologisk mognad, sällskapande, sexuell erfarenhet och användning av preventivmedel bland unga år 1998. Teoksessa L Kannas, V Brunell (toim.) Subjektiv hälsa, hälsovanor och skoltrivsel. Jämförelse mellan svensk- och finskspråkiga elever 1994-1998. Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 10. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä (painossa).

Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1995. Seurustelua ja pelkkää asiaa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisusarja 1 / 1995.

Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1998. Ryhmähaastatteluja nuorten ystävyyssuhteista. Teoksessa R. Pötsönen & R. Välimaa (toim.) Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9 / 98, 19-37.

Radley, A. 1994. Making sense of illness. The social psychology of health and disease. Cambridge: Sage Publications, University Press.

Raeburn, J. & Rootman, I. 1998. People-centered health promotion. Chichester: John Wiley & Sons.

Rahkonen, O. 1988. Terveys ja sukupuoli - tutkimus sukupuoli- ja sosiaaliryhmittäisistä eroista erityisesti nuorten terveydessä ja terveyskäyttäytymisessä. Helsinki: Sosiaalipolitiikan lisensiaatintyö, Helsingin yliopisto, (julkaisematon).

Rahkonen, O. 1992. Adolescence to adulthood. The re-emergence of social class differences in health? Working Papers No. 13, Helsinki: University of Helsinki, Department of Social Policy.

Rahkonen, O. 1994. Terveydentila ja terveyskäyttäytyminen. Sukupuoli- ja sosiaaliluokkaerot nuorissa ikäryhmissä. Helsingin yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos. Stakes, tutkimuksia 36. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino.

Rahkonen, O., Hemminki, E. & Rimpelä, M. 1987. Use of medicines among adolescents: with special reference to gender differences. Social Pharmacology 1: 233-249.

Rahkonen, O. & Lahelma, E. 1992. Gender, social class and illness among young people. Social Science and Medicine 34: 649-656.

Rajantie, J., Sihvola, S., Lappi, R. & Perheentupa, J. 1993. Lasten ja nuorten terveydentila 1990-luvun Suomessa. Mannerheimin Lastensuojeluliitto. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino.

Rantanen, P. 1989. Perhenäkökulma nuoren psykosomaattisiin oireisiin. Acta Universitatis Tamperensis, ser A vol 279. Tampereen yliopisto. Vammala: Vammaspaino.

Rauste-von Wright, M. 1981. Body image satisfaction in 11-18 year old girls and boys. Turku: Reports from the Institute of Psychology University of Turku. No 55.

Rauste-von Wright, M. L. 1982. Nuorison ihmis- ja maailmankuva II. Tyttöjen ja poikien ihmiskuva. Turku: Turun yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia 14.

Rauste-von Wright, M. L. 1987. On the life process among Finnish adolescents. Summary report of a longitudinal study. Commentationes Scientarium Socialium 35. Helsinki: Sociatas Societarum Fennica, The Finnish Society of Sciences and Letters.

Rauste-von Wright, M. 1989. Body image satisfaction in adolescent girls and boys: A longitudinal study. Journal of Youth and Adolescence 18: 71-83.

Rauste-von Wright, M. L., Makkonen, T. & Markkanen, M. 1986. Suomalaisten 15-16-vuotiaiden nuorten “terveistä” ja “epäterveistä” elämäntavoista. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja Sarja Tutkimukset 2 / 1986.

Rauste-von Wright, M. L. & von Wright, J. 1981. A longitudinal study of psychosomatic symptoms in healthy 11-18 old girls and boys. Journal of Psychosomatic Research 25: 525-534.

Rautava, P. 1989. Health education in the Finnish maternity health care system. Evaluation of effectiveness. Turku: Publications of the National Board of Health. Series Original Reports 14.

Reinherz, H. Z., Stewart-Berghauer, G., Pakiz, B., Frost, A. K., Moeykens, B. A. & Holmes, W. M. 1989. The relationship of early risk and current mediators to depressive symptomatology in adolescence. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 28: 942-947.

Remes, S. 1998. Epidemiology of asthma and allergy at school age. Kuopio: Kuopio University Publications D. Medical Sciences 141.

Rimpelä, A. & Rimpelä, M. 1983. Paino ja sen kokeminen. Teoksessa M. Rimpelä, A. Rimpelä, S. Ahlström, E. Honkala, L. Kannas, L. Laakso, O. Paronen, M. Rajala & R. Telama (toim.) Nuorten terveystavat Suomessa. Nuorten terveystapatutkimus 1977- 79. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja tutkimukset 4/83, 41-48.

Rimpelä, A., Rimpelä, M. & Honkala, E. 1983. Sairastavuus, kuolleisuus ja koettu terveys. Teoksessa M. Rimpelä, A. Rimpelä, S. Ahlström, E. Honkala, L. Kannas, L. Laakso, O. Paronen, M. Rajala & R. Telama. (toim.) Nuorten terveystavat Suomessa. Nuorten terveystapatutkimus 1977-79. Helsinki: Lääkintöhallituksen julkaisuja, Sarja Tutkimukset 4/1983, 191-207.

Rimpelä, M. 1991. Forbruk og fornyelse av helse – en alternativ modell til forståelse av helse blant ungdom. Teoksessa K-I. Klepp & L. Aarø (toim.) Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid. Oslo: Univesititsforlaget, 9–25.

Rimpelä, M. 1996. Tarvitaanko kouluterveys 2002 -ohjelmaa? Kouluterveys 1996 - tiedotuslehti N:o 1a. Stakes, 2–8.

Rimpelä, M. 1999. Oppilaiden kokemuksia peruskoulun yläasteiden työoloista. Kouluterveys 2002 tiedostulehti N:o 8 . Stakes, 24–27.

Rimpelä, M., Rimpelä, A. & Paronen, O. 1982. Koetut oireet 12 –18-vuotiailla suomalaisilla. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 19: 219–233.

Rimpelä, M., Karvonen, S. & Rimpelä, A. 1990a. Nuorten terveystapatutkimus: asuinalue, sosiaalinen tausta ja kulunkäynti terveyttä säätelevinä muuttujina. Suomen Lääkärilehti 45: 1946–1950.

Rimpelä, M., Rimpelä, A. & Karvonen, S. 1990b. Nuorten terveystapatutkimus. Koulumenestyksellä kahdensuuntainen vaikutus 16–18-vuotiaiden terveyteen? Suomen Lääkärilehti 45: 2149–2152.

Rimpelä, M., Rimpelä, A., Vikat, A., Hermanson, E., Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E. Savolainen, A. 1997. Miten nuorten terveys on muuttunut 20 vuoden kuluessa? Suomen Lääkärilehti 52: 2705–2712.

Rimpelä, U. 1988. Terveys – naisen omana kokemuksena ja yleislääkärin arvioimana. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis A 240.

Riska, E. 1997. Intorduction. Teoksessa E. Riska (toim.) Images of women's health. The social construction of gendered health. Åbo: Åbo Akademi Tryckeri, 1–15.

Rissanen, A. 1997. Lihavuus Suomessa. Teoksessa M. Foglemholm, P. Mustajoki, A. Rissanen & M. Uusitupa (toim.) Lihavuus. Ongelma ja hoito. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino, 12–18.

Ritter, C. 1988. Social supports, social networks and health behaviours. Teoksessa D. Gochman (toim.) Health Behaviour. Emerging research perspectives. New York: Plenum Press, 149–161.

Rook, K. S. 1987. Social support versus companionship: effects on life-stress, loneliness, and evaluation by others. Journal of Personality and Social Psychology 52: 1132–1147.

Rosenberg, M. 1965. Society and the adolescent self-image. Princeton NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. 1979. Conceiving the self. New York: Basic Books.

Russell, D. 1982. The measurement of loneliness. Teoksessa L.A. Peplau & D. Perlman (toim.) Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley-Interscience, 82–104.

Rönkä, A. 1999. The accumulation of problems of social functioning: outer, inner, and behavioral strands. Jyväskylä longitudinal study of personality and social development. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 148. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Saarenheimo, M. 1996. Jos etsit kadonnutta aikaa. Vanhuus ja oman elämän muisteleminen. Tampere: Vastapaino.

Saarenheimo, M. 1998. Puheista tekoihin – arkipuheen tutkimus teorian ja käytännön välitilassa. Gerontologia 12: 38–41

Saarijärvi, S. & Aaltojoki, T. 1997. Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoito. Suomen Lääkärilehti 51: 35–38.

Saarilehto, S., Lapinleimu, H. & Keskinen, S. 1998a, Syömisongelmat ja -häiriöt – sukupolvien välinen yhteys? Suomen Lääkärilehti 53: 683–685.

Saarilehto, S., Keskinen, S. & Lapinleimu, H. 1998b. Kolme näkökulmaa syömisen ongelmiin. Psykologia 33: 451–455.

Sallis, J. F. & Owen, N. 1999. Physical activity & behavioral medicine. Behavioral Medicine & Health Psychology 3. Thousand Oaks: Sage Publications.

Salmivalli, C. 1998. Not only bullies and victims. Participation in harassment in school classes: some social and personality factors.Turku: Annales Universitatis Turkuensis.

Sandler, I. N. & Barrera, M. 1984. Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support. American Journal of Community Psychology 12: 37–52.

Sarason, B., Pierce, G. & Sarason, I. 1990. Social support: The sense of acceptance and the role of relationships. Teoksessa B. Sarason, I. Sarason & G. Pierce (toim.) Social support. An international view. New York: John Wiley & Sons, 97–128.

Sargent, C. & Brettell, C. 1996. Introduction: Gender, medicine, and health. Teoksessa C. Sargent & C. Brettell (toim.) Gender and health. An international perspective. New Jersey: Prentice-Hall Inc. Simon & Schuster / A Viacom Comapny.

Sarlin, E-L. 1995. Minäkokemuksen merkitys liikuntamotivaatiotekijänä. Studies in Sport, Physical Education and Health No 40. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Schwarzer, R., Jerusalem, M. & Kleine, D. 1990. Predicting adolescent health complaints by personality and behaviors. Psychology and Health 4: 233–244.

Schwarzer, R. & Leppin, A. 1989. Social support and health: a meta-analysis. Psychology and Health 3: 1–15.

Schwarzer, R. & Leppin, A. 1991. Social support and health: A theoretical and empirical overview. Journal of Social and Personal Relationships 8: 99–127.

Secker, J. 1997. Giving young people a voice. Teoksessa J. Gordon & G. Grant (toim.) How we feel. An insight into the emotional world of teenagers. London: Jessica Kingsley Publishers, 126–136.

Seedhouse, D. 1997. Health promotion. Philosophy, prejudice and practice. New York: Wiley.

Sewell, R. & Burton, R. 1990. Well-being among adolescent boys. Sociological Spectrum 10: 561–575.

Shadbolt, B. 1997. Some correlations of self rated health for Australian women. American Journal of Public Health 87: 951–956.

Shah, C. P. 1994. Public health and preventive medicine in Canada. 3rd edition. Toronto: University of Toronto Press.

Shilling, C. 1993. The body and social theory. London: Sage Publications.

Silvennoinen, M. 1995. Liikunnan miehet ja naiset pintaa syvemmältä. Liikunta ja Tiede 32: 27–31.

Siurala, L. 1994. Nuoriso-ongelmat modernisaatioperspektiivissä. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskuksen tutkimuksia 1994:3.

Smelser, N. 1989. Self-esteem and social problems: an introduction. Teoksessa A. Mecca, N. Smelser & J. Vasconsellos (toim.) The social importance of self-esteem. Berkley: University of California Press, 1–23.

Solantaus, T. 1987. Hopes and worries of young people in three European countries. Health Promotion 2: 19–27.

Sorvettula, M. (toim.) 1995. Naisen terveys. Hyvän elämän strategiset mitat. Tampere: Kirjayhtymä OY.

Standards for educational and psychological testing. 1985. Washington: American Psychological Association.

Stern, D. N. 1985. The interpersonal world of infant: the view from psychoanalysis and developmental psychology. New York: Basic Books.

Stewart, D. W. & Shamdasani, P. N. 1990. Focus groups: theory and practice. Applied Social Research Methods Series vol 20. Newbury Park: Sage Publications.

Strandell, H. 1995. Mikä on lasten hyvinvointia? Tiedon tarpeen kartoitus. Helsinki: Stakes, Aiheita 25/95.

Streiner, P. E. & Norman, G. R. 1995. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. Oxford: Second edition. Oxford University Press.

Suhonen, P. 1988- Suomalaisten arvot ja politiikka. Juva: WSOY.

Sulkunen, P. 1990. Ryhmähaastattelujen analyysi. Teoksessa K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus, 264–285.

Suominen, S. 1993. Perceived health and life control. Helsinki: Stakes, Research Reports 26.

Suominen, S., Helenius, H. & Blomberg, H. 1996. Koherenssin tunne koetun terveydentilan ennustajana. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 33: 7–15.

Suominen, S., Välimaa, R., Tynjälä, J. & Kannas, L. 2000. Minority status and perceived health. A comparative study of Finnish- and Swedish-speaking schoolchildren in Finland. Scandinavian Journal of Public Health 27(painossa).

Swain, S. 1989. Covert intimacy: closeness in men's friendships. Teoksessa B. J. Risman & P. Schwarzt (toim.) Gender in intimate relationships: a microstructural approach. Belmont: Wadsworth, 71–86.

Tamminen, T., Almqvist, F. & Piha, J. 1991. Psychiatric symptoms in Finnish children. An epidemiological study of 1000 8-year old children in five regions of the country. Helsinki: Reports of Psychiatria Fennica 1991, report no. 9.

Tanner, J. L., Cockerham, W. C. & Spaeth, J. L. 1983. Predicting physician utilization. Medical Care 21: 360–369.

Taylor, C. 1995. Autenttisuuden etiikka. Helsinki: Gaudeamus.

Thorlindsson, T., Vilhjalmsson, R. & Valgeirsson, G. 1990. Sport participation and perceived health status: a study of adolescents. Social Science and Medicine 31: 551–556.

Thorne, B. 1993. Gender play. Girls and boys in school. Buckingham: Open University Press.

Tienboon, P., Wahlqvist, M. L. & Rutishauser, I. H. E. 1992. Early life factors affecting body mass index and waist-hip ratio in adolescence. Asia Pasific Journal of Clinical Nutrition 1: 21–22.

Tietjen, A. M. 1989. The ecology of children's social networks. Teoksessa D. Belle (toim.) Children's social networks and social supports. New York: John Wiley, 37–69.

Tiggemann, M., Winefield, H., Winefield, A. & Goldney, R. 1994. Gender differences in the psychological correlates of body-weight in young adults. Psychology and Health 4: 345–351.

Tilastokeskus. 1996. Perheet 1995. Väestö 1996:13. Helsinki.

Tissue, T. 1972. Another look at self-rated health among the elderly. Journal of Gerontology 27: 91–94.

Topo, P., Kontula, O. & Meriläinen, J. 1987. Nuorten näkemyksiä toisesta sukupuolesta, seurustelusta ja seksuaalisuudesta. Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja M 100:1987. Helsinki: Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos.

Tossavainen, K. 1993. Nuorten terveyskäyttäytymistä tukeva koulun terveyskasvatus. Stakes, tutkimuksia 22. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.

Tulisalo, U. 1999. Parental divorce and depression in young adulthood. Tampere: Acta universitatis Tamperensis.

Turner. R. J. & Marino, F. 1994. Social support and social structure: a descriptive epidemiology. Journal of Health and Social Behavior 35: 193–212.

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., Kannas, L. & Villberg, J. 1999a. Morning sleepiness in adolescents trends – and international comparison. World Federation of Sleep Research Societies, Third International Congress. The function and functional significance of sleep. Dresden Germany October 5-9. Sleep Research Online 1999:2 (Supplement 1): 561.

Tynjälä, J., Kannas, L., Levälahti, E. & Välimaa, R. 1999b. Perceived sleep quality and its precursors in adolescents. Health Promotion International 14: 155–166.

Tynjälä, J. & Törmäkangas, K. 1995. WHO-Koululaistutkimuksen aineistot 1994. Teoksessa L. Kannas (toim.) Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. Opetushallitus, Helsinki: Hakapaino Oy, 193–197.

Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Kasvatus 22: 387–398.

Tähtinen, J. & Kaljonen, A. 1996. Tilastollisen analyysin perusteita kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. Turku: Turun opettajankoulutuslaitos, Julkaisusarja B. Turun yliopiston.

Vahtera, J. 1993. Työn hallinta, sosiaalinen tuki ja terveys. Työ ja ihminen. Työympäristötutkimuksen aikakauskirja lisänumero 1.

Valkonen, T. 1981. Haastattelu- ja kyselyaineiston analyysi sosiaalitutkimuksessa. Helsinki: Gaudeamus.

van Aken, M., Coleman, J. & Cotterell, J. 1994. Issues concerning social support in childhood and adolescence. Teoksessa F. Nestmann, K. Hurrelmann (toim.) Social networks and social support in childhood and adolescence. Berlin: Walter de Gruyter, Berlin, 429-441.

Vaux, A. 1988. Social support: theory, research, and intervention. New York: Praeger.

Vilhjalmsson, R. 1994. Effects of social support on self-assessed health in adolescence. Journal of Youth and Adolescence 23: 437–452.

Villberg. J. & Tynjälä, J. 1999. Materialet från skolelevsstudierna 1994 och 1998. Teoksessa L. Kannas & V. Brunell (toim.) Subjektiv hälsa, hälsovanor och skoltrivsel. Jämförelse mellan svensk- och finskspråkiga elever 1994-1998. Jyväskylä: Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 10 / 2000 (painossa).

Vingilis, E., Wade, T. J. & Adalf, E. 1998. What factors predict student self-rated physical health? Journal of Adolescence 21: 83–97.

Välimaa, R. 1993. Ystävyys ja yksinäisyys koulussa: sosiaaliset suhteet nuorten terveyden pohjana. Nuorisotutkimus 11: 3–10.

Välimaa, R. 1995a. Olenko sopivan kokoinen? Koululaisten kokemuksia painostaan ja laihduttamisesta. Teoksessa L. Kannas (toim.) Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. Opetushallitus, Helsinki: Hakapaino Oy, 65–74.

Välimaa, R. 1995b. Oppilaiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta koulussa. Teoksessa L. Kannas (toim.) Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. Opetushallitus, Helsinki: Hakapaino Oy, 177–192.

Välimaa, R. 1996. Nuorten sosiaaliset suhteet, sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 33: 25–34.

Välimaa, R. 1997. Health and social relations in youth talk. Meeting Youth in Everyday Life Contexts. International Conference in Youth Research, December 3.-6.1997, Joensuu: University of Joensuu.

Välimaa, R. 2000. Subjektivt upplevd hälsa bland unga. Teoksessa Teoksessa L. Kannas & V. Brunell (toim.) Subjektiv hälsa, hälsovanor och skoltrivsel. Jämförelse mellan svensk- och finskspråkiga elever 1994-1998. Jyväskylä: Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 10 / 2000 (painossa).

Välimaa, R., Kannas, L. & Pötsönen, R. 1993. Sosiaalinen tuki, nuoret ja koettu terveys. WHO-koululaistutkimus. Teoksessa S. Shemeikka & A. Nissinen (toim.) Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1992. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1, 63–80.

Välimaa, R., Kannas, L. & Pötsönen, R. 1994. Sosiaalisen tuen ja yksinäisyyden kokemisen yhteys itsetuntoon 11–15-vuotiailla koululaisilla. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti suplementtinumero 31: 77–90.

Välimaa, R., Kepler, K. & Yeganegi, N. 1995. Koettu terveys ja onnellisuus sekä sairaudet koululaisten arjessa. Teoksessa L. Kannas (toim.) Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. Opetushallitus, Helsinki: Hakapaino Oy, 31– 43.

Välimaa, R. & Pötsönen, R. 1996. Kokemuksia nuorten ryhmähaastatteluista. Laadullisen tutkimuksen teemanumero, Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 33: 170–175.

Välimaa, R., Tynjälä, J., Nukari, L. & Kannas, L. 1997. Perceived health and its variation during a school year in 13- and 15-year-old adolescents: a follow up study. 14th Nordic Congress on Social Medicine, Helsinki, September 10-12.1997.

Välimaa, R. & Mäntyranta, T. 1998. Ryhmähaastattelu tutkimusmenetelmänä. Teoksessa R. Pötsönen & R. Välimaa (toim.) Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen julkaisusarja 9 / 1998, 75–83.

Wahlström, J. 1992. Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. Diskurssianalyyttinen tutkimus. Jyväskylä: Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 94.

Walker, K. 1994. Men, women, and friendships: what they say, what they do. Gender & Society 8: 246–265.

Wardle, J. & Marsland, L. 1990. Adolescent concerns about weight and eating; a social-developmental perspective. Journal of Psychosomatic Research 34: 377–391.

Warr, P. 1987. Work, unemployment and health. Oxford: Clarendon Press.

Weeks, D. G., Michela, J. L., Peplau, L. A. & Bragg, M. E. 1980. Relation between loneliness and depression: a structural equation analysis. Journal of Personality and Social Psychology 39: 1238–1244.

Weiss, R. S. 1982. Issues in the study of loneliness. Teoksessa L. A. Peplau & D. Perlman (toim.) Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley-Interscince Publications, 71–80.

West, P. 1988. Inequalities? Social class differentials in health in British youth. Social Science and Medicine 27: 291–296.

West, P. 1997. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? Social Science and Medicine 44:833-858.

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 and Medicine 30: 665–673.

WHO 1958. The first ten years. The health organization. Geneva.

Wickrama, K., Lorenz, F. & Conger, R. 1997. Parental support and adolescent physical health status: A latent growth-curve analysis. Journal of Health and Social Behaviour 38: 149–163.

Wrede, S. 1997. The notion of risk in Finnish prenatal care: managing risk mothers and risk pregnancies. Teoksessa E. Riska (toim.) Images of women's health. The social construction of gendered health. Åbo: Åbo Akademi Tryckeri, 133–180.

Wylie, R. C. 1974. The self-concept. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.

Yli-Luoma, P.V.J. 1996. Lisrel. Helsinki: IMDL.

Young, J. E. 1982. Loneliness, depression and cognitive therapy: Theory and application. Teoksessa L. A. Peplau & D. Perlman (toim.) Loneliness. A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley-Interscience Publications, 379–406.

Åstedt-Kurki, P. 1988. Terveys ja hoitotyö aikuisten kokemana. Lisensiaatintyö. Tampere: Tampereen yliopisto kansanterveystieteen laitos.

Åstedt-Kurki, P. & Heikkinen, R-L. 1994. Two approaches to the study of experiences of health and old age: the thematic interview and the narrative method. Journal of Advanced Nursing 20: 418–421.

LIITE 1 WHO-Koululaistutkimus. Kansainvälinen tutkimus koululaisten elämäntyylistä 1998

1. Sukupuoli

☐ Poika ☐ Tyttö

2. Missä kuussa olet syntynyt?

Tam Hel Maa Huh Tou Kesä Hei Elo Syys Loka Marras Joulu

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

3. Minä vuonna olet syntynyt?

1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987

☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. Millä luokalla olet?

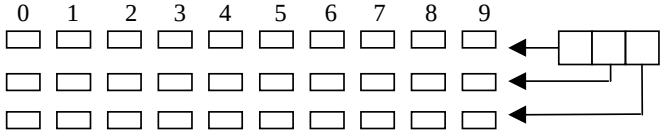
5. luokalla ☐ 7. luokalla ☐ 9. luokalla ☐

5. Minkälaisella paikkakunnalla asut nykyisin?

☐ Kaupungissa, keskustassa tai muussa taajamassa
☐ Kaupungissa, keskustan ja taajaman ulkopuolella
☐ Maaseudulla kirkonkylässä, asutuskeskuksessa tai muussa taajamassa
☐ Maaseudulla kirkonkylän, asutuskeskuksen ja muiden taajamien ulkopuolella

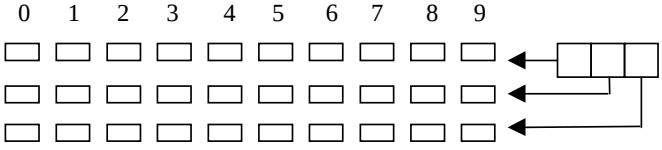
6. Pituutesi (cm)?

Numeroin:



7. Painosi (kg)?

Numeroin:



8. Mikä on isäsi ammatti? (Kuvaile hänen työnsä niin tarkasti kuin voit. Esim. Automekaanikko, opettaja, maanviljelijä, kirvesmies jne.) (Jos isäsi on työtön tai eläkkeellä, kirjoita myös se sekä hänen edellinen työnsä.)

_____

9. Mikä on äitisi ammatti? (Kuvaile hänen työnsä niin tarkasti kuin voit. Esim. Opettaja, ompelija, hammaslääkäri jne.) (Jos äitisi on työtön tai eläkkeellä, kirjoita myös se sekä hänen edellinen työnsä.)

_____

10. Vastaa kysymykseen sekä isäsi/isäpuolesi että äitisi/äitipuolesi osalta. Mikä on korkein koulutus, minkä

isäsi/isäpuolesi		**äitisi/äitipuolesi on suorittanut?**
☐	Kansakoulu / kansalaiskoulu tai peruskoulu	☐
☐	Peruskoulu ja ammatillinen koulutus	☐
☐	Lukio ja ammatillinen koulutus	☐
☐	Yliopisto- tai korkeakoulututkinto	☐

11. Mitä luulet tekeväsi, kun olet käynyt peruskoulun loppuun?

☐ Pyrin lukioon
☐ Pyrin ammattikouluun tai muuhun ammatilliseen koulutukseen
☐ Pyrin oppisopimuskoulutukseen
☐ Menen töihin
☐ Jään työttömäksi
☐ En osaa sanoa

39. Noudatatko tiettyä ruokavaliota pudottaaksesi painoasi?

☐ En, koska painoni on ihan OK
☐ En, mutta minun pitäisi laihtua
☐ Kyllä

43. Kuinka terveeksi koet itsesi?

☐ Erittäin terveeksi
☐ Melko terveeksi
☐ En kovin terveeksi

45. Tunnetko koskaan itseäsi yksinäiseksi?

☐ Kyllä, hyvin usein
☐ Kyllä, melko usein
☐ Kyllä, joskus
☐ En

46. Kuinka usein sinulla on ollut seuraavia oireita viimeisen 6 kuukauden aikana? (Merkitse yksi vaihtoehto jokaisen oireen osalta.)

	Lähes päivittäin	Useammin kuin kerran viikossa	Noin kerran viikossa	Noin kerran kuukaudessa	Harvemmin tai ei koskaan
Päänsärkyä	☐	☐	☐	☐	☐
Vatsakipuja	☐	☐	☐	☐	☐
Niska-hartiasärkyjä	☐	☐	☐	☐	☐
Selkäkipuja	☐	☐	☐	☐	☐
Masentuneisuutta	☐	☐	☐	☐	☐
Ärtyneisyyttä tai pahantuulisuutta	☐	☐	☐	☐	☐
Hermostuneisuutta	☐	☐	☐	☐	☐
Vaikeuksia päästä uneen	☐	☐	☐	☐	☐
Huimauksen tunnetta	☐	☐	☐	☐	☐
Väsymyksen tunnetta	☐	☐	☐	☐	☐
Ruokahaluttomuutta	☐	☐	☐	☐	☐
Jännittyneisyyttä	☐	☐	☐	☐	☐
Alakuloisuutta	☐	☐	☐	☐	☐
Heräilemistä öisin	☐	☐	☐	☐	☐
Allergisen nuhan oireita	☐	☐	☐	☐	☐
Astmaoireita	☐	☐	☐	☐	☐

53. Merkitse ketkä seuraavista henkilöistä asuvat kotonasi. Jos äitisi ja isäsi eivät asu yhdessä, vastaa sen kodin peursteella, jossa asut enemmän

	Kyllä	Ei
Äiti	☐	☐
Isä	☐	☐
Äitipuoli	☐	☐
Isäpuoli	☐	☐

55 Kuinka helppoa sinun on puhua seuraavien henkilöiden kanssa sinua todella vaivaavista asioista?

	Hyvin helppoa	Helppoa	Vaikeaa	Hyvin vaikeaa	Ei ole tai en tapaa
Isä	☐	☐	☐	☐	☐
Äiti	☐	☐	☐	☐	☐
….					
Ystävät:					
Pojat	☐	☐	☐	☐	☐
Tytöt	☐	☐	☐	☐	☐
…					
Opettaja	☐	☐	☐	☐	

57. Kuinka monta läheistä ystävää sinulla on?

- ☐ Ei yhtään
- ☐ Yksi
- ☐ Kaksi
- ☐ Kolme tai useampia

58. Onko sinun helppoa vai vaikeaa saada uusia ystäviä?

- ☐ Erittäin helppoa
- ☐ Helppoa
- ☐ Vaikeaa
- ☐ Erittäin vaikeaa

59. Kuinka usein vietät aikaa ystäviesi kanssa heti koulun jälkeen?

- ☐ 4–5 päivänä viikossa
- ☐ 2–3 päivänä viikossa
- ☐ Yhtenä päivänä viikossa tai harvemmin
- ☐ Minulla ei ole tällä hetkellä ystäviä

61. Haluaisitko muuttaa jotakin ulkonäössäsi?

☐ Kyllä ☐ En

62. Pidätkö itseäsi

- ☐ Liian laihana
- ☐ Hieman liian laihana
- ☐ Sopivan kokoisena
- ☐ Hieman liian lihavana
- ☐ Liian lihavana
- ☐ En ajattele tällaisia asioita

63. Pidätkö itseäsi

- ☐ Erittäin hyvän näköisenä
- ☐ Melko hyvän näköisenä
- ☐ Tavallisen näköisenä
- ☐ En kovin hyvän näköisenä
- ☐ En lainkaan hyvän näköisenä
- ☐ En ajattele itsestäni tällaisia asioita

LIITE 2 WHO-Koululaistutkimus. Tutkimus koululaisten elämäntyylistä 1994, lisäaineisto

1. Sukupuoli ( ) Poika ( ) Tyttö

2. Missä kuussa olet syntynyt? _____

3. Minä vuonna olet syntynyt? _____

5. Kuinka monta henkilöä kotonasi suu sinun lisäksi. Jos äitisi ja isäsi eivät asu yhdessä, vastaa sen kodin perusteella, jossa asut enemmän

_____ henkilöä. Älä laske itseäsi mukaan.

6. **Merkitse ketä seuraavista henkilöistä asuvat kotonasi. Jos äitisi ja isäsi eivät asu** yhdessä, vastaa sen kodin perusteella, jossa asut enemmän.

( ) Äiti
( ) Isä
( ) Veljiä _____
( ) Siskoja _____
( ) Äitipuoli
( ) Isäpuoli
( ) Isoäiti, kuinka monta _____
( ) Isoisä, kuinka monta _____
( ) Muita sukulaisia, kuinka monta _____
( ) Muita ihmisiä, kuinka monta _____

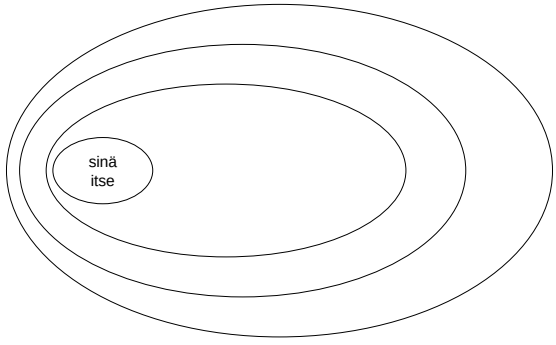
11. Onko terveydentilasi tällä hetkellä mielestäsi

( ) Erittäin hyvä
( ) Melko hyvä
( ) Keskinkertainen
( ) Melko huono
( ) Erittäin huono

14. Kuinka usein Sinulla on ollut seuraavia oireita viimeisen 6 kuukauden aikana?

	Lähes päivittäin	Useammin kuin kerran viikossa	Noin kerran viikossa	Noin kerran kuukaudessa	Harvemmin tai ei koskaan	**VAIN TYTÖT VASTAAVAT** Rastita ne oireet, jotka toistuvat kuukautisten aikana
Päänsärkyä	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Vatsakipuja	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Niska-hartiasärkyä	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Selkäkipuja	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Masentuneisuutta	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Ärtyneisyyttä tai pahantuulisuutta	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Hermostuneisuutta	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Vaikeuksia päästä uneen	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Huimauksen tunnetta	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Väsymyksen tunnetta	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Ruokahaluttomuutta	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Jännittyneisyyttä	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Alakuloisuutta	( )	( )	( )	( )	( )	( )
Heräilemistä öisin	( )	( )	( )	( )	( )	( )

17. Useimmilla meistä on joku tai joitakin sellaisia ihmisiä, jotka ovat meille tärkeitä. Heitä voivat olla esimerkiksi isä, äiti, sisarukset, sukulaiset, naapurit, ystävät, tyttö- tai poikaystävä, opettajat tai jotkut muut aikuiset



Kirjoita sisimpään ympyrään sinulle **kaikkein läheisimpien ihmisten** nimikirjaimet, niiden, joita ilman on vaikea kuvitella tulevansa toimeen. (Älä kirjoita esim. perhe, vaan kaikkien perheenjäsenten nimikirjaimet.)

Kirjoita keskimmäiseen ympyrään niiden nimikirjaimet, jotka ovat sinulle **hyvin tärkeitä**, mutta eivät yhtä läheisiä kuin edellä mainitut.

Kirjoita uloimpaan ympyrään niiden nimikirjaimet, jotka eivät ole yhtä läheisiä kuin edelliset, mutta jotka **kuuluvat lähipiiriisi** ja joiden kanssa olet säännöllisesti tekemisissä.

19. Luettele ne ihmiset, joiden puoleen voit kääntyä kun tarvitset **RAHAA, ERILAISIA VÄLINEITÄ TAI TAVAROITA LAINAKSI** (esim. äiti, ystävät, sisko, ikätoverit, naapuri)

_____

Haluaisitko saada edellä mainittua apua
( ) Selvästi nykyistä enemmän
( ) Vähän enemmän
( ) En haluaisi enempää

21. Luettele ne ihmiset, joiden puoleen voit kääntyä, kun tarvitset **NEUVOJA**, esimerkiksi koulunkäyntiin liittyvissä asioissa (esimerkiksi vanhemmat, sisar, veli, opettaja)

_____

_____

Haluaisitko saada
( ) Selvästi nykyistä enemmän neuvoja
( ) Vähän enemmän neuvoja
( ) En haluaisi enempää

22. Luettele ne ihmiset, jotka antavat sinulle **MYÖNTEISTÄ PALAUTETTA** tekemisistäsi tai ehdottamistasi asioista, esimerkiksi saat henkilöltä kehuja onnistuessasi kokeissa tai harrastuksissa (esimerkiksi vanhemmat, sisarukset, ikätoverit, opettajat).

_____

_____

Haluaisitko saada
( ) Selvästi nykyistä enemmän myönteistä palautetta
( ) Vähän enemmän myönteistä palautetta
( ) En haluaisi enempää

23. Luettele keiden kanssa **VIETÄT** useimmiten **VAPAA-AIKAASI HARRASTUSTEN, RENTOUTUMISEN TAI HAUSKANPIDON MERKEISSÄ?** (esim. vanhemmat, sisarukset, ikätoverit)

_____

_____

Haluaisitko saada
( ) Selvästi nykyistä enemmän mahdollisuuksia viettää aikaa muiden kanssa
( ) Vähän enemmän
( ) En haluaisi enempää

24. Luettele ne ihmiset, joiden kanssa voit odottaa joutuvasti erimielisyyksiin tai jotka saavat sinut vihaiseksi.

_____

22. Oletko viimeisen kuukauden aikana joutunut hankaluuksiin (erimielisyyksiä, riitaa tms.) edellä mainittujen henkilöiden kanssa?

( ) En ole
( ) Olen, keiden kanssa _____

30. Ympyröi se vaihtoehto, joka pitää yleensä paikkansa sinun kohdallasi.

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
a) Tunnen olevani ainakin yhtä pystyvä ja taitava ihminen kuin muutkin	( )	( )	( )	( )
b) Minusta tuntuu, että minulla on useita hyviä ominaisuuksia	( )	( )	( )	( )
c) Tunnen itseni usein epäonnistuneeksi	( )	( )	( )	( )
d) Pystyn suoriutumaan asioista yhtä hyvin kuin useimmat muutkin ihmiset	( )	( )	( )	( )
e) Tunnen, että kelpaan	( )	( )	( )	( )
f) Olen tyytyväinen itseeni	( )	( )	( )	( )
g) Tunnen itseni toisinaan kerta kaikkiaan hyödyttömäksi	( )	( )	( )	( )
h) Toisinaan ajattelen, että minusta ei ole mihinkään	( )	( )	( )	( )

31. Ympyröi se vaihtoehto, joka pitää yleensä paikkansa sinun kohdallasi

	Ei koskaan	Harvoin	Joskus	Usein	Aina
a) Olen seurallinen	( )	( )	( )	( )	( )
b) Löydän seuraa silloin kun haluan	( )	( )	( )	( )	( )
c) Minun on vaikeaa liittyä muiden seuraan	( )	( )	( )	( )	( )

88. Vielä yksi kysymys itsestäsi: tunnetko olevasi tärkeä vai et?

	Ei lainkaan tärkeä	Jonkin verran tärkeä	Melko tärkeä	Hyvin tärkeä	Henkilöä ei ole
a) Äidillesi	( )	( )	( )	( )	( )
b) Isällesi	( )	( )	( )	( )	( )
…..					
f) Ystävillesi	( )	( )	( )	( )	( )
….					

LIITE 3 Summamuuttujien minimi ja maksimiarvot sekä Chronbachin alfa kertoimet ikäryhmän ja sukupuolen mukaan (WHO-Koululaistutkimus 1998)

	Oireilu	Itsetunto	Oman ulkonäön hyväksyminen	Suhteet vanhempiin	Suhteet ystäviin	Suhteet opettajiin
Min-max	0-28	8-32	0-7	0-10	0-17	0-14
Pojat						
11 v	.84	.85	.53	.63	.64	.66
13 v	.86	.81	.60	.58	.60	.70
15 v	.86	.78	.63	.54	.53	.73
Tytöt						
11 v	.83	.84	.60	.61	.66	.65
13 v	.84	.84	.60	.67	.63	.70
15 v	.88	.80	.65	.63	.62	.75

LIITE 4. Nuorten suhteet vanhempiin, ystäviin ja opettajiin iän ja sukupuolen mukaan (WHO-Koululaistutkimus 1998)

	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Kuinka helppoa sinun on puhua äidin kanssa Sinua todella vaivaavista asioista?						
Hyvin helppoa	41	44	27	27	16	19
Helppoa	46	42	51	49	53	49
Vaikeaa	9	11	15	17	22	25
Hyvin vaikeaa	3	2	4	5	6	6
Ei ole tai en tapaa	1	1	3	2	3	1
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		ns		ns	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Kuinka helppoa sinun on puhua isän kanssa Sinua todella vaivaavista asioista?						
Hyvin helppoa	25	14	16	5	11	3
Helppoa	49	43	47	33	43	24
Vaikeaa	17	27	26	38	31	41
Hyvin vaikeaa	5	8	6	15	9	21
Ei ole tai en tapaa	4	8	5	9	6	11
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	<.001		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Jos minulla on ongelmia koulussa, vanhempani ovat valmiita auttamaan minua						
Aina	71	77	69	68	53	57
Usein	21	17	21	21	30	25
Silloin tällöin	3	3	4	8	11	10
Harvoin	2	2	2	2	3	4
Ei koskaan	3	1	4	1	3	4
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	<.011		<.001		ns	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Millaiseksi koet kotisi ilmapiirin?						
Erittäin hyväksi	52	51	44	37	32	30
Hyväksi	40	40	45	47	52	50
En hyväksi enkä huonoksi	7	7	9	13	12	14
Melko huonoksi	1	2	1	3	3	5
Erittäin huonoksi	0	0	0	0	1	1
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		.002		ns	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					

liite 4 jatkuu

	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Kuinka monta läheistä ystävää sinulla on?						
Ei yhtään	2	1	3	1	4	2
Yksi	6	13	6	12	7	9
Kaksi	15	21	15	20	18	24
Kolme tai enemmän	77	65	76	67	71	65
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	<.001		<.001		<.002	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	.023					
Tytöt	.038					
Onko sinun helppoa vai vaikeaa saada uusia ystäviä?						
Erittäin helppoa	12	16	13	17	14	15
Helppoa	69	67	71	65	69	66
Vaikeaa	17	16	15	17	16	18
Erittäin vaikeaa	2	1	1	1	1	1
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		ns		ns	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	ns					
Tytöt	ns					
Kuinka usein vietät aikaa ystäviesi kanssa heti koulun jälkeen?						
4-5 päivää viikossa	42	36	40	30	40	24
2-3 päivää viikossa	38	38	42	41	37	37
Kerran viikossa tai vähemmän	19	25	18	28	22	38
Minulla ei ole tällä hetkellä ystäviä	1	1	1	1	1	1
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	<.011		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	ns					
Tytöt	<.001					
Kuinka usein tunnet, että toiset ovat jättäneet sinut joissakin tilanteissa ulkopuoliseksi?						
Aina	1	1	0	0	0	0
Usein	6	10	4	9	5	8
Silloin tällöin	28	34	27	43	32	48
Harvoin	49	46	56	41	54	40
En koskaan	16	9	13	7	9	4
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	<.001		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					

liite 4 jatkuu

	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Kuinka usein kevätlukukauden aikana toiset eivät ole halunneet olla kanssasi koulussa ja olet joutunut olemaan yksin?						
En kertaakaan	65	59	77	76	85	86
Kerran tai kaksi kertaa	24	29	16	17	11	11
2-3 kertaa / kk	5	6	3	3	2	2
Noin kerran viikossa	3	3	2	2	1	1
Useammin kuin kerran viikossa	3	3	2	2	1	0
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		ns		ns	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Kuinka helppoa sinun on puhua ystävien (tytöt) kanssa sinua todella vaivaavista asioista?						
Hyvin helppoa	8	33	8	41	11	49
Helppoa	20	50	29	46	35	43
Vaikeaa	19	11	28	11	30	6
Hyvin vaikeaa	17	4	14	2	11	1
Ei ole tai en tapaa	36	2	21	1	14	0
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	<.001		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Kuinka helppoa sinun on puhua ystävien (pojat) kanssa sinua todella vaivaavista asioista?						
Hyvin helppoa	30	3	23	5	20	13
Helppoa	44	14	49	22	53	36
Vaikeaa	16	21	18	28	19	27
Hyvin vaikeaa	5	20	6	20	6	10
Ei ole tai en tapaa	5	43	4	25	2	14
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	<.001		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					

liite 4 jatkuu

	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Kuinka helppoa sinun on puhua opettajan kanssa sinua todella vaivaavista asioista?						
Hyvin helppoa	12	7	6	2	2	2
Helppoa	39	35	31	23	23	14
Vaikeaa	29	33	36	40	35	39
Hyvin vaikeaa	20	25	27	35	40	45
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	.002		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Opettajat rohkaisevat minua ilmaisemaan mielipiteeni oppitunnilla						
Täysin samaa mieltä	16	18	9	8	4	3
Samaa mieltä	38	37	38	35	31	31
En osaa sanoa	36	35	36	37	32	30
Eri mieltä	7	7	12	17	25	30
Täysin eri mieltä	3	3	5	3	8	6
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		.010		ns	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Opettajat kohtelevat meitä oppilaita oikeudenmukaisesti						
Täysin samaa mieltä	19	21	9	7	3	2
Samaa mieltä	40	44	40	36	28	25
En osaa sanoa	26	25	29	38	28	31
Eri mieltä	12	8	15	17	29	34
Täysin eri mieltä	3	2	7	2	12	8
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		<.001		.006	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Saan ylimääräistä apua kun tarvitsen sitä						
Täysin samaa mieltä	22	27	15	12	7	6
Samaa mieltä	45	41	51	48	49	53
En osaa sanoa	25	25	25	28	25	20
Eri mieltä	5	4	7	10	13	17
Täysin eri mieltä	3	3	2	2	6	4
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		.027		.008	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					

liite 4 jatkuu

	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Opettajat ovat kiinnostuneita siitä, mitä minulle kuuluu						
Täysin samaa mieltä	9	10	5	3	3	2
Samaa mieltä	26	24	18	17	16	13
En osaa sanoa	46	47	44	46	35	32
Eri mieltä	13	13	22	26	29	35
Täysin eri mieltä	6	6	11	8	17	18
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		ns		ns	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Tunnetko itsesi koskaan yksinäiseksi						
Hyvin usein	4	4	3	3	3	4
Melko usein	8	12	5	12	6	12
Joskus	56	58	50	58	48	61
En	32	26	42	27	43	23
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	.009		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	ns					

LIITE 5 Perheen sosioekonomista asemaa mittaavien kysymysten puuttuvien tietojen osuus iän ja sukupuolen mukaan (%) (WHO-Koululaistutkimus 1998)

Perheen yhteiskunnallista asemaa osoittava muuttuja	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Analyyseissa mukanaolevat tekijät						
Isän ammatti (ses)	11	9	7	8	8	7
Äidin ammatti (ses)	10	8	7	5	6	3
Isän koulutus	19	19	10	12	5	5
Äidin koulutus	18	17	11	10	6	3
Arvio perheen taloudellisesta tilanteesta	2	1	4	4	7	5

Arvio perheen taloudellisesta tilanteesta iän ja sukupuolen mukaan (%) (WHO-Koululaistutkimus 1998)

Arvio perheen taloudellisesta tilanteesta	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Erittäin hyvä toimeentulo	28	26	20	13	15	10
Hyvä toimeentulo	41	40	34	37	33	26
Varakkuus keskitasoa	27	32	41	43	42	52
Ei tule kovin hyvin toimeen	3	2	5	7	9	11
Ei tule ollenkaan hyvin toimeen	1	0	0	0	1	1
N	(808)	(858)	(771)	(714)	(717)	(738)
p sukupuolen mukaan	.036		.004		.002	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					

Koulutusvalinta iän ja sukupuolen mukaan (%) (WHO-Koululaistutkimus 1998)

	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
Koulutusvalinta	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Pyrin lukioon	44	55	56	69	54	71
Pyrin ammattikouluun tai muuhun ammatilliseen koulutukseen	20	14	28	17	42	26
Pyrkii oppisopimuskoulutukseen	1	1	1	1	2	1
Menen töihin	6	4	1	1	0	0
Jään työttömäksi	0	0	1	0	1	0
En tiedä	29	26	13	12	1	2
N	(813)	(866)	(798)	(820)	(769)	(767)
p sukupuolen mukaan	<.001		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					

LIITE 6 Summamuuttujien minimi ja maksimiarvot sekä Chronbachin alfa kertoimet 15-vuotiailla pojilla ja tytöillä (WHO-Koululaistutkimus 1994)

	Chronbachin alfa kerroin			
	Oireilu	Itsetuntoindeksi	Tärkeä muille	Sosiaaliset taidot
Min-max	(0-28)	(8-32)	(0-9)	(0-12)
Pojat	.85	.81	.72	.68
Tytöt	.85	.85	.60	.71

LIITE 7 Polykoriset ja polyseriaaliset korrelaatiot 11-vuotiailla tytöillä ja pojilla (WHO-Koululaistutkimus 1998)

	1	2	3	4	5	6	7
1 itsearvioitu terveys → erittäin terve	1.00						
2 koettu fyysinen kunto → erittäin hyvä	0.42	1.00					
3 koettu oireilu → vähän	0.39	0.17	1.00				
4 itsetuntoindeksi → korkea	0.48	0.41	0.36	1.00			
5 suhteet vanhempiin → hyvät	0.28	0.24	0.15	0.17	1.00		
6 suhteet ystäviin → hyvät	0.28	0.30	0.13	0.29	0.24	1.00	
7 yksinäisyyden kokeminen → ei	0.36	0.22	0.43	0.42	0.28	0.37	1.00

Polykoriset ja polyseriaaliset korrelaatiot 13-vuotiailla pojilla (WHO-Koululaistutkimus 1998)

	1	2	3	4	5	6	7
1 itsearvioitu terveys → erittäin terve	1.00						
2 koettu fyysinen kunto → erittäin hyvä	0.47	1.00					
3 koettu oireilu → vähän	0.36	0.17	1.00				
4 itsetuntoindeksi → korkea	0.43	0.35	0.37	1.00			
5 suhteet vanhempiin → hyvät	0.31	0.20	0.22	0.26	1.00		
6 suhteet ystäviin → hyvät	0.27	0.25	0.11	0.26	0.22	1.00	
7 yksinäisyyden kokeminen → ei	0.33	0.23	0.41	0.38	0.30	0.25	1.00

liite 7 jatkuu

Polykoriset ja polyseriaaliset korrelaatiot 13-vuotiailla tytöillä (WHO-Koululaistutkimus 1998)

	1	2	3	4	5	6	7	8
1 itsearvioitu terveys								
→ erittäin terve	1.00							
2 koettu fyysinen kunto								
→ erittäin hyvä	0.39	1.00						
3 koettu oireilu								
→ vähän	0.32	0.13	1.00					
4 itsetuntoindeksi								
→ korkea	0.34	0.27	0.36	1.00				
5 suhteet vanhempiin								
→ hyvät	0.32	0.14	0.26	0.37	1.00			
6 suhteet ystäviin								
→ hyvät	0.16	0.18	0.04	0.26	0.30	1.00		
7 yksinäisyyden kokeminen								
→ ei	0.26	0.10	0.48	0.43	0.27	0.36	1.00	
8oman ulkonäön kokeminen								
→ tyytyväinen	0.24	0.27	0.24	0.41	0.25	0.16	0.25	1.00

Polykoriset ja polyseriaaliset korrelaatiot 15-vuotiailla pojilla (WHO-Koululaistutkimus 1998)

	1	2	3	4	5	6	7
1 itsearvioitu terveys							
→ erittäin terve	1.00						
2 koettu fyysinen kunto							
→ erittäin hyvä	0.46	1.00					
3 koettu oireilu							
→ vähän	0.32	0.17	1.00				
4 itsetuntoindeksi							
→ korkea	0.43	0.36	0.41	1.00			
5 suhteet vanhempiin							
→ hyvät	0.32	0.17	0.23	0.24	1.00		
6 suhteet ystäviin							
→ hyvät	0.20	0.29	0.18	0.26	0.34	1.00	
7 yksinäisyyden kokeminen							
→ ei	0.15	0.24	0.40	0.43	0.30	0.39	1.00

liite 7 jatkuu

Polykoriset ja polyseriaaliset korrelaatiot 15-vuotiailla tytöillä (WHO-Koululaistutkimus 1998)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1itsearvioitu terveys → erittäin terve	1.00								
2koettu fyysinen kunto → erittäin hyvä	0.41	1.00							
3.koettu oireilu → vähän	0.48	0.21	1.00						
4.itsetuntoindeksi → korkea	0.33	0.30	0.37	1.00					
5.suhteet vanhempiin → hyvät	0.20	0.13	0.30	0.27	1.00				
6.suhteet ystäviin → hyvät	0.02	0.15	0.04	0.15	0.09	1.00			
7.yksinäisyyden kokeminen → ei	0.20	0.19	0.38	0.41	0.17	0.31	1.00		
8.oman ulkonäön kokeminen → tyytyväinen	0.21	0.35	0.25	0.41	0.20	0.12	0.25	1.00	
9 painoindeksi →	0.04	0.22	0.03	0.02	0.00	0.04	0.11	0.41	1.00

LIITE 8 Polykoriset ja polyseriaaliset korrelaatiot 15-vuotiailla tytöillä (WHO-Koululaistutkimus 1994, lisäaineisto)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 itsearvioitu terveys →erittäin hyvä	1.00										
2 koettu oireilu →vähän	.35	1.00									
3 itsetuntoindeksi →korkea	.31	.42	1.00								
4 tuki äidiltä* → monipuolista	.06	.03	.14	1.00							
5 tuki isältä* →monipuolista	.12	.08	.24	.39	1.00						
6 tuki ystäviltä* →monipuolista	.03	-.03	.13	-.03	.00	1.00					
7 tärkeäksi kokeminen** →kokee itsensä tärkeäksi	.16	.10	.19	.06	.35	.18	1.00				
8 tunnetuki →tyytyväinen	.07	.16	.14	.06	.05	.01	.02	1.00			
9apu → tyytyväinen	.29	.25	.23	-.03	.12	.01	.25	.27	1.00		
10 neuvot →tyytyväinen	.19	.31	.25	-.07	.03	.02	.12	.19	.43	1.00	
11 myönteinen palaute →tyytyväinen	.24	.32	.31	.03	.07	.05	.21	.30	.42	.42	1.00

* äidiltä, isältä, ystäviltä tunnetukea, apua, neuvoja ja myönteistä palautetta
** kokee olevansa tärkeä äidille, isälle, ystäville

liite 8 jatkuu

Polykoriset ja polyseriaaliset korrelaatiot 15-vuotiailla pojilla (WHO-Koululaistutkimus 1994, lisäaineisto)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 itsearvioitu terveys →erittäin hyvä	1.00										
2 koettu oireilu →vähän	.44	1.00									
3 itsetuntoindeksi →korkea	.39	.32	1.00								
4 tuki äidiltä* → monipuolista	.18	.03	.03	1.00							
5 tuki isältä* →monipuolista	.06	.08	.03	.53	1.00						
6 tuki ystäviltä* →monipuolista	.14	.08	.03	-.09	-.04	1.00					
7 sosiaaliset taidot →hyvät	.32	.17	.31	-.03	.06	.08	1.00				
8 tunnetuki →tyytyväinen	-.07	.21	.17	-.03	-.03	-.18	.13	1.00			
9apu → tyytyväinen	.19	.31	.26	.05	.03	.07	.09	.18	1.00		
10 neuvot →tyytyväinen	.13	.27	.19	-.08	.01	-.01	.13	.30	.39	1.00	
11myönteinen palaute →tyytyväinen	.25	.33	.31	-.05	.06	-.06	.18	.29	.43	.47	1.00

* äidiltä, isältä, ystäviltä tunnetukea, apua, neuvoja ja myönteistä palautetta

LIITE 9 Koetut oireet iän ja sukupuolen mukaan

	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Päänsärky						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	8	13	10	18	8	22
Noin kerran viikossa	19	23	19	24	18	24
Noin kerran kuukaudessa	38	33	41	37	40	33
Harvemmin tai ei koskaan	35	31	30	21	34	21
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	<.001		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	ns					
Tytöt	<.001					
Vatsakipu						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	4	8	3	10	2	7
Noin kerran viikossa	11	13	11	14	8	13
Noin kerran kuukaudessa	36	40	42	53	40	63
Harvemmin tai ei koskaan	49	39	44	23	50	17
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	<.001		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	.007					
Tytöt	<.001					
Niska-hartiasärky						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	9	12	8	16	10	23
Noin kerran viikossa	15	13	16	17	19	22
Noin kerran kuukaudessa	29	31	38	34	36	30
Harvemmin tai ei koskaan	47	44	38	33	35	25
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Selkäkipu						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	5	4	5	6	7	9
Noin kerran viikossa	5	6	8	8	11	12
Noin kerran kuukaudessa	22	20	27	28	32	32
Harvemmin tai ei koskaan	68	70	60	58	50	47
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		ns		ns	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					

liite 9 jatkuu

	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Masentuneisuus						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	7	9	9	14	8	15
Noin kerran viikossa	13	16	11	15	11	17
Noin kerran kuukaudessa	30	25	27	30	30	36
Harvemmin tai ei koskaan	50	50	53	41	51	32
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	.012		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	ns					
Tytöt	<.001					
Ärtyneisyys tai pahantuulisuus						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	16	26	18	32	18	27
Noin kerran viikossa	28	29	31	33	30	36
Noin kerran kuukaudessa	34	30	35	27	33	31
Harvemmin tai ei koskaan	22	15	16	8	19	6
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	<.001		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä				***		
Pojat	ns					
Tytöt	<.001					
Hermostuneisuus						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	14	16	13	19	14	17
Noin kerran viikossa	23	20	24	24	24	25
Noin kerran kuukaudessa	33	29	34	32	35	33
Harvemmin tai ei koskaan	30	35	29	25	27	25
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		.014		ns	
p ikäryhmien välillä				***		
Pojat	ns					
Tytöt	<.001					
Vaikeus päästä uneen						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	14	15	11	13	13	15
Noin kerran viikossa	13	16	17	16	17	19
Noin kerran kuukaudessa	23	20	24	25	26	21
Harvemmin tai ei koskaan	50	49	48	46	44	45
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		ns		ns	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	ns					
Tytöt	ns					

liite 9 jatkuu

	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Huimaus						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	4	6	6	13	10	17
Noin kerran viikossa	4	7	10	12	11	15
Noin kerran kuukaudessa	16	15	20	22	22	24
Harvemmin tai ei koskaan	76	72	64	53	57	44
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Väsymys						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	26	28	34	49	45	56
Noin kerran viikossa	24	25	29	27	29	27
Noin kerran kuukaudessa	29	29	24	18	17	14
Harvemmin tai ei koskaan	21	18	13	6	9	3
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	<.001					
Ruokahaluttomuus						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	8	10	5	10	3	10
Noin kerran viikossa	13	11	11	12	9	13
Noin kerran kuukaudessa	23	21	19	24	18	22
Harvemmin tai ei koskaan	56	58	65	54	70	55
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.011					
Tytöt	ns					
Jännittyneisyys						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	9	11	9	12	7	11
Noin kerran viikossa	18	19	20	18	18	20
Noin kerran kuukaudessa	37	34	36	40	41	38
Harvemmin tai ei koskaan	36	36	35	30	34	31
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		.018		ns	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	ns					
Tytöt	ns					

liite 9 jatkuu

	11-vuotiaat		13-vuotiaat		15-vuotiaat	
	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt
Alakuloisuus						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	4	6	4	9	5	12
Noin kerran viikossa	8	10	10	16	9	16
Noin kerran kuukaudessa	25	23	26	30	31	35
Harvemmin tai ei koskaan	63	61	60	45	55	37
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		<.001		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	ns					
Tytöt	<.001					
Heräily öisin						
Lähes päivittäin / Useammin kuin kerran viikossa	12	11	8	11	6	11
Noin kerran viikossa	11	10	8	10	9	13
Noin kerran kuukaudessa	23	21	23	23	20	22
Harvemmin tai ei koskaan	54	58	61	56	65	54
Yhteensä %	100	100	100	100	100	100
N	822	869	805	823	770	775
p sukupuolen mukaan	ns		ns		<.001	
p ikäryhmien välillä						
Pojat	<.001					
Tytöt	ns					
N	(770-816)	(836-864)	(774-802)	(796-823)	(732-767)	(749-774)

LIITE 10 Verkoston keskiarvot ja hajonnat 15-vuotiailla pojilla ja tytöillä

MUUTTUJA	POJAT				TYTÖT				
	$\overline{X}$	Sd	Min-max	N	$\overline{X}$	sd	Min-max	N	Testi[1] P / T
Verkoston koko:									
S1	3.9	2.2	0 – 13	(629)	5.1	2.8	0–19	(625)	.000
S1+S2	7.6	3.7	1 – 24	(597)	10.1	5.2	0 – 40	(620)	.000
S1+S2+S3	11.8	5.7	2 – 43	(563)	16	8.2	0 – 60	(600)	.000

[1] Mann-Whitney testi (pojat / tytöt)

LIITE 11 Koetun fyysisen kunnon, liikuntaharrastuneisuuden, liikunta-aikomuksen ja fyysisen pätevyyden väliset polykoriset korrelaatiot sukupuolen ja iän mukaan (WHO-Koululaistutkimus 1998)

	Koettu fyysinen kunto → erittäin hyvä					
	Tytöt			Pojat		
	11v	13v	15v	11v	13v	15v
Liikuntaharrastus viikoittain → päivittäin	.34	.48	.52	.31	.47	.44
Liikuntaharrastus viikoittain → ≥7 tuntia	.33	.42	.56	.29	.44	.46
Liikunta-aikomus 20-vuotiaana → ehdottomasti	.31	.47	.41	.32	.38	.40
Fyysinen pätevyys → yksi parhaista	.61	.62	.59	.56	.60	.61