

**NUORTEN KOETTU TERVEYS, SOSIOKONOMINEN ASEMA JA
SOSIOEKONOMISET TERVEYSEROT
WHO-koululaistutkimuksen tuloksia**

Tuuli Hynynen

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma
Liikuntatieteellinen tiedekunta
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2018

TIIVISTELMÄ

Hynynen, T. 2018. Nuorten koettu terveys, sosioekonominen asema ja sosioekonomiset terveyserot. WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 65 s., (2 liitettä).

Sosioekonomiset terveyserot ovat systemaattisia eroja terveydessä, kuolleisuudessa ja sairastavuudessa, joita ei voida selittää pelkästään terveyskäyttäytymisen tai biologisten ominaisuuksien kautta. Aikuisilla sosioekonomisia terveyseroja on tutkittu huomattavasti enemmän kuin nuorilla. Kuitenkin eroja koetussa terveydessä, terveyskäyttäytymisessä ja hyvinvoinnissa on todettu olevan myös nuorilla esimerkiksi koulutusasteen mukaan.

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin tutkimuskirjallisuuden ja määrällisen tutkimuksen kautta nuorten koettua terveyttä, sosioekonomista asemaa ja sosioekonomisia eroja koetussa terveydessä. Tutkimuksen aineistona oli WHO-Koululaistutkimuksen suomalaisten 9.-luokkalaisten kyselyaineisto aikaväliltä 2002–2014. Aineisto koostui yhteensä 7432 vastauksesta, joista 48,1 prosenttia oli poikien vastauksia. Aineiston analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia, yksisuuntaista varianssianalyysia, X^2 -riippumattomuustestiä, binääristä logistista regressioanalyysiä ja Poisson regressioanalyysiä.

Nuorten sosioekonominen asema oli yhteydessä nuorten koettuun terveyteen siten, että korkean sosioekonomisen aseman nuorista suurempi osa koki terveytensä hyväksi alhaisen sosioekonomisen aseman nuoriin verrattuna. Sosioekonomisen aseman mittareiden käyttö on kuitenkin edelleen kirjavaa ja tulosten vertailtavuus haastavaa. Nuoret kokevat terveytensä pääosin hyväksi ja oireilussa on tapahtunut tutkimuslähteestä ja tutkimuksen kohteena olevasta maasta riippuen vaihtelevia muutoksia viimeisen 20 vuoden aikana. Sukupuolten välillä on eroja koetussa terveydessä sosioekonomisen aseman mukaan, mutta lisätutkimuksia tarvitaan tunnistamaan niitä vaikutusketjuja, jotka johtavat sukupuolten välisiin eroihin.

Asiasanat: nuoret, koettu terveys, itsearvioitu terveys, oireilu, sosioekonominen asema, sosioekonomiset terveyserot

ABSTRACT

Hynynen, T. 2018. Adolescent self-rated health, socioeconomic status and socioeconomic inequalities in health. Results of the HBSC-study. University of Jyväskylä, Master's thesis, Health Education, 65 pp., (2 appendixes).

Socioeconomic inequalities in health are systematic differences in health, mortality and morbidity which cannot be explained by individual health behaviour or biological variation. Most previous studies have focused on socioeconomic inequalities in adult health. However, several studies have argued that socioeconomic inequalities exist among adolescents too. These inequalities in adolescent self-rated health, health behaviour and wellbeing are discovered for example according to education level.

The aim of this master's thesis is to investigate the extent of differences in adolescent self-rated health, socioeconomic status and socioeconomic inequalities in health. The data for this study was collected from The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study from Finnish 9th graders between years 2002–2014. The cross-sectional data consisted of adolescents' self-completion questionnaires and the total sample included 7432 adolescents of which 48,1 percent were boys. Multiple statistical analyses were performed: cross-tabulation, one-way analysis of variance (ANOVA), χ^2 -test, binary logistic regression and Poisson logistic regression.

As a result, adolescent socioeconomic status has association to adolescent self-rated health. The higher perceived socioeconomic status the larger percentage of adolescents rated their health as good compared to low perceived socioeconomic status. Studies on adolescent socioeconomic inequalities in self-rated health still lack comparative data because different measures have been used. A large percentage of adolescents rated their health as good. Differences in multiple health complaints showed different patterns during past 20 years according to different studies or different target countries. Differences between girls and boys emerged but still different chains of risks are unknown that lead to differences between genders.

Keywords: adolescent, self-rated health, health complaints, socioeconomic status, socioeconomic inequalities in health

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
2 NUORTEN KOETTU TERVEYS	3
2.1 Nuorten itsearvioitu terveys.....	4
2.2 Nuorten oireilu.....	7
3 NUORTEN SOSIOEKONOMINEN ASEMA	9
3.1 Nuorten sosioekonomisen aseman aineelliset ja aineettomat resurssit	10
3.2 Nuorten subjektiivinen sosioekonominen asema	13
4 SOSIOEKONOMISEN ASEMAN YHTEYS NUORTEN KOETTUUN TERVEYTEEN 14	
4.1 Aikaisemmat katsaustutkimukset	15
4.2 Uusimmat kansainväliset tutkimukset	17
4.2.1 Nuorten sosioekonomisen aseman yhteys koettuun terveyteen uusimman kansainvälisen tutkimuksen mukaan	18
4.2.2 Vaikutusmekanismit sosioekonomisten terveyserojen taustalla.....	21
4.3 Johtopäätökset nuorten sosioekonomisista terveyseroista aikaisemman tutkimustiedon pohjalta	22
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	24
6 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	25
6.1 Kyselyaineisto	25
6.2 Mittarit	26
6.3 Aineiston analyysimenetelmät.....	28
6.4 Aineiston kuvaus	29

7 TULOKSET	30
7.1 Itsearvioitu terveys, oireilu ja sosioekonominen asema	30
7.2 Itsearvioitu terveys sosioekonomisen aseman mukaan	35
7.3 Oireilu sosioekonomisen aseman mukaan.....	40
8 POHDINTA.....	43
8.1 Tutkimuksen luotettavuus	46
8.2 Jatkotutkimusehdotukset	48
8.3 Johtopäätökset	49
LÄHTEET	50
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomalaisten nuorten terveydessä ja hyvinvoinnissa on tapahtunut positiivista kehitystä kuluvan vuosituhannen aikana (Luopa ym. 2014). Kuitenkin systemaattisia eroja terveydessä ja hyvinvoinnissa on todettu olevan eri sosioekonomisten ryhmien välillä ja vähemmälle huomiolle ovat jääneet nuorten sosioekonomiset terveyserot (Inchley ym. 2016). Suurinta osaa näitä eroja terveydessä, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa eri sosioekonomista asemaa edustavien väestöryhmien välillä ei pystytä selittämään pelkästään yksilöiden tekemien valintojen tai biologisten ominaisuuksien kautta (CSDH 2008). Elinympäristö, elintavat, sosiaaliset verkostot ja käytettävissä olevat resurssit ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa terveydentilan ja terveyden kokemisen kanssa (Lahelma & Rahkonen 2011; Marmot 2015, 6-7). Jo syntymisen ja varttumisen tietynlaisessa elinympäristössä asettaa suuntaviivat lapsen tulevaisuudelle. Elinympäristö on yhteydessä yksilön terveyteen käyttäytymisen ja valintojen kautta, kuitenkin edellyttäen, että ihmisellä on valta ja mahdollisuudet tehdä terveystään koskevia valintoja (Marmot 2015, 60–62).

Sosioekonomisen aseman mukaiset terveyserot eivät ole eettisesti hyväksyttäviä ja siksi terveyserojen kaventaminen on monessa maassa yhtenä väestön tasa-arvon edistämisen tavoitteena (CSDH 2008; Lahelma & Rahkonen 2011). Suomessa väestön terveyseroihin on kiinnitetty huomiota jo 1800-luvun lopulla, kun piirilääkäritoiminnassa tiedostettiin köyhän työväenluokan asuinolojen ja heikon ravitsemuksen vaikutus terveyteen (Vuori 2011). Vaikka terveyden edistämällä ja terveyserojen kaventamisella on pitkä historia, on nuorten sosioekonomisiin terveyseroihin alettu kiinnittää huomioita vasta viime vuosikymmeninä (Moor ym. 2015; Quon & McGrath 2014). Sosioekonomiset terveyserot näkyvät suomalaisilla nuorilla muun muassa koulutusryhmien välillä. Ammattiin opiskelevat kokevat terveytensä huonommaksi kuin lukiolaiset ja ammattiin opiskelevilla on huonommat elintavat kuin lukiolaisilla (Luopa ym. 2014; THL 2017d). Eri väestöryhmien välisiä terveyseroja pyritään vähentämään Suomessa muun muassa universaalilla sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmällä, yleisellä oppivelvollisuudella, lainsäädännöllä ja lukuisilla terveyden edistämisen ohjelmilla ja hankkeilla. Kuitenkin nuorten eriarvoisuutta aiheuttavia tekijöitä ja niiden vaikutusketjuja

nuoren kehitykseen tunnetaan vielä vähän (Devenish ym. 2017) ja tutkimustieto nuorten sosioekonomisista terveyseroista on vielä ristiriitaista (Jonsson ym. 2016; Quon & McGrath 2014; Reiss 2013; Richter ym. 2012; Ritterman 2007; Salonna ym. 2012; Salonna ym. 2014). Nuoruus on aikaa, jolloin tapahtuu runsaasti fyysisiä, psyykkisiä, emotionaalisia ja sosiaalisia muutoksia. Nuoren kasvuun ja kehitykseen kuuluvat myös rajojen hakeminen, erilaiset kokeilut ja riskinotot (Sawyer ym. 2012; UNICEF 2011). Kuitenkaan terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia valintoja ei voi jättää nuoren vastuulle, vaan huomio tulisi kiinnittää niihin olosuhteisiin ja resursseihin, jotka ohjaavat nuoren toimintaa (Marmot 2015, 51).

Tässä pro gradu-tutkielmassa selvitetään WHO-Koululaistutkimuksen kyselyaineistojen avulla suomalaisten 9.-luokkalaisten nuorten koettua terveyttä, sosioekonomista asemaa ja sosioekonomisia terveyseroja aikavälillä 2002-2014. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa kansallisesti ja kansainvälisesti vertailukelpoista tutkimustietoa nuorten itsearvioidusta terveydestä, oireilusta, sosioekonomisesta asemasta ja sosioekonomisista terveyseroista 12-vuoden aikaväliltä.

2 NUORTEN KOETTU TERVEYS

Koettu terveys käsittää nuoren kokonaisvaltaisen arvion omasta terveydentilasta (itsearvioitu terveys) ja nuoren kokemien fyysisten ja psyykkisten oireiden määrää (Inchely ym. 2016). Itsearvioitu terveys on henkilön subjektiivinen käsitys omasta kokonaisvaltaisesta tai yleisestä terveydentilasta (DeSalvo ym. 2005, Rahkonen ym. 2007). Nuorten itsearvioidun terveyden määrittäviä tekijöitä on tutkittu melko vähän aikuisiin ja lapsiin verrattuna, mutta tutkimuksista on saatu jo viitteitä siitä, että nuoret kokevat terveyden kokonaisvaltaisena hyvinvoinnin tilana. Tähän tilaan sisältyy elämäntapaan liittyviä tekijöitä sekä terveyden fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen ulottuvuus (Bauldry ym. 2012; Inchley ym. 2016). Itsearvioitua terveyttä mitataan kysymällä henkilön omaa käsitystä yleisestä tai nykyisestä terveydentilasta suhteessa ikätoverihinsa. Vastausvaihtoehtoina käytetään useimmiten Likert-asteikkoa joko neljällä tai viidellä vastausvaihtoehdolla erittäin huonosta erittäin hyvään terveyteen (Bleidablik ym. 2008; DeSalvo ym. 2005; Johansson ym. 2015; Luopa ym. 2014).

Nuorten itsearvioitua terveyttä käsittelevät tutkimukset viittaavat pääosin kirjallisuuskatsauksiin, joissa tutkimuskohteena on ollut aikuisten itsearvioitu terveys. Idler ja Benyamini (1997) sekä DeSalvo ym. (2005) tekemät kirjallisuuskatsaukset ovat olleet monen nuorten itsearvioitua terveyttä tarkastelevan tutkimuksen pohjana. Kirjallisuuskatsauksissa todettiin, että yksinkertaisella kysymyksellä henkilön omasta terveydentilasta pystytään luotettavasti arvioimaan myöhempää kuolleisuutta muista terveyteen vaikuttavista tekijöistä huolimatta (DeSalvo ym. 2005; Idler & Benyamini 1997). Systemaattisia katsauksia nuorten itsearvioidusta terveydestä ei kirjallisuushaussa löytynyt, mutta yhä useampi väestöpohjainen tutkimus on todennut nuorten itsearvioidun terveyden olevan pätevä mittari ennustamaan myöhempää kuolleisuutta ja sairastavuutta niin poikkileikkaus- kuin pitkittäistutkimuksissa (Allen ym. 2016; Bopp ym. 2012; Bleidablik ym. 2008; DeSalvo ym. 2005).

Nuorten oireilua tutkitaan yleisimmin kysymällä erilaisten fyysisten ja psyykkisten oireiden esiintyvyyttä tai yleisyyttä viimeisen kuuden kuukauden aikana (Almqvist ym. 2013; Luopa ym. 2014; Låftman ym. 2015; Ståhl ym. 2014). Ottová-Jordan ym. (2015) tarkastelivat laajassa kansainvälisessä poikkileikkaustutkimuksessaan (WHO-Koululaistutkimus) nuorten oireilua ja

totesivat, että oireilun muutos 16 vuoden aikavälillä vaihteli eri maiden välillä. Syitä maiden välisiin eroihin ei pystytty tutkimuksessa osoittamaan, mutta tutkimuksessa nostettiin esiin pohdintaa sosiaalisten ja taloudellisten tekijöiden mahdollisista epäsuorista yhteyksistä nuorten oireiluun (Ottová-Jordan ym. 2015). Nuorten oireilun on todettu olevan riippuvainen muun muassa nuorten kokemasta stressistä ja negatiivisista ajattelumalleista (Låftman ym. 2015) sekä ikätovereiden hyväksynnän tasosta ja luokkahengestä (Almquist ym. 2013).

2.1 Nuorten itsearvioitu terveys

Suomalaisista nuorista suurin osa arvioi terveytensä vähintään hyväksi (THL 2017b; Välimaa 2004). Vuoden 2017 Kouluterveyskyselyn mukaan 19–23 prosenttia suomalaisista nuorista koki terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi (THL 2017b). Inchley ym. (2016) julkaisemassa WHO-Koululaistutkimuksen kansainvälisessä raportissa käsiteltiin 11–15-vuotiaiden nuorten terveyttä vuosilta 2013/2014. Tuloksista kävi ilmi, että 9–17 prosenttia nuorista koki terveytensä kohtalaiseksi tai sitä huonommaksi. Maiden välisessä vertailussa terveytensä korkeintaan kohtalaiseksi kokevien osuus oli Suomessa muiden tutkimukseen osallistuneiden maiden keskiarvoon verrattuna samalla tasolla 13- ja 15-vuotiailla. Nuoremmat, 11-vuotiaat suomalaiset arvioivat terveytensä yleisemmin vähintään hyväksi muihin tutkimukseen osallistuneihin maihin verrattuna (Inchley ym. 2016).

Viimeisen parinkymmenen vuoden aikana suomalaisten nuorten itsearvioidussa terveydessä on tapahtunut muutoksia. WHO-Koululaistutkimuksen kansallisen julkaisun mukaan vuosien 1984–2002 välillä terveytensä vähintään hyväksi kokevien 11–15-vuotiaiden suomalaisten nuorten osuus oli kasvanut 4–18 prosenttiyksikköä (Välimaa 2004). Kouluterveyskyselyn mukaan positiiviset muutokset nuorten itsearvioidussa terveydessä ovat kääntyneet laskuun vuodesta 2013 alkaen. Aikavälillä 2000–2013 terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi kokevien peruskoulun ja lukion oppilaiden osuudet ovat laskeneet 20 prosentista 16 prosenttiin (Luopa ym. 2014; THL 2017b). Tämän jälkeen terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi kokevien osuudet ovat nousseet takaisin noin 20 prosenttiin vuoteen 2017 mennessä (THL 2017b). Ammattiin opiskelevilla muutokset itsearvioidussa terveydessä ovat olleet vähäisiä vuosien 2008–2013 välillä. Ammattiin opiskelevilla terveytensä kohtalaiseksi tai huonoksi

kokevien osuudessa suurin muutos on tapahtunut vuosien 2015 ja 2017 välillä. Vuonna 2015 terveytensä kohtalaiseksi tai huonommaksi kokevien osuus oli 20 prosenttia ja vastaava osuus vuonna 2017 oli 23 prosenttia (THL 2017b). Kansainvälinen tutkimus osoittaa yhteneviä muutoksia nuorten itsearvioidussa terveydessä. Cavallo ym. (2015) kansainvälisessä WHO-Koululaistutkimuksen trendianalyyssissä oli mukana 32 maata Euroopasta ja Pohjois-Amerikasta, Suomi mukaan lukien. Trendianalyyssissä todettiin, että nuorten itsearvioitu terveys oli kohentunut vuosien 2002–2006 välillä, mutta pääosin laskenut vuosien 2006–2010 aikana. Poikkeuksena kuitenkin Suomi, Grönlanti ja Unkari, joissa todennäköisyys arvioida terveytensä erinomaiseksi heikkeni koko kahdeksan vuoden tarkastelujakson aikana. Alhainen todennäköisyys erinomaiseen terveyteen jo lähtötilanteessa saattoi vaikuttaa näiden kolmen maan poikkeavaan tulokseen (Cavallo ym. 2015).

Tutkimusten mukaan nuorten itsearvioidussa terveydessä on eroja koulutusmuodon, sukupuolen ja iän mukaan. Ammattiin opiskelevat suomalaiset nuoret arvioivat terveytensä yleisemmin keskinkertaiseksi tai huonoksi lukion opiskelijoihin verrattuna vuosien 2000–2017 aikavälillä (Luopa ym. 2014; THL 2017b). Vuonna 2017 ammattiin opiskelevista 23 prosenttia koki terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi, kun lukion opiskelijoista vastaava osuus oli 20 prosenttia (THL 2017b). Sukupuolten välillä näyttäisi olevan eroja sekä kansallisessa että kansainvälisessä vertailussa (Cavallo ym. 2015; Inchely ym. 2016; THL 2017b; Välimaa 2004). Kouluterveyskyselyn mukaan tytöt kokivat terveytensä yleisemmin keskinkertaiseksi tai huonoksi poikiin verrattuna (THL 2017b). Vuonna 2017 peruskoulun tytöistä 23 prosenttia koki terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi, kun vastaava osuus pojista oli 14 prosenttia. Lukiolaistytöistä terveytensä kohtalaiseksi tai huonoksi koki 23 prosenttia ja pojista 15 prosenttia. Ammattiin opiskelevista tytöistä osuus oli 30 prosenttia ja pojista 17 prosenttia (THL 2017b). WHO-Koululaistutkimuksen kansainvälisessä julkaisussa 11–15-vuotiaat tytöt arvioivat terveytensä yleisemmin huonoksi kuin saman ikäiset pojat. Huomioitavaa on, että kyseisessä julkaisussa suomalaisilla 11–15-vuotiailla nuorilla erot tyttöjen ja poikien itsearvioidussa terveydessä olivat korkeintaan yhden prosenttiyksikön luokkaa (Inchley ym. 2016). Sukupuolten väliset erot itsearvioidussa terveydessä eivät ole yksiselitteisiä. Petanidou ym. (2013) huomauttavat, että sukupuolten välisiä systemaattisia eroja tuottavia vaikutusmekanismeja ei tunneta vielä riittävästi. Myös Breidablik ym. (2008) ovat todenneet

poikkileikkaustutkimuksessaan sukupuolten välisten erojen kaventuvan koetussa terveydessä, kun analyysissä huomioidaan muita terveyteen vaikuttavia tekijöitä.

Erot sukupuolten välillä itsearvioidussa terveydessä näyttävät kuitenkin kasvavan, mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse. WHO-Koululaistutkimuksen kansainvälisessä julkaisussa keskimäärin 90 prosenttia 11-vuotiaista tytöistä ja 91 prosenttia 11-vuotiaista pojista arvioi terveytensä vähintään hyväksi. Vastaavasti 15-vuotiaista tytöistä terveytensä vähintään hyväksi arvioi 79 prosenttia ja pojista 87 prosenttia (Inchely ym. 2016). Johansson ym. (2015) tarkastelivat ruotsalaisten itsearvioidun terveyden trendiä 25 vuoden seurantatutkimuksessa. Kirjoittajat totesivat, että itsearvioidun terveyden taso laskee tai pysyy samana 47 ikävuoteen saakka (16–47-vuotiailla) ja tämän jälkeen alkaa nousta. Kaiken kaikkiaan itsearvioitu terveys heikkeni iän lisääntyessä sekä miehillä että naisilla. Tämä yhteys säilyi tilastollisesti merkitsevänä, vaikka analyysissä huomioitiin muita selittäviä tekijöitä, kuten esimerkiksi koulutustaso, asuinalue, tupakointi ja fyysinen aktiivisuus (Johansson ym. 2015). Myös Cavallo ym. (2015) ja Meireles ym. (2015) nostivat esiin iän vaikutukset nuorten itsearvioituun terveyteen: iän lisääntyessä itsearvioidun terveyden taso laskee ja riski huonoon itsearvioituun terveyteen kasvoi. Meireles ym. (2015) arvelevat, että yksi syy itsearvioidun terveyden heikkenemiseen iän myötä voisi olla nuorten lisääntyvä tietoisuus terveydestään.

Tutkimuskirjallisuudessa on myös pohdittu kieliryhmien ja etnisten ryhmien välisiä eroja itsearvioidussa terveydessä. Suominen ym. (2000) vertailivat tutkimuksessaan suomalaisten ja suomenruotsalaisten koululaisten itsearvioitua terveyttä ja pohtivat näiden ryhmien välisiä eroja. Tutkimuksessa todettiin, ettei mikään taustamuuttujista (sosioekonominen asema, sosiaaliset suhteet ja terveyteen vaikuttava käyttäytyminen) selittänyt suomenruotsalaisten nuorten parempaa itsearvioitua terveyttä suomalaisiin nuoriin verrattuna. Koska ryhmien väliset erot eivät selittyneet taustamuuttujilla, pohtivat kirjoittajat kulttuurin vaikutusta terveyden kokemiseen (Suominen ym. 2000). Myös Spein ym. (2013) törmäsivät tutkimuksessaan etnisten ryhmien välisiin eroavaisuuksiin tutkiessaan saamelaisten ja inuiittien itsearvioitua terveyttä. Kirjoittajat pohtivat, josko näiden ryhmien väliset erot johtuvat todellisista eroista itsearvioidussa terveydessä vai voiko kyseessä olla kulttuuriset erot terveyden kokemisessa ja ymmärtämisessä (Spein ym. 2013).

2.2 Nuorten oireilu

Kouluterveyskyselyn mukaan päivittäin koettujen oireiden määrässä on tapahtunut varsin pieniä muutoksia aikavälillä 2000–2013. Peruskoulun oppilaista 16–19 prosenttia koki päivittäin vähintään kaksi oiretta, vastaavasti lukion opiskelijoista 14–15 prosenttia ja ammattiin opiskelevista 19–20 prosenttia koki päivittäin vähintään kaksi oiretta (Luopa ym. 2014). Vuoden 2017 Kouluterveyskyselyssä yleisin oire oli väsymys tai heikotus. Väsymystä tai heikotusta vähintään kerran viikossa viimeisen kuuden kuukauden aikana kokivat 40–50 prosenttia nuorista. Yleisimmin väsymystä tai heikotusta kerran viikossa tai useammin kokivat lukion oppilaat. Lukiolaisista lähes 50 prosenttia koki väsymystä tai heikotusta. Peruskoulun ja ammatillisen oppilaitoksen nuorista noin 40 prosenttia koki väsymystä tai heikotusta (THL 2017b). WHO-koululaistutkimuksen kansainvälisessä vertailussa keskimäärin 27–39 prosenttia nuorista raportoi kaksi oiretta tai enemmän useammin kuin kerran viikossa vuosina 2013/2014 (Inchely ym. 2016).

Kouluterveyskyselyn ja WHO-Koululaistutkimuksen mukaan oireilussa esiintyy sukupuolten ja ikäryhmien mukaisia eroja (Inchley ym. 2016; Luopa ym. 2014). Esimerkiksi vuoden 2017 kouluterveyskyselyssä peruskoulun tytöistä 52 prosenttia ja pojista 27 prosenttia koki väsymystä tai heikotusta vähintään kerran viikossa (THL 2017b). Sama ilmiö oli nähtävissä aikavälillä 2000-2013, jolloin tytöt kokivat yleisemmin fyysisiä ja psyykkisiä oireita kuin pojat. Tytöt raportoivat poikia yleisemmin muun muassa niska- ja hartiakipua, päänsärkyä ja masentunutta mielialaa (Luopa ym. 2014). WHO-Koululaistutkimuksessa vuosina 2013/2014 tytöt raportoivat vähintään kaksi oiretta useammin kuin kerran viikossa yleisemmin kuin pojat. Molemmilla sukupuolilla oireilu lisääntyi mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Nuorten raportoimien oireiden lukumäärä kasvoi keskimäärin 12 prosenttiyksikköä siirryttäessä 11-vuotiaista 15-vuotiaisiin. Tyttöillä oireilu lisääntyi 19 prosenttiyksikköä ja pojilla vastaavasti 3 prosenttiyksikköä 11- ja 15-vuotiaiden välillä (Inchley ym. 2016). Vuosien 2013/2014 WHO-Koululaistutkimuksen mukaan suomalaiset nuoret raportoivat keskimääräistä vähemmän oireita kaikissa ikäryhmissä kaikkien tutkimukseen osallistuneiden maiden keskiarvoon verrattuna. Suomalaisista 11-vuotiaista tytöistä 26 prosenttia ja pojista 17 prosenttia raportoi vähintään kaksi oiretta useammin kuin kerran viikossa, kun vastaavasti 11-vuotiaista tytöistä kaikkien maiden keskimääräinen osuus oli 31 prosenttia ja pojista 24 prosenttia. Suomalaisista

15-vuotiaista tytöistä 39 prosenttia ja pojista 21 prosenttia koki useampia oireita, kun kaikkien maiden keskimääräinen osuus tytöistä oli 50 prosenttia ja pojista 27 prosenttia (Inchley ym. 2016).

Suomalaisten nuorten oireilun muutosta ovat tutkineet kuluneella vuosikymmenellä myös Ståhl ym. (2014). Tutkimuksessa tarkasteltiin niska- ja alaselkävun yleisyyttä erikseen sekä niska- ja alaselkävun yleisyyttä samanaikaisesti kahdeksan eri poikkileikkausaineiston avulla. Ensimmäinen kysely toteutettiin vuonna 1991 ja viimeinen vuonna 2011. Tuloksena todettiin, että samanaikaisesti niska- ja alaselkäkipua kokevien osuus kasvoi tasaisesti koko tarkastelujakson aikana. Vanhempi ikäryhmä ja erityisesti vanhemmat tytöt (16–18-vuotiaat) raportoivat yleisemmin niskakipua erikseen ja niska- ja alaselkäkipua samanaikaisesti kuin nuorempi ikäryhmä (12–14-vuotiaat). Pelkän niskakivun yleisyys lisääntyi pääosin 1990-luvun puolella ja pelkän alaselkävun yleisyys pysyi koko tarkastelujakson aikana lähes samana (Ståhl ym. 2014).

3 NUORTEN SOSIOEKONOMINEN ASEMA

Nuorten sosioekonominen asema tarkoittaa tutkimuskirjallisuudessa perheen tai vanhempien sosioekonomista asemaa. Nuoren sosioekonomista asemaa arvioidaan muun muassa vanhempien tulojen, varallisuuden sekä ammatti- ja koulutustaustan perusteella (Lahelma & Rahkonen 2011; Ritterman 2007). Tutkimusten mukaan mitä parempi ammattiasema ja korkeampi koulutus- ja tulotaso vanhemmilla on, sitä parempi sosioekonominen asema on nuorella (Quon & McGrath 2014; Sihto & Palosuo 2013). Vanhempien sosioekonominen asema on mukana vaikuttamassa lasten ja nuorten terveyteen, psykososiaaliseen kehitykseen ja riskiin syrjäytyä. Vanhempien voimavarat, kuten tulot, ammattiasema, koulutustaso, työllistyminen ja perheen varallisuus vaikuttavat lasten ja nuorten käytössä oleviin voimavaroihin (THL 2017c). Devenish ym. (2017) totesivat kirjallisuuskatsauksessaan, että alhaisen sosioekonomisen aseman nuorilla on suurempi todennäköisyys negatiiviseen psykososiaaliseen kehitykseen sekä heikommat mahdollisuudet valmistua lukiosta korkean sosioekonomisen aseman nuoriin verrattuna. Nuoren psykososiaaliselle kehitykselle suurimmat riskitekijät olivat katsauksen mukaan perheen taloudellinen stressi, kaoottinen tilanne kotona ja yhteisön väkivaltaisuus. Vanhempien mieliala, kasvatustavat sekä nuoren ja vanhemman välinen suhde olivat edellä mainittujen riskitekijöiden kautta välillisesti yhteydessä nuoren psykososiaaliseen kehitykseen. Esimerkiksi parantamalla vanhempien masennusoireita ja kasvatustaitoja voidaan välillisesti vaikuttaa taloudellisen stressin negatiivista vaikutusta nuoren psykososiaaliseen kehitykseen. Katsauksessa nousi esiin viitteitä myös siitä, että alhaisen sosioekonomisen aseman vaikutukset psykososiaalisiin tekijöihin ovat voimakkaampia tytöillä kuin pojilla. Kuitenkaan kyseisten tutkimusten perusteella ei voitu vielä vetää johtopäätöksiä sukupuolten välisten erojen syntymekanismeista (Devenish ym. 2017).

Sosioekonomista asemaa tarkastellaan tutkimuksissa aineellisten ja aineettomien resurssien avulla, jolloin mittareina ovat vanhempien tulot, ammattiasema, koulutustaso, työllistyminen ja perheen varallisuus. Tietoa aineellisista ja aineettomista resursseista voidaan kerätä tilastoista tai vanhempien/ nuoren itse raportoimana. Edellisten lisäksi nuorten sosioekonomista asemaa mitataan perheen tai nuoren itsearvioimana, jolloin oma sosioekonominen asema suhteutetaan lähiyhteisöön. Tällöin puhutaan subjektiivisesta sosioekonomisesta asemasta, subjektiivisesta sosiaalisesta statuksesta tai koetusta sosiaalisesta asemasta (Ritterman 2007; Quon & McGrath 2014).

3.1 Nuorten sosioekonomisen aseman aineelliset ja aineettomat resurssit

Sosioekonomisen aseman aineellisten ja aineettomien resurssien mittareita ovat vanhempien tulot, ammatti/ työllistyminen, koulutus ja perheen varallisuus (Quon & McGrath 2014; Ritterman 2007; Svedberg ym. 2016). Suomessa tuloeroja mitataan tulokymmenysten avulla, jossa väestön tulot jaetaan kymmeneen eri luokkaan. Tuloerot ovat Suomessa kohtalaisen pienet muihin maihin verrattuna, mutta erot erityisesti pieni- ja suurituloisten välillä ovat kasvaneet. Köyhyys on yhteiskunnallinen haaste, sillä se on yhteydessä moniin hyvinvointiin vaikuttaviin tekijöihin, kuten asumiseen, terveydentilaan ja pitkäaikaiseen työttömyyteen. Suomessa vuonna 2015 köyhyys- ja syrjäytymisriskin alla eläviä oli 16,4 prosenttia väestöstä (THL 2014; Tilastokeskus 2017). Vanhempien ammattiaseman luokittelussa käytetään usein kansainvälistä ISCO-ammattiluokitusta (International Standard Classification of Occupations, ISCO), joka on myös Suomessa kansallisena ammattiluokituksena (Tilastokeskus 2011). Pfortner ym. (2015) totesivat, että kasainvälisen ammattiluokituksen avulla pystytään luotettavasti arvioimaan nuoren sosioekonomista asemaa, mutta tulee kuitenkin huomioida, että kyseinen luokittelu arvioi ainoastaan yhtä sosioekonomisen aseman ulottuvuutta (Pfortner ym. 2015). Tulot ja ammatti voivat vaihdella henkilön elämänkaaren aikana, joten ne antavat vain sen hetkisen tilanteen perheen sosioekonomisesta asemasta (Lahelma ym. 2007).

Suomessa työllistymistä arvioidaan muun muassa Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksella. Koko maan työttömyysaste oli vuonna 2017 keskimäärin 8,6 prosenttia, joka on 0,2 prosenttiyksikköä alhaisempi kuin vuonna 2016 (Tilastokeskus 2018). Kouluterveyskyselyssä vuosina 2000–2013 suomalaiset nuoret ovat raportoineet vanhempiansa mahdollisesta työttömyydestä kuluneen vuoden aikana ja tulosten mukaan vanhempien työttömyys laski vuoteen 2007 saakka (taulukko 1). Yläasteikäisillä pojilla vanhempien työttömyys laski (vuosista 2000/2001) 30 prosentista 23 prosenttiin ja tytöillä 32 prosentista 24 prosenttiin. Molempien sukupuolten osalta vanhempien työttömyys nuoren raportoimana oli korkeimmillaan vuosina 2000/2001 ja 2010/2011 (31 prosenttia). Lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoiden vanhempien työttömyys noudatteli samaa kaavaa kuin yläasteikäisten, paitsi että vanhempien työttömyys väheni vuoteen 2011 saakka. Ammattiin opiskelevien osalta vanhempien työttömyys oli suurimmillaan vuosina 2010/2011, 35 prosenttia pojilla ja 38 prosenttia tytöillä. Kaikilla koulutusasteilla suurempi osa tytöistä raportoi vähintään toisen vanhemman olevan työttömänä vuoden aikana poikiin verrattuna (Luopa ym. 2014).

Taulukko 1. Vähintään yksi vanhemmista työttömänä vuoden aikana 8.–9. luokkalaisilla sekä ammatillisten oppilaitosten ja lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoilla vuosina 2000–2013 (Luopa ym. 2014).

	2000/2001		2002/2003		2004/2005		2006/2007		2008/2009		2010/2011		2013	
	%	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat	Tytöt	Pojat
Peruskoulun 8.-9. luokka	30	32	27	29	26	28	23	24	25	27	30	32	28	30
Ammattiin opiskelevat 1. ja 2. luokka	-	-	-	-	-	-	-	-	31	34	35	38	34	35
Lukio 1. ja 2. luokka	25	27	23	25	22	24	20	21	21	23	26	27	24	25

Koulutustaso määritellään yleensä vanhempien korkeimmalla suoritettulla koulutusasteella tai suoritettujen opiskeluvuosien määrällä (Luopa ym. 2014; Lynch & Kaplan 2000; Moreno-Maldonado 2017). Koulutus nähdään siinä mielessä toimivana sosioekonomisen aseman mittarina, että hankitut tiedolliset ja taidolliset resurssit muuttuvat suhteellisen vähän henkilön elämänkaaren aikana työllistymisestä huolimatta. Koulutus vaikuttaa henkilön työllistymiseen ja ammattiasemaan ja siten myös perheen taloudelliseen tilanteeseen (THL 2015).

Sosioekonomisen aseman määrittäminen koulutustason mukaan on myös saanut kritiikkiä, sillä maiden välillä saattaa olla eroja koulutusjärjestelmässä ja oppivelvollisuudessa (Lynch & Kaplan 2000). Suomessa on oppivelvollisuus, joka alkaa yleensä seitsemän vuoden iässä ja päättyy kun peruskoulun oppimäärä on suoritettu tai kun nuori täyttää 17-vuotta kuluvana lukuvuotena. Suomessa 99,7 prosenttia nuorista suorittaa perusopetuksen oppimäärän (Opetushallitus 2017).

WHO-Koululaistutkimuksessa yhtenä perheen sosioekonomisen aseman mittarina käytetään perheen varallisuusindeksiä eli FAS-mittaria (Family Affluence Scale). FAS-mittarissa nuori listaa hänen arjestaan tuttuja asioita, jotka kuvaavat perheen materiaalista varallisuutta, perheen kulutustottumuksia ja kulutusmahdollisuuksia, esimerkiksi perheen viettämiä ulkomaanlomia, perheen omistamien tietokoneiden määrää tai perheen omistamien autojen lukumäärää (Liu ym. 2012; Schnohr ym. 2013). Svedberg ym. (2016) selvittivät sosioekonomisen aseman mittareiden luotettavuutta ja sosioekonomisen aseman yhteyttä nuoren elämänlaatuun. Sosioekonomisen aseman mittareina käytettiin vanhempien ammattia, FAS-mittaria ja nuoren subjektiivista arviota perheen sosioekonomisesta asemasta. Tutkimuksessa nousi esiin se, että monella nuorella, erityisesti pojilla ja nuoremmalla ikäryhmällä, oli vaikeuksia vastata vanhempien ammattiasemaa ja subjektiivista sosioekonomista asemaa koskeviin kysymyksiin. FAS-mittarissa vastausprosentti oli 100 prosenttia vanhempien ammattiasemaan ja subjektiiviseen sosioekonomiseen asemaan verrattuna (Svedberg ym. 2016). Myös Liu ym. (2012) totesivat FAS-mittarin olevan helppo ja toimiva tapa (kiinalaisille nuorille) arvioida perheen varallisuutta. FAS-mittarilla on myös heikkoutensa. Schohr ym. (2013) vertailivat nuorten vastauksia kahdeksasta eri maasta kolmena eri tutkimusajankohtana. Tuloksena Schnohr ym. (2013) totesivat, että FAS-mittarin indikaattorien merkitykset ovat muuttuneet ja eri aikakausien FAS-mittarin tuloksia ei tulisi vertailla suoraan keskenään. Esimerkiksi tietokoneen omistamisen merkitys on muuttunut kuluneen kahdeksan vuoden aikana. Vuosituhannen alussa tietokoneen omistaminen kuului enemmän poikien tietokonepelaamiseen, kun taas 2010-luvulla tietokone toimii enemmän opiskelun ja sosiaalisen kanssakäymisen välineenä (Schnohr ym. 2013).

3.2 Nuorten subjektiivinen sosioekonominen asema

Yleisimmät subjektiivista sosioekonomista asemaa arvioivat mittarit kuvaavat nuoren käsitystä perheen sosioekonomisesta asemasta tai taloudellisesta ja sosiaalisesta tilanteesta (Ritterman 2007; Quon & McGrath 2015). Sosioekonomista asemaa kysytään nuorelta erilaisten väittämien avulla, esimerkiksi ”mitä mieltä olet perheesi taloudellisesta tilanteesta?” tai ”arvioi perheesi sosioekonomista asemaa”. Näissä nuori arvioi kokemaansa sosiaalista asemaa järjestysasteikollisilla muuttujilla huonosta erinomaiseen (Quon & McGrath 2015). Subjektiivisen sosioekonomisen aseman selvittämisessä käytetään myös erilaisia sosiaalisen statuksen suhteellisia mittareita. Subjektiivisen sosiaalisen statuksen-tikapuumittari (SSS ladder) arvioi nuoren kokemaa sosiaalista asemaa suhteessa lähi- tai kouluyhteisöön (Ritterman 2007). MacArthur Scale-mittari toimii samalla periaatteella kuin SSS-tikapuumittari. MacArthur Scale-mittarissa nuori merkitsee kirjaimen ”X” 10-puolaiseen tikapuumalliin siihen kohtaan, mihin kokee perheensä sosiaalisen aseman sijoittuvan lähiyhteisöönsä suhteutettuna (Elgar ym. 2016; Ritterman 2007).

Kouluterveyskyselyn vuoden 2017 tuloksissa suurempi osa ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista koki perheensä taloudellisen tilanteen kohtalaiseksi tai sitä huonommaksi peruskoulun- ja lukion opiskelijoihin verrattuna. Ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoista 42 prosenttia arvioi perheen taloudellisen tilanteen kohtalaiseksi tai huonoksi. Vastaavat osuudet peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilailla oli 32 prosenttia ja lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoilla 35 prosenttia. Kouluterveyskyselyn mukaan myös sukupuolten välillä oli eroja: kaikilla koulutusasteilla suurempi osa tytöistä arvioi perheen taloudellisen tilanteen kohtalaiseksi tai huonommaksi poikiin verrattuna (THL 2017a).

Koska sosioekonominen asema koostuu aineellisista ja aineettomista resursseista, joita yksilö hankkii fyysisillä, psyykkisillä ja sosiaalisilla voimavaroillaan (Eriarvoisuus 2015), ei sosioekonomisen aseman mittaaminen ole täysin yksiselitteistä. Esimerkiksi pelkästään vanhempien ammattiaseman käyttö nuoren sosioekonomisen aseman mittarina voi tuottaa virheellisiä tutkimustuloksia, sillä kyseinen mittari ei välttämättä huomioi työttömiä, työnhaussa olevia tai opiskelevia vanhempia (Moreno-Maldonado ym. 2017; THL 2015).

4 SOSIOEKONOMISEN ASEMAN YHTEYS NUORTEN KOETTUUN TERVEYTEEN

WHO-Koululaistutkimuksen 2013/2014 aineiston mukaan nuorilla on sosioekonomisen aseman mukaisia eroja itsearvioidussa terveydessä ja oireilussa (Inchely ym. 2014). Mitä korkeammassa sosioekonomisessa asemassa nuori on (FAS-mittarilla arvioituna) sitä epätodennäköisemmin hän arvioi terveytensä kohtalaiseksi tai huonoksi. Yhdessäkään WHO-koululaistutkimuksen maassa kohtalaisen tai huonon itsearvioidun terveyden yleisyys ei lisääntynyt sosioekonomisen aseman parantuessa. Noin puolella tutkimukseen osallistuneissa maissa suurimmat erot itsearvioidussa terveydessä korkeimman ja matalimman sosioekonomisen ryhmän välillä olivat tyttöillä. Kaikista suurin ero alhaisen ja korkean sosioekonomisen ryhmän välillä itsearvioidussa terveydessä oli FAS-mittarilla mitattuna armenialaisilla tytöillä ja skotlantilaisilla pojilla. Suomessa sosioekonomisen aseman ja itsearvioidun terveyden välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero sosioekonomisten ryhmien välillä ainoastaan tyttöillä (Inchely ym. 2014).

WHO-koululaistutkimuksen kansainvälisessä julkaisussa vuosilta 2013/2014 oli myös johdonmukaisia eroja oireilussa sosioekonomisen aseman mukaan. FAS-mittarilla arvioituna suurimmassa osassa maista keskimäärin kerran viikossa koettujen oireiden määrä väheni mitä korkeampi sosioekonominen asema oli kyseessä. Suurimmat erot korkeimman ja matalimman sosioekonomisen ryhmän välillä keskimääräisessä oireilussa oli grönlantilaisilla tytöillä ja skotlantilaisilla sekä kanadalaisilla pojilla. Suomessa ainoastaan tytöillä oli tilastollisesti merkitsevä ero oireilussa sosioekonomisten ryhmien välillä vuosina 2013/2014 (Inchely ym. 2014).

4.1 Aikaisemmat katsaustutkimukset

Nuorten sosioekonomisen aseman yhteydestä itsearvioituun terveyteen ja oireiluun löytyi kirjallisuushaussa kaksi järjestelmällistä kirjallisuuskatsausta (Reiss 2013; Ritterman 2007) ja yksi meta-analyysi (Quon & McGrath 2014). Ritterman (2007) tarkasteli kirjallisuuskatsauksessaan subjektiivisen sosiaalisen aseman yhteyttä fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen sekä riskikäyttäytymiseen. Katsauksen tutkimukset olivat Pohjois-Amerikasta ja yksi Unkarista (n=9). Tutkimuksista suurin osa oli poikkileikkaustutkimuksia. Subjektiivista sosiaalista asemaa arvioitiin kuudessa tutkimuksessa MacArthur Scale-mittarilla, kouluyhteisöön tai lähipiiriin suhteutetulla subjektiivisen sosiaalisen aseman tikapuu -mittarilla (SSS-ladder) sekä kysymällä nuoren koettua perheen sosioekonomista asemaa. Muissa tutkimuksissa subjektiivista sosiaalista asemaa mitattiin koetulla perheen varallisuudella (Likert-asteikko). Itsearvioitua terveyttä ja oireilua mitattiin suurimmassa osassa tutkimuksista osana muita terveyttä kuvaavia indikaattoreita. Tilastollisesti merkitsevä yhteys oli nuoren subjektiivisen sosiaalisen aseman ja terveyden välillä. Mitä korkeammaksi nuori arvioi subjektiivisen sosiaalisen asemansa, sitä pienempi riski hänellä oli huonoon fyysiseen tai psyykkiseen terveyteen. Yhteys säilyi tilastollisesti merkitsevänä, vaikka analyysiin sisällytettiin sosioekonomisen aseman muita muuttujia (sosioekonomisen aseman aineelliset ja aineettomat resurssit). Kaiken kaikkiaan katsauksessa todettiin johdonmukainen yhteys subjektiivisen sosiaalisen aseman ja kaikkien katsaukseen sisällytettyjen terveyden osoittimien välillä, kuten ylipainon, riskikäyttäytymisen, vammojen, itsearvioidun terveyden ja oireilun välillä (Ritterman 2007).

Reiss (2013) tarkasteli systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan lasten ja nuorten sosioekonomisen aseman yhteyttä mielenterveyden ongelmiin. Katsauksen tutkimukset olivat Pohjois-Amerikasta, Euroopasta tai Australiasta (n=55). Tutkimukset olivat pitkittäis- ja poikkileikkaustutkimuksia tai kohorttitutkimuksia. Sosioekonomista asemaa mitattiin vanhempien tuloilla, koulutustasolla, ammatilla, FAS-mittarilla ja subjektiivisen sosioekonomisen aseman mittareilla. Subjektiivista sosioekonomista asemaa mitattiin koetuilla perheen taloudellisilla vaikeuksilla, koetulla varallisuudella tai sosiaalisella asemalla ikätovereihin suhteutettuna. Lasten mielenterveyttä arvioitiin suurimmaksi osaksi mittareilla, joissa kartoitettiin lasten käyttäytymistä, vahvuuksia ja haasteita (The Child Behavior Checklist

ja The Strengths and Difficulties Questionnaire). Katsauksen tutkimuksista 52 tutkimusta osoitti yhteyden alhaisen sosioekonomisen aseman ja mielenterveyden ongelmien välillä. Alhaisen sosioekonomisen aseman lapsille tai nuorille oli vähintään kaksi kertaa todennäköisempää kehittyä mielenterveysongelmia verrattuna korkeamman sosioekonomisen aseman lapsiin/nuoriin. Perheen alhaisella tulotasolla ja vanhempien matalalla koulutustasolla oli voimakkain yhteys lasten ja nuorten mielenterveysongelmiin. Erityisesti alle 12-vuotiailla lapsilla alhaisella sosioekonomisella asemalla oli vahva yhteys mielenterveyteen sukupuolesta riippumatta (Reiss 2013).

Meta-analyysissä Quon ja McGath (2014) vetivät yhteen tutkimuksia, joissa tarkasteltiin subjektiivisen sosioekonomisen aseman yhteyttä nuorten terveyteen (n=44). Meta-analyysiin sisällytetyissä tutkimuksissa subjektiivista sosioekonomista asemaa mitattiin tikapuumittarilla, missä nuori suhteuttaa asemansa muuhun yhteisöön (society ladder, school ladder), kysymällä nuorelta hänen käsitystään perheen taloudellisesta tilanteesta järjestysasteikollisilla väittämillä tai perheen taloudellisia haasteita nuoren arvioimana. Nuorten koettua fyysistä ja psyykkistä terveyttä oli mitattu kysymällä nuoren yleistä arviota omasta terveydestään (huono, kohtalainen, hyvä, erinomainen), psyykkistä hyvinvointia ja terveydentilaa. Terveystien ja sairautien liittyvää oireilua oli kartoitettu nuoren listaamalla tuntemuksilla ja oireiloilla sekä suoritettiin erilaisia mittauksia, kuten verikokeet ja punnitukset (terveydentilaa kuvaavat indikaattorit). Merkittävin yhteys nuoren sosioekonomisen aseman ja terveyden väliltä nousi subjektiivisen sosioekonomisen aseman ja mielenterveyden väliltä, joista koetulla perheen taloudellisella tilanteella oli voimakkain yhteys nuoren terveyteen. Merkitsevä yhteys löytyi myös subjektiivisen sosioekonomisen aseman ja itsearvioitun terveyden, terveyden tilaa kuvaavien indikaattorien sekä oireilun väliltä (Quon&McGrath 2014).

4.2 Uusimmat kansainväliset tutkimukset

Nuorten sosioekonomisen aseman yhteyttä koettuun terveyteen on tarkasteltu aikaisemmissa katsaustutkimuksissa aikavälillä 1990–2011. Seuraavassa käsitellään kansainvälisiä tutkimuksia, jotka on julkaistu vuoden 2011 jälkeen. Kansainvälinen tutkimusaineisto on kerätty järjestelmällisen tiedonhaun avulla. Järjestelmällinen tiedonhaku suoritettiin kahdessa eri tietokannassa, Medline ja Academic Search Elite (EBSCOhost). Tarkempi tiedonhaun kuvaus ja tutkimusten sisäänottokriteerit löytyvät liitteestä 1. Järjestelmällisestä tiedonhausta valikoitui sisäänottokriteerien mukaan 11 tutkimusta. Tutkimuksista kolme oli pitkittäistutkimuksia ja seitsemän poikkileikkaustutkimuksia. Pitkittäistutkimuksissa seuranta-aika oli 4–26 vuotta. Kaikki tutkimukset olivat tutkimusasetelmiltaan määrällisiä ja tutkimukset oli tehty suurimmaksi osaksi Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Yksi tutkimus oli tehty Brasiliassa (Meireles ym. 2015) ja yhdessä tutkimuksessa Israelilaisten nuorten aineisto oli osana tutkimusta (Moor ym. 2015). Tutkittavien ikä vaihteli 11–19-vuotiaiden välillä ja otoskoko vaihteli 987 ja 738 789 välillä. Tutkimuksista neljä kohdistui WHO-Koululaistutkimuksesta saatuun aineistoon (Elgar ym. 2016; Moor ym. 2014; Moor ym. 2015; Richter ym. 2012). Tietoa nuoren sosioekonomisesta asemasta ja koetusta terveydestä oli kerätty seitsemässä tutkimuksessa pelkästään nuorilta (Meireles ym. 2015; Moor ym. 2014; Moor ym. 2015; Quon & McGrath 2015; Richter ym. 2012; Salonna ym. 2012; Salonna ym. 2014) ja neljässä tutkimuksessa sekä nuorilta että heidän vanhemmiltaan (Bauldry ym. 2012; Elgar ym. 2016; Jonsson ym. 2016; Petanidou ym. 2013). Tutkimukset oli julkaistu aikavälillä 2012–2016. Liitteessä 2 on yhteenvedotaulukko järjestelmällisestä kirjallisuushausta valikoituneista tutkimuksista.

Tutkimusten tiedonkeruumenetelmänä oli 10 tutkimuksessa kyselylomake ja yhdessä tutkimuksessa strukturoitu haastattelu. Sosioekonomisen aseman aineellisten ja aineettomien resurssien mittareita olivat FAS-mittari, vanhempien/ nuoren koulutustaso, vanhempien ammattiasema, perheen bruttotulot ja vanhempien minimipalkka. Yhdessä tutkimuksessa tarkasteltiin sosioekonomisia terveyseroja myös yhteisötasolla, jossa sosioekonomista asemaa arvioitiin yhteisön koulutustasolla, työllistymisellä, tuloilla ja köyhyystilastoilla (Quon & McGrath 2015). Subjekttiivisen sosioekonomisen aseman mittareina olivat koettu perheen varallisuus (Likert-asteikko), koetut perheen taloudelliset vaikeudet (Likert-asteikko) ja

McArthur Scale-mittari. Pelkästään subjektiivisen sosioekonomisen aseman mittaria käytti Moor ym. (2015). Ainoastaan neljä tutkimusta käytti sekä aineellisten ja aineettomien resurssien että subjektiivisen sosioekonomisen aseman mittareita samaan aikaan (Elgar ym. 2016; Quon & McGrath 2015; Richter ym. 2012; Salonna ym. 2012).

Itsearvioitua terveyttä mitattiin Likert-asteikollisilla väittämillä. Tämän lisäksi Quon ja McGrath (2015) mittasivat erikseen koettua mielenterveyttä (Likert-asteikko) ja Richter ym. (2012) koettua psykososiaalista terveyttä (Likert -asteikko). Richter ym. (2012) tutkimuksessa nuoren koettua psykososiaalista terveyttä arvioitiin nuoren ja vanhemman välisellä suhteella, luokkatovereilta saadulla tuella, nuoren tyytyväisyydellä opetukseen, nuoren ystävyysuhteiden määrällä ja laadulla sekä ystävien kanssa vietetyn ajan määrällä (Richter ym. 2012). Saadussa tutkimusaineistossa oli ainoastaan kolme tutkimusta, jotka tarkastelivat nuorten oireilua (Jonsson ym. 2016; Moor ym. 2015; Petanidou ym. 2013). Oireilua mitattiin HBSC Symptom Checklist-mittarilla (Moor ym. 2015; Petanidou ym. 2013) tai nuoren listaamalla oireilla viimeisen 12 kuukauden aikana (Jonsson ym. 2016). Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavia välittäviä tekijöitä tarkasteltiin nuorten ja vanhempien terveydentilan (kehon mittasuhteet ja kliiniset mittaukset), terveyskäyttäytymisen (fyysinen aktiivisuus, ravitsemus, päihteet), elämäntyytyväisyyden (Cantril-mittari), hyvinvointiin liittyvien vastoinkäymisten (esim. ruokaköyhyys), sosiaalisen tuen, perhesuhteiden ja vanhempien siviilisäädyn kautta.

4.2.1 Nuorten sosioekonomisen aseman yhteys koettuun terveyteen uusimman kansainvälisen tutkimuksen mukaan

Tutkimusaineistosta yhdeksän tutkimusta raportoi vähintään välillisesti johdonmukaisen yhteyden sosioekonomisen aseman, itsearvioitun terveyden ja oireilun väliltä. Mitä alhaisempi sosioekonominen asema nuorella oli, sitä suurempi riski hänen oli arvioida terveytensä huonoksi tai raportoida enemmän oireita korkean sosioekonomisen aseman nuoriin verrattuna (Bauldry ym. 2012; Elgar ym. 2016; Jonsson ym. 2016; Meireles ym. 2015; Moor ym. 2014; Moor ym. 2015; Quon & McGrath 2015; Richter ym. 2012; Salonna ym. 2012; Salonna ym. 2014). Neljässä tutkimuksessa tarkasteltiin sukupuolten välisiä sosioekonomisia terveyseroja ja

näistä kahdessa todettiin, että alhaisen sosioekonomisen aseman tytöillä oli suurempi riski huonoon itsearvioituun terveyteen (Richter ym. 2012) tai suurempaan määrään oireita poikiin verrattuna (Jonsson ym. 2016). Salonna ym. (2014) raportoivat tutkimuksessaan tilastollisesti merkitsevän yhteyden ainoastaan tyttöjen sosioekonomisen aseman ja itsearvioidun terveyden väliltä. Aikaisemmin julkaistussa tutkimuksessa Salonna ym. (2012) totesivat, että kaikilla sosioekonomisen aseman mittareilla (aineelliset ja aineettomat resurssit sekä subjektiivinen sosioekonominen asema) mitattuna pojilla oli tilastollisesti merkitseviä eroja itsearvioidussa terveydessä sosioekonomisen aseman mukaan. Tytöillä sosioekonomiset erot itsearvioidussa terveydessä olivat ainoastaan FAS-mittarilla mitattuna (Salonna ym. 2012). Petanidou ym. (2013) eivät löytäneet tilastollisesti merkitsevää yhteyttä perheen varallisuuden, perheen koheesion, vanhempien siviilisäädyn ja nuorten oireilun väliltä. Tutkimuksessa todettiin, että vanhempien mielenterveys sekä vanhempien ja nuoren välinen suhde olivat ainoastaan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä nuoren raportoimiin oireisiin. Petanidou ym. (2013) tutkimuksessa oli kuitenkin huomioitavaa se, että tutkimuksen sukupuolijakauma oli vinoutunut ja yksinhuoltajavanhemmat olivat aliedustettuina tutkimusaneisossa. Myöskään tarkempia kuvailevia tietoja tutkittavista ei esitetty (Petanidou ym. 2013).

Vanhempien koulutus (Bauldry ym. 2012; Salonna ym. 2014), vanhempien tulot (Meireles ym. 2015) ja perheen varallisuus FAS-mittarilla mitattuna (Moor ym. 2014; Salonna ym. 2014) olivat yhteydessä nuorten itsearvioituun terveyteen siten, että alhainen sosioekonominen asema lisäsi riskiä huonoon itsearvioituun terveyteen. Moor ym. (2014) tutkimuksen osatuloksista oli mahdollista tehdä myös kansainvälistä vertailua perheen varallisuuden ja nuorten koetun terveyden välisestä yhteydestä. Tutkimuksessa raportoitiin 11-, 13-, ja 15-vuotiaiden nuorten itsearvioidun terveyden ja perheen varallisuuden (FAS-mittarilla mitattuna) välistä yhteyttä 28 eri maassa vuosina 2005/2006. Osatuloksista kävi ilmi, että 11–15-vuotiaiden suomalaisten aineistossa (n=3826) alhaisen perheen varallisuuden ryhmällä oli 1.7-kertainen todennäköisyys arvioida terveytensä huonoksi (OR=1.73, p<0.001) korkean perheen varallisuuden ryhmään verrattuna. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden maiden aineistossa (n=117 460) tämä todennäköisyys oli 1.8-kertainen (OR=1.76, p<0.001). Keskitason perheen varallisuuden ryhmässä ei ollut suomalaisilla nuorilla tilastollisesti merkitsevää yhteyttä, mutta kansainvälisessä aineistossa keskitason perheen varallisuuden ryhmällä oli 1.2-kertainen (OR=1.23, p<0.001) todennäköisyys arvioida terveytensä huonoksi korkean perheen varallisuuden ryhmään verrattuna (Moor ym. 2014).

Moor ym. (2015) tutkivat subjektiivisen sosioekonomisen aseman mukaista trendiä nuorten oireilussa 37 Euroopan ja Pohjois-Amerikan maassa sekä Israelissa. Tutkimuksessa käytettiin WHO-Koululaistutkimuksen poikkileikkausaineistoa vuosilta 1994, 1998, 2002, 2006 ja 2010. Tutkimuksen tuloksena todettiin, että alhainen koettu perheen varallisuus lisäsi suhteellista riskiä nuorten raportoimien oireiden määrään. Suomi oli mukana tässä kansainvälisessä vertailussa ja osatulosten mukaan suomalaisilla nuorilla oli vuosina 1994, 1998 ja 2010 suurin suhteellinen riski kahteen tai useampaan oireeseen kerran viikossa tai useammin alhaisen koetun perheen varallisuuden mukaan muihin maihin verrattuna. Korkeimmillaan suhteellinen riski oli suomalaisilla nuorilla vuonna 2010 (RR=1.74, p0<0.001). Tutkimuksessa todettiin, että suurimmassa osassa maita erot oireilussa perheen koetun taloudellisen tilanteen mukaan olivat pysyneet samoina 16 vuoden aikavälillä. Ainoastaan Grönlannissa ja Espanjassa ei vuosien 1994 ja 2010 aikana ilmennyt tilastollisesti merkitsevää yhteyttä koetun perheen varallisuuden ja oireilun väliltä (Moor ym. 2015). Samanaikaisesti sekä aineellisten ja aineettomien resurssien että subjektiivisen sosioekonomisen aseman mittareita käyttivät neljä tutkimusta (Elgar ym. 2016; Quon & McGrath 2015; Richter ym. 2012; Salonna ym. 2012). Elgar ym. (2016)

totesivat, että MacArthur Scale-mittarilla arvioituna nuorten terveyserot sosioekonomisen aseman mukaan olivat suuremmat kuin perheen tuloilla tai perheen varallisuudella (FAS-mittarilla) arvioituna. Myöskään subjektiivisen sosioekonomisen aseman ja itsearvioidun terveyden välisen yhteyden voimakkuus ei muuttunut, vaikka aineellisten ja aineettomien resurssien mittarit otettiin huomioon (Elgar ym. 2016; Quon & McGrath 2015).

4.2.2 Vaikutusmekanismit sosioekonomisten terveyserojen taustalla

Richter ym. (2012) totesivat tutkimuksessaan, että yhteys perheen varallisuuden (FAS-mittarilla mitattuna) ja itsearvioidun terveyden välillä heikkenee, kun analyysissä huomioidaan koettu perheen varallisuus, perherakenne, ruokaköyhyys, terveystyötyminen tai psykososiaalinen tuki. Nämä välittävät tekijät yhdessä heikensivät alhaisen perheen varallisuuden ryhmän ja itsearvioidun terveyden välistä yhteyttä 80 prosentilla (Richter ym. 2012). Lisäksi sosiaaliset verkostot (Moor ym. 2014), perhesuhteet (Meireles ym. 2015; Moor ym. 2014; Petadinou ym. 2013; Salonna ym. 2012), vanhempien terveydentila (Bauldry ym. 2012; Petadinou ym. 2013) ja nuoren elintavat sekä psyykinen ja fyysinen terveys (Meireles ym. 2015) olivat yhteydessä nuorten itsearvioituun terveyteen ja oireiluun. Nämä välittävät tekijät heikensivät sosioekonomisen aseman ja itsearvioidun terveyden tai oireilun välistä yhteyttä. Esimerkiksi kun malliin lisättiin isältä saatu sosiaalinen, niin perheen varallisuuden ja itsearvioidun terveyden välinen yhteys muuttui ei -merkitseväksi (Salonna ym. 2012). Nuoren hyvä terveydentila ja positiivinen terveystyötyminen heikensivät sosioekonomisen aseman yhteyttä itsearvioituun terveyteen 22-100 prosentilla (Bauldry ym. 2012; Moor ym. 2014; Richter ym. 2012). Elgar ym. (2016), Moor ym. (2014) ja Richter ym. (2012) huomauttavatkin, että erot terveydessä sosioekonomisen aseman mukaan määrittävät enemmän ystävyysuhteiden, perhesuhteiden, elämäntyytyväisyyden ja nuoren subjektiivisesti kokeman sosiaalisen aseman kautta kuin materiaaliseen omistamiseen liittyvien erojen osoittamana.

Pitkittäistutkimuksessa Jonsson ym. (2016) totesivat, että varttuminen alhaisen sosioekonomisen aseman perheessä ja nuorena kohdatut vastoinkäymiset, kuten altistuminen väkivallalle, vanhempien työttömyys ja taloudellinen stressi voivat vaikuttaa aikuisiän terveyteen (Jonsson ym. 2016). Nuorten elinolosuhteista on löydetty pitkittäistutkimuksissa tekijöitä, jotka voivat käynnistää tapahtumaketjun, jossa yksilön kohtaamat vaikeudet ja vastoinkäymiset saattavat vaikuttaa aikuisiän terveyteen ja oireiluun (Bauldry ym. 2012; Jonsson ym. 2016). Vanhempien koulutustaso, ammattiasema ja perheen kohtaama taloudellinen stressi olivat vähintään välillisesti yhteydessä aikuisuuden koettuun terveyteen (Bauldry ym. 2012; Jonsson ym. 2016). Kuitenkaan suoraa yhteyttä lapsuuden ja nuoruuden sosioekonomisen aseman ja aikuisena koetun terveyden välillä ei pystytty osoittamaan (Jonsson ym. 2016).

4.3 Johtopäätökset nuorten sosioekonomisista terveyseroista aikaisemman tutkimustiedon pohjalta

Yllä esitellyn tutkimustiedon perusteella nuoren sosioekonominen asema on vähintäänkin välillisesti yhteydessä itsearvioituun terveyteen ja oireiluun. Toisin sanoen, mitä paremmaksi nuori kokee ja arvioi sosioekonomisen asemansa, sitä paremmaksi hän arvioi oman terveytensä (Bauldry ym. 2012; Elgar ym. 2016; Meireles ym. 2015; Moor ym. 2014; Quon & McGrath 2014; Quon & McGrath 2015; Reiss 2013; Richter ym. 2012; Ritterman 2007; Salonna ym. 2012; Salonna ym. 2014) ja sitä vähemmän hän raportoi oireita (Jonsson ym. 2016; Moor ym. 2015; Ritterman 2007). Huomioitavaa on, että oireilun osalta on tehty vähemmän tutkimuksia ja tulokset olivat varsinkin uusimman kansainvälisen tutkimustiedon osalta suuntaa-antavia (Jonsson ym. 2016; Moor ym. 2015; Petanidou ym. 2013).

Tutkimukset ovat tuottaneet johdonmukaisia tutkimustuloksia sosioekonomisen aseman yhteydestä nuorten itsearvioituun terveyteen ja oireiluun, mutta tutkimusnäyttö nuorten sosioekonomisista terveyseroista on vielä ristiriitaista varsinkin aineellisten ja aineettomien resurssien mittareiden osalta (Ritterman 2007). Tietoa sosioekonomisesta asemasta ja koetusta terveydestä saadaan monesta eri näkökulmasta, mutta eri mittareilla tuotettua tutkimustietoa on vaikeaa verrata keskenään ja saatu tutkimustieto on vaihtelevaa (Reiss 2013). Käytetyissä

mittareissa tulisi erotella tarkkaan, mitkä sosioekonomisen aseman mittarit tuottavat luotettavaa ja vertailtavaa tietoa (Quon & McGrath 2014; Reiss 2013). Katsaustason tutkimuksissa on todettu, että subjektiivisen sosioekonomisen aseman mittari on pätevä mittari kuvaamaan nuoren käsityksiä sosioekonomisesta asemasta (Quon & McGrath 2014; Ritterman 2007), vaikka analyysissä huomioitaisiin sosioekonomisen aseman aineellisten ja aineettomien resurssien mittarit (Quon & McGrath 2014). Meta-analyysissä oli jopa esitetty, että subjektiivinen sosioekonominen asema olisi pätevämpi mittari arvioimaan nuoren sosioekonomista asemaa kuin aineellisten ja aineettomien resurssien mittarit (Quon & McGrath 2014).

Sukupuolten välisistä eroista nuorten sosioekonomisen aseman ja koetun terveyden välillä on vielä epä johdonmukaisuuksia (Jonsson ym. 2016; Reiss 2013; Richter ym. 2012; Ritterman 2007; Salonna ym. 2012; Salonna ym. 2014). Jatkotutkimuksia tarvitaan siitä, mitkä vaikutusmekanismit muodostavat eroja tyttöjen ja poikien välille ja miten eri tavoin tytöt ja pojat kokevat sosiaaliseen asemaan ja terveyteen liittyviä stressitekijöitä (Jonsson ym. 2016; Salonna ym. 2014). Viitteitä vanhempien aineellisten ja aineettomien resurssien sekä perheessä kohdattujen vastoinkäymisten aiheuttamista riskeistä aikuisuuden terveyteen on saatu, mutta suoraa syy-seuraussuhdetta ei ole pystytty osoittamaan (Bauldry ym. 2012; Jonsson ym. 2016). Vaikutusketjuja nuoruuden ajan sosioekonomisen aseman, epäsuotuisten elinolosuhteiden ja nuoruuden sekä aikuisuuden terveyden välillä tunnetaan vielä varsin vähän (Bauldry ym. 2012).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää 9.-luokkalaisten suomalaisten nuorten itsearvioitua terveyttä, oireilua, sosioekonomista asemaa ja sosioekonomisia terveyseroja aikavälillä 2002–2014. Nuorten sosioekonomista asemaa kuvaavat tässä tutkimuksessa nuorten koettu perheen taloudellinen tilanne ja vanhempien ammattiasema. Tutkimuksen aineistona käytettiin WHO-Koululaistutkimuksen kyselyaineistoa vuosilta 2002, 2006, 2010 ja 2014. Tutkimuskysymyksenä olivat:

1. Miten 9.-luokkalaiset nuoret kokevat terveytensä ja arvioivat sosioekonomista asemaansa aikavälillä 2002–2014?
2. Millaisia eroja sosioekonomisten ryhmien välillä ilmenee itsearvioidussa terveydessä ja oireilussa vuosien 2002–2014 välisenä aikana?

6 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Kyselyaineisto

WHO -Koululaistutkimus eli ”Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study” on vuodesta 1983 lähtien toteutettu kansainvälinen strukturoitu koulukysely, jossa tarkastellaan 11-, 13- ja 15-vuotiaiden koululaisten koettua terveyttä, terveystietoisuutta, hyvinvointia ja sosiaalista elinympäristöä (Roberts ym. 2009). WHO-Koululaistutkimuksessa kyseinen ikäryhmä edustaa ikävaihetta, jonka aikana nuori käy läpi paljon fyysisiä ja emotionaalisia muutoksia sekä kohtaa ensimmäisiä tulevaisuuttaan koskevia valintoja, kuten koulutus- ja uravalinnat. WHO-Koululaistutkimuksen tarkoituksena on tuottaa kansainvälistä vertailukelpoista tutkimustietoa koululaisten terveydestä ja hyvinvoinnista (Roberts ym. 2009). Vuodesta 1986 tutkimus on toteutettu joka neljäs vuosi. Viimeisin tutkimusaineisto on kerätty ja julkaistu mittausvuodelta 2014 (Health Behaviour in School-aged Children. s.a.; Tynjälä & Villberg 2004). Tämän tutkimuksen kyselyaineisto koostuu valituista osista WHO-koululaistutkimuksen suomalaisten 15-vuotiaiden (9.-luokkalaisten) nuorten kyselyvastauksista mittausvuosilta 2002, 2006, 2010 ja 2014.

Suomessa toteutetun WHO-Koululaistutkimuksen perusjoukkona ovat suomenkielisten peruskoulujen yleisopetukseen kuuluvat 5., 7. ja 9. luokan oppilaat (Villberg & Tynjälä 2004). Tässä tutkimuksessa keskitytään suomenkielisiin 9. luokan oppilaisiin (15-vuotiaat). Aineiston otantamenetelmänä oli ryväotanta. Otannan pyrkimyksenä oli saada perusjoukosta vähintään 95 prosenttia sisältymään otantakehykseen. Aineiston otannassa käytettiin ensin aluejakoa ja tämän jälkeen jakoa kaupunkeihin ja maalaiskuntiin. Koulut poimittiin ositteista käyttämällä kyseisen luokkatason kokonaisoppilasmäärään suhteutettua todennäköisyyttä. Ryväotannan perusyksikkönä oli opetusryhmä, joka valittiin koulun sisältä yksinkertaisella satunnaisotannalla. Kyseisestä koulusta ainoastaan yksi opetusryhmä ikäryhmää kohden saattoi tulla valituksi kyselyyn (Roberts ym. 2009; Villberg & Tynjälä 2004). HBSC-tutkimuksen kansainvälisen tutkimusprotokollan mukaan tutkimukseen osallistuvan maan otoskoko ikäryhmää kohden olisi noin 1500 oppilasta (Roberts ym. 2009).

6.2 Mittarit

Sosioekonomista asemaa tarkasteltiin tässä tutkimuksessa kahden muuttujan avulla: koettu perheen taloudellinen tilanne ja perheen korkein ammattiasema. Koettua terveyttä tarkasteltiin itsearvioidun terveyden ja oireilun kautta. Kyselyaineisto koostui nuorten vastauksista itsearvioidusta terveydestä, oireiden yleisyydestä viimeisen kuuden kuukauden aikana, koetusta perheen taloudellisesta tilanteesta ja vanhempien ammattista. Itsearvioitua terveyttä kysyttiin ”Onko terveytesi mielestäsi..?” ja vastausvaihtoehtoina olivat erinomainen, hyvä, kohtalainen ja huono. Näistä vastausvaihtoehtoista muodostettiin kaksi luokkaa: vähintään hyvä terveys (erinomainen, hyvä) ja kohtalainen tai huono terveys (kohtalainen, huono). Oireilua kysyttiin ”Kuinka usein sinulla on ollut seuraavia oireita viimeisen kuuden kuukauden aikana? Listattuja oireita olivat päänsärky, niska-hartiasärky, vatsakipu, selkäkipu, masentuneisuus, ärtyneisyys, hermostuneisuus, vaikeuksia päästä uneen, huimauksen tunne, ruokahaluttomuus, jännittyneisyys, alakuloisuus ja heräileminen öisin. Oireista muodostettiin summamuuttuja, joka kertoo koettujen oireiden keskimääräisen lukumäärän vähintään kerran viikossa.

Koettua perheen taloudellista tilannetta kysyttiin ”Mitä mieltä olet perheesi taloudellisesta tilanteesta?” Vastausvaihtoehtoina olivat: perheeni tulee erittäin hyvin toimeen taloudellisesti, perheeni tulee melko hyvin toimeen taloudellisesti, perheeni taloudellinen toimeentulo on keskitasoa, perheeni ei tule kovin hyvin toimeen taloudellisesti ja perheeni ei tule ollenkaan hyvin toimeen taloudellisesti. Näistä vastausvaihtoehtoista muodostettiin kolme uutta luokkaa: vähintään melko hyvä (perheeni tulee erittäin hyvin toimeen taloudellisesti, perheeni tulee melko hyvin toimeen taloudellisesti), keskitaso (perheeni taloudellinen toimeentulo on keskitasoa) ja alle keskitason (perheeni ei tule kovin hyvin toimeen taloudellisesti, perheeni ei tule ollenkaan hyvin toimeen taloudellisesti).

Vanhempien ammattia kysyttiin nuorelta seuraavasti ” Kuvaile isäsi/ äitisi ammatti niin tarkasti kuin voit”. Vastaukset isän ja äidin ammateista on luokiteltu ISCO-88 (International Standard Classification of Occupations) ammattiluokituksen mukaan (Tilastokeskus s.a.), mistä WHO-Koululaistutkimuksessa on muodostettu viisi eri ammattistatusluokkaa:

1. Johtajat ja ylimmät virkamiehet
2. Erityisasiantuntijat
3. Asiantuntijat, toimisto- ja asiakaspalvelutyöntekijät, palvelu-, myynti- ja hoitotyöntekijät
4. Maanviljelijät, metsätyöntekijät, rakennus-, korjaus- ja valmistustyöntekijät
5. Prosessi- ja kuljetustyöntekijät

Kyselyaineistosta poistettiin sellaiset ryhmät joita ei pystytty luokittelemaan ylläoleviin ammattistatusluokituksiin (puuttuvat tiedot n=3223) Poissuljettuihin ryhmiin kuuluivat sotilaat, opiskelijat, eläköityneet, työttömät, täysipäiväisesti kotona olevat vanhemmat ja vanhempi ei ole enää elossa. Isän ja äidin ammateista muodostettiin uusi luokka, joka kuvaa perheen (isän tai äidin) korkeinta ammattiasemaa: ylin (ammattistatusluokat 1 ja 2), keskitaso (ammattistatusluokka 3) ja alin (ammattistatusluokka 4 ja 5).

Koetun perheen taloudellisen tilanteen ja perheen korkeimman ammattiaseman välistä riippuvuutta arvioitiin Spearmanin korrelaatiokertoimella (r_s), jonka arvoksi saatiin $r_s = 0.132$ ($p < 0.001$). Korrelaatio oli heikko ($r_s < 0.3$), eli kyseiset mittarit arvioivat sosioekonomisen aseman eri ulottuvuuksia. Tämän vuoksi tilastollisessa analyysissä oli mahdollista käyttää molempia nuorten sosioekonomista asemaa kuvaavia mittareita ilman, että muuttujien välillä syntyi multikollineaarisuusongelmaa.

6.3 Aineiston analyysimenetelmät

Kyselyaineiston tilastollinen analyysi suoritettiin IBM SPSS Statistics 24-ohjelmistolla. Itsearvioidun terveyden, koetun perheen taloudellisen tilanteen ja perheen korkeimman ammattiaseman jakautumista arvioitiin ristiintaulukoimalla. Itsearvioidun terveyden (vähintään hyvä terveys ja kohtalainen tai huonompi terveys), koetun perheen taloudellisen tilanteen (vähintään melko hyvä, keskitaso ja alle keskitason) ja perheen korkeimman ammattiaseman (ylin, keskitaso ja alin) ryhmien jakaumat kuvattiin prosenttijakaumina. Koettujen oireiden keskimääräistä esiintymistä vähintään kerran viikossa arvioitiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Ryhmien välisten erojen tilastollista merkitsevyyttä testattiin X^2 -riippumattomuustestillä ja riskitasona käytettiin viittä prosenttia ($p < 0.05$).

Itsearvioidun terveyden jakautumista koetun perheen taloudellisen tilanteen ja perheen korkeimman ammattiaseman ryhmien välillä arvioitiin ristiintaulukoimalla ja näiden muuttujien välistä yhteyttä arvioitiin binäärisellä logistisella regressioanalyysillä. Muuttujien välistä yhteyden voimakkuutta kuvattiin ristitulosuhteella eli Odds Ratio (OR) ja sen 95%:n luottamusvälillä (95% CI). Ristitulosuhte todetaan merkitseväksi, jos 95% luottamusväli ei sisällä arvoa 1,0 tai $p < 0.05$. Oireiden keskimääräistä esiintymistä vähintään kerran viikossa koetun perheen taloudellisen tilanteen ja perheen korkeimman ammattiaseman ryhmien välillä arvioitiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä ja muuttujien välistä yhteyttä arvioitiin Poisson regressioanalyysillä. Poisson regressioanalyysissä muuttujien välinen yhteys kuvattiin ilmaantumistiheyksien suhteella eli Incidence Rate Ratio (IRR) sekä Waldin 95% luottamusvälillä. Ilmaantumistiheyksien suhde todetaan merkitseväksi, jos Waldin 95% luottamusväli ei sisällä arvoa 1,0 tai $p < 0.05$.

6.4 Aineiston kuvaus

Analyysissä käytettiin WHO-Koululaistutkimuksen suomalaisten 9.-luokkalaisten vastauksia itsearvioidusta terveydestä, oireilusta, koetusta perheen taloudellisesta tilanteesta ja perheen korkeimmasta ammattiasemasta aikavälillä 2002–2014. Vastauksia oli yhteensä 7432, joista vuosittainen vastausten määrä vaihteli 1670–2082 välillä. Poikien osuus koko aineistossa oli 48,1 prosenttia (n=3577) ja tyttöjen osuus oli 59,1 prosenttia (n=3855). Vastausprosentit itsearvioidussa terveydessä, oireilussa ja koetussa perheen taloudellisessa tilanteessa olivat yli 97 prosenttia. Perheen korkeimman ammattiaseman osalta vastausprosentti oli alle 57 prosenttia (taulukko 2). Huomioitavaa kuitenkin on, että perheen korkeimman ammattiaseman osalta poistettiin tietoja vastausvaihtoehtojen uudelleenluokittelun yhteydessä (n=3223). Ennen aineiston uudelleen luokittelua vastausprosentti isän tai äidin ammattiasemasta oli 70–75 prosenttia.

Taulukko 2. WHO-Koululaistutkimuksen suomalaisten 9.-luokkalaisten vastausten jakautuminen aikavälillä 2002–2014

	Pojat		Tytöt		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
Vuosi						
2002–2014	3577	100,0	3855	100,0	7432	100,0
2002	870	24,3	875	22,7	1745	23,5
2006	781	21,8	889	23,1	1670	22,5
2010	992	27,7	1090	28,3	2082	28,0
2014	934	26,1	1001	26,0	1935	26,0
Itsearvioitu terveys	3463	96,8	3786	98,2	7249	97,5
Vähintään hyvä terveys	2996	83,8	3190	82,7	6186	83,2
Kohtalainen tai huono terveys	467	13,1	596	15,5	1063	14,3
Oireiden esiintyminen vähintään kerran viikossa	3563	99,6	3851	99,9	7414	99,8
Koettu perheen taloudellinen tilanne	3540	99,0	3835	99,5	7375	99,2
Vähintään melko hyvä	2390	66,8	2239	58,1	4629	62,3
Keskitaso	941	26,3	1284	33,3	2225	29,9
Alle keskitason	209	5,8	312	8,1	521	7,0
Perheen korkein ammattiasema	1959	54,8	2250	58,4	4209	56,6
Ylin	877	24,5	1017	26,4	1894	25,5
Keskitaso	875	24,5	978	25,4	1853	24,9
Alin	207	5,8	255	6,6	462	6,2

7 TULOKSET

7.1 Itsearvioitu terveys, oireilu ja sosioekonominen asema

Vuosien 2002–2014 välillä 85,3 prosenttia kaikista vastanneista arvioi terveytensä vähintään hyväksi ja ainoastaan 14,7 prosenttia koki terveytensä kohtalaiseksi tai huonoksi ($p=0.007$). Itsearvioidussa terveydessä oli tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolten välillä ainoastaan vuoden 2002 aineistossa ($p=0.038$) ja koko aineistossa ($p=0.007$). Sekä vuonna 2002 että koko aineiston osalta tytöt arvioivat terveytensä yleisemmin korkeintaan kohtalaiseksi kuin pojat. Vuonna 2002 pojista 87,6 prosenttia koki terveytensä vähintään hyväksi, kun tytöistä vastaava osuus oli 84,1 prosenttia. Koko aikavälillä pojista terveytensä vähintään hyväksi arvioi 86,5 prosenttia ja tytöistä 84,3 prosenttia. Taulukossa 3 on esitetty ristiintaulukointi itsearvioidusta terveydestä sukupuolen, mittausvuosien ja koko aineiston osalta.

Mittausvuosina erikseen oireiden keskimääräinen lukumäärä oli 4,0–4,4 oiretta, kun analyysiin sisällytettiin molempien sukupuolten aineistot (taulukko 4). Nuorten keskimääräinen oireilu lisääntyi vuodesta 2002 vuoteen 2014 0,4 oireella. Erot sukupuolten välillä olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä kaikkina mittausajankohtina ($p<0.001$), poikkeuksena koko aineiston analyysi (kaikki mittausvuodet ja molemmat sukupuolet), jolloin sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0.006$). Vuosien 2002–2014 välillä nuoret raportoivat keskimäärin 4,2 oiretta vähintään kerran viikossa ($p=0.006$). Aineistossa tytöt raportoivat systemaattisesti enemmän oireita (4,9–5,3 oiretta) poikiin verrattuna (3,1–3,7 oiretta).

Talukko 3. Itsearvioidun terveyden jakautuminen sukupuolen ja mittausvuosien mukaan (%).

	2002			2006			2010			2014			2002–2014			
	%	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä
Itsearvioitu terveys																
Vähintään hyvä terveys	87,6	84,1	85,8	88,0	84,9	86,3	87,5	85,4	86,4	83,4	82,6	83,0	86,5	84,3	85,3	
Kohtalainen tai huono terveys	12,4	15,9	14,2	12,0	15,1	13,7	12,5	14,6	13,6	16,6	17,4	17,0	13,5	15,7	14,7	
	(n=861)	(n=874)	(n=1735)	(n=708)	(n=843)	(n=1551)	(n=967)	(n=1070)	(n=2037)	(n=927)	(n=999)	(n=1926)	(n=3463)	(n=3786)	(n=7249)	
	p= 0.038*			p= 0.081			p= 0.174			p= 0.639			p=0.007**			p=0.007**

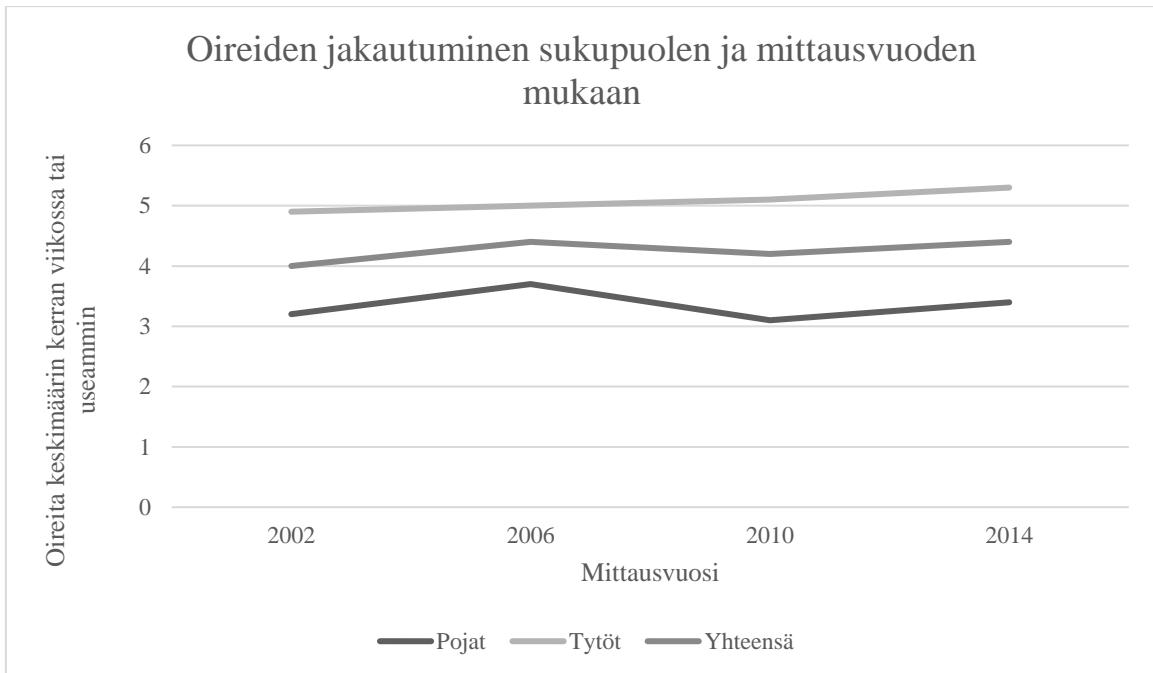
p < 0.05; * p < 0.01; ** p < 0.001*** tilastollisesti merkitsevä ero tyttöjen ja poikien välillä sekä mittausvuosien välillä.

Taulukko 4. Vähintään kerran viikossa koettujen oireiden keskimääräinen esiintyminen sukupuolen ja mittausvuosien mukaan.

2002		2006			2010			2014			2002–2014			
Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä
3,2	4,9	4,0	3,7	5,0	4,4	3,1	5,1	4,2	3,4	5,3	4,4	3,3	5,1	4,2
(n=870)	(n=875)	(n=1745)	(n=777)	(n=888)	(n=1665)	(n=987)	(n=1090)	(n=2077)	(n=929)	(n=998)	(n=1927)	(n=3563)	(n=3851)	(n=7414)
p<0.001***		p<0.001***			p<0.001***			p<0.001***			p<0.001***			p=0.006**

p < 0.05; * p < 0.01; ** p < 0.001*** tilastollisesti merkitsevä ero tyttöjen ja poikien välillä sekä mittausvuosien välillä

Vuodesta 2002 alkaen työillä oireiden keskimääräinen esiintyminen oli lievässä nousussa kaikkina mittausajankohtina (+0,4 oiretta vuoteen 2014 mennessä). Vuosina 2002–2014 pojilla koetussa oireilussa on tapahtunut enemmän muutoksia tyttöihin verrattuna. Vuodesta 2002 vuoteen 2006 poikien keskimääräinen oireilu lisääntyi hieman (+0.5). Tämän jälkeen oireiden keskimääräinen esiintyminen on vähentynyt 0.6 oireella, mutta vuodesta 2010 vuoteen 2014 on kääntynyt lievään nousuun (Kuvio 1).



Kuvio 1. Vähintään kerran viikossa koettujen oireiden keskimääräinen esiintyminen sukupuolen ja mittausvuoden mukaan

Sosioekonomista asemaa kuvaavia muuttujia olivat koettu perheen taloudellinen tilanne ja perheen korkein ammattiasema. Koko aineiston osalta ($n= 7375$) yli puolet (62,8%) nuorista kokivat perheen taloudellisen tilanteen vähintään melko hyväksi. Noin kolmannes nuorista (30,2%) koki perheen taloudellisen tilanteen olevan keskitasoa ja ainoastaan reilu seitsemän prosenttia nuorista alle keskitason ($p<0.001$). Koetun perheen taloudellisen tilanteen osalta poikien ja tyttöjen välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja kaikkina mittausvuosina sekä koko aineistossa. Aikavälillä 2002–2014 tytöistä 58,4 prosenttia koki perheen taloudellisen tilanteen olevan vähintään melko hyvä ja vastaavasti pojista 67,5 prosenttia ($p<0.001$). Tytöistä pienempi osa koki perheen taloudellisen tilanteen olevan vähintään melko hyvä poikien ryhmään verrattuna koko aineistossa ja mittausvuosina erikseen. Vuosittain arvioituna tytöistä suurempi osa koki perheensä tulevan taloudellisesti toimeen keskitasolla tai sen alle poikien ryhmiin verrattuna. Perheen korkeimman ammattiaseman tarkastelussa ainoastaan koko aineiston osalta oli tilastollisesti merkitsevät erot ryhmien välillä ($p<0.001$). Ylimmän (45,0%) ja keskitason ammattiasemien osuudet olivat lähellä toisiaan (44,0%) ja ainoastaan 11 prosenttia nuorista arvioi perheen korkeimman ammattiaseman olevan alhainen (taulukko 5).

Taulukko 5. Koetun perheen taloudellisen tilanteen ja perheen korkeimman ammattiaseman jakautuminen sukupuolen ja mittausvuosien mukaan.

	2002			2006			2010			2014			2002–2014		
	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä
Koettu perheen taloudellinen tilanne															
Vähintään melko hyvä	64,4	56,6	60,5	70,6	59,1	64,5	69,3	59,4	64,1	65,9	58,2	61,9	67,5	58,4	62,8
Keskitaso	30,0	35,3	32,7	25,6	35,9	31,1	24,9	32,3	28,8	25,9	31,1	28,6	26,6	33,5	30,2
Alle keskitason	5,6	8,1	6,8	3,8	5,0	4,4	5,7	8,4	7,1	8,2	10,7	9,5	5,9	8,1	7,1
	(n=862)	(n=867)	(n=1729)	(n=770)	(n=885)	(n=1655)	(n=982)	(n=1085)	(n=2067)	(n=926)	(n=998)	(n=1924)	(n=3540)	(n=3835)	(n=7375)
	p= 0.003**			p< 0.001***			p< 0.001***			p= 0.002**			p<0.001***		
Perheen korkein ammattiasema															
Ylin	38,2	44,3	41,3	49,5	45,7	47,4	48,3	50,6	49,5	42,4	39,3	40,7	44,8	45,2	45,0
Keskitaso	47,1	42,2	44,6	40,8	42,7	41,8	42,8	38,5	40,5	48,1	50,9	49,6	44,7	43,5	44,0
Alin	14,7	13,6	14,1	9,7	11,6	10,8	8,9	10,9	10,0	9,5	9,7	9,6	10,6	11,3	11,0
	(n=448)	(n=472)	(n=920)	(n=422)	(n=525)	(n=947)	(n=596)	(n=668)	(n=1264)	(n=493)	(n=585)	(n=1078)	(n=1959)	(n=2250)	(n=4209)
	p= 0.169			p= 0.426			p= 0.214			p= 0.583			p=0.623		

p < 0.05; * p < 0.01; ** p < 0.001*** tilastollisesti merkitsevä ero tyttöjen ja poikien välillä sekä mittausvuosien välillä.

7.2 Itsearvioidun terveyden jakautuminen sosioekonomisen aseman mukaan

Perheen koettu taloudellinen tilanne oli yhteydessä itsearvioituun terveyteen sekä tytöillä että pojilla kaikkina tutkimusvuosina sekä koko aineistossa ($p < 0.001$ tai $p = 0.002$). Tämän vuoksi itsearvioidun terveyden jakautumista koetun perheen taloudellisen tilanteen ryhmien mukaan tarkastellaan erikseen pojilla ja tytöillä (taulukot 6 ja 7). Pokien itsearvioitu terveys vaihteli perheen koetun taloudellisen tilanteen mukaan tilastollisesti erittäin merkitsevästi mittausvuosina 2002, 2006, 2014 ja koko aineistossa ($p < 0.001$). Koko aineistossa perheen taloudellisen tilanteen vähintään melko hyväksi kokeneista lähes 70 prosenttia koki terveytensä vähintään hyväksi ja hieman yli puolet (52,7 %) koki terveytensä kohtalaiseksi tai huonoksi. Vähintään hyvää terveyttä kokevien poikien osuus oli suurempi, kun perheen koettu taloudellinen tilanne koettiin vähintään hyväksi (taulukko 6.).

Tytöillä itsearvioidussa terveydessä koetun perheen taloudellisen tilanteen mukaan oli tilastollisesti erittäin merkitsevät erot sekä kunakin mittausvuonna että koko aineistossa ($p < 0.001$). Koko aineistossa perheensä taloudellisen tilanteen vähintään melko hyväksi kokeneista tytöistä yli 60 prosenttia koki terveytensä vähintään hyväksi. Kun perheen taloudellinen tilanne koettiin keskinkertaiseksi, niin tytöistä kolmasosa arvioi terveytensä vähintään hyväksi. Terveytensä korkeintaan kohtalaiseksi tai huonoksi kokeminen oli yleisintä tytöillä, jotka arvioivat perheensä taloudellisen tilanteen olevan alle keskitason. Myös tytöillä vähintään hyvää terveyttä kokevien osuus kasvoi mitä korkeammasta koetun perheen taloudellisen tilanteen ryhmästä oli kyse (taulukko 7).

Taulukko 6. Itsearvioidun terveyden jakautuminen koetun perheen taloudellisen tilanteen mukaan pojilla (%).

%	2002		2006		2010		2014		2002–2014	
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Koettu perheen taloudellinen tilanne										
Vähintään melko hyvä	46,7	66,9	54,1	73,1	60,3	70,8	50,0	69,0	52,7	69,8
Keskitaso	40,0	28,8	36,5	23,9	31,4	24,2	35,5	24,1	35,6	25,3
Alle keskitason	13,3	4,3	9,4	2,9	8,3	5,0	14,5	6,9	11,7	4,9
	(n=105)	(n=749)	(n=85)	(n=614)	(n=121)	(n=840)	(n=152)	(n=768)	(n=463)	(n=2971)
	p<0.001***		p<0.001***		p=0.051		p<0.001***		p<0.001***	

0= Kohtalainen terveys tai huono; 1= Vähintään hyvä terveys

p < 0.05; * p < 0.01; ** p < 0.001*** tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä

Taulukko 7. Itsearvioidun terveyden jakautuminen koetun perheen taloudellisen tilanteen mukaan tytöillä (%).

%	2002		2006		2010		2014		2002–2014	
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Koettu perheen taloudellinen tilanne										
Vähintään melko hyvä	40,1	59,7	39,4	62,2	42,6	62,3	44,5	61,1	41,9	61,4
Keskitaso	39,4	34,6	46,5	34,6	38,7	31,0	34,1	30,4	39,2	32,5
Alle keskitason	20,4	5,8	14,2	3,2	18,7	6,7	21,4	8,5	18,9	6,2
	(n=137)	(n=729)	(n=127)	(n=714)	(n=155)	(n=910)	(n=173)	(n=825)	(n=592)	(n=3178)
	p<0.001***		p<0.001***		p<0.001***		p<0.001***		p<0.001***	

0= Kohtalainen terveys tai huono; 1= Vähintään hyvä terveys

p < 0.05; * p < 0.01; ** p < 0.001*** tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä

Perheen ammattiasema ei ollut yhteydessä itsearvioituun terveyteen kuin vuonna 2002 ($p=0.031$) ja koko aineistossa ($p=0.016$) kun tarkasteltiin molempien sukupuolten vastauksia yhtä aikaa. Koko aineistossa vähintään hyvää terveyttä kokeneista nuorista noin 46 prosenttia sijoittui ylimpään perheen ammattistatusluokitukseen, noin 44 prosenttia keskitason ja 11 prosenttia alimpaan luokitukseen. Vastaavasti kohtalaista tai huonoa terveyttä kokeneista nuorista noin 40 prosenttia sijoittui ylimpään ammattiryhmään, noin 47 prosenttia keskitason ja 14 prosenttia alimpaan ammattistatusluokitukseen (taulukko 8).

Taulukko 8. Koetun terveyden jakautuminen vanhempien korkeimman ammattiluokan mukaan tytöillä ja pojilla

	2002		2006		2010		2014		2002–2014	
	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1
Vanhempien korkein ammattiluokka										
Korkea ammattiluokka	30,4	43,0	41,0	47,9	49,7	49,6	36,0	41,7	39,6	45,7
Keskitason ammattiluokka	50,9	43,6	47,0	41,2	38,6	40,6	51,6	49,2	46,9	43,6
Alhainen ammattiluokka	18,8	13,4	12,0	10,9	11,7	9,8	12,4	9,1	13,5	10,7
	(n=112)	(n=805)	(n=100)	(n=780)	(n=145)	(n=1097)	(n=161)	(n=914)	(n=518)	(n=3596)
	p=0.031*		p=0.421		p=0.752		p=0.244		p=0.016*	

0= Kohtalainen terveys tai huono; 1= Vähintään hyvä terveys

p < 0.05; * p < 0.01; ** p < 0.001*** tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä

Sosioekonomisen aseman, mittausvuosien ja sukupuolen yhteyttä vähintään hyvään itsearvioituun terveyteen arvioitiin binäärisellä logistisella regressioanalyysillä. Regressioanalyysin monimuuttujamallissa tarkasteltiin ristitulosuhdetta (OR) 95% luottamusvälillä (taulukko 9). Kaikkien nuorten osalta vähintään melko hyvän taloudellisesti tilanteen nuorilla oli lähes 5-kertainen todennäköisyys (OR=4.80, $p<0.001$) arvioida terveytensä vähintään hyväksi alle keskitason ryhmään verrattuna. Keskitason taloudellisen tilanteen nuorilla oli lähes 3-kertainen todennäköisyys (OR=2.83, $p<0.001$) vähintään hyvään terveyteen alle keskitason ryhmään verrattuna. Sukupuolella, mittausvuodella tai perheen korkeimmalla ammattiasemalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä hyvään itsearvioituun terveyteen.

Taulukko 9. Binäärinen logistinen regressioanalyysi. Ristitulosuhde (OR) vähintään hyvän itsearvioitun terveyden ryhmään sosioekonomisen aseman, sukupuolen ja mittausvuosien mukaan ¹⁾

	OR (95% luottamusväli)	p-arvo ³⁾
Sukupuoli		
Poika	1.10 (0.91–1.32)	0.350
Tyttö	1.00 ²⁾	
Vuosi		
2002	1.27 (0.97–1.65)	0.080
2006	1.27 (0.97–1.67)	0.083
2010	1.28 (1.00–1.63)	0.051
2014	1.00 ²⁾	
Koettu perheen taloudellinen tilanne		
Vähintään melko hyvä	4.80 (3.43–6.73)	<0.001***
Keskitaso	2.83 (2.00–4.01)	<0.001***
Alle keskitason	1.00 ²⁾	
Perheen korkein ammattiasema		
Ylin	1.29 (0.95–1.74)	0.098
Keskitaso	1.17 (0.87–1.57)	0.312
Alin	1.00 ²⁾	

¹⁾ Selitettävänä muuttujana itsearvioitu terveys. Selitetään todennäköisyyttä kuulua vähintään hyvään itsearvioitun terveyden ryhmään.

²⁾ Viiteryhmä merkitty 1.00

³⁾ $p<0.05^*$; $p<0.01^{**}$; $p<0.001^{***}$

7.3 Oireilu sosioekonomisen aseman mukaan

Erot vähintään kerran viikossa koettujen oireiden ja koetun perheen taloudellisen tilanteen ryhmien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä (taulukko 10). Koko aineistossa nuoret kokivat keskimäärin eniten oireita alle keskitason taloudellisen tilanteen ryhmässä (6,1 oiretta, $p < 0.001$). Keskimäärin vähiten oireita nuoret kokivat vähintään melko hyvässä taloudellisen tilanteen ryhmässä (3,8 oiretta). Samoin mittausvuosina erikseen vähintään melko hyvän taloudellisen tilanteen ryhmässä nuoret kokivat keskimäärin vähemmän oireita kuin silloin, kun perheen taloudellinen tilanne oli alle keskitason. Koko aineistossa keskitason ja alle keskitason taloudellisen tilanteen ryhmissä oireilu oli lisääntynyt mittausvuosien 2002 ja 2014 välillä. Keskitason taloudellisen tilanteen ryhmässä nuorten oireilu oli lisääntynyt vuoteen 2010 asti +0,6 oireella. Alle keskitason ryhmässä oireilu lisääntyi 1.0 oireella vuodesta 2002 vuoteen 2014. Vähintään melko hyvän taloudellisen tilanteen ryhmässä oireilussa oli tapahtunut enemmän muutoksia mittausvuosien välillä. Kuitenkin verrattuna vuoteen 2002 keskimääräinen oireilu oli lisääntynyt 0,2 oireella vuoteen 2014 mennessä. Sukupuolittain tarkasteltuna tytöt kokivat systemaattisesti enemmän oireita kuin pojat kaikissa koetun perheen taloudellisen tilanteen ryhmissä.

Perheen ammattiasema oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä vähintään kerran viikossa koettujen oireiden määrään ainoastaan vuonna 2014 ($p = 0.049$). Kyseisenä vuonna keskitason ryhmässä nuoret kokivat oireita yleisemmin (4,5 oiretta) kuin nuoret ylimmissä ammattiryhmässä (3,9 oiretta) (taulukko 10).

Taulukko 10. Vähintään kerran viikossa koettujen oireiden keskimääräinen esiintyminen sosioekonomisen aseman mukaan.

ka	2002			2006			2010			2014			2002–2014		
	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä	Pojat	Tytöt	Yhteensä
Koettu perheen taloudellinen tilanne															
Vähintään melko hyvä	3,0	4,6	3,7	3,5	4,7	4,1	2,8	4,5	3,6	3,0	4,8	3,9	3,0	4,6	3,8
Keskitaso	3,5	4,9	4,3	4,0	5,3	4,8	3,9	5,7	4,9	4,0	5,4	4,8	3,8	5,3	4,7
Alle keskitason	4,2	6,5	5,5	5,1	6,1	5,7	4,4	7,2	6,1	5,2	7,5	6,5	4,7	7,0	6,1
	(n=862)	(n=867)	(n=1729)	(n=767)	(n=885)	(n=1652)	(n=980)	(n=1085)	(n=2065)	(n=922)	(n=997)	(n=1919)	(n=3531)	(n=3834)	(n=7365)
	p=0.005**	p<0.001***	p<0.001***	p=0.008**	p=0.007**	p<0.001***	p<0.001***	p<0.001***	p<0.001***	p<0.001***	p<0.001***	p<0.001***	p<0.001***	p<0.001***	p<0.001***
Perheen korkein ammattiasema															
Ylin	3,2	4,3	3,8	3,7	4,6	4,2	2,9	4,9	4,0	3,0	4,8	3,9	3,2	4,7	4,0
Keskitaso	3,3	4,7	4,0	3,1	5,2	4,3	3,3	4,8	4,0	3,6	5,2	4,5	3,3	5,0	4,2
Alin	3,0	5,3	4,1	3,1	4,4	3,9	3,3	5,2	4,4	2,9	5,2	4,1	3,1	5,0	4,2
	(n=448)	(n=472)	(n=920)	(n=420)	(n=525)	(n=945)	(n=596)	(n=668)	(n=1264)	(n=490)	(n=585)	(n=1075)	(n=1954)	(n=2250)	(n=4204)
	p=0.748	p=0.115	p=0.553	p=0.127	p=0.155	p=0.642	p=0.234	p=0.732	p=0.449	p=0.126	p=0.347	p=0.049*	p=0.415	p=0.114	p=0.129

ka= koettujen oireiden lukumäärä keskimäärin vähintään kerran viikossa

p < 0.05; * p < 0.01; ** p < 0.001 *** tilastollisesti merkitsevä ero ryhmien välillä

Koetun perheen taloudellisen tilanteen, sukupuolen ja mittausvuosien yhteyttä oireilun keskimääräiseen esiintymiseen vähintään kerran viikossa arvioitiin Poisson logistisella regressioanalyysillä. Poisson logistisessa regressioanalyysissä tarkasteltiin oireilun ilmaantumistiheyksien suhdetta (incidence rate ratios, IRR) Waldin 95% luottamusvälillä (taulukko 11). Analyysiin ei sisällytetty perheen korkeinta ammattiasemaa, sillä yhdensuuntaisessa varianssianalyysissä se ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä oireiluun. Tilastollisesti merkitsevinä oireilua selittävinä tekijöinä nousivat kaikki selittävät tekijät eli sukupuoli, mittausvuosi ja perheen koettu taloudellinen tilanne. Tytöt kokivat noin 1.5-kertaa enemmän oireita kuin pojat (IRR=1.48, p<0.001). Vuonna 2006 nuoret kokivat keskimäärin eniten oireita vuoteen 2002 verrattuna (IRR=1.09, p<0.001) ja vuonna 2010 vähiten oireita vuoteen 2002 verrattuna (IRR=1.03, p=0.042). Keskitason taloudellisen tilanteen ryhmän nuoret oireilivat 1.2-kertaa enemmän kuin vähintään melko hyvän ryhmän nuoret (IRR=1.19, p<0.001) ja alle keskitason ryhmän nuoret oireilivat keskimäärin 1.5-kertaa enemmän kuin vähintään melko hyvän ryhmän nuoret (IRR=1.53, p<0.001).

Taulukko 11. Oireilun ilmaantumistiheyksien suhde (Incidence Rate Ratios, IRR) koetun perheen taloudellisen tilanteen, sukupuolen ja mittausvuosien mukaan

	IRR (Waldin 95% luottamusväli)	p-arvo ²⁾
Sukupuoli		
Poika	1.00 ¹⁾	
Tyttö	1.48 (1.45–1.51)	<0.001***
Vuosi		
2002	1.00 ¹⁾	
2006	1.09 (1.05–1.13)	<0.001***
2010	1.03 (1.00–1.07)	0.042*
2014	1.07 (1.04–1.11)	<0.001***
Koettu perheen taloudellinen tilanne		
Vähintään melko hyvä	1.00 ¹⁾	
Keskitaso	1.19 (1.16–1.22)	<0.001***
Alle keskitason	1.53 (1.47–1.58)	<0.001***

¹⁾ Viiteryhmä merkitty 1.00

²⁾ p<0.05*; p<0.01**; p<0.001***

8 POHDINTA

Nuorten sosioekonomisia terveyseroja tarkasteltaessa tämä tutkimus osoitti johdonmukaisia ilmiöitä sosioekonomisen aseman ja koetun terveyden välillä. Mitä korkeammaksi nuori koki perheen taloudellisen tilanteen, sitä yleisemmin nuori arvioi terveytensä vähintään hyväksi ja oireiden keskimääräinen lukumäärä oli pienempi. Vähintään melko hyvän taloudellisen tilanteen ryhmässä nuorella oli lähes 5-kertainen ja keskitason ryhmässä lähes 3-kertainen todennäköisyys arvioida terveytensä vähintään hyväksi alle keskitason ryhmään verrattuna. Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aikaisempia tutkimustuloksia; Mitä korkeampi on nuoren sosioekonominen asema, sitä todennäköisemmin nuori arvioi terveytensä hyväksi (Bauldry ym. 2012; Elgar ym. 2016; Inchely ym. 2014; Meireles ym. 2015; Moor ym. 2014; Quon & McGrath 2014; Quon & McGrath 2015; Reiss 2013; Richter ym. 2012; Ritterman 2007; Salonna ym. 2012; Salonna ym. 2014). Aikaisemmissa tutkimuksissa on kuitenkin käytetty erilaisia koetun terveyden ja sosioekonomisen aseman mittareita, joten tutkimusten tuloksia ei voi suoraan verrata keskenään. Tässä törmätään samaan ilmiöön, mitä aikaisemmissa tutkimuksissa on jo kritisoitu. Erityisesti sosioekonomisen aseman mittaaminen ja mittareiden käyttö on kirjavaa, mikä tekee tutkimustulosten vertailun hankalaksi (Quon & McGrath 2014; Reiss 2013; Ritterman 2007).

Itsearvioidussa terveydessä koetun perheen taloudellisen tilanteen mukaan oli tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolten välillä. Kuitenkin kun analysoitiin todennäköisyyttä kokea vähintään hyvää terveyttä yhtä aikaisesti sukupuolen, mittausvuoden, koetun perheen taloudellisen tilanteen ja perheen korkeimman ammattiaseman mukaan, ainoastaan koetulla perheen taloudellisella tilanteella oli tilastollisesti merkitsevä yhteys vähintään hyvään itsearvioituun terveyteen. Tätä ilmiötä tukevat Quon & McGrath (2014) tekemät johtopäätökset, jossa todettiin subjektiivisen sosioekonomisen aseman mittareiden olevan jopa pätevämpiä arvioimaan nuorten sosioekonomisia terveyseroja itsearvioidussa terveydessä verrattuna aineellisten ja aineettomien resurssien mittareihin. Subjektiivisen sosioekonomisen aseman ja itsearvioidun terveyden välisen yhteyden voimakkuus ei myöskään muuttunut vaikka aikaisempien tutkimusten analyysissä huomioitiin saman aikaisesti aineellisten ja aineettomien resurssien mittarit (Elgar ym. 2016; Quon & McGrath 2015).

Tässä tutkimuksessa nuorten keskimääräinen oireilu koetun perheen taloudellisen tilanteen mukaan lisääntyi molemmilla sukupuolilla mitä alhaisemmasta taloudellisen tilanteen ryhmästä oli kyse. Keskitason perheen taloudellisen tilanteen nuoret oireilivat 1.2-kertaa enemmän ja alle keskitason nuoret oireilivat 1.5-kertaa enemmän kuin vähintään melko hyvän taloudellisen tilanteen nuoret. Erona aikaisempaan tutkimustietoon, tässä tutkimuksessa tilastollisesti merkitsevä erot oireilussa koetun perheen taloudellisen tilanteen ryhmien välillä oli molemmilla sukupuolilla. Inchely ym. (2016) julkaisussa suomalaisilla nuorilla oli tilastollisesti merkitsevät erot oireilussa sosioekonomisten ryhmien välillä (FAS-mittarilla mitattuna) ainoastaan tytöillä (Inchely ym. 2016). Huomioitavaa kuitenkin on se, että Inchely ym. (2014) tutkimuksessa käytettiin erilaista sosioekonomisen aseman mittaria kuin tässä tutkimuksessa, joten tuloksia ei voi suoraan verrata suoraan keskenään. Moor ym. (2015) totesivat kansainvälisessä poikkileikkaustutkimuksessaan, että alhainen koettu perheen taloudellinen tilanne lisää riskiä nuorten oireiluun. Täytyy kuitenkin huomioida, että Moor ym. (2015) tutkimuksen mittaussajankohdat eivät olleet täysin samoja tämän tutkimuksen kanssa ja Moor ym. (2015) tutkimuksessa kohderyhmänä olivat 11–15-vuotiaat. Tässä tutkimuksessa kohderyhmänä oli pelkästään 9.-luokkalaiset (15-vuotiaat) ja aikaisempien tutkimusten mukaan tutkittavien ikä saattaa vaikuttaa oireilun määrään niin, että vanhempien ikäryhmien oireilu voi olla yleisempää kuin nuorempien ikäryhmien oireilu (Inchely ym. 2016; Ståhl ym. 2014).

Tilastollisesti merkitseviä eroja nuorten itsearvioidussa terveydessä ja oireilussa perheen korkeimman ammattiaseman mukaan oli pääosin yksittäisinä mittaavuosina. Yhtenä syynä vähäisiin tuloksiin voi olla suuri puuttuvien tietojen määrä. Aineiston uudelleen luokittelussa jouduttiin poistamaan lähes puolet vastauksista, joka mahdollisesti vaikutti saatuihin tuloksiin. Svedberg ym. (2016) totesivat tutkimuksessaan, että nuorilla voi olla vaikeuksia vastata vanhempien ammattiasemaa ja subjektiivista sosioekonomista asemaa koskeviin kysymyksiin FAS-mittariin verrattuna. Tässä tutkimuksessa vastausprosentti vanhempien ammattiasemasta ennen aineiston uudelleen luokittelua oli 70-75 prosenttia ja uudelleen luokittelun jälkeen 57 prosenttia. Vastaavasti koetun perheen taloudellisen tilanteen vastausprosentti oli 99 prosenttia. Sosioekonomisen aseman mittaaminen ei siis ole täysin yksiselitteistä ja siksi nuorten sosioekonomista asemaa tulisikin tarkastella useammasta eri näkökulmasta.

Tämän tutkimuksen mukaan suomalaisista 9.-luokkaisista suurin osa kokee terveytensä vähintään melko hyväksi, mikä on kansainvälisessä vertailussa samaa tasoa tai jopa hieman parempi (Inchely ym. 2016). Myös aikaisemmat kansalliset tutkimukset ovat osoittaneet, että suurin osa suomalaisten peruskoulun-, lukion- ja ammattiin opiskelevien nuorten itsearvioitu terveys on vähintään hyvä (Luopa ym. 2014; THL 2017b). Muutosta itsearvioidussa terveydessä mittausvuosien välillä ei pystytty tässä tutkimuksessa arvioimaan. Yhtensä syynä tähän voidaan pitää itsearvioidun terveyden uudelleen luokittelua vähintään hyvään terveyteen ja kohtalaiseen terveyteen tai huonompaan. Cavallo ym. (2015) jaotteli kansainvälisen WHO-Koululaistutkimuksen aineiston erinomaiseen terveyteen ja sitä huonompaan ja tässä oli havaittavissa eroja ryhmien välillä myös suomalaisilla nuorilla. Koska suurin osa suomalaisista kokee terveytensä vähintään hyväksi, tässä tutkimuksessa käytetty luokittelu ei nähtävästi erotellut riittävän tarkkaan nuorten itsearvioitua terveyttä. Tämä saattaa myös osittain selittää ei-tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolten välillä itsearvioidussa terveydessä.

Tytöt kokivat keskimäärin enemmän oireita vähintään kerran viikossa verrattuna poikiin. Sekä Välimaa (2004) että Inchley ym. (2016) tulivat tutkimuksissaan samaan johtopäätökseen: tytöt kokevat enemmän oireita kuin pojat. Kuitenkaan sukupuolten välisten erojen vaikutusmekanismeja ei tunneta vielä riittävän tarkkaan. Suominen ym. (2000) ja Spein ym. (2013) pohtivat tutkimuksissaan kieliryhmän ja etnisen taustan vaikutuksia väestöryhmien välisiin eroihin itsearvioidussa terveydessä. Kirjoittajat toteavat, että sosiaalisten ja psykofyysisten tekijöiden vaikutusta erityisesti nuorten tyttöjen alhaisempaan itsearvioituun terveyteen ja suurempaan oireilun määrään ei ole vielä riittävästi tutkittu (Spein ym. 2013; Suominen ym. 2000).

Nuorten kokema sosioekonominen asema oli tämän tutkimuksen mukaan suurimmaksi osaksi hyvällä tasolla. Koko aineistossa yli puolet nuorista koki perheen tulevan taloudellisesti vähintään melko hyvin toimeen. Tytöistä pienempi osa koki perheen taloudellisen tilanteen vähintään hyväksi poikiin verrattuna. Suurin osa nuorista arvioi perheen korkeimman ammattiaseman ylimpään tai keskitason ryhmään.

Yhteenvetona voidaan todeta, että saatu tutkimusnäyttö tukee aikaisempia tutkimuksia siitä, että koettu perheen taloudellinen tilanne on yhteydessä nuoren itsearvioituun terveyteen ja oireiluun. Mitä korkeammaksi nuori kokee perheen taloudellisen tilanteen, sitä todennäköisemmin hän kokee terveytensä hyväksi ja sitä vähemmän hän kokee oireita. Tämä tulos on merkittävä erityisesti itsearvioitujen terveyden ja koetun perheen taloudellisen tilanteen osalta. Vaikka itsearvioitujen terveyden uudelleen luokittelu ei ollut optimaalinen, koetun perheen taloudellisen tilanteen ja itsearvioitujen terveyden välinen yhteys oli tästä huolimatta tilastollisesti merkitsevä. Sukupuolten väliset erot ovat osittain yhdenmukaisia aikaisemman tutkimustiedon kanssa, mutta itsearvioitussa terveydessä ei noussut niin selkeitä sukupuolieroja kuin olisi ollut odotettavissa. Osasyynä myös tähän ilmiöön voi olla itsearvioitujen terveyden uudelleen luokittelu, mikä ei ilmeisesti erotellut riittävän tarkkaan nuorten itsearvioitua terveyttä.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tämä tutkimus on tehty noudattamalla hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuksen kyselyaineisto on osa laajempaa kansallista WHO-Koululaistutkimuksen aineistoa, jonka suomalaista aineistoa hallinnoi Jyväskylän yliopiston Terveyden edistämisen tutkimuskeskus. WHO-Koululaistutkimuksen strukturoitu koulukysely noudattelee kansainvälistä tutkimusprotokollaa ja siten mahdollistaa kansainvälisen vertailun sekä eri tarkasteluvuosien välisen vertailun. Kyselyaineistoon vastaaminen on ollut vapaaehtoista ja vastaukset on käsitelty nimettöminä (WHO-Koululaistutkimus s.a). Tämän tutkimuksen aineiston keruussa on pyritty edustavaan otokseen alueellisesti sekä sukupuolen ja ikäryhmän mukaan. Otoksen alin tavoite koko ikäryhmää ja tarkasteluajankohtaa koskien oli Suomessa 1700 ja WHO-Koululaistutkimuksen kansainvälisessä ohjeistuksessa 1500 oppilasta (Roberts ym. 2009; Villberg & Tynjälä 2004). Tämän tutkimuksen vuosittainen otoskoko vaihteli 1670–2082 oppilaan välillä, joten tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää perusjoukkoon eli suomalaisiin 9.-luokkalaisiin nuoriin. Koska kyseessä on poikkileikkaustutkimus, mitään syy-seuraussuhteita ei pystytä esittämään.

Kyselyaineistossa tytöt olivat hieman suurempana ryhmänä, mutta sukupuolijakauma ei poikkea aikaisemmista WHO-Koululaistutkimuksista merkittävästi. Vastausprosentit itsearvioidussa terveydessä, oireilussa ja koetussa perheen taloudellisessa tilanteessa olivat korkeat (yli 97%), mutta perheen korkeimman ammattiasema osalta vastausprosentti jäi noin puoleen (57%). Kyselyaineistoa perheen korkeimmasta ammattiasemasta jouduttiin poistamaan uudelleen luokittelun yhteydessä, mikä on vaikuttanut vastausprosenttiin ja mahdollisesti myös tutkimustuloksiin. Kyselyaineiston analyysin ulkopuolelle on saattanut jäädä sellaisia ammattiryhmiä, joiden sisällyttäminen olisi voinut vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. Poistettuihin ammatteihin kuului muun muassa, opiskelijat, eläköityneet, työttömät ja täysipäiväisesti kotona olevat vanhemmat. Kuitenkin perheen korkein ammattiasema mittaa ainoastaan nuoren sosioekonomisen aseman yhtä ulottuvuutta ja siksi tutkimuksessa käytettiin kahta eri sosioekonomisen aseman mittaria.

WHO-Koululaistutkimuksen kysely perustuu nuoren itsearvioon, sillä tietoa tarkastelun kohteena olevasta ilmiöstä on mahdollista kerätä vain nuorilta itseltään. Nuoren motivaatio vastata kyselyyn saattaa vaikuttaa siihen, kuinka todenmukaisesti hän vastaa esitettyihin kysymyksiin. Kuitenkin WHO-Koululaistutkimuksen kysymykset ovat pitkän ja systemaattisen taustatyön tulosta ja kyselyn luotettavuutta testataan säännöllisesti (Schnohr ym. 2013; Svedberg ym. 2016). Tässä tutkimuksessa käytettiin nuoren antamia vastauksia itsearvioidusta terveydestä, oireista, vanhempien ammatista ja koetusta perheen taloudellisesta tilanteesta. Itsearvioidun terveyden on todettu olevan pätevä mittari arvioimaan myöhempää kuolleisuutta aikuisilla (Idler & Denyamini 1997; DeSalvo ym. 2005). Kuitenkin pelkällä kysymyksenasettelulla on mahdollista johdatella nuoren arviota. Terveys voidaan kokea niin fyysisen, psyykkisen kuin sosiaalisen hyvinvoinnin tilana (Bauldry ym. 2012; Inchley ym. 2016) tai se voidaan ymmärtää sairauksien/ niiden puuttumisen kautta. Keskimääräisen oireilun selvittämiseksi kyselylomakkeessa oli lista fyysistä ja psyykkistä oireista, joiden yleisyyttä nuori arvioi. Oireet oli kuvailtu nuorelle helposti ymmärrettävällä tavalla, joten väärin ymmärryksellä olisi vain pieni mahdollisuus. Kuitenkin oireilun useutta kysyttiin viimeisen kuuden kuukauden ajalta, mikä on pitkä aikajakso muistaa 13 eri oireen esiintymistä. Tässä voi nuorella tulla helposti ali- tai yliarvio oireilun määrästä ja kuinka usein hän on oireita kokenut. Oireilusta muodostettiin summamuuttuja ”oireiden keskimääräinen lukumäärä vähintään kerran viikossa”. Samaa oireiden luokittelua on käytetty muun muassa Inchley ym. (2016)

tutkimuksessa, jossa aineistona on ollut WHO-Koululaistutkimuksen kansainvälinen aineisto vuosilta 2013/2014. Nuorten vastauksissa vanhemman ammattia koskien saattaa esiintyä virheitä. Kuten jo aikaisemmin todettiin, nuorella voi olla vaikeaa arvioida vanhempiansa ammattiasemaa, koulutusta tai tuloja (Svedberg ym. 2016). WHO-Koululaistutkimuksen kyselylomakkeessa on kohta, missä pyydetään nuorta kuvailemaan isän/äidin ammattia mahdollisimman tarkasti. Koska varsinaisia valmiita vaihtoehtoja ei anneta, voi olla ettei nuoren kuvaama ammatti lukeudu WHO-Koululaistutkimuksen mukaisiin ammattistatusluokituksiin. Myös käsialasta voi olla hankala saada selvää, mikä voi vääristää vanhemman ammatista saatuja tietoja. Koettua perheen taloudellista tilannetta on kysytty yhtä lailla Likert-asteikollisella kysymyksellä samoin kuin itsearvioitua terveyttä. Koska koettua perheen taloudellista tilannetta on kysytty yleisellä tasolla, nuori saattaa kokea perheen taloudellisen tilanteen eri tavoin. Taloudellisella tilanteella nuori saattaa esimerkiksi käsittää ainoastaan perheen tulot tai tulojen lisäksi koko omaisuuden. Myös perhe voidaan käsittää eri kulttuureissa eri tavoin. Joillekin perhe voisi tarkoittaa ydinperhettä ja toiselle perhe voi olla laajempi sosiaalinen piiri.

8.2 Jatkotutkimusehdotukset

Koska suurin osa nuorista kokee olevansa terve, mutta sosioekonomiset terveyserot ovat lisääntymässä, olisi suomalaisten nuorten terveyden edistämisen kannalta tärkeää tutkia niitä vaikutusketjuja, mitkä johtavat nuorten sosioekonomisiin terveyseroihin, eroihin sukupuolten välillä ja myöhemmin aikuisena itsearvioituun terveyteen. Suomessa 9. luokan jälkeen oppivelvollisuus päättyy ja nuori joutuu tekemään valinnan, jatkaako hän opiskelua (lukiossa tai ammattioppilaitoksessa) vai hakeutuuko nuori työelämään. Valitettavasti tähän joukkoon kuuluu myös paljon nuoria, jotka jäävät ilman opiskelu- tai työpaikkaa. Nuoren kokema terveys ja ne perhetaustat, jotka ohjaavat ja tarjoavat resursseja tulevaisuuden urapolkuja varten, ovat merkittävässä asemassa tulevien sukupolvien terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä.

8.3 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää tutkimuskirjallisuuden ja määrällisen tutkimuksen keinoin miten nuori kokee terveyttään, sosioekonomista asemaansa ja millaisia sosioekonomisia terveyseroja ilmenee nuorilla. Johtopäätöksenä voidaan todeta, että nuorten sosioekonominen asema on yhteydessä nuorten koettuun terveyteen siten, että korkean sosioekonomisen aseman nuorista suurempi osa kokee terveytensä hyväksi alhaisen sosioekonomisen aseman nuoriin verrattuna. Sosioekonomisen aseman mittareiden käyttö on kuitenkin edelleen kirjavaa ja tulosten vertailtavuus haastavaa. Nuoret kokevat terveytensä pääosin hyväksi ja oireilussa on tapahtunut tutkimuslähteestä ja tutkimuksen kohteena olevasta maasta riippuen vaihtelevia muutoksia viimeisen 20 vuoden aikana. Sukupuolten välillä on eroja koetussa terveydessä sosioekonomisen aseman mukaan, mutta lisätutkimuksia tarvitaan tunnistamaan tunnistaa niitä vaikutusketjuja, jotka johtavat sukupuolten välisiin eroihin.

LÄHTEET

- Almquist, Y. B., Modin, B. & Augustine, L. 2013. Peer acceptance in the school class and subjective health complaints: A multilevel approach. *Journal of School Health* 83 (10), 690–696.
- Allen, C. D., McNeely, C. A. & Orme, J. G. 2016. Self-rated health across race, ethnicity, and immigration status for US adolescents and young adults. *Journal of Adolescent Health* 58 (1), 47–56.
- Bauldry, S., Shanahan, M. J., Boardman, J. D., Miech, R. A. & Macmillan, R. 2012. A life course model of self-rated health through adolescence and young adulthood. *Social Science & Medicine* 75 (7), 1311–1320.
- Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F. & Faeh, D. 2012. Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. *PLoS ONE* 7 (2), e30795. doi:10.1371/journal.pone.0030795.
- Breidablik, H-J., Meland, E. & Lydersen, S. 2008. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health* 36, 12–2.
- Cavallo, F., Dalmaso, P., Ottova-Jordan, V., Brooks, F., Mazur, J., Välimaa, R., Gobina, I., Gaspar de Matos, M. & Raven-Sieberer, U. 2015. Trends in self-rated health in European and North-American adolescents from 2002 to 2010 in 32 countries. *European Journal of Public Health* 25 (Suppl 2), 13–15.
- CSDH (Commission on Social Determinants of Health). 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. World health organization. Viitattu

27.12.2016.

http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf

DeSalvo, K., Bolser, N., Reynolds, K., He, J. & Muntner, P. 2005. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. *Journal of General Internal Medicine* 21 (3), 267–275.

Elgar, F., McKinnon, B., Torsheim, T., Warrner Schnohr, C., Mazur, J., Cavallo, F. & Currie, C. 2016. Patterns of socioeconomic inequality in adolescent health differ according to the measure of socioeconomic position. *Social Indicators Research* 127 (3), 1169–1180.

Eriarvoisuus. 2015. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Viitattu 28.6.2017.
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveys/eriarvoisuus>

Health behaviour in school-aged children. s.a. About HBSC. World health organization collaborative cross-national survey. Viitattu 15.6.2017.
<http://www.hbsc.org/about/index.html>

Idler, E. & Benyamini, Y. 1997. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior* 38, 21–37.

Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M. & Barnekow, V. 2016. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

Johansson, S-E., Midlöv, P., Sundquist, J., Sundquist, K. & Calling, S. 2015. Longitudinal trends in good self-rated health: Effects of age and birth cohort in a 25-year follow-up study in Sweden. *International Journal of Public Health* 60 (3), 363–373.

- Jonsson, F., San Sebastian, M., Strömsten, L. M. J., Hammarström, A. & Gustafsson, P. E. 2016. Life course pathways of adversities linking adolescent socioeconomic circumstances and functional somatic symptoms in mid-adulthood: A path analysis study. *PLoS ONE* 11 (5). doi:10.1371/journal.pone.0155963.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: Gaudeamus, 41–59.
- Lahelma, E., Rahkonen, O., Koskinen, S., Martelin, T. & Palosuo, H. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa P. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: 2007:23, 25–41.
- Liu, Y., Wang, M., Villberg, J., Torsheim, T., Tynjälä, J. Lv, Y. & Kannas, L. 2012. Reliability and validity of Family affluence scale (FAS II) among adolescents in Beijing, China. *Child Indicators Research* 5(2), 235–251.
- Låftman, S. B., Modin, B., Östberg, V., Hoven, H. & Plenty, S. 2015. Effort-reward imbalance in the school setting: Associations with somatic pain and self-rated health. *Scandinavian Journal of Public Health* 43 (2), 123–129.
- Luopa, P., Kivimäki, H., Matikka, A., Vilkki, S., Jokela, J., Laukkarinen, E. & Paananen, R. 2014. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000–2013 Kouluterveyskyselyn tulokset. Raportti 25/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 12.6.2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-280-5>
- Lynch, J. & Kaplan, G. 2000. Socioeconomic position. Teoksessa L. F. Berkman & I. Kawachi (toim.) *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 13–36.

- Marmot, M. 2015. *The health gap: The challenge of an unequal world*. London: Bloomsbury.
- Meireles, A. L., Xavier, C. C., Proietti, F. A. & Caiaffa, W. T. 2015. Influence of individual and socio-environmental factors on self-rated health in adolescents. *Revista Brasileira De Epidemiologia* 18 (3), 538–551.
- Moor, I., Rathmann, K., Stronks, K., Levin, K., Spallek, J. & Richter, M. 2014. Psychosocial and behavioural factors in the explanation of socioeconomic inequalities in adolescent health: a multilevel analysis in 28 European and North American countries. *Journal of Epidemiology and Community Health* 68, 912–921.
- Moor, I., Richter, M., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V., Elgar, F. J. & Pförtner, T. 2015. Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *European Journal of Public Health* 25, 57–60.
- Moreno-Maldonado, C., Rivera, F., Ramos, P., & Moreno, C. 2017. Measuring the Socioeconomic Position of Adolescents: A Proposal for a Composite Index. *Springer Social Indicators Research*. doi:10.1007/s11205-017-1567-7
- Opetushallitus. 2017. Oppivelvollisuus ja koulupaikka. Viitattu 30.6.2017. http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot/perusopetus/oppivelvollisuus_ja_koulupaikka
- Ottová-Jordan, V., Smith, O., Gobina, I., Mazur, J., Augustine, L., Cavallo, F., Välimaa, R., Moor, I., Torsheim, T., Katreniakova, Z., Vollenbergh, W. & Ravens-Sieberer, U. 2015. Trends in multiple recurrent health complaints in 15-year-olds in 35 countries in Europe, North-America and Israel from 1994 to 2010. *European journal of public health* 25, 24–27.

- Petanidou, D., Mihas, C., Dimitrakaki, C., Kolaitis, G. & Tountas, Y. 2013. Selected family characteristics are associated with adolescents' subjective health complaints. *Acta Paediatrica* 103 (2), 201–206.
- Pförtner, T-K., Günther, S., Levin, K. A., Torsheim, T. & Richter, M. 2015. The use of parental occupation in adolescent health surveys. An application of ISCO-based measures of occupational status. *Journal of Epidemiology & Community Health* 69 (2), 177–184.
- Quon, E. C. & McGrath, J. J. 2014. Subjective socioeconomic status and adolescent health: A meta-analysis. *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association* 33 (5), 433–447.
- Quon, E. C. & McGrath, J. J. 2015. Community, family, and subjective socioeconomic status: Relative status and adolescent health. *Health Psychology* 34 (6), 591–601.
- Rahkonen, O., Talala, K., Sulander, T., Laaksonen, M., Lahelma, E. Uutela, A. & Prättälä R. 2007. Koettu terveys. Teoksessa P. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim). *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: 2007:23, 65–73.*
- Richter, M., Moor, I. & van Lenthe, F. J. 2012. Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: The contribution of material, psychosocial and behavioral factors. *Journal of Epidemiology & Community Health* 66 (8), 691–697.
- Ritterman, M. L. 2007. Perceived social status and adolescent health and risk behaviors: A systematic review. *ISSC Working Paper Series 2006–2007*. Berkeley, CA: Institute for the Study of Societal Issues. Viitattu 18.1.2018. <https://escholarship.org/uc/item/01s0w5m9>

- Roberts, C., Freeman, J., Samdal, O., Schnohr, C. W., de Looze, M. E., Nic Gabhainn, S., Iannotti, R. & Rasmussen, M. 2009. The health behaviour in school-aged children (HBSC) study: Methodological developments and current tensions. *International Journal of Public Health* 54 Suppl 2, 140–150. doi:10.1007/s00038-009-5405-9.
- Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S-J., Dick, B., Ezeh, A. C., Patton, G. C. 2012. Adolescence: A foundation for future health. *The Lancet* 379 (9826), 1630–1640.
- Schnohr, C. W., Makransky, G., Kreiner, S., Torsheim, T., Hofmann, F., De Clercq, B., Elgar, F. J. & Currie C. 2013. Item response drift in the Family Affluence Scale: A study on three consecutive surveys of the health behaviour in school-aged children (HBSC) survey. *Measurement* 46 (9), 3119–3126.
- Sihto, M. & Palosuo, H. 2013. Terveyserot terveystoliittisena kysymyksenä. Teoksessa M. Sihto, H. Palosuo, P. Topo, L. Vuorenkoski & K. Leppo (toim.) *Terveystoliittian perusta ja käytännöt*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 223–239.
- Spein, A. R., Pedersen, C. P., Silvikien, A. C., Melhus, M., Kvernmo, S. E. & Bjerregaard, P. 2013. Self-rated health among Greenlandic inuit and Norwegian sami adolescents: Associated risk and protective correlates. *International Journal of Circumpolar Health* 72. <http://dx.doi.org/10.3402/ijch.v72i0.19793>
- Ståhl, M. K., El-Metwally, A. A. S. & Rimpelä, A. H. 2014. Time trends in single versus concomitant neck and back pain in Finnish adolescents: results from national cross-sectional surveys from 1991 to 2011. *BMC Musculoskeletal disorders* 15(296), 1–7.
- Suominen, S., Välimaan R., Tynjälä, J. & Kannas, L. 2000. Minority status and perceived health: a comparative study of Finnish- and Swedish-speaking schoolchildren in Finland. *Scand J Public Health* 2000; 28: 179–187.

- Svedberg, P., Nygren, J. M., Staland-Nyman, C. & Nyholm, M. 2016. The validity of socioeconomic status measures among adolescents based on self-reported information about parent's occupations, FAS and perceived SES; implication for health related quality of life studies. *BMC Medical Research Methodology* 16 (1), 1–9. doi:10.1186/s12874-016-0148-9.
- THL. 2014. Toimeentulo. Viitattu 30.6.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/toimeentulo>
- THL. 2015. Koulutus. Viitattu 30.6.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/koulutus>
- THL. 2017a. Kouluterveyskyselyn tulokset nuorilla 2017. Indikaattori: perheen koettu taloudellinen tilanne kohtalainen tai sitä huonompi. Viitattu 16.1.2018. <https://www.thl.fi>
- THL. 2017b. Kouluterveyskyselyn tuloksen nuorilla 2017. Indikaattori: kokee terveydentilansa keskinertaiseksi tai huonoksi. Viitattu 29.1.2018. <https://www.thl.fi>
- THL. 2017c. Lapset ja perheet. Viitattu 7.2.2018. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elamankulku/lapset-ja-perheet>
- THL. 2017d. Lasten ja nuorten hyvinvointi-suunnitelma. Viitattu 13.2.2018. https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/johtamisen_tueksi/mika_ohjaa_toimintaa/lasten_ja_nuorten_hyvinvointisuunnitelma
- Tilastokeskus. 2011. Ammattiluokitus 2010. Luokituksen kuvaus. Viitattu 30.6.2017. <http://www.tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/ammatti/001-2010/kuvaus.html>

Tilastokeskus. 2017. Köyhyys- tai syrjäytymisriski sekä kotitalouksien toimeentulo-ongelmat. Viitattu 16.1.2018. https://tilastokeskus.fi/til/tjt/2015/04/tjt_2015_04_2017-05-26_kat_001_fi.html

Tilastokeskus. 2018. Joulukuun työttömyysaste 8,4 prosenttia. Viitattu 8.2.2018. https://www.stat.fi/til/tyti/2017/12/tyti_2017_12_2018-01-25_tie_001_fi.html

Tilastokeskus. s.a. Luokituksen kuvaus. Viitattu 5.10.2017. <http://stat.fi/meta/luokitukset/ammatti/001-1997/kuvaus.html#otsikko5>

UNICEF. 2011. The state of the world's children 2011. Adolescence an age of opportunity. New York: United Nations Children's Fund.

Villberg, J. & Tynjälä, J. 2004. WHO-koululaistutkimuksen Suomen aineistot 1984–2002. Teoksessa L. Kannas, R. Välimaa, K. Ojala, J. Tynjälä, M. Vuori & J. Villberg (toim.) Koululaisten terveys ja terveystyytyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylä: Terveystutkimuskeskus, 241–246.

Vuori, H. S. 2011. Sosiaalierpidemiologian juuret. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) Sosiaalierpidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus, 26–38.

Välimaa, R. 2004. Nuorten itsearvioitu terveys ja toistuva oireilu 1984–2002. Teoksessa L. Kannas, R. Välimaa, K. Ojala, J. Tynjälä, M. Vuori & J. Villberg (toim.) Koululaisten terveys ja terveystyytyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylä: Terveystutkimuskeskus, 11–54.

WHO-koululaistutkimus. s.a. Viitattu 17.6.2017. <https://www.jyu.fi/sport/laitokset/tutkimusyksikot/tetk/vahvuus/who>

Tietokanta ja hakulausekkeet:

Medline: self-rated health AND adolescen* (title) AND socioeconom* (title) OR Socioeconomic Factors (MeSH -term) or Social Class (MeSH -term).

Academic Search Elite: adolescent* (title) AND socioeconomic* OR social status OR subjective socioeconom* (title) AND self-rated health OR perceived health OR health status OR symptoms.

Tiedonhaun ajankohdat:

1. Tiedonhaku 18.5.2017
2. Tiedonhaku 28.9.2017 (saadun tutkimusaineiston tarkistaminen)

Hakutulokset:

Medline: 59

Academic Search Elite: 168

Valikoituneet kokotekstit:

Medline: 8

Academic Search Elite: 3

N=11

Valintakriteerit:

- englanninkielinen
- julkaistu 2012–2017 välillä
- vertaisarvioitu

Poissulkukriteerit:

- päällekkäiset tutkimukset
- tiettyyn sairausryhmään kohdistuva
- kokotekstiä ei ole saatavilla

Liite 2

Viite	Tutkimuksen kohderyhmä	Tutkimusasetelma ja tiedonkeruumenetelmät	Keskeiset tulokset
Bauldry ym. 2012 USA	N= 28 552 11-19 -vuotiaat nuoret ja heidän vanhempansa	Pitkittäistutkimus, seuranta-aika 13 vuotta. Haastattelututkimus. Vastausprosentti 80,3 seuranta-aikana Itsearvioitu terveys (Likert -asteikko) Lasten ja vanhempien terveydentila, terveyskäyttäytyminen sekä lapsena kohdatut hyvinvoinnin ongelmat nuoren ja vanhemman raportoimana. Vanhemman koulutustaso.	Lapsuudenajan sosioekonominen asema, vanhempien terveydentila ja lapsena kohdatut hyvinvoinnin ongelmat ovat jokainen itsenäisesti yhteydessä itsearvioituun terveyteen nuorena ja nuorena aikuisena siten, että vanhempien koulutustaso on positiivisesti yhteydessä itsearvioituun terveyteen. Vanhempien terveys ja terveyskäyttäytyminen sekä lapsena kohdatut hyvinvoinnin ongelmat ovat negatiivisesti yhteydessä itsearvioituun terveyteen. Nuoren terveydentila ja terveyskäyttäytyminen vaikuttavat itsearvioitun terveyden ja perhetaustan yhteyteen heikentävästi (50-100%). Näiden välittävien tekijöiden vaikutus saattaa voimistua iän myötä. Tytöillä alhaisempi itsearvioitu terveys. Iän myötä itsearvioitu terveys laski hieman.
Elgar ym. 2016 Eurooppa	N= 1371 11-15 -vuotiaat nuoret ja heidän vanhempansa	Poikkileikkaustutkimus, kyselytutkimus itsearvioitu terveys (Likert -asteikko) Tyytyväisyys elämään (Catril – mittari) Perheen varallisuusindeksi (Family Affluence Scale) nuorten ja vanhempien raportoimana. Perheen bruttotulot vanhempien raportoimana. Subjektiivinen sosiaalinen asema (MacArther-scale) nuorten raportoimana.	Alhaisen sosioekonomisen aseman henkilöt arvioivat terveytensä huonommaksi. Subjektiiivisen sosioekonomisen aseman mittarilla nuorten terveyserot olivat suurimmillaan verrattuna perheen tuloihin tai varallisuuteen. Subjektiiivisen sosioekonomisen aseman osoittamat terveyserot eivät muuttuneet, vaikka varallisuusindeksi ja tulot huomioitiin. Erot itsearvioitussa terveydessä sosioekonomisen aseman mukaan (kaikilla mittareilla mitattuna) olivat suurimmillaan alhaisen elämäntyytyväisyyden ryhmässä.

			Sosiaalinen eriarvioisuus nuorten terveydessä määrittyy enemmän psykososiaalisten prosessien kautta ja koetun sosiaalisen aseman kautta kuin materiaalistien erojen kautta.
Jonsson ym. 2016 Ruotsi	N= 987 16-42 -vuotiaat nuoret ja heidän vanhempansa	Prospektiivinen kohorttitutkimus, 26 -vuoden seuranta-aika. Kyselytutkimus. Sosioekonomisen aseman mittarina vanhempien ja nuoren ammattiasema tai nuoren koulutustaso. Kysely elämäntulon aikana kohdatuista vastoinkäymisistä (sosiaalinen, varallisuuteen liittyvä). Oirekysely (viimeisen 12 kk aikana).	Varttuminen epäsuotuisassa sosioekonomisessa asemassa saattaa käynnistää tapahtumaketjun, jossa yksilön kohtaamat vastoinkäymiset elinolosuhteissa vaikuttaa aikuisuuden terveyteen. Nuoren alhaisella sosioekonomisella asemalla on välillinen positiivinen yhteys ammattiaseman ja vastoinkäymisten kautta aikuisena koettuun oireiluun. Analyysissä ei pystytty osoittamaan suoraa yhteyttä perheen sosioekonomisen aseman (16 -vuotiaana) tai ammatillisen aseman 21- ja 30 -vuotiaana aikuisena koettuun oireiluun. Naiset raportoivat enemmän oireita kuin miehet ja suurempi osa naisista koki olevansa huono-osainen miehiin verrattuna. Ongelmana: tutkimuksissa havaitaan systemaattisia eroja sukupuolten välillä, mutta vaikutusmekanismeja näiden erojen syntymiseen ei tunneta. <u>Huomioita tutkim. laadusta:</u> Vastausprosentti esitetty epäselvästi (92%)
Meireles ym. 2015 Brasilia	N= 1042 11-17 (18) -vuotiaat	Poikkileikkaustutkimus Kyselytutkimus itsearvioitu terveys (Likert -asteikko). Sosioekonominen asema: minimipalkka ja sosioekonomista asemaa kuvaavat tekijät (luettelo).	Alhainen sosioekonominen asema, riidat perheessä, huonot elämäntavat, alhainen tyytyväisyys elämään ja ylipaino lisäävät riksiä huonoon itsearvioituun terveyteen. Kuitenkin suurin osa nuorista arvioi terveytensä hyväksi tai erinomaiseksi. Huono itsearvioitu terveys lisääntyi iän myötä.

		<p>Kehon mittasuhteet.</p> <p>Sosiaalinen tuki (väittämät).</p> <p>Elintavat.</p> <p>Fyysinen ja psyykinen terveys.</p>	<p>Merkittävin riski huonoon itsearvioituun terveyteen aiheutti useammat riidat kotona (OR= 9.13, 95% CI 4.53 – 18.39).</p> <p>Huom. Taulukoiden merkinnöissä jotain häikkää!</p>
<p>Moor ym. 2014</p> <p>Eurooppa ja Pohjois-Amerikka</p>	<p>N=117 460</p> <p>11-15 -vuotiaat</p> <p>Kohdemaat N= 28</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus.</p> <p>Kyselytutkimus.</p> <p>Sosioekonominen asema: FAS -mittari itsearvioitu terveys (Likert- asteikko)</p> <p>Psykososiaaliset ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät selittämässä nuorten sosioekonomisia terveyseroja itsearvioidussa terveydessä.</p>	<p>Suurin osa nuorista arvioi terveytensä erinomaiseksi tai hyväksi. Alhaisen sosioekonomisen aseman nuorilla oli suurempi riski arvioida terveytensä kohtalaiseksi tai huonoksi kaikissa maissa (OR=1.76, CI 1.69-1.84).</p> <p>Psykososiaaliset tekijät laskivat perheen varallisuuden (FAS-mittarin) ristitulohdetta (OR) itsearvioituun terveyteen 39% ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät vähensivät 22%. Molemmat yhteensä selittivät eroja itsearvioidussa terveydessä sosioekonomisen aseman mukaan 50-60%.</p> <p>Suhde isään, nuoren akateeminen menestys, fyysinen aktiivisuus ja hedelmien/vihannesten kulutus olivat merkittävimmät tekijät terveyserojen selittäjinä.</p> <p>Tulisi huomioida käyttäytymiseen liittyvien tekijöiden lisäksi laajemmin sosiaaliset, taloudelliset ja psykososiaaliset tekijät sosioekonomisten terveyserojen kaventamisessa.</p> <p><u>Huomioita tutkim. laadusta:</u> syy-seuraussuhteita ei voida tutkimusasetelman vuoksi osoittaa.</p>

<p>Moor ym. 2015 Eurooppa, Pohjois- Amerikka ja Israel</p>	<p>N= 738 780 11-15 -vuotiaat Kohdemaat N= 37</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus. Kyselytutkimus. Maiden välinen trendianalyysi (16 - vuoden aikavälillä). Oirekysely (HBSC Symptom Checklist) Sosioekonominen asema: koettu perheen varallisuus (Likert- asteikko)</p>	<p>Lähes kaikissa maissa havaittiin eroja koetussa terveydessä sosioekonomisen aseman mukaan 16 vuoden aikavälillä. Alhainen koettu perheen varallisuus oli yhteydessä useampiin oireisiin. Aineistosta erotellaan neljä eri ryhmää, joissa terveyserot lisääntyivät, pysyivät samoina, vähenivät tai ei ollut ollenkaan havaittavissa. Suurin osa maista kuului ryhmään "terveyserot pysyivät samoina" ajanjakson aikana. Ainoastaan Espanja ja Grönlanti olivat maita, joissa terveyseroja ei ollut kyselyjen mukaan havaittavissa tutkimuksen aikana.</p>
<p>Petadinou ym. 2013 Kreikka</p>	<p>N= 1041 12-18 -vuotiaat ja heidän vanhempansa</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus. Kyselytutkimus. Oirekysely (HBSC Symptom Checklist) Sosioekonominen asema (Family Affluence Scale). Vanhempien siviilisääty Perhesuhteet, vanhempien huoli, perheen koheesio (Social Adjustment Scale Self-Report Scale, Child Health Questionnaire Parent Form (CHQ PF-28; 27) ja generic measure of health status and HRQoL). Vanhempien terveys (Short-Form Health Survey)</p>	<p>Vanhempien mielenterveys, vanhempien huoli nuorta kohtaan ja lapsi- vanhempi -suhde oli merkittävästi yhteydessä nuoren oireiluun. Miessukupuoli, vanhempien terveydentila ja perhesuhteet vähentävät nuoren oireilun määrää. Perheen varallisuudella, perheen koheesiolla ja vanhempien siviilisäädellä ei ollut merkittävää yhteyttä nuoren oireilun kanssa. Tytöt oireilevat enemmän kuin pojat ja iän lisääntyessä myös oireet lisääntyvät. <u>Huomioita tutkim. laadusta:</u> ikä ja sukupuoliryhmät eri kokoisia. Yksinhuoltajavanhemmat aliedustettuina.</p>

<p>Quon & McGrath 2015 Kanada</p>	<p>N= 2 199 13-16 -vuotiaat</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus. Kyselytutkimus.</p> <p>Sosioekonominen asema: koettu sosioekonominen asema (Likert -asteikko), vanhempien koulutus, talouden bruttotulot, yhteisön koulutustaso ja työllistyminen, tulot, köyhyystilastot.</p> <p>itsearvioitu terveys (Likert -asteikko) Mielenterveys (Likert -asteikko) Terveyskäyttäytyminen (fyysinen aktiivisuus, ravitsemus, päihteet) Fyysinen terveys Kliiniset mittaukset</p>	<p>Alhainen koettu sosioekonominen asema on yhteydessä huonoon itsearvioituun terveyteen, suurempaan määrään mielenterveys-ongelmia, huonoon ruokavalioon, alhaiseen fyysiseen aktiivisuuteen ja useampiin terveyden uhkiin.</p> <p>Yhteisön tuloerojen ja itsearvioidun terveyden tai muiden fyysisen terveyden muuttujien välillä ei löydetty yhteyttä.</p> <p>Yhteisön alhaisella tulotasolla oli terveyttä suojaava vaikutus.</p> <p><u>Huomioita tutkim. laadusta:</u> Ainoastaan äidin koulutustaso oli huomioitu analyysissä.</p>
<p>Richter ym. 2012 Saksa</p>	<p>N= 6 997 11-15 -vuotiaat</p>	<p>Poikkileikkaustutkimus. Kyselytutkimus.</p> <p>itsearvioitu terveys (Likert -asteikko) Sosioekonominen asema (Family Affluence Scale) Koettu perheen varallisuus (Likert -asteikko) Perherakenne Koettu ruokaköyhyys Psykososiaalinen terveys (Likert -asteikko) Terveyskäyttäytyminen (tupakointi, alkoholi, fyysinen aktiivisuus, ruokailutottumukset)</p>	<p>FAS -mittarin perusteella nousi esiin merkitseviä eroja itsearvioidussa terveydessä tytöillä ja pojilla. Alhaisen sosioekonomisen aseman (FAS -mittarilla mitattuna) nuorilla oli suurempi todennäköisyys huonoon itsearvioituun terveyteen (OR=1.53, 95% CI 1.11-2.12 pojilla ja OR=2.08, 95% CI 1.62-2.67 tytöillä) korkean perheen varallisuuden ryhmään verrattuna. Suurin todennäköisyys huonoon itsearvioituun terveyteen oli alhaisimman sosioekonomisen aseman tytöillä.</p> <p>Materiaan, psykososiaaliset tekijät ja terveystietäytyminen vähensivät perheen varallisuuden ja itsearvioidun terveyden välistä yhteyttä (OR) -80%.</p>

			<p>Perherakenne (yksinhuoltajaperhe tai uusioperhe), alhainen koettu perheen varallisuus, ruokaköyhyys, pääosin huonot ruokailutottumukset ja alhainen psykososiaalinen tuki lisäsivät todennäköisyyttä huonoon itsearvioituun terveyteen tytöillä ja pojilla.</p> <p>Ero itsearvioidussa terveydessä selittyivät pääosin koettuun varallisuuteen ja omistamiseen liittyvillä tekijöillä sekä välillisesti psykososiaalisilla ja käyttäytymiseen liittyvillä tekijöillä.</p>
Salonna ym. 2012 Slovakia	N= 1 863 16.85 -vuotta (ikä ainoastaan keskiarvona)	Poikkileikkaustutkimus. Kyselytutkimus. Sosioekonominen asema: vanhemman korkein koulutustaso, perheen varallisuus ((Family Affluence Scale) ja koetut taloudelliset vaikeudet (Likert -asteikko). Koettu sosiaalinen tuki (äidiltä, isältä ja ystäviltä) (Likert- asteikko) itsearvioitu terveys (Likert -asteikko)	<p>Vanhemman alhainen koulutustaso osoittaa suuremman todennäköisyyden huonoon itsearvioituun terveyteen nuoren raportoimana.</p> <p>Alhainen varallisuus, useammin koettu taloudellinen stressi lisäsi riskiä huonoon itsearvioituun terveyteen nuorilla.</p> <p>Pojilla kaikki sosioekonomisen asema mittarit näyttivät merkittäviä eroja itsearvioidussa terveydessä, mutta tytöillä ainoastaan FAS -mittarilla mitattuna perheen varallisuudella ja koetulla terveydellä oli merkitsevä yhteys.</p> <p>Isän puolelta saatu sosiaalinen tuki muutti perheen varallisuuden itsearvioitu ja itsearvioidun terveyden välisen yhteyden ei -merkitseväksi tytöillä ja pojilla sekä taloudellisten vaikeuksien ja itsearvioidun terveyden välisen yhteyden ei -merkitseväksi pojilla.</p> <p>Äidiltä ja ystäviltä saatu sosiaalinen tuki ei vaikuttanut sosioekonomisen aseman ja itsearvioidun terveyden välisen yhteyden merkitsevyyteen.</p>

			<u>Huomioita tutkim. laadusta:</u> tutkittavien ikäjakauma esitetty ainoastaan keskiarvona.
Salonna ym. 2014 Slovakia	N=2616 N=844 (seuranta) 14.9/ 18.8 -vuotta (ikä ainoastaan keskiarvona)	Pitkittäistutkimus. Kyselytutkimus. 4- vuoden seuranta-aika. Vastausprosentti seuranta-ajalla 45.5% Sosioekonominen asema: korkein koulutustaso, työllistyminen, vanhempien koulutustaso, vanhempien ammattiasema. itsearvioitu terveys (Likert -asteikko). Muutokset nuorten sosioekonomisissa terveyseroissa koetun terveyden ja sukupuolen mukaan.	Ainoastaan tytöillä nousi tilastollisesti merkitseviä eroja esiin sosioekonomisen aseman ja itsearvioitun terveyden välillä. Alhaisen sosioekonomisen aseman tytöistä suurempi osa arvioi terveytensä huonoksi. Tämä yhteys nousi esiin sosioekonomisen aseman mittareista nuoren ja vanhemman koulutustason sekä vanhemman ammattiaseman välillä alku- ja loppumittauksissa. Tytöillä sosioekonomisen aseman ja itsearvioitun terveyden välinen yhteys voimistui (OR kasvoi) seuranta-ajan myötä. <u>Huomioita tutkim. laadusta:</u> seuranta-ajan vastausprosentti oli alle 50%, tutkittavien ikäjakauma esitetty ainoastaan keskiarvona.