

Tamperelaisten nuorten ja nuorten aikuisten koettu terveys vuosina 1990–2005

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää 15–34-vuotiaiden tamperelaisten koetun terveydentilan muutoksia ja yhteyttä taustatekijöihin. Aineisto (N = 4810) kerättiin vuosina 1990–2005 kuudella postikyselyllä. Koettua terveydentilaa tarkasteltiin tutkimusvuoden, sukupuolen, koulutuksen, työtilanteen ja pitkäaikaissairastavuuden mukaan. 15–24-vuotiaat arvioivat terveytensä paremmaksi kuin 25–34-vuotiaat, sukupuolierot olivat pieniä. Nuorilla naisilla terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokeneiden osuus väheni tasaisesti koko 1990-luvun ja oli vuonna 2005 seitsemän prosenttiyksikköä pienempi kuin vuonna 1990. Nuorten miesten koettu terveys heikkeni 2000-luvun alkuvuosina. Korkeintaan kohtalaiseksi terveytensä kokeneiden työttömien miesten osuus lisääntyi 2000-luvulla ja samalla työllisten ja työttömien välinen terveysero kasvoi suuremmaksi kuin 1990-luvulla. Työttömyyden lisäksi huonoa tai kohtalaista terveyttä selittivät parhaiten vähäinen koulutus ja pitkäaikaissairastavuus.

RIITTA LUOTO, OLAVI PARONEN, ANNUKKA ANDERSSON

JOHDANTO

Yksi yleisimmin käytetyistä kansainvälisistä terveydentilan mittareista väestötutkimuksissa on koettu terveys, joka on henkilön oma, subjektiivinen arvio terveydentilastaan tutkimushetkellä. Arvion on todettu ennustavan varsinkin iäkkäiden kuolleisuutta, mutta myös keski-ikäisten kuolleisuutta lyhyellä aikavälillä, kun perinteiset riskitekijät, sosiodemografinen tausta ja muut terveydentilan osoittimet on vakioitu (Idler ja Benyamini 1997, Nielsen ym. 2008). Myös Suomessa on saatu pitkäaikaissairastavuuden samansuuntaisia tuloksia (Heistaro ym. 1996). Nuorilla koettu terveys liittyy laajaan kokonaisuuteen lääketieteellisiä, psykologisia, sosiaalisia ja terveystyötytymisen tekijöitä. Erityisesti hyvän psyykkisen hyvinvoinnin on todettu olevan nuorten hyväksi koetun terveyden taustalla (Mechanic 1987, Breidablik ym. 2008).

Tietoja suomalaisväestön koetun terveyden kehittymisestä viime vuosikymmeninä eri väestöryhmissä löytyy parhaiten aikuisväestön osalta.

25–64-vuotiaiden suomalaisten koettu terveys on jonkin verran parantunut 1980-luvulta, jolloin noin 40 prosenttia piti terveyttään keskitasoisena tai sitä huonompana. 2000-luvun alkuvuosina vastaava osuus on ollut noin kolmannes. 1990-luvun lopun jälkeen työikäisten koettu terveys ei kuitenkaan ole enää parantunut (Rahkonen ym. 2007).

Nuorten ja nuorten aikuisten koetun terveyden muutoksista on melko vähän vertailukelpoista tutkimustietoa. Terveystutkimuksen 1995/96 mukaan 93 prosenttia nuorista naisista ja miehistä (15–24-vuotiaat) piti terveyttään vähintään melko hyvänä (Arinen ym. 1998). Terveys 2000 -tutkimuksen nuorten aikuisten aineistossa 18–29-vuotiaista 88 prosenttia koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (Koskinen ym. 2005). Samaa kysymystä on käytetty vuosittain tehdyssä Aikuisväestön terveystyötytymiskyselyssä (AVTK), jonka mukaan vuonna 2006 80 prosenttia 15–24-vuotiaista ja 77 prosenttia 25–34-vuotiaista arvioi terveytensä vähintään

melko hyväksi. 1990-luvun puolivälistä 15–24-vuotiailla miehillä ja naisilla hyväksi tai melko hyväksi koettu terveys on vähentynyt, samoin kuin 25–34-vuotiailla naisilla (Helakorpi ym. 2007). Vaikka tulokset viittaavat koetun terveyden heikkenemiseen nuorilla, varmoja päätelmiä on vaikea tehdä edellä mainittujen ikäryhmien pienten otoskokojen ja tutkimusten erilaisen toteutuksen vuoksi.

Koulutus on monien tutkimusten mukaan yhteydessä koettuun terveyteen: mitä korkeampi koulutus, sitä parempi on myös koettu terveys. Suomessa koulutusryhmien väliset terveyserot työikäisillä ovat säilyneet lähes ennallaan 1990-luvulta lähtien. Myös työmarkkina-aseman mukaiset koetun terveyden erot ovat selvät. Työssä olevat kokevat terveydentilansa paremmaksi kuin työttömät ja työttömien terveys on jopa heikentynyt 1990-luvulta (Rahkonen ym. 2007). Euroopan maita verranneen katsauksen mukaan koetun terveyden sosioekonomiset erot olivat Suomessa suuremmat kuin muualla Euroopassa keskimäärin (Kunst ym. 2005).

Nuoruus ja varhainen aikuisikä ovat tärkeitä elämänvaiheita myöhemmän aikuisiän terveyden kehittymisen, terveyspalvelujen käytön ja terveyttä edistävien käyttäytymismuotojen kannalta. Iän lisäksi on syytä ottaa huomioon myös aika-kausi tai periodi, joka voi muokata ihmisten kokemuksia ja käyttäytymistäipumuksia iästä riippumatta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena onkin selvittää tamperelaisten nuorten eli 15–24-vuotiaiden ja nuorten aikuisten eli 25–34-vuotiaiden koetun terveydentilan muutoksia vuodesta 1990 vuoteen 2005 ja koetun terveyden yhteyttä sosiodemografisiin taustatekijöihin.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Tiedot on kerätty osana Tampereen terveys- ja sosiaalikyselyjä, joita on tehty kolmen vuoden välein vuodesta 1990 Tampereen kaupungin ja UKK-instituutin yhteistyönä. Viimeisin tähän tutkimukseen kuuluva kysely toteutettiin vuonna 2005 (Paronen ym. 2006). Kyselyjen tarkoituksena on ollut selvittää tamperelaisen aikuisväestön terveydentilaa, elintapoja, sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä sekä sosiaalista turvallisuutta. Kyselyjen perusjoukko on muodostunut 15 vuotta täyttäneestä laitosten ulkopuolisesta väestöstä. Poikkileikkaustutkimuksiin on kunakin vuonna poimittu erillinen 3 500 henkilön satunnaisotos, jolle on tehty postikysely.

Tämä tutkimuksen aineisto rajattiin 15–34-vuotiaisiin miehiin ja naisiin. Aineiston koko vaihteli eri vuosina miehillä 290:stä 422:een ja vastausprosentti 46:sta 69:ään, vastaavasti naisten aineiston suuruus vaihteli 411 ja 463 välillä ja vastausosuus 65 prosentista 79 prosenttiin. Vuosien 1990–2005 kyselyjen aineistot yhdistettiin ja luotiin vuosimuuttuja yhdistettyyn aineistoon, jonka kooksi tuli 4 810 henkilöä (Taulukko 1).

Koettua terveyttä kysyttiin jokaisena tutkimusvuonna samalla tavalla: ”Millainen on terveydentilanne mielestänne nykyisin?” ja vastausvaihtoehdot ovat olleet hyvä, melko hyvä, kohtalainen, melko huono vai huono. Ristiintaulukoinneissa käytettiin luokitusta hyvä, melko hyvä tai korkeintaan kohtalainen. Monimuuttuja-analyseissa vaihtoehdot ”hyvä” ja ”melko hyvä” yhdistettiin yhdeksi luokaksi ”hyvä” ja kolme muuta vaihtoehtoa yhdeksi luokaksi ”korkeintaan kohtalainen”.

Kiinnostuksen kohteina olevat taustamuuttujat olivat tutkimusvuosi, sukupuoli, ikä, koulutus, pääasiallinen toiminta ja pitkäaikaissairastavuus. Näistä kaikista on yhdenmukaiset tiedot vuodesta 1993 lähtien. Iän mukaan aineisto jaettiin 15–24-vuotiaisiin ”nuoriin” ja 25–34-vuotiaisiin ”nuoriin aikuisiin”. Koulutusastetta kuvataan kolmiluokkaisella muuttujalla: perusasteen koulutuksen saaneiksi luokiteltiin vain peruskoulun käyneet, keskiasteen koulutukseen luettiin pelkkä ylioppilastutkinto tai jokin ammatillinen koulutason koulutus. Korkea-aste kattoi sekä ammatilliset opistotutkinnot että korkeakoulututkinnot. Työmarkkina-asemaa kuvaava pääasiallisen toiminta oli neliluokkainen muuttuja: työssä (koko- tai osapäivätyössä) olevat, työttömät, opiskelijat ja muut (lähinnä omaa kotitaloutta hoitavat). Pitkäaikaissairaus tai sen puuttuminen oli kaksiluokkainen muuttuja. Taulukossa 1 on esitetty taustamuuttujien jakaumat sukupuolen mukaan yhdistetyssä aineistossa.

Koetun terveyden sukupuolten välisiä eroja eri vuosina testattiin Khiin neliötestillä. Logistista regressioanalyysia käytettiin selvittämään tutkimusvuoden ja taustamuuttujien yhteyttä koettuun terveyteen. Tulokset esitetään yhteyden voimakkuutta kuvaavina ristitulosuhteina (odds ratio = OR), joille laskettiin 95 prosentin luottamusvälit. Ristitulosuhde kuvaa henkilön mahdollisuutta kuulua referenssiluokkaan (korkeintaan kohtalainen terveys) kulloinkin verrattavaan luokkaan. Analyysit tehtiin erikseen miehille ja naisille.

Taulukko 1.

Vuosien 1990–2005 kyselyjen aineistot ja vastausosuudet (15–34-vuotiaat) sekä yhdistetty tutkimusaineisto taustamuuttujien mukaan miehillä ja naisilla.

	Miehet		Naiset	
	N	vastaus-%	N	vastaus-%
Tutkimusvuosi				
1990	366	..	453	..
1993	422	69	463	79
1996	398	65	441	76
1999	351	58	411	70
2002	346	53	436	70
2005	290	46	433	65
Yhdistetty aineisto 1990–2005	2173		2637	
Taustamuuttujat	n	%	n	%
Ikä				
15–24-vuotiaat	909	42	1175	45
25–34-vuotiaat	1264	58	1462	55
Koulutusaste (1993¹–2005)				
Perusaste	363	20	419	19
Keskiaste	850	47	916	42
Korkea-aste	587	33	839	39
Pääasiallinen toiminta				
Työssä	1222	56	1346	51
Opiskelija	660	30	884	34
Työtön tai lomautettu	219	10	265	10
Muu	69	3	137	5
Pitkäaikaissairaus				
Ei	1727	80	2129	81
Kyllä	420	20	487	19

.. Ikäluokittaisia vastausprosentteja ei tiedossa

¹ Koulutus kysytty vuodesta 1993 alkaen.

TULOKSET

Vuosien 1990–2005 yhdistetyssä aineistossa oli naisia 55 prosenttia (vaihteluväli 52–60 %) ja miehiä 45 prosenttia (40–48 %). Vähintään opistotasoisien koulutuksen saaneiden naisten osuus lisääntyi 32 prosentista 46 prosenttiin ja vastaava miesten osuus 26 prosentista 40 prosenttiin vuosina 1993–2005 (Taulukko 2). Opiskelijoiden osuus kasvoi 15 vuoden aikana vajaasta neljänneksestä noin 40 prosenttiin. Lamavuonna 1993 ja vielä kolme vuotta myöhemmin työttömyys oli yleistä (14–18 %) sekä miehillä että naisilla. Vuonna 2005 työttömiä nuoria naisia oli kaksinkertainen määrä nuoriin miehiin verrattuna. Pitkäaikaissairausten ilmoittaneita naisia oli vähiten vuonna 1990 (16 %) ja eniten vuonna 2005 (21 %). Miesten pitkäaikaissairastavuus vaihteli eri tutkimusvuosina vähemmän kuin naisilla pyytellen noin 20 prosentissa (Taulukko 2).

15–24-vuotiaat arvioivat terveytensä paremmaksi kuin 25–34-vuotiaat koko tarkastelujak-

son aikana. Miesten koettu terveydentila oli parhaimmillaan vuonna 1999, jolloin yli 90 prosenttia koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Sen jälkeen hyväksi tai melko hyväksi terveytensä kokeneiden miesten osuus väheni molemmissa ikäryhmissä (Kuvio 1a). Naisilla hyväksi tai melko hyväksi terveytensä kokeneiden osuus väheni tasaisesti koko 1990-luvun ja oli vuonna 2005 nuorilla naisilla seitsemän prosenttiyksikköä pienempi ja 24–35-vuotiailla kolme prosenttiyksikköä pienempi kuin vuonna 1990 (Kuvio 1b). Merkitsevä sukupuoliero koetussa terveydentilassa oli 15–24-vuotiailla vuonna 1999 ja 25–34-vuotiailla vuonna 1990 ja 2002. Tutkimusvuosien välillä ei ollut miehillä tilastollisesti merkitsevää eroa, mutta naisilla ero oli merkitsevä sekä nuoremmissa ($p=0.007$) että vanhemmassa ikäryhmässä ($p=0.043$). Hyväksi tai melko hyväksi terveytensä kokeneiden naisten osuus on vähentynyt tilastollisesti merkitsevästi tarkastelujaksona.

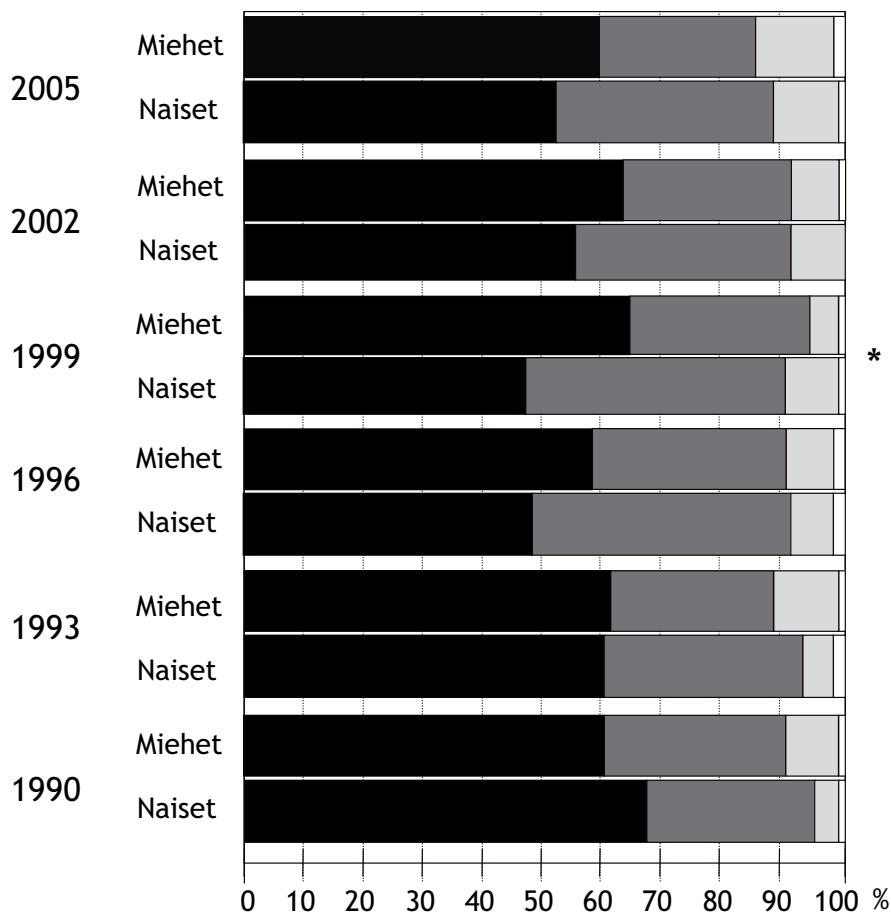
Taulukko 2.

15–34-vuotiaat miehet ja naiset taustamuuttujien mukaan (%) vuosien 1990–2005 kyselyissä.

	Tutkimusvuosi					
	1990	1993	1996	1999	2002	2005
Korkea-asteen koulutus						
Miehet	..	26	29	35	37	40
Naiset	..	32	33	38	45	46
Opiskelija						
Miehet	21	27	31	31	36	40
Naiset	25	29	36	35	38	40
Työssä						
Miehet	72	51	49	58	55	54
Naiset	66	51	45	46	49	50
Työtön						
Miehet	4	18	16	9	8	4
Naiset	2	14	14	13	10	9
Pitkäaikaissairas						
Miehet	22	18	19	20	19	20
Naiset	16	19	20	20	17	21

Kuvio 1a.

15–24-vuotiaiden tamperelaismiesten ja -naisten koettu terveydentila vuosina 1990–2005 (%).

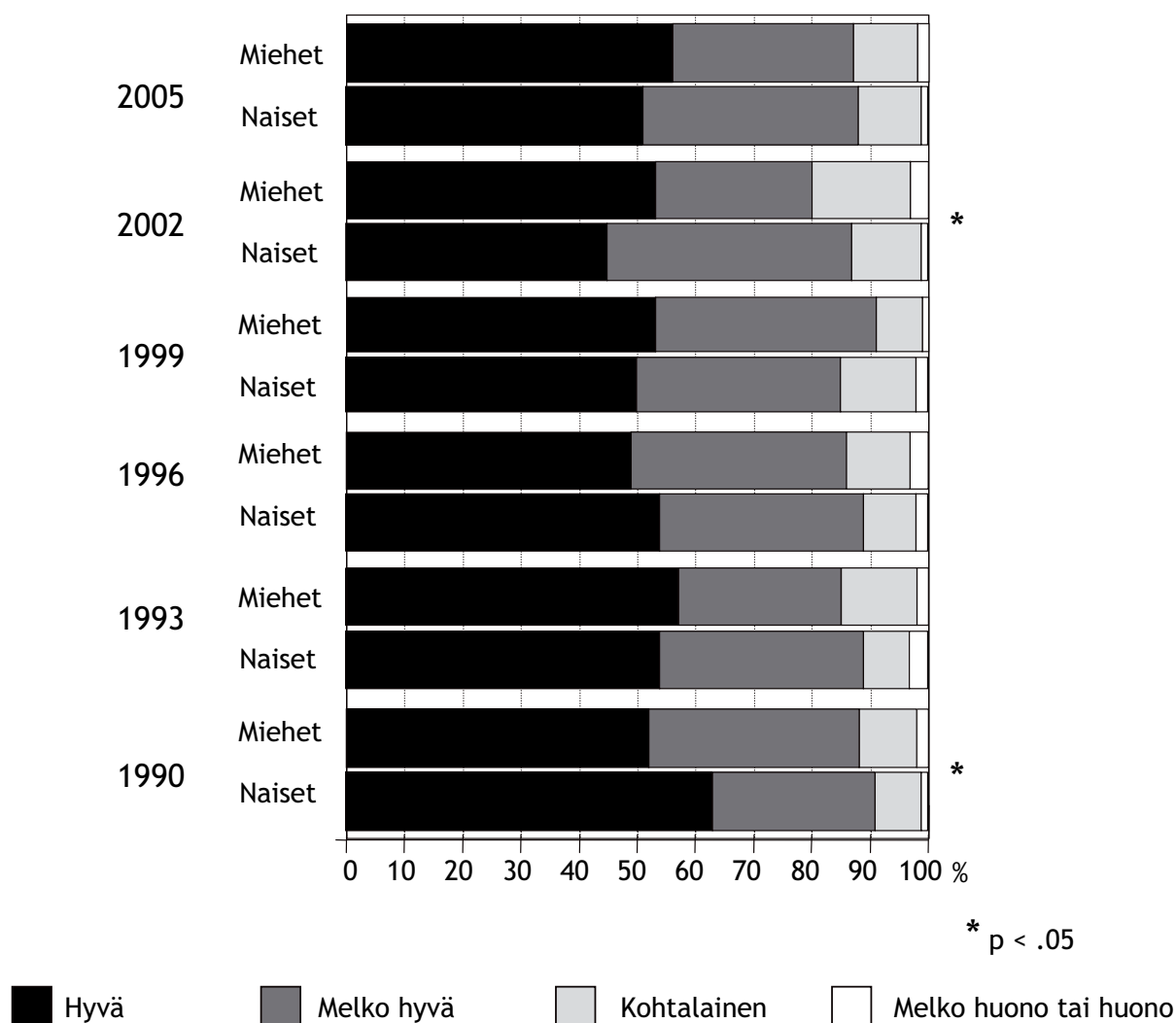


* p < .05

Hyvä
 Melko hyvä
 Kohtalainen
 Melko huono tai huono

Kuvio 1b.

25–34-vuotiaiden tamperelaismiesten ja -naisten koettu terveydentila vuosina 1990–2005 (%).

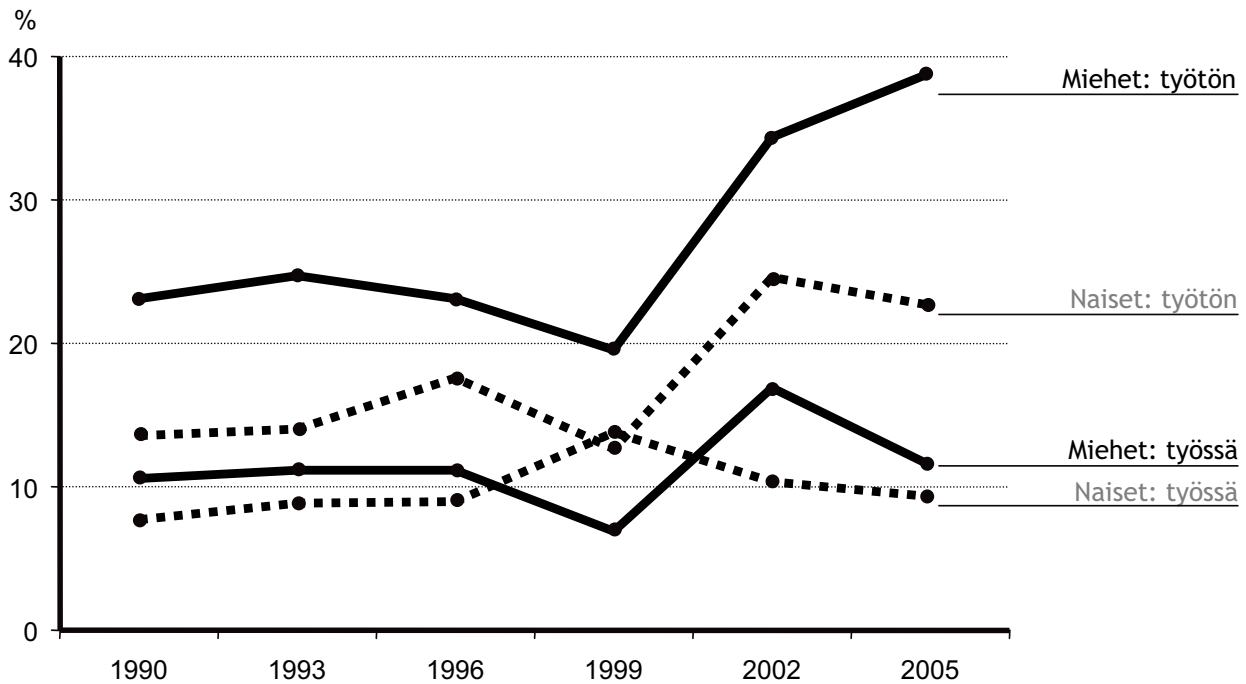


Muutokset koetun terveydentilan eri luokissa (hyvä, melko hyvä, kohtalainen ja melko huono/ huono) olivat miehillä varsin pieniä vuosina 1990–2005. Suurin muutos tapahtui vuonna 1999, jolloin korkeintaan kohtalaiseksi terveytensä kokevien osuus laski alle kymmenen prosentin molemmissa ikäryhmissä. Sen sijaan nuorilla 15–24-vuotiailla naisilla terveytensä varauksetta hyväksi kokeneiden osuus laski 67 prosentista noin 50 prosenttiin ja vastaavasti vanhemmassa ikäryhmässä 63 prosentista 51 prosenttiin 15 vuoden aikana. Siirtymä tapahtui lähinnä melko hyväksi terveytensä ilmoittaneiden ryhmään. Lisäksi nuorilla naisilla kohtalaiseksi tai sitä huonommaksi terveydentilansa kokeneiden osuus yli kaksinkertaistui vuodesta 1990 (5 %) vuoteen 2005 (12 %).

Koetun terveydentilan erot työttömien ja työllisten miesten välillä olivat suuret ja tilastollisesti merkitsevät koko 15 vuoden ajan (Kuvio 2). Ero myös kasvoi 2000-luvulle tultaessa. Kun 1990-luvun alkuvuosina vajaa neljännes työttömistä miehistä koki terveytensä korkeintaan kohtalaiseksi, niin vuonna 2005 osuus oli lähes 40 prosenttia. Työssä käyvistä miehistä keskimäärin hieman yli kymmenen prosenttia piti terveyttään huonona tai kohtalaisena tarkastelujakson aikana. Naisilla työttömien ja työllisten ero koetussa terveydessä kasvoi erityisesti vuodesta 1996 vuoteen 2005 merkitseväksi, mutta oli kuitenkin pienempi kuin miehillä. Opiskelijoiden koetun terveyden kehitys noudatti varsin hyvin työssä käyvien terveydentilan kehitystä. Vuonna 1990 korkeintaan kohtalainen terveys oli noin viidellä

Kuvio 2.

Korkeintaan kohtalaiseksi terveytensä kokeneet (%) miehet ja naiset työtilanteen mukaan vuosina 1990–2005.



prosentilla opiskelijoista ja vuonna 2005 vastaava osuus oli 13 prosenttia. Naisopiskelijoilla korkeintaan kohtalainen terveys yleistyi 15:ssä vuodessa enemmän kuin miesopiskelijoilla (+9 %-yksikköä vs. +3 %-yksikköä).

Korkeintaan kohtalaiseksi koettuun terveyteen yhteydessä olevia tekijöitä arvioitiin logistisella regressiomallilla vuosien 1993–2005 yhdistetyssä aineistossa erikseen miehillä ja naisilla. Selittävinä tekijöinä tarkasteltiin tutkimusvuotta, ikäryhmää, koulutusastetta, työtilannetta ja pitkäaikaissairastuvuutta. Kun kaikki tekijät olivat mukana monimuuttujamallissa, tilastollisesti merkitsevästi koettuun terveyteen olivat yhteydessä tutkimusvuosi ja ikä miehillä sekä koulutus, työtilanne ja pitkäaikaissairastavuus molemmilla sukupuolilla (Taulukko 3). Tutkimusvuosi 1999 poikkesi miehillä selvästi sekä aiemmista että myöhemmistä vuosista siinä, että silloin kohtalaiseksi tai sitä huonommaksi terveytensä kokeneita miehiä oli lähes puolet vähemmän. Tämä vuoden ja sukupuolen yhdysvaikutus oli merkitsevä. Naisilla ei vastaavanlaista huonon tai kohtalaisen terveyden vähenemistä vuonna 1999 esiintynyt. 25–34-vuotiailla miehillä korkeintaan kohtalainen terveys oli yleisempää kuin nuoremmilla. Naisilla ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Perusasteen koulutuksen saaneiden naisten korkeintaan kohtalaiseksi koettu terveys oli selvästi ylei-

sempää kuin korkeimmin koulutetuilla; miehillä ero oli hieman pienempi, mutta heillä myös keskiasteen suorittaneiden koettu terveys oli merkittävästi huonompi kuin korkea-asteen koulutuksen saaneiden. Työtilanteen suhteen erot koetussa terveydessä olivat suuret varsinkin miehillä: työttömät miehet kokivat terveytensä kohtalaiseksi tai huonoksi yleisemmin kuin työssäkäyvät, kun muut taustatekijät oli vakioitu. Naisilla ero oli samansuuntainen, mutta selvästi pienempi. Pitkäaikaissairaus lähes viisinkertaisti korkeintaan kohtalaisen koetun terveyden todennäköisyyden sekä naisilla että miehillä.

POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää tamperelaisien nuorten ja nuorten aikuisten koetussa terveydessä tapahtuneita muutoksia vuosina 1990–2005 ja koetun terveyden yhteyttä taustatekijöihin kuten sukupuoleen, ikään, koulutustasoon, työtilanteeseen sekä pitkäaikaissairastavuuteen. Tulokset osoittivat, että 15–24-vuotiaat nuoret kokivat terveytensä koko 15 vuoden tarkastelujaksona paremmaksi kuin 24–35-vuotiaat nuoret aikuiset. Tulos on yhdenmukainen Kansanterveyslaitoksen keräämän valtakunnallisen Aikuisväestön terveyskäyttätymistutkimuksen (AVTK) tulosten kanssa (Helakorpi ym. 2007). Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös muualla Eu-

Taulukko 3.

Korkeintaan kohtalaisen terveydentilan esiintyvyys (%), ristitulosuhteet (OR) ja 95 %:n luottamusvälit (LV) tutkimusvuoden ja taustatekijöiden mukaan.

Kyselyvuosi ja taustatekijät	Miehet			Naiset		
	%	OR	95 %:n LV	%	OR	95 %:n LV
Vuosi			**			
1993	13.7	1.00		9.1	1.00	
1996	12.3	0.86	0.56–1.33	10.2	1.30	0.81–2.08
1999	7.7	0.49	0.29–0.85	12.7	1.57	1.00–2.52
2002	15.3	1.38	0.89–2.14	11.2	1.81	1.13–2.90
2005	14.1	1.35	0.84–2.15	11.8	1.78	1.11–2.86
Ikä			*			
15–24	10.3	1.00		8.5	1.00	
25–34	13.8	1.55	1.05–2.30	11.7	1.41	1.00–2.02
Koulutus			**			**
Korkea-aste	10.2	1.00		9.9	1.00	
Keskiaste	13.2	1.49	1.03–2.16	10.3	1.29	0.90–1.84
Perusaste	15.2	2.02	1.26–3.22	13.8	2.35	1.51–3.68
Työtilanne			***			**
Työssä	11.3	1.00		9.7	1.00	
Opiskelija	8.8	0.81	0.51–1.27	8.1	0.72	0.48–1.07
Työtön, muu	25.3	2.61	1.77–3.86	16.9	1.47	1.01–2.13
Pitkäaikaissairaus			***			***
Ei ole	8.1	1.00		6.2	1.00	
On	30.0	4.45	3.27–6.06	26.9	4.91	3.66–6.58

Muuttujan vaikutuksen tilastollinen merkitsevyys: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

roopassa sekä miehillä että naisilla (Kunst ym 2005).

Sen sijaan koetun terveyden sukupuolierot olivat varsin pieniä eri tutkimusvuosina. Nuorten 15–24-vuotiaiden keskuudessa vain vuonna 1999 miesten terveydentila oli parempi kuin naisten. Vanhemmassa ikäryhmässä naisilla oli miehiä parempi terveys vuosina 1990 ja 2002. Tässä suhteessa tulokset poikkeavat koko maata koskevista AVTK:n tiedoista, joiden mukaan nuorten miesten koettu terveys on ollut 1990-luvulta lähtien parempi kuin naisten terveys, mutta nuorilla aikuisilla vastaavia eroja ei ole esiintynyt (Helakorpi ym. 2007).

AVTK -tutkimuksessa havaittiin 1990-luvun alkuvuosina 15–34-vuotiaiden naisten koetun terveydentilan kohentuneen, mutta sen jälkeen hieman heikentyneen. Myös tämän tutkimuksen mukaan nuorten ja nuorten aikuisten naisten koettu terveys hieman heikkeni, eli korkeintaan kohtalainen terveys yleistyi, 1990-luvun alusta 2000-luvun alkuvuosiin. AVTK -tutkimuksessa nuorten miesten koettu terveydentila parani 1990-luvun puolivälissä, jonka jälkeen se heikkeni vuoteen 2006 (Helakorpi ym. 2007). Myös

nuorten tamperelaismiesten koettu terveydentila huononi 2000-luvulle tultaessa.

Hyväksi terveytensä kokeneiden osuus piene- ni molempien ikäryhmien naisilla vuodesta 1990 vuoteen 2005. Samalla kasvoivat ”melko hyvän” ja ”kohtalaisen” terveyden osuudet. Kysymys siitä, onko naisilla tapahtunut todellista terveydentilan huononemisesta vai onko oman terveyden arvioinnin ”skaala” muuttunut esimerkiksi suhteessa ihanteisiin, jää osittain avoimeksi. Tamperelaisten nuorten naisten pitkäaikaissairastavuus on tosin 15 vuoden aikana hieman lisääntynyt samoin kuin psyykinen oireilu, erityisesti väsymys ja unettomuus (Paronen ym. 2006).

Pelkän perusasteen suorittaneiden ja keskiasteen tai enemmän koulua käyneiden väliset erot koetussa terveydessä ovat näkyvissä jo nuorella aikuisiällä. Koulutusryhmien väliset erot olivat naisilla hieman suuremmat kuin miehillä. Samansuuntainen tulos on saatu myös Terveys 2000 -tutkimuksen nuorten aikuisten aineistossa (Koskinen ym. 2005). Huonoksi koettu terveys on kytkeytynyt alempaan koulutustasoon monissa aiemmissa tutkimuksissa (Lahelma ym. 1993). Nuorilla aikuisilla koulutusasteen mukaisten ero-

jen tarkastelua vaikeuttaa kuitenkin se, että varsin suurella osalla tähän ikäryhmään kuuluvista opinnot ovat vielä kesken. Opiskelijoiden osuus oli koko aineistossa huomattavan suuri verrattuna tilanteeseen 15 vuotta sitten. Tässä ajassa myös opiskelijoiden koettu terveydentila on heikentynyt. Opiskelu saattaa jatkua pitkälle aikuisikään ja korkeampi ikä voi selittää osan koetun terveyden heikkenemisestä.

Nuorten työtilanteella oli vahva yhteys koettuun terveyteen. Työttömät kokivat koko tarkastelujakson ajan terveydentilansa huonommaksi kuin työssäkäyvät, mutta ero kasvoi 2000-luvulla entisestään, ja enemmän miehillä kuin naisilla.

Lamavuonna 1993 ja vielä laman jälkeisenä vuonna 1996 työttömiä oli aineistossa noin 15 prosenttia. 2000-luvun kyselyissä työttömien osuus putosi alle 10 prosentin. Työssä olevien ja työttömien nuorten koetun terveyden erojen kasvu voi liittyä pitkittyneeseen työttömyyteen ja samalla sen entistä leimaavampaan luonteeseen. Vähäisen työttömyyden aikana työttömyys on valikoivampaa ja työn puute voi rasittaa hyvinvointia enemmän kuin suuren työttömyyden aikana. Laajoissa kotimaisissa väestötutkimuksissa koetun terveydentilan onkin havaittu kohentuneen hetkellisesti lamavuosina 1991–1994, jonka jälkeen palattiin pian aikaisempiin lukemiin (Rahkonen ym. 2007).

Ruotsalaisen väestötutkimuksen mukaan työttömyydellä oli koettua terveydentilaa heikentävä vaikutus sekä laman että nousukauden aikana, mutta laman aikana vaikutus oli suurempi (Åhs ja Westerling 2005). Tutkimuksemme mukaan työtilanteen vaikutus koettuun terveyteen korostui vasta 2000-luvulla, mikä ei tue ruotsalaista havaintoa.

Nuorten ja nuorten aikuisten terveyttä kartoittavissa tutkimuksissa ongelmana on suuri kato etenkin 15–24-vuotiailla. Etenkin nuorten miesten on todettu vastaavan kyselyihin nuoria naisia innottomammin (Huurre ym. 2003). Tampereen terveyskyselyissä vastausaktiivisuuden lasku on koskenut erityisesti miehiä, joista alle puolet (46 %) vastasi vuoden 2005 kyselyyn. Naisten vastausosuus oli selvästi suurempi (65 %). Vertailu Tampereen väestötilastoihin osoitti, että vuonna 2005 kyselyyn vastanneissa oli enemmän korkea-asteen koulutuksen saaneita kuin perusjoukossa. Aineistossa oli myös työttömiä hieman vähemmän kuin samanikäisessä väestössä. Kyselyn kato painottui siis nuoriin mie-

hiin, vähän koulutusta saaneisiin ja työttömiin. Tulosten ja johtopäätösten kannalta tämä aineiston valikoituneisuus pikemminkin aliarvioi kuin yliarvioi esimerkiksi väestöryhmittäisiä eroja.

Koettua terveydentilaa käytetään paljon terveyden osoittimena, sillä huonon terveyden on todettu ennustavan varsin hyvin kuolleisuutta, huonoa fyysistä toimintakykyä ja psyykkistä raskautuneisuutta varsinkin vanhemmassa väestössä. Myös nuorilla aikuisilla koettua terveyttä voi pitää validina terveyden mittarina, joka soveltuu juuri yleisiin, väestötasoisiiin terveyskyselyihin (Manor ym. 2001). Koetun terveyden on todettu olevan jatkumo, joka ulottuu huonosta terveydestä kohtalaisen tai keskinkertaisen terveyden kautta hyvään terveyteen kun terveyden riskitekijät ja huonon terveyden mittarit otetaan huomioon (esim. Manderbacka ym. 1998).

Nuorten miesten kuolleisuus kääntyi laskuun 1990-luvulla, mutta vuosikymmenen loppupuolella kuolleisuus lisääntyi taas. Nuorten miesten kuolleisuus on Suomessa Euroopan Unionin keskitasoa suurempaa (Kumpula ym. 2006). Nuorten miesten kuolleisuus on lisääntynyt samalla kun koettu terveydentila on heikentynyt. Ruotsalaisia alokkaita koskevan tutkimuksen mukaan enintään kohtalaiseksi koettu terveydentila 18–20 vuoden iässä ennusti myöhempää kuolleisuutta erityisesti päihteiden käytön seurauksena (Larsson ym. 2002). Larssonin tutkimus antaa vihjeitä siitä, mitkä tekijät ovat huonon koetun terveyden takana – tässä tapauksessa päihteiden väärinkäyttö.

Tulevaisuudessa tarvitaan enemmän nuorten ja nuorten aikuisten koettua terveydentilaa ja sen determinantteja tarkastelevia haastattelututkimuksia, koska nuorten miesten osallistumisaktiivisuus varsinkin 15–24-vuotiailla jää alhaiseksi postikyselyissä. Kyselyyn vastaamattomiin ilmeisesti valikoituu huonon terveyden omaavia, joka tarkoittaa sitä, että nuorten miesten ja myös naisten koettu terveydentila olisi todellisuudessa vielä havaittua huonompi.

Aikuisiän terveyden perusta on terveys elämänsä elämisen aiemmissa vaiheissa. Ellei nuorten miesten ja naisten koetun terveyden heikentymistä kyetä korjaamaan, myönteinen kehitys aikuisten terveydessä saattaa pysähtyä kokonaan tai jopa kääntyä kielteiseksi. Nuorilla koettu terveys on hyvä ja kokonaisvaltainen hyvinvoinnin osoitin, jota tulisi entistä enemmän seurata osana terveyden edistämistoimia (Braidablik ym. 2008). Nuorten aikuisten koettuun terveyteen vaikutta-

via tekijöitä ovat pitkäaikaistyöttömyys, päihteen käyttö ja syrjäytyminen. Näihin voidaan vaikuttaa muun muassa terveyseroja vähentävällä työvoimapolitiikalla ja alkoholipolitiikalla sekä tukemalla neuvolatoimintaa ja kouluterveydenhuoltoa (Rahkonen ym 2007). Nuorten aikuisten

(alle 35-vuotiaiden) terveyttä ja elintapoja koskevaa tietoa tulisi raportoida erikseen osana kansallisesti kerättäviä aineistoja, jotta aikuisväestön terveyden kehitystä voisi ennakoida riittävän ajoissa.

Luoto R, Paronen O, Andersson A. Self-rated health among adolescents and young adults during 1990–2005 in Tampere
Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2008;45:136–145

We aimed to describe changes in self-rated health and their association to background factors of adolescents and young adults during the period 1990–2005. Surveys were mailed every third year to a population sample of Tampere citizens 15 years and older. Self-rated health of men and women younger than 35 years (N=4810) was evaluated by gender, education, employment status, study year and long-term illness. 14 percent of the young men reported their health to be moderate or poorer both years 1993 and 2005. Moderate or poorer self-rated health was report-

ed by a higher proportion of women during year 2005 (12%) than in 1993 (9%). The proportion of young men reporting their health to be moderate or poorer was double as high in 2000 compared to the earlier decade. In multivariate analyses educational differences in self-reported health were larger for women than for men and differences by employment status and self-reported health larger for men than for women. Moderate or poorer self-rated health was mostly associated with low education and long-term illness.

KIRJALLISUUS

- Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisen terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystutkimuksen väestötutkimuksen 1996/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT Terveys 1998;5, Stakes ja Kansaneläkelaitos, Helsinki 1998.
- Breidablik H-J, Meland E, Lydersen S. Self-rated health in adolescence: A multifactorial composite. *Scand J Public Health* 2008;36:12-20.
- Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/2007, Helsinki 2007.
- Heistaro S, Vartiainen E, Puska P. Trends in self-rated health in Finland 1972–1992. *Prev Med* 1996;25:625–632.
- Huurre T, Rahkonen O, Aro H. Terveystilan ja terveyskäyttäytymisen sosioekonomiset erot nuoruudesta aikuisuuteen. *Sosiaalilääk Aikak* 2003;40:154–162.
- Idler EI, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997;38:21–37.
- Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A. (toim.) Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005, Helsinki 2005.
- Kumpula H, Lounamaa A, Paavola M, Lunetta P, Impinen A. (toim.) Nuorten miesten tapaturmat ja väkivalta. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Kansanterveyslaitos. Helsinki 2006.
- Kunst AE, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra JAA, Geurts JJM, Helmert U, Lennartsson C, Ramm J, Spadea T, Strongerger WJ, Mackenbach JP. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *Int J Epidemiol* 2005;34:295–305.
- Lahelma E, Manderbacka K, Rahkonen O, Sihvonen A-P. Ill-health and its social patterning in Finland, Norway and Sweden. Stakes, Research reports 27, Helsinki 1993.
- Larsson D, Hemmingsson T, Allebeck P, Lundberg I. Self-rated health and mortality among young men: what is the relation and how it may be explained? *Scand J Public Health* 2002;30:259–266.
- Manderbacka K, Lahelma E, Martikainen P. Examining the continuity of self-rated health. *Int J Epidemiol* 1998;27:208–213.
- Manor O, Matthews S, Power C. Self-rated health and limiting longstanding illness: inter-relationships with morbidity in early adulthood. *Int J Epidemiol* 2001;30:600–607.
- Mechanic D. Adolescent competence, psychological well-being, and self-assessed physical health. *J Health Soc Behav* 1987;28:364–374.

Nielsen AB, Siersma V, Hiort LC, Drivsholm T, Kreiner S, Hollnagel H. Self-rated general health among 40-year-old Danes and its association with all-cause mortality at 10-, 20, and 29-years' follow-up. *Scand J Public Health* 2008;36:3–11.

Paronen O, Fogelholm M, Luoto R. Tampereläisen aikuisväestön terveys ja hyvinvointi 2005. Tampereen terveys- ja sosiaalikeskustuksen päätulokset. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimen julkaisuja 1/2006, Tampere 2006.

Rahkonen O, Talala K, Sulander T, Laaksonen M, Lahelma E, Uutela A, Prättälä R. Koettu terveys. Teoksessa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim). Terveystieteen eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki 2007.

Åhs A, Westerling R. Self-rated health to employment status during periods of high and of low levels of unemployment. *Eur J Public Health* 2005;16: 294–304.

RIITTA LUOTO

LT, professori mvs

Tampereen yliopisto ja UKK-instituutti

OLAVI PARONEN

YTM, erikoistutkija

UKK-instituutti,

ANNUKKA ANDERSSON

Yht.yo, tutkija

Tampereen yliopisto