

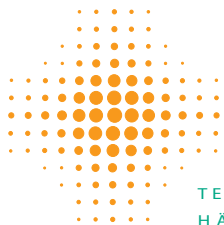


Kansanterveyslaitos
Folkhälsoinstitutet
National Public Health Institute

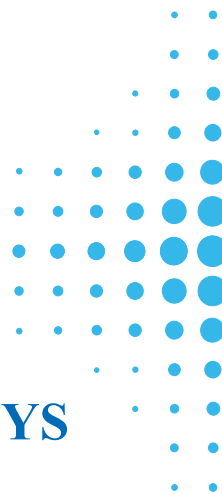
Kansanterveyslaitoksen julkaisuja

B 7 / 2005

Publications of the National Public Health Institute



TERVEYS
HÄLSA
HEALTH
2000



NUORTEN AIKUISTEN TERVEYS

Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset
18–29-vuotiaiden terveydestä ja
siihen liittyvistä tekijöistä



Helsinki
2005



Kansanterveyslaitos
Folkhälsöinstitutet
National Public Health Institute

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja

B 7/2005

Publications of the National Public Health Institute

NUORTEN AIKUISTEN TERVEYS

Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä

Seppo Koskinen, Laura Kestilä, Tuija Martelin ja Arpo Aromaa, toim.

Kansanterveyslaitos
Terveyden ja toimintakyvyn osasto

KTL-National Public Health Institute, Finland
Department of Health and Functional Capacity

Helsinki 2005

Copyright National Public Health Institute

Julkaisija – Utgivare – Publisher

Kansanterveyslaitos (KTL)

Mannerheimintie 166

00300 Helsinki

Puh. vaihde (09) 47 441, telefaksi (09) 4744 8408

Folkhälsoinstitutet

Mannerheimvägen 166

00300 Helsingfors

Tel. växel (09) 47 441, telefax (09) 4744 8408

National Public Health Institute

Mannerheimintie 166

00300 Helsinki

Telephone + 358 9 47 441, telefax + 358 9 4744 8408

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, KTL B 7/2005

ISBN 951-740-511-1 (print)

ISBN 951-740-512-X (pdf)

ISSN 0359-3576

<http://www.ktl.fi/terveys2000>

Taitto: Riitta Nieminen

Hakapaino Oy, Helsinki 2005

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 B 7/2005. Helsinki 2005, 176 sivua

ISBN 951-740-511-1 (print), ISBN 951-740-512-X (pdf)

ISSN 0359-3576

TIIVISTELMÄ

Vuonna 2001 Terveys 2000 -tutkimuksen osana toteutettiin nuorten aikuisten terveyttä ja sitä määrittäviä tekijöitä koskenut tutkimus. Suomen 18–29-vuotiaista väestöä edustavasta 1894 henkilön otoksesta 79 % osallistui terveyshaastatteluun ja 68 % palautti peruskyselylomakkeen. Täydentävän tiedonkeruun ansiosta tärkeimmät terveyttä ja toimintakykyä koskevat tiedot saatiin 90 %:lta otokseen kuuluneista. Hyvän osallistumisaktiivisuuden vuoksi tutkimus antaa luotettavan kuvan tämän ikäryhmän terveydestä. Tutkimuksen suunnitteluun ja toteuttamiseen osallistui laaja kansallinen verkosto KTL:n johdolla.

Nuoret aikuiset ovat monessa suhteessa hyvin terveitä. Terveytensä arvioi keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi vain 12 % ja pitkäaikaissairauksia oli neljäsosalla 18–29-vuotiaista. Muun muassa sydän- ja verisuonitaudit, diabetes ja tapaturmien aiheuttamat pysyvät vammat olivat alle 30-vuotiailla melko harvinaisia. Myös psyykinen kuormittuneisuus oli vähäisempää kuin 30 vuotta täytäneillä.

Kokonaiskuva nuorten aikuisten terveydestä ei kuitenkaan ole näin valoisa. Allergioita oli joka neljännellä nuorella aikuisella, samoin selkäkipu ja niskakipu olivat vaivanneet noin joka neljättä edeltäneen kuukauden aikana. Suun terveysongelmia oli peräti 40 %:lla, ja lievän työuupumuksen merkkejä oli yli neljäsosalla työssä olleista. Lähes joka viidennellä 18–29-vuotiaalla naisella oli viitteitä vakavasta masennusjaksosta edeltäneen vuoden aikana. Viitteitä alkoholiongelmista oli puolestaan peräti kolmanneksella nuorista aikuisista miehistä ja noin joka viidennellä tämän ikäryhmän naisista. Joka toinen nuori aikuinen söi kasviksia harvemmin kuin päivittäin, terveyden kannalta riittämättömästi vapaa-ajan liikuntaa harrasti noin 40 %, ja päivittäin tupakoivia oli nuorista aikuisista noin 30 %. Krapulassa edeltäneen vuoden aikana oli ollut peräti kolme neljäsosaa, ja huumeita oli kokeillut noin neljäsosa 18–29-vuotiaista.

Terveys ja sen määrittäjät vaihtelivat huomattavasti nuorten aikuisten osaryhmien välillä. Kaikkein suurimpia ja johdonmukaisimpia olivat koulutusryhmien väliset terveyserot, jotka olivat naisilla monen terveysongelman osalta vielä korostuneempia kuin miehillä. Nykypäivän nuorten aikuisten sukupolven varttuessa keski-ikään heidän koulutusryhmittäiset terveyseronsa saattavat entisestään kasvaa. Terveydeltään muita huono-osaisempia olivat myös yksin asuvat naiset ja miehet sekä joiltakin osin myös vanhempiansa kanssa asuvat miehet. Alue-erot olivat melko vähäisiä.

Nuorten aikuisten terveyden tulevaisuudennäkymät aiheuttavat monia haasteita terveyden edistämiseksi ja terveyspolitiikalle. Koska elintavat ja elinolot usein vakiintuvat tässä elämänvaiheessa, niiden väestöryhmittäiset erot ennakoivat suuria terveyseroja nykyisen nuorten aikuisten sukupolven ikääntyessä, ellei terveyden ja sen väestöryhmittäisten erojen määrittäjiin kyetä tehokkaasti puuttumaan etenkin huono-osaisimmissa väestöryhmissä.

Asiasanat: nuoret, terveys, oireet, taudit, toimintakyky, terveyspalvelut, elinolot, elintavat, ajankäyttö, eriarvoisuus, terveystutkimus.

Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, red.

Unga vuxnas hälsa. Grundläggande resultat om 18–29-åringars hälsa och relaterade faktorer från undersökningen Hälsa 2000. Folkhälsoinstitutets publikationer B 7/2005. Helsingfors 2005, 176 sidor

ISBN 951-740-511-1 (print), ISBN 951-740-512-X (pdf)

ISSN 0359-3576

RESUMÉ

Som en del av undersökningen Hälsa 2000 genomfördes år 2001 en undersökning om unga vuxnas hälsa samt faktorer som påverkar den. Av det representativa sampel på 1 894 personer, som motsvarade Finlands 18–29-åriga befolkning, deltog 79 procent i hälsointervjun och 68 procent returnerade basenkäten. Tack vare en kompletterande datainsamling fick man de viktigaste uppgifterna om hälsan och funktionsförmågan hos 90 procent av dem som ingick i samplet. Eftersom deltagandet var så gott ger undersökningen en tillförlitlig bild av åldersgruppens hälsa. I planeringen och genomförandet av undersökningen deltog ett brett nationellt nätverk, som leddes av KTL.

De unga vuxna är i många avseenden mycket friska. Bara 12 procent uppskattade att deras hälsa var medelmåttig eller sämre än genomsnittet och en fjärdedel av 18–29-åringarna led av kroniska sjukdomar. Bl.a. hjärt- och kärlsjukdomar, diabetes och bestående skador som orsakats av olyckor var rätt sällsynta hos under 30-åringarna. Även den psykiska belastningen var mindre än hos dem som fyllt 30 år.

Helhetsbilden av de unga vuxnas hälsa är dock inte så här ljus. Kring var fjärde var allergisk och även rygg- och nacksmärtor hade plågat nästan var fjärde under den föregående månaden. Hela 40 procent led av munhälsoproblem och över en fjärdedel av dem som jobbat uppvisade tecken på lindrig utmattning. Nästan var femte kvinna i åldern 18–29 år visade tecken på allvarliga depressionsperioder under det senaste året. En tredjedel av männen uppvisade å sin sida tecken på alkoholproblem, precis som en femtedel av kvinnorna i åldersgruppen. Varannan ung vuxen åt grönsaker mer sällan än dagligen, ca 40 procent utövade mindre motion under fritiden än vad som krävs för hälsan och kring 30 procent av de unga vuxna rökte dagligen. Hela tre fjärdedelar hade upplevt baksmälla under det föregående året och kring en fjärdedel av 18–29-åringarna hade provat på droger.

Det fanns stora skillnader i hälsa och de relaterade faktorerna mellan olika grupper av unga vuxna. Störst och mest konsekventa var hälsoskillnaderna mellan olika utbildningsgrupper och för hälsoproblemens del var dessa mer uttalade mellan kvinnorna än mellan männen. Då dagens unga vuxna blir medelålders kommer hälsoskillnaderna mellan utbildningsgrupperna eventuellt att växa ytterligare. När det gäller hälsan var också ensamstående kvinnor och män, och till vissa delar även män som bor med sina föräldrar, sämre lottade. De regionala skillnaderna var rätt små.

Framtidsutsikterna för de unga vuxnas hälsa uppvisar många utmaningar för hälsofrämjandet och hälsopolitiken. Eftersom levnadsvanorna och levnadsförhållandena befasts just i det här livsskedet, prognostiserar differenserna mellan befolkningsgrupperna stora hälsoskillnader då dagens unga vuxna åldras, om man inte effektivt kan ta tag i de faktorer som bestämmer hälsan och skillnaderna mellan befolkningsgrupperna, i synnerhet i de sämre lottade befolkningsgrupperna.

Ämnesord: ungdomar, hälsa, symtom, sjukdomar, funktionsförmåga, hälsovårdstjänster, levnadsförhållanden, levnadsvanor, tidsanvändning, ojämlikhet, hälsoundersökning.

Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A, eds.

The health of young adults. Baseline results of the Health 2000 Study on the health of 18 to 29-year-olds and the factors associated with it. Publications of the National Public Health Institute B 7/2005. Helsinki 2005, 176 pages

ISBN 951-740-511-1 (print), ISBN 951-740-512-X (pdf)

ISSN 0359-3576

ABSTRACT

In 2001 a survey on the health of young adults and the factors determining their health was conducted as a part of the Health 2000 Study. The sample of 1,894 subjects represented Finland's population in the age group 18 to 29 years. Of these, 79% were interviewed and 68% returned the basic questionnaire. With complementary data collection, the most essential health and functional capacity information was obtained from 90% of the subjects included in the sample. Due to the high response rate, this study provides a reliable picture of health in this age group. A large national network coordinated by the National Public Health Institute participated in the planning and implementation of the survey.

In many respects, young adults are very healthy. Only 12% rated their health average or below average, and one out of four 18 to 29-year-olds had a chronic illness. For example, cardiovascular diseases, diabetes and accident-related permanent injuries were relatively rare in this age group. Young adults also experienced less mental stress than adults aged 30 years or more.

However, the overall picture of the health of young adults is not quite so positive. About one in four had allergies, and also about one in four had suffered from back or neck pain during the preceding month. As many as 40% had oral health problems, and more than one in four of the employed had symptoms of mild burnout. Nearly one out of five women aged 18 to 29 showed clear signs of an episode of severe depression during the preceding year. In addition, as many as a third of the men and about a fifth of the women in this age group showed signs of alcohol problems. Half of the young adults did not eat vegetables daily, 40% exercised insufficiently to maintain their health, and about 30% smoked daily. As many as three out of four had experienced a hangover in the preceding year, and about one out of four 18 to 29-year-olds had tried drugs.

The level of health and the factors determining it varied greatly between different groups of young adults. The greatest and most consistent differences in health were seen between educational groups, and in regard of many health problems these differences were even more distinct among women than among men. When the young adults of today become middle-aged, the health differences between educational groups may increase further. In addition, women and men living alone and, in some respects, also men living with their parents were worse off than others with regard to health. Regional differences were relatively small.

The prospects for the future health of today's young adults present many challenges to the national health policy and the general promotion of health. As living habits and living conditions often become established at this stage of life, the differences in these between population groups forecast great differences in health when today's generation of young adults grows older, unless the determinants of health and health differences between population groups can be influenced efficiently, particularly in the worst-off population groups.

Keywords: adolescent, health status, signs and symptoms, disease, functional capacity, use of medical care, living conditions, health behavior, leisure activities, inequalities in health, health surveys.

ESIPUHE

Nuorten aikuisten terveydestä on Suomessa niukasti koko väestöä koskevia tietoja. Lisäksi olemassa olevien väestötutuksiin perustuvien tulosten luotettavuus on monelta osin kyseenalainen osallistumatta jättäneiden suuren osuuden takia. Nuori aikuisikä on kuitenkin koko väestön terveyttä ajatellen ratkaisevan tärkeä elämänvaihe. Monet myöhemmän aikuisiän terveyteen vaikuttavat elintavat ja elinolot vakiintuvat tässä iässä, ja nuoret aikuiset ovat uuden sukupolven vanhempia, joiden elinympäristö, hyvinvointi ja esimerkki muovaavat myös heidän lastensa terveyttä. Tämän takia luotettavien tietojen kokoaminen alle 30-vuotiaiden aikuisten terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä oli keskeinen Terveys 2000 -tutkimuksen tavoite. Nyt julkaistavat tulokset ovat tärkeä lähtökohta sekä nuorten aikuisten että koko väestön terveyden edistämiseen tähtäävän terveyspolitiikan, terveydenhuollon ja sosiaaliturvan kehittämiseksi.

Kun 30 vuotta täyttäneiden tutkimus oli syksyllä 2000 saatu suunniteltua ja tiedonkeruu käynnistettyä, ryhtyi laaja Terveys 2000 -tutkimuksen hankeorganisaatio valmistelemaan 18–29-vuotiaiden tutkimuksen sisältöä ja toteutusta. Kenttätutkimus toteutettiin keväällä ja kesällä 2001. 30 vuotta täyttäneiden aineiston tarkistusten ja korjausten jälkeen alettiin nuorten aikuisten aineiston tarkistukset ja tutkimustyö käsillä olevan raportin valmisteluseksi.

Terveys 2000 -hankkeen suunnittelussa ja koordinoinnissa työskentelee eri organisaatioiden tutkijoita, yhteensä noin 130 henkilöä. Noin 160 Tilastokeskuksen haastattelijaa toteutti haastattelut ja Kansanterveyslaitoksen työntekijät vastasivat täydentävästä tietojenkeruusta. Aineiston tarkistusten ja korjausten jälkeen Kansanterveyslaitoksella työskentelevä keskustuimisto toimitti vuoden 2004 alussa tutkijaryhmille perustaulukot. Niiden pohjalta aihekohtaisten työryhmien puheenjohtajat, sihteeri ja muut vastuuhenkilöt laativat tämän raportin lukujen käsikirjoitukset. Hankkeen työryhmien kokoonpanot on kuvattu 30 vuotta täyttäneiden perustulosraportissa sekä hankkeen kotisivulla (www.ktl.fi/terveys2000). Toimittajat laativat yhteisten lukujen käsikirjoitukset ja huolehtivat raportin toimittamisesta. Ratkaisevan tärkeää on ollut Kansanterveyslaitoksella terveyden ja toimintakyvyn osastolla työskentelevien työ. He ovat huolehtineet aineiston viimeistelystä, tiedostojen muodostamisesta, tilastollisesta analyysistä ja taulukoinneista sekä raportin viimeistelystä.

Erityiset kiitokset koko hankkeen ja tämän raportin aikaan saamisesta kuuluvat kaikille työtä vaivojaan säästämättä tehneille. Työtä on tehty innostuneesti ja yhteistyö on ollut poikkeuksellisen hyvää.

Toivomme nyt käyttöön tulevien tietojen edistävän suomalaisten terveyttä ja tukevan kaikkia sen hyväksi työskenteleviä. Raportti on myös hankkeen kotisivuilla (www.ktl.fi/terveys2000).

Koko Terveys 2000 -hankeorganisaation puolesta,
toimittajat

Seppo Koskinen

Laura Kestilä

Tuija Martelin

Arpo Aromaa

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ	3
RESUMÉ	4
ABSTRACT	5
ESIPUHE	6
1 JOHDANTO	9
2 AINEISTO JA MENETELMÄT	12
2.1 Otanta ja tiedonkeruun toteutus	12
2.2 Aineisto	14
2.3 Tiedonkeruun menetelmät	15
2.4 Kenttätutkimuksen onnistumisen arviointi	17
2.5 Raportin laatiminen	18
3 ELINOLOT, ELÄMÄNTILANNE JA PERHEELLISTYMINEN	24
3.1 Pääasiallinen toiminta ja toimeentulo	25
3.2 Koulutus	28
3.3 Siviilisääty ja perhe	31
3.4 Asuinympäristö ja työolot	34
3.5 Yhteenveto	37
4 ELINTAVAT	40
4.1 Ajankäyttö	40
4.2 Ruokatottumukset	45
4.3 Liikunta	49
4.4 Lihavuus ja painonhallinta	53
4.5 Seksuaalikäyttäytyminen ja raskauden ehkäisy	55
4.6 Nukkuminen	58
4.7 Tupakointi	60
4.8 Alkoholinkäyttö	63
4.9 Huumausaineiden ja anabolisten hormonien käyttö	65
5 RASKAUDET JA SYNNYTYKSET	71
6 ELÄMÄNLAATU JA KOETTU TERVEYS	73
6.1 Elämänlaatu	73
6.2 Koettu terveys	75
7 PITKÄAIKAISSAIRASTAVUUS JA TAPATURMIEN AIHEUTTAMAT VAMMAT	77
7.1 Pitkäaikaissairastavuus	77
7.2 Tapaturmien aiheuttamat vammat	78

8	SAIRAUDET JA OIREET	79
	8.1 Verenkierroelinten sairaudet ja diabetes	79
	8.2 Hengityselinten sairaudet, allergiat ja ihon sairaudet	82
	8.3 Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja oireet	85
	8.4 Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt	88
	8.5 Näkö- ja kuulo-ongelmat	93
	8.6 Suunterveys ja suunhoitotavat	96
	8.7 Infektiosairaudet	104
	8.8 Suolistosairaudet	106
	8.9 Muut oireet ja sairaudet	108
9	TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ	113
	9.1 Terveydenhoito ja terveystarkastukset	113
	9.2 Sairaalahoido ja lääkärikäynnit	114
	9.3 Lääkkeiden käyttö	117
	9.4 Hoidontarve ja sen tyydyttyminen	118
10	TOIMINTAKYKY JA TYÖKYKY	120
	10.1 Yleinen toimintakyky	121
	10.2 Liikkumiskyky	122
	10.3 Kognitiivinen toimintakyky	125
	10.4 Työkyky	127
	10.5 Kuntoutuksen tarve ja saanti	131
11	TERVEYDEN JA TOIMINTAKYVYN VAIHTELU ASUINALUEEN, KOULUTUKSEN JA KOTITALOUSTYYPIN MUKAAN	134
	11.1 Asuinalue ja taajama-aste	134
	11.2 Koulutus	139
	11.3 Kotitaloustyyppi	142
	11.4 Yhteenveto ja pohdinta	144
12	YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT	149
	12.1 Tutkimuksen toteutus	149
	12.2 Elinolot ja elintavat	150
	12.3 Terveys ja palvelujen käyttö	151
	12.4 Väestöryhmien väliset erot	153
	12.5 Päätelmät	155
	LIITTEET	159
	Liitetaulukot	165

1 JOHDANTO

Seppo Koskinen, Laura Kestilä, Tuija Martelin ja Arpo Aromaa

Nuoret aikuiset ovat jääneet valtakunnallisissa terveystutkimuksissa sivuosaan, vaikka terveys ja sen ongelmat ovat vähintään yhtä tärkeitä tässä kuin muissakin elämänvaiheissa. Lisäksi myöhemmän aikuisiän terveys rakentuu paljolti aiemmissa elämänvaiheissa vaikuttavien tekijöiden varaan. Myös väestöryhmien väliset terveyserot juontavat juurensa varhaisten käyttäytymis- ja ympäristötekijöiden vaikutuksiin. Nuorella aikuisiällä monet tulevan terveyden kannalta keskeiset ympäristön ja käyttäytymisen piirteet vakiintuvat: nuoret aikuiset täydentävät tai päättävät opintojaan, hakeutuvat tai ovat juuri hakeutuneet työelämään ja perustavat perhettä. Nuorten aikuisten terveys ja toimintakyky vaikuttavat paljon heidän koko elämäänsä. Heidän omaksumillaan elintavoilla on puolestaan ratkaiseva vaikutus koko aikuisväestön tulevaan terveyteen ja toimintakykyyn. Tiedot terveydestä, sen määrittäjistä ja niitä muovaavista tekijöistä tässä ikävaiheessa ovatkin tärkeitä koko aikuisväestön terveyden edistämiseksi. Nuorten aikuisten ikäryhmästä on kuitenkin kovin niukat tiedot maamme terveystietojärjestelmissä. Siksi Terveys 2000 -tutkimuksessa päätettiin tutkia myös 18–29-vuotiaita nuoria aikuisia.

Kansanterveyden edistämiseen tähtäävän terveys- ja yhteiskuntapolitiikan perustaksi tarvitaan luotettavat ja monipuoliset tiedot väestön terveyden ja toimintakyvyn sekä niihin vaikuttavien tekijöiden nykytilasta ja viimeaikaisesta kehityksestä (STM 2003a ja b). Kuolleisuuden kehitystä ja väestöryhmittäistä vaihtelua voidaan seurata monipuolisesti kuolemansyyrekisterin avulla. Myös joidenkin sairauksien esiintymisestä saadaan tietoja valtakunnallisista rekistereistä, jotka kuvaavat sairauksien yleisyyttä (esim. syöpärekisteri ja tartuntatautirekisteri), niiden hoitoa (hoitoilmoitusrekisteri) tai sairauksien perusteella myönnettyjä etuuksia (esim. Kelan rekisterit lääkkeiden erityiskorvauksiin oikeutetuista). Monien sairauksien yleisyydestä, sen paremmin kuin koetusta terveydestäkään, ei kuitenkaan saada tietoja rekisterilähteistä, vaan tarvitaan väestöä edustaville otoksille tehtyjä kysely-, haastattelu- ja kliinisiä tutkimuksia. Työ- ja toimintakyvyn rajoitusten perusteella myönnettyjä etuuksia koskevat rekisterit sisältävät joitakin toimintakykyä kuvaavia tietoja, mutta edustavia väestöotoksia koskevat tutkimukset ovat tärkein tiedon lähde arvioitaessa väestön toimintakykyä. Monien palvelujen käyttöä voidaan seurata rekisterien avulla, mutta väestötutkimukset ovat tarpeen mm. avohoidon käyttöä sekä palvelujen käytön ja terveyden välisiä yhteyksiä selvittäessä. Lisäksi väestötutkimukset ovat ainoa tapa hankkia luotettavia tietoja terveyteen vaikuttavista biologisista tekijöistä, elintavoista ja monista elinympäristön piirteistä.

Suomessa Kela on tehnyt koko väestöä edustaville otoksille terveysturvan haastattelututkimuksia vuodesta 1964 alkaen (Arinen ym. 1998) vaihtelevin väliajoin.

Kansanterveyslaitos on koonnut tietoja työikäisen väestön terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä vuosittaisilla 15–64-vuotiaille lähetetyillä AVTK-postikyselyillä (Helakorpi ym. 2003) sekä viiden vuoden välein 25–64-vuotiaille tehdyillä Finriski-tutkimuksilla (Vartiainen ym. 2003). Myös Tilastokeskuksen elinolutkimukset (Huuhka ym. 1996) sisältävät tietoja 15 vuotta täyttäneiden suomalaisten terveydestä. Lisäksi kolmen vuoden välein tehdyissä Työ ja terveys -haastattelututkimuksissa (Piirainen ym. 2003, Kauppinen ym. 2004) on koottu tietoja 25 vuotta täyttäneiden terveyteen liittyvistä tekijöistä. Ensimmäinen monipuolinen terveyshaastattelun ja terveystarkastuksen yhdistelmänä toteutettu kansallinen tutkimus oli vuosina 1978–80 tehty Mini-Suomi-terveystutkimus (Aromaa ym. 1989), joka kohdistettiin 30 vuotta täyttäneisiin.

Tuoretta väestötutkimuksiin perustuvaa tietoa nuorten aikuisten terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä on saatavilla vain muutamasta lähteestä. Vuosittain tehtyjen AVTK-kyselyjen otos on väestöä edustava, mutta tulosten antama kuva etenkin nuorten miesten terveydestä voi olla vinoutunut alle 60 %:n vastausaktiivisuuden takia (Helakorpi ym. 2003). Myös korkeakouluopiskelijoille vuonna 2000 tehtyyn terveystutkimukseen (Kunttu ja Huttunen 2001) vastasi vain hieman yli puolet otokseen kuluvista miehistä. 25 vuotta täyttäneistä on runsaammin tietoja, samoin 11–18-vuotiaista (Rimpelä ym. 2003, Currie ym. 2004), ja koska osallistumisaktiivisuus on parempi kuin edellisissä tutkimuksissa tuloksetkin lienevät luotettavampia.

Terveys 2000 -tutkimuksen tarkoituksena oli hankkia ajankohtaiset tiedot tärkeimmistä kansansairauksista, niiden syistä ja hoitotilanteesta sekä työ- ja toimintakyvystä koko aikuisväestössä. Tutkimusta varten koottiin laaja hankeorganisaatio, jossa rahoittajina ja toteuttajina olivat mukana mm. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Kuntien eläkevakuutus, Stakes, Suomen Hammaslääkäriseura ja Suomen Hammaslääkäriliitto, Työsuojelurahasto, Työterveyslaitos, UKK-instituutti ja Valtion työsuojelurahasto. Hankeorganisaatio suunnitteli ja toteutti tutkimuskokonaisuuden Kansanterveyslaitoksen johdolla. 30 vuotta täyttäneitä koskeva tutkimus sisälsi tutkittavien kotona tehdyn terveystarkastuksen ja terveyskeskuksessa tai muussa vastaavassa paikassa toteutetun terveystarkastuksen sekä tutkittavien itse täyttämiä kyselylomakkeita. Tiedonkeruu alkoi elokuussa 2000 ja päättyi keväällä 2001. 18–29-vuotiaiden tutkimus sisälsi laajan haastattelun, minkä lisäksi tutkittavat täyttivät kyselylomakkeita. Tilastokeskus toteutti kotikäyntihaastattelun. 18–29-vuotiaiden haastattelut toteutettiin huhti–heinäkuussa 2001, ja haastatteluun osallistumatta jääneiden täydentävä tiedonkeruu päättyi joulukuussa 2001.

Tässä julkaisussa esitettävät 18–29-vuotiaita koskevat tulokset täydentävät aiemmin julkaistujen 30 vuotta täyttäneitä koskevien perustulosten (Aromaa ja Koskinen 2002) antamaa kuvaa suomalaisen aikuisväestön terveydestä 2000-luvun alussa. Teoksen tarkoitus on saattaa Terveys 2000 -tutkimuksen nuoria aikuisia koskevat keskeiset havainnot niitä tarvitsevien henkilöiden ja organisaatioiden käyttöön.

Käynnissä on useita aineistoon perustuvia tutkimuksia ja lähivuosina tuotetaan runsaasti yksityiskohtaisia tieteellisestä ja terveystalouden kehittämisen näkökulmasta tärkeitä tietoja nuorten aikuisten terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä.

Kirjallisuus

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisen terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystalouden väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT Terveys 5, Stakes ja Kansaneläkelaitos, Helsinki 1998.

Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälikä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki 1989.

Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html>

Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Setterbulte W, Samdal O, Barnekow Rasmussen V. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No 4, WHO Europe 2004.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17, Helsinki 2003. <http://www.ktl.fi/publications/2003/b17.pdf>

Huuhka M, Lahelma E, Manderbacka K, Mattila V, Karisto A, Rahkonen O. Terveystilanne ja sosiaalinen murros. Vuosien 1986 ja 1994 elinolututkimukset. Tilastokeskus, SVT Elinolot 1996:2, Helsinki 1996. (tiivistelmä: http://www.stat.fi/tk/tp_tied/tiedotteet/v96/leh78.html).

Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J, Tossavainen A. Työ ja terveys Suomessa 2003. Työterveyslaitos, Helsinki 2004. <http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tyoterveyshuolto/Tiedonlahteet/Kirjallisuus/Tyo+ja+terveys.htm>

Kunttu K, Huttunen T. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 45, Helsinki 2001.

Piirainen T, Hirvonen M, Elo A-L, HUUHTANEN P, Kandolin I, Kauppinen K, Ketola R, Lindström K, Salminen S, Reijula K, Riala R, Toivanen M, Viluksela M, Virtanen S. Työ ja terveys – haastattelututkimus 2003. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2003.

Rimpelä A, Lintonen T, Pere L, Rainio S, Rimpelä M. Nuorten terveystapatutkimus 2003: Tupakkatuotteiden ja päihitteiden käytön muutokset 1977–2003. Stakes, Aiheita 13/2003, Helsinki 2003. (<http://www.stakes.fi/verkkojulk/pdf/aiheita/Aiheita13-2003.pdf>)

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005 -työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2003:37, Helsinki 2003a.

STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietouudistus 2005. Väestön terveydentila -ryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2003:36, Helsinki 2003b.

Vartiainen E, Laatikainen T, Tapanainen H, Salomaa V, Jousilahti P, Sundvall J, Salminen M, Männistö S, Valsta L. Suomalaisten sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät FINRISKI-tutkimuksessa 1982–2002. Suomen lääkärilehti 2003;58:4099–4106.

2 AINEISTO JA MENETELMÄT

Seppo Koskinen, Laura Kestilä, Tuija Martelin ja Arpo Aromaa sekä projektiryhmä ja tietojenkäsittely ja analyysi -työryhmä

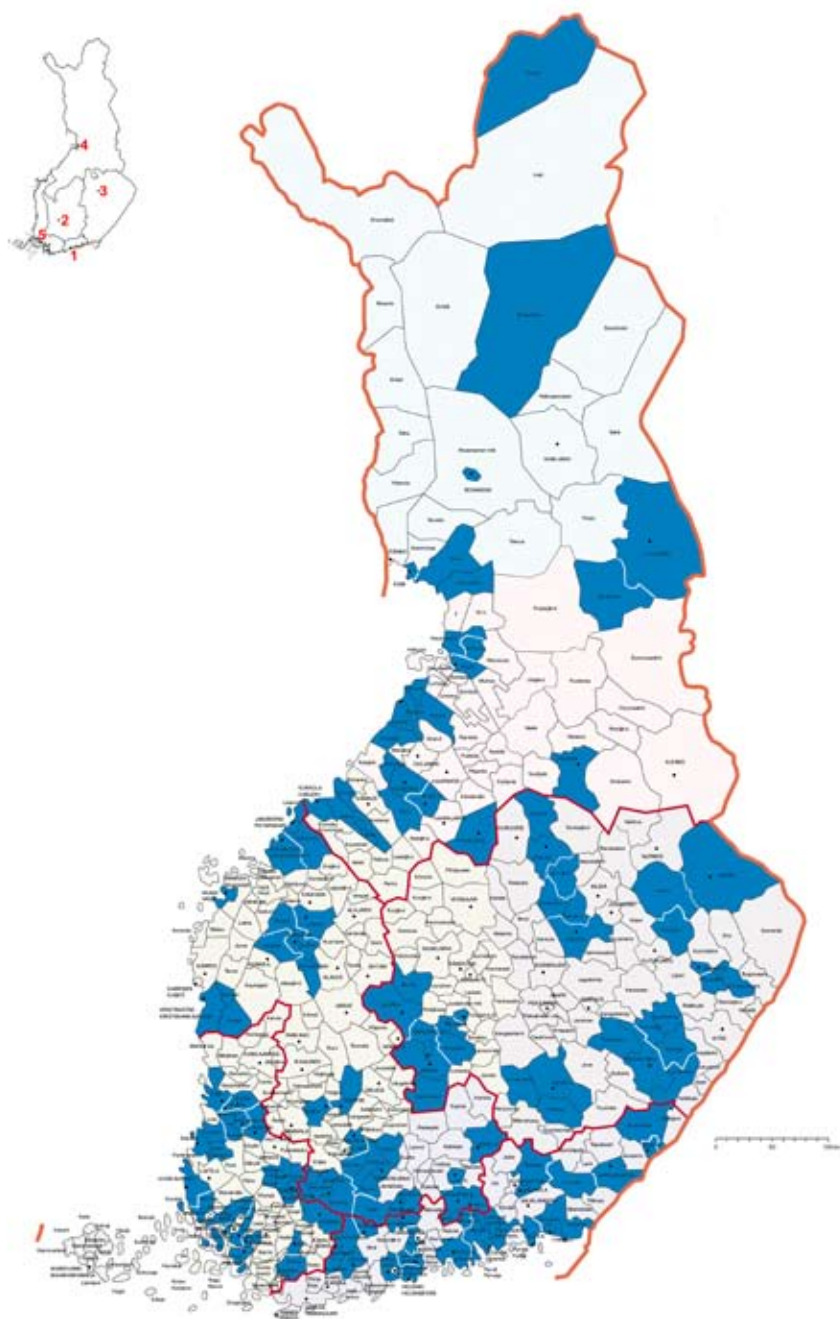
2.1 Otanta ja tiedonkeruun toteutus

Terveys 2000 -tutkimuksen alueyksiköiksi valittiin viisi ns. miljoonapiiriä (yliopistosairaalaapiirit). Tilastokeskuksessa suunniteltiin kaksiassteinen otanta-asetelma. Tutkimuksen perusjoukoksi määriteltiin manner-Suomessa asuva aikuisväestö, 18 vuotta (1.7.2000) täyttäneet. Perusjoukko ositettiin alueellisesti yliopistosairaaloiden vastuualueiden (viisi ns. miljoonapiiriä) mukaan käyttäen väestömäärään suhteutettua suhteellista kiintiöintiä. Jokainen osite jaettiin kahtia niin, että maan 15 suurinta kuntaa tai terveyskeskusta ylläpitävää kuntayhtymää (terveyskeskuspiirit) poimittiin kaikki, ja lopputulos eli 65 terveyskeskuspiiriä poimittiin kussakin ositteessa systemaattisella PPS-otannalla. Koko maasta tutkimukseen tuli 80 terveyskeskuspiiriä (yhteensä 160 kuntaa, kuvio 2.1.1. ja liite 3). Niistä valittiin otos tutkittavia systemaattisen otannan avulla. Suurten kaupunkien otoskoko suhteutettiin väestön määrään, ja muissa terveyskeskuspiireissä otoskoot laskettiin niin, että ne vastasivat suhteellisen kiintiöinnin vaatimusta. Tuloksia analysoitaessa on otettava huomioon otoksen rakenne. Kansaneläkelaitos poimi otoksen ja siinä oli 30 vuotta täyttäneitä 8028 ja 18–29-vuotiaita 1894. Otanta tehtiin 1.7.2000 vallinneiden tietojen perusteella ja näin ollen otokseen kuuluvien asuinpaikka ja ikä vastaavat tilannetta heinäkuun alussa vuonna 2000. Otanta on selostettu yksityiskohtaisemmin toisaalla (Laiho ja Djerf 2004).

18–29-vuotiaiden kenttätutkimus sisälsi Tilastokeskuksen toteuttaman haastattelun (yhteensä 127 haastattelijaa) ja sen yhteydessä annetun peruskyselyn sekä ravinnonkäyttökyselyn. Ennen kenttätutkimuksen alkua ja sen aikana tutkimuksesta tiedotettiin laajalti sekä kansallisissa että paikallisissa tiedotusvälineissä. Kaikin keinoin pyrittiin turvaamaan hyvä osallistumisalttius. Katoon jääneille lähetettiin haastattelun ja peruskyselyn ydinkysymyksistä koottu lyhyt kysely. Näillä keinoin tietoja saatiin suuremmasta osasta otosta kuin muissa tutkimuksissa Suomessa ja muissa Euroopan maissa (European Health Interview & Health Examination Surveys Database www.iph.fgov.be/hishes/)

Tilastokeskuksen haastattelijoiden haastattelutiedot tallennettiin kannettaville mikrotietokoneille ja tulokset lähetettiin säännöllisin välein Tilastokeskukseen salattuina.

Kuvio 2.1.1. Terveys 2000 -tutkimuksen tutkimusalueet.



2.2 Aineisto

18–29-vuotiaiden otokseen kuului 1 894 henkilöä, joista haastateltiin 1 503 henkilöä (79 %). Haastattelun jälkeen täytettävän peruskyselyn palautti 1 282 henkilöä (68 %). Niille henkilöille, joita ei saatu haastateltua, lähetettiin haastattelun ja peruskyselyn tärkeimmistä kysymyksistä koottu jälkikysely, jonka palautti 205 henkilöä (11 %). Näin ollen tärkeimpiin haastattelun kysymyksiin vastasi kaikkiaan noin 90 % otokseen kuuluvista, ja vastaavasti peruskyselyn ydinkysymyksiin vastasi noin 78 % (taulukko 2.2.1.). Otos, tutkitut ja osallistuneiden osuudet asuin-kunnan sijainnin mukaan käyvät ilmi taulukosta 2.2.2. Kadon syyt on eritelty taulukossa 2.2.3.

Taulukko 2.2.1. Otos ja eri tutkimusvaiheisiin osallistuneet sukupuolen ja iän mukaan, 18–29-vuotiaat.

	Otos	Osallistuneet					
		Haastattelu		Peruskysely		Jälkikysely	
		lkm	% otoksesta	lkm	% otoksesta	lkm	% otoksesta
Miehet							
18–24	589	474	80,5	370	62,8	56	9,5
25–29	392	291	74,2	232	59,2	41	10,5
Yhteensä	981	765	78,0	602	61,4	97	9,9
Naiset							
18–24	549	440	80,1	418	76,1	75	13,7
25–29	364	298	81,9	262	72,0	33	9,1
Yhteensä	913	738	80,8	680	74,5	108	11,8

Taulukko 2.2.2 Otos ja eri tutkimusvaiheisiin osallistuneet sukupuolen ja asuinpaikan sijainnin¹ mukaan, 18–29-vuotiaat.

	Otos	Osallistuneet					
		Haastattelu		Peruskysely		Jälkikysely	
		lkm	% otoksesta	lkm	% otoksesta	lkm	% otoksesta
Miehet							
HUS	332	239	72,0	177	53,3	44	13,3
TYKS	126	95	75,4	82	65,1	8	6,3
TaYS	210	159	75,7	124	59,0	25	11,9
KYS	157	137	87,3	110	70,1	11	7,0
OYS	156	135	86,5	109	69,9	9	5,8
Yhteensä	981	765	78,0	602	61,4	97	9,9
Naiset							
HUS	332	252	75,9	230	69,3	49	14,8
TYKS	117	91	77,8	83	70,9	14	12,0
TaYS	197	163	82,7	152	77,2	24	12,2
KYS	145	132	91,0	124	85,5	7	4,8
OYS	122	100	82,0	91	74,6	14	11,5
Yhteensä	913	738	80,8	680	74,5	108	11,8

¹ Koko maa on jaettu viiteen yliopistosairaalan vastuualueeseen eli ns. miljoonapiiriin: HUS = Helsingin yliopistosairaalan vastuualue, TYKS = Turun yliopistosairaalan vastuualue, TaYS = Tampereen yliopistosairaalan vastuualue, KYS = Kuopion yliopistosairaalan vastuualue, OYS = Oulun yliopistosairaalan vastuualue

Taulukko 2.2.3. Otos, osallistuminen tiedonkeruun eri vaiheisiin ja kato eriteltynä.

	Lukumäärä	%
Otos	1 894	100,0
Osallistuneet		
Haastatteluun	1 503	79,4
Peruskyselyyn	1 282	67,9
Jälkikyselyyn	205	10,8
Ainakin yhteen edellämainitusta	1 710	90,3
Kato		
Kuollut ennen tutkimusta	0	-
Kieltäytynyt	114	6,2
Ulkomailla	12	0,6
Ei tavoitettu	55	2,9
Muu syy	3	0,2
Yhteensä	184	9,7

2.3 Tiedonkeruun menetelmät

Tässä kuvataan pääpiirteissään 18–29-vuotiaiden tutkimuksessa tiedonkeruussa käytetyt menetelmät Terveys 2000 -hankkeessa. Lisätietoja on eri tuloslukujen yhteydessä sekä Terveys 2000 -tutkimuksen menetelmäraportissa (Heistaro 2005). Lomakkeet kokonaisuudessaan ovat Terveys 2000 -tutkimuksen kotisivuilla (www.ktl.fi/terveys2000).

Terveyshaastattelu

Tilastokeskuksen haastattelija varmisti, että osoitetiedot ovat oikein, ja otti sen jälkeen yhteyttä kirjeitse haastateltavaan. Tämän jälkeen hän soitti haastateltavalle sopiakseen haastatteluajasta. Ennen 18–29-vuotiaiden haastatteluja Tilastokeskuksen haastattelijat olivat jo haastatelleet 30 vuotta täyttäneitä. Sitä ennen heille oli järjestetty kolme samansisältöistä koulutustilaisuutta, jotka koskivat ennen kaikkea haastattelun sisältöä. Haastattelut olivat tietokoneavusteisia ja niiden toteutus vastasi Tilastokeskuksen pitkäaikaista käytäntöä. Haastattelun aikana tutkittavalle annettiin tiedote ja allekirjoitettava suostumuslomake. Haastattelun kuluessa luokiteltiin eräät vastaukset käyttäen apuna tietokonepohjaisia luokittelujärjestelmiä, joita tuki kattava luettelo mm. kunnista, ammateista, sairauksista, lääkkeistä ja leikkauksista. Haastattelija jätti tutkittavalle peruskyselylomakkeen ja palautuskuoren, jossa hän pyysi tutkittavaa postittamaan täytetyn lomakkeen Kansanterveyslaitokseen. Haastattelu kesti keskimäärin 75 minuuttia ja paperille tulostettuna sen pituus oli yli 100 sivua.

Haastattelulla kerättiin tärkeimmät taustatiedot, tiedot terveydentilasta ja sairauksista sekä lääkkeiden käytöstä, terveystalvelujen käytöstä, elintavoista, nykyisestä ja lapsuuden ajan elinympäristöstä, toimintakyvystä, työstä ja työkyvystä sekä kuntoutuksesta. 18–29-vuotiaiden haastattelulomaketta laadittaessa lähtökohtana oli 30 vuotta täyttäneille suunniteltu lomake, josta karsittiin pois nuorten aikuisten kannalta epäoleellisia osia ja johon vastaavasti lisättiin sellaisia 18–29-vuotiaiden terveyden kannalta oleellisia kysymyksiä, joita 30 vuotta täyttäneille ei ollut esitetty. Niistä valtaosa koski opiskelua, kouluvaikeuksia, nuuskan käyttöä tai lyhytkestoista työmuistia. Lisäksi haastatteluun siirrettiin joitakin 30 vuotta täyttäneiden terveystarkastukseen sisältyneitä osia. Tuki- ja liikuntaelimestön vaivoja ja oireita selvitettiin kysymyksillä, jotka 30 vuotta täyttäneillä sisältyivät terveystarkastuksen oirehaastatteluun. Infektioista ja rokotuksista tiedusteltiin käyttäen 30 vuotta täyttäneiden terveystarkastuksen yhteydessä täyttämän infektioykselyn kysymyksiä.

Mielenterveyskysymyksiin sisällytettiin eräitä 30 vuotta täyttäneiden terveystarkastukseen sisältyneen mielenterveyshaastattelun pääkysymyksiä. Lisäksi tutkittavien kognitiivista toimintakykyä kartoitettiin sanojen luettelutehtävällä, joka 30 vuotta täyttäneiden tutkimuksessa sisältyi terveystarkastuksen toimintakykymittauksen. 18–29-vuotiaiden haastattelun sujumista arvioitiin ennen varsinaisen tiedonkeruun aloittamista tekemällä pienimuotoinen esitutkimus, johon osallistui kymmenen otokseen kuulumatonta nuorta aikuista. Haastattelun sisältöä kuvaavat otsikot on lueteltu liitteessä 1 ja lomake on KTL:n kotisivulla osoitteessa www.ktl.fi/terveys2000.

Peruskysely

18–29-vuotiaiden peruskyselylomaketta laadittaessa lähtökohtana oli 30 vuotta täyttäneiden vastaava lomake, jonka sisältöä muokattiin nuorelle aikuisväestölle sopivaksi. 31 sivun pituisessa peruskyselyssä selvitettiin – pääosin samoin kysymyksiin kuin 30 vuotta täyttäneidenkin joukossa – mm. osallistumista terveyttä edistävään toimintaan, terveyttä ja sairauksia koskevaa tiedonhakua, elämänlaatua, psyykkisiä kokemuksia, työn ja opiskelun kokemista, oireita, liikkumista, makean syömistä, alkoholinkäyttöä, ajankäyttöä ja harrastuksia, tietokoneen käyttöä, lapsuuden elinoloja ja työoloja. Lisäksi 30 vuotta täyttäneiden 3. kyselystä valittiin mukaan unta ja sukupuolielinten alueen tulehduksia koskevia kysymyksiä. Peruskyselyssä selvitettiin myös painonhallintaa, itsemurhayrityksiä, huumeiden käyttöä ja seksuaalielämää, joita 30 vuotta täyttäneiden keskuudessa ei kartoitettu. Peruskyselyn sisältöä kuvaavat otsikot on lueteltu liitteessä 2 ja lomake on KTL:n kotisivulla osoitteessa www.ktl.fi/terveys2000. Niille, jotka eivät palauttaneet peruskyselyä noin neljän viikon kuluessa, lähetettiin uusi lomake, jonka palauttamiseen kannustettiin tarjoamalla hyväksyttävän lomakkeen palauttaneille kaksi elokuvallippua.

Ravinnonkäyttökysely

Ravinnonkäyttöä mitattiin samalla frekvenssityyppisellä ravinnonkäyttökyselyllä kuin 30 vuotta täyttäneiden tutkimuksessa (liite 2). Lomake lähetettiin postitse henkilöille, jotka palauttivat kotihaastattelussa annetun peruskyselylomakkeen. Postitetuista ravintokyselylomakkeista Kansanterveyslaitokseen palautui 797 lomaketta. Lomakkeet tarkastettiin ja kahdeksan puutteellisesti täytettyä lomaketta hylättiin. Lopulta nuorten aikuisten tutkimuksen ravinnonkäyttötiedot käsittivät 789 henkilöä.

Jälkikysely

Henkilöille, joita ei saatu haastateltua, lähetettiin erillinen jälkikysely postitse. Kyselyn palauttamiseen kannustettiin tarjoamalla hyväksyttävän lomakkeen palauttamiselle kaksi elokuvalippua. 16-sivuinen lomake koottiin haastattelun ja peruskyselyn tärkeimmistä kysymyksistä ja sekin on KTL:n kotisivulla osoitteessa www.ktl.fi/terveys2000.

Tietojen viimeistely

Suuri osa kaikista tiedoista kerättiin tietokoneavusteisesti alun pitäen niin, että ne olivat muodollisesti virheettömiä. Kyselylomakkeet esitarkistettiin ja tallennettiin sen jälkeen ulkopuolisessa yrityksessä. Kaikkiin tietoihin kohdistettiin muodolliset oikeellisuustarkastukset, joiden lisäksi tehtiin eri tietojen väliset loogisuustarkistukset ja -korjaukset. Tarkistus- ja korjaustyötä johti kokenut henkilöstö, ja suuren osan siitä tekivät terveydenhuoltoalan ammattitutkinnon jälkeisiä jatko-opintoja suorittavat työntekijät.

2.4 Kenttätutkimuksen onnistumisen arviointi

18–29-vuotiaiden kenttätutkimus onnistui erittäin hyvin huolimatta joistakin kiiheen aiheuttamista pulmista tutkimuksen suunnittelun ja kenttätutkijoiden koulutuksen aikana. Terveyshaastattelutiedot saatiin lähes 80 %:lta ja peruskyselyn tiedot lähes 70 %:lta otokseen kuuluneista. Jos otetaan huomioon jälkikyselyllä saadut haastattelun ja kyselyn ydintiedot, osallistumisalttius oli 90 %. Osallistuminen oli selvästi parempi kuin missään viimeaikaisessa nuoriin aikuisiin kohdistuneessa suomalaisessa terveystutkimuksessa puhumattakaan muualla Euroopassa tehdyistä (Aromaa ym. 2003a ja 2003b). Näin hyvä osallistuminen on erittäin tärkeää, koska se vähentää kadon valikoitumisen aiheuttamia virheitä.

Haastattelujen onnistuminen oli pääasiassa Tilastokeskuksen vakiintuneen haastattelijaorganisaation ansiota. Onnistunut tulos saavutettiin, vaikka haastattelu oli

tavallista pidempi eikä koulutukseen ollut riittävästi aikaa. Onnistumiseen vaikutti myös ihmisiä kiinnostava tutkimusaihe. Lisäksi menestyksenä voidaan pitää sitä, että haastatteluun osallistumatta jääneistä hieman yli puolet palautti 16-sivuisen jälkikyselylomakkeen, johon oli koottu haastattelun ja peruskyselyn ydinkysymykset.

Menetelmät valittiin väestötutkimuksissa vakiintuneiden joukosta ja pyrittiin monin tavoin varmistamaan hyvä laatu. Eräät menetelmät kehitettiin tätä hanketta varten. Niitäkin käytettiin mahdollisimman vakio- ja muotoisesti. Tästä huolimatta haastattelijoiden välille on voinut jäädä eroja, jotka voivat vaikuttaa erityisesti aluevertailuihin. Haastattelijoiden välisten erojen mahdollista merkitystä selvitetään myöhemmin. Haastattelijat olisivat hyötyneet pidemmästä koulutuksesta. Olisi myös ollut hyödyksi tehdä nykyistä laajempi koko tutkimuksen kattava esitutkimus ennen varsinaisen kenttätutkimuksen aloittamista, hioa menetelmät ja vasta sitten aloittaa varsinainen tutkimus. Terveys 2000 -tutkimuksen yhteydessä rahoitus ja aikataulukysymykset pakottivat kuitenkin tekemään kompromisseja, jotka ovat tuttuja monesta muustakin tutkimuksesta. Tiedonkeruuprosessia on arvioitu tarkemmin toisaalla (Nieminen ja Kuusela 2004).

2.5 Raportin laatiminen

Tämän raportin sisällön suunnittelusta vastasivat raportin toimittajat hanketta koordinoivan projektiryhmän ohjauksessa eri aihealueita edustavien raportointiryhmien (Aromaa ja Koskinen 2002, liite 3) laatimien ehdotusten pohjalta. Tarvittavat alkuperäismuuttujien muunnokset tehtiin keskitetysti hankkeen keskustelutiloissa Kansanterveyslaitoksella. Sisältösuunnitelmassa määritellyistä muuttujista tulostettiin taulukot, joissa muuttujien keskiarvot tai esiintyvyyshuutut esitettiin sekä koko aineistossa että sukupuolen ja iän (18–24- ja 25–29-vuotiaat) mukaan ositettuna. Väestöryhmien välisten erojen kuvailemiseksi vastaavat luutut tuotettiin lisäksi neljän taustamuuttujan eli asuinkunnan sijainnin ja taajama-asteen sekä koulutusasteen ja kotitaloustyyppin mukaisissa ryhmissä. Eri aihealueita koskevissa luvuissa kirjoittajat ovat harkintansa mukaan esittäneet havaintoja kulloinkin tarkastelun kohteena olleiden ilmiöiden väestöryhmäeroista, minkä lisäksi lukuun 11 on koottu katsaus keskeisimpiin eroihin kaikkien aihealueiden osalta.

Koska hankkeen tutkijat työskentelevät monella eri taholla, taulukot sijoitettiin hankkeen www-sivuille niin, että kirjoittajat saattoivat käyttää tuloksia sijainnista riippumatta. Toimittajat tarkistivat, muokkasivat ja täydensivät käsikirjoituksia. Tuloslukujen lisäksi raportissa on kaikille yhteisiä osia kuten johdanto, aineisto ja menetelmät sekä pohdinta ja päätelmät. Niiden tuottaminen oli toimittajien vastuulla.

Taulukoinneissa käytetyt taustamuuttujat

Asuinkunnan maantieteellistä sijaintia kuvaava muuttuja perustuu miljoonapiiri-jakoon. Se on kolmiluokkainen: 1) HUS-piiri eli Helsingin yliopistosairaalan vastualue, 2) TYKS- ja TaYS-piirit eli Turun ja Tampereen yliopistosairaaloiden vastualueet ja 3) KYS- ja OYS-piirit eli Kuopion ja Oulun yliopistosairaaloiden vastualueet. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt jakautuivat melko tasaisesti näille kolmelle alueelle, joskin Pohjois- ja Itä-Suomessa eli Kuopion ja Oulun yliopistosairaaloiden vastualueilla asuvia oli hiukan vähemmän kuin muilla alueilla asuvia (taulukko 2.5.1.). Miesten ja naisten aluejakaumat eivät poikenneet olennaisesti toisistaan.

Taulukko 2.5.1. Asuinalueen jakauma (%) tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa.

	Miehet			Naiset		
	18–24	25–29	18–29 ¹	18–24	25–29	18–29 ¹
Helsingin yliopistosairaalan vastualue (HUS)	33,4	36,3	34,6	36,2	38,1	36,9
Turun ja Tampereen yliopistosairaaloiden vastualueet (TYKS ja TaYS)	35,1	32,9	34,2	35,3	35,9	35,5
Kuopion ja Oulun yliopistosairaaloiden vastualueet (KYS ja OYS)	31,5	30,7	31,2	28,5	26,1	27,5
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	530	332	862	516	332	848
p ²						0,279

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

Asuinkunnan kaupunkimaisuutta kuvaava kolmiluokkainen *taajama-aste* perustuu Tilastokeskuksen tilastolliseen kuntaryhmitukseen (<http://www.stat.fi/tk/tt/luokitukset>) ja kunnan kokoon. Ensimmäiseen luokkaan kuuluvat asukasluvultaan 10 suurinta kaupunkia (Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa, Turku, Oulu, Lahti, Kuopio, Jyväskylä ja Pori). Toiseen luokkaan sijoitettiin muut kaupunkimaiset ja taajaan asutut kunnat eli muut kunnat, joiden väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai joiden suurimmassa taajamassa on vähintään 15 000 asukasta sekä sellaiset kunnat, joissa taajamissa asuvien osuus on vähintään 60 % mutta alle 90 % ja suurimman taajaman väkiluku on välillä 4 000–14 999. Kolmas ryhmä eli maa-seutumaiset kunnat sisältää muut kunnat eli sellaiset kunnat, joiden väestöstä alle 60 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 15 000, sekä kunnat, joiden väestöstä vähintään 60 % mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 4 000. Lähes puolet tutkimukseen osallistuneista naisista asui suurissa kaupungeissa ja miehistäkin 40 % (taulukko 2.5.2.). Muissa

kaupungeissa ja taajaan asutuissa kunnissa sekä maaseutumaisissa kunnissa asui miehistä suurempi osuus kuin naisista.

Taulukko 2.5.2. Taajama-asteen jakauma (%) tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa.

	Miehet			Naiset		
	18–24	25–29	18–29 ¹	18–24	25–29	18–29 ¹
Suuret kaupungit	37,1	44,3	40,0	46,4	50,3	48,0
Muut kaupungit ja taajaan asutut kunnat	43,8	40,4	42,5	38,8	36,1	37,7
Maaseutumaiset kunnat	19,1	15,3	17,6	14,8	13,6	14,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	530	332	862	516	332	848
p ²						0,008

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

Koulutusasteen mukaisten erojen tarkastelua nuorilla aikuisilla vaikeuttaa se, että varsin suurella osalla tähän ikäryhmään kuuluvista opinnot ovat vielä kesken. Sen vuoksi tässä raportissa käytettävä koulutusastetta kuvaava muuttuja perustuukin siksi sekä tutkimushetkeen mennessä suoritettuun koulutukseen että käynnissä olevien opintojen perusteella odotettavissa olevaan koulutukseen. Vastaajat, jotka eivät opiskelleet tutkimushetkellä pää- tai sivutoimisesti, luokiteltiin tutkimushetkeen mennessä suoritettujen pohja- ja ammattikoulutuksen perusteella neljään luokkaan. Perusasteen koulutuksen saaneiksi luokiteltiin sellaiset vastaajat, joilla ei ollut ylioppilastutkintoa eikä mitään muuta ammattikoulutusta kuin enintään kurssi tai työpaikkakoulutus. Keskiaste sisältää pohjakoulutuksesta riippumatta ammattikoulun, oppisopimuskoulutuksen, näyttötutkinnon, ammatillisen koulun tai erikoisammattitutkinnon suorittaneet sekä ne ylioppilastutkinnon suorittaneet, joiden ammattikoulutus rajoittuu enintään kurssiin tai työpaikkakoulutukseen. Ammatilliseksi korkea-asteen koulutukseksi nimitetään tässä ammatillista opisto- tai ammattikorkeakoulututkintoa, ja akateeminen korkea-aste sisältää muut korkeakoulu- ja yliopistotutkinnot. Koulutusastemittari on siis ylempien koulutustasojen osalta hienojakoisempi kuin 30 vuotta täyttäneitä Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneita koskeneessa perustulosraportissa (Aromaa ja Koskinen 2002), mikä johtuu nuorempien kohorttien vanhempia huomattavasti korkeammasta yleisestä koulutustasosta.

Tutkimushetkellä opiskelevilla käytettiin odotettua koulutustasoa, jos se oli aikaisemmin suoritettua koulutusta korkeampi. Odotettu koulutustaso päätettiin oppilaitoksen tyyppin perusteella eli kaikkien oletettiin suorittavan senhetkiset opintonsa loppuun. Osalla vastaajista – etenkin nuorimmilla – näin muodostettu koulutusmittari luonnollisesti aliarvioi heidän lopullisen koulutustasonsa, koska he jatkavat opintojaan myöhemmin, mutta osa puolestaan keskeyttää tutkimushetkellä käyn-

nissä olevat opintonsa, mikä johtaa yliarvioon. Näin arvioiden noin kymmenesosa tähän kohorttiin kuuluvista miehistä ja noin 8 % naisista saisi enintään perusasteen koulutuksen (taulukko 2.5.3.), kun taas yli puolet naisista ja lähes 40 % miehistä on jo suorittanut tai heidän ennakoidaan suorittavan joko ammatillisen tai muun korkea-asteen tutkinnon. Keskiasteen tutkinto puolestaan oli yleisempi miehillä kuin naisilla.

Taulukko 2.5.3 Koulutusasteen¹ jakauma (%) tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa.

	Miehet			Naiset		
	18–24	25–29	18–29 ²	18–24	25–29	18–29 ²
Perusaste	9,9	10,8	10,2	7,4	9,0	8,1
Keskiaste	55,2	46,4	51,7	42,7	31,0	38,0
Ammatillinen korkea-aste	22,9	24,9	23,7	33,0	35,1	33,8
Akateeminen korkea-aste	12,0	17,9	14,4	16,9	24,9	20,1
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p ³						<0,001

¹ Koulutusaste tarkoittaa tässä tutkimushetken mennessä saavutettua koulutusastetta niillä, jotka eivät opiskelleet, kun taas tutkimushetkellä opiskelleilla se viittaa oppilaitoksen tyyppin perusteella päätettyyn odotettuun koulutusasteeseen, jos se oli toistaiseksi saavutettua koulutusta korkeampi.

² Ikävakioitu

³ Sukupuolten välinen ero

Koska tässä raportissa tarkasteltavaan ikäryhmään kuuluvat ovat lapsuuskodista itsenäistymisen, parisuhteen muodostumisen ja perheen perustamisen suhteen hyvin erilaisissa vaiheissa, päädyttiin vastaajien perhesuhteita kuvaamaan *kotitaloustyyppin* avulla siviilisäädyn sijasta, vaikka ratkaisu näin poikkeakin 30 vuotta täytäneiden perusraportissa tehdyistä tarkasteluista (Aromaa ja Koskinen 2002).

Kotitaloustyyppiä nimetty luokitus muodostettiin siviilisäädyn, kotitalouden koon ja sen rakenteen perusteella, ja sen luokat avo- tai avioliitossa olevat, vanhempien luona asuvat, yksin asuvat ja muut (taulukko 2.5.4.); pieni ja heterogeeninen luokka 'muut' jätetään kuitenkin myöhemmissä analyyseissä pois tarkasteltaessa vastemuuttujien vaihtelua kotitaloustyyppin mukaan. Kaikki tutkimushetkellä avo- tai avioliitossa olleet luokiteltiin ensimmäiseen luokkaan kotitalouden rakenteesta riippumatta, eli esimerkiksi jommankumman puolison vanhempien luona asuva pari on kirjattu avo- tai avioliitossa olevaksi. Näin ollen vanhempien luona asuvat tarkoittavat tässä vain niitä vastaajia, jotka eivät olleet avio- tai avioliitossa ja joiden kotitalouteen kuului ainakin toinen vanhemmista. Vanhempien tai jommankumman vanhemman luona (ilman puolisoa) asui miehistä selvästi suurempi osuus (26 %) kuin naisista (11 %), ja osuus oli luonnollisesti suurempi nuoremmassa kuin vanhemmassa ikäryhmässä. Myös yksin asuminen oli miehillä jonkin verran yleisempää kuin naisilla, joista puolestaan suurempi osuus oli jo avio- tai avioliitossa

tai kuului pieneen luokkaan 'muut'. Viimemainittu luokka sisältää mm. ne yksinhuoltajat, joiden kotitalouteen ei kuulunut omia vanhempia. Tämä ryhmä muodosti naisilla hiukan yli puolet kaikista tähän kotitaloustyyppiin kuuluvista, ja heitä oli hiukan alle neljä prosenttia kaikista tämän ikäryhmän naisista. Miespuolisia yksinhuoltajia aineistossa ei ollut.

Taulukko 2.5.4. Kotitaloustyyppien jakauma (%) tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa.

	Miehet			Naiset		
	18–24	25–29	18–29 ¹	18–24	25–29	18–29 ¹
Avio-/avoliitossa ²	29,7	65,5	43,9	51,5	70,4	59,0
Vanhempien luona	37,4	8,7	26,0	17,0	1,6	10,9
Yksin	31,0	24,1	28,3	26,3	20,0	23,8
Muut	1,9	1,7	1,8	5,2	7,9	6,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p ³						<0,001*

¹ Ikävakiointu

² Osuudet poikkeavat hieman taulukossa 3.3.1. esitettävistä naimisissa tai avoliitossa olevien yhteenlasketusta osuudesta, koska kotitaloustyyppi-muuttujaa ei voitu muodostaa seitsemälle henkilölle

³ Sukupuolten välinen ero

* Tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.05$) ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

Tilastolliset menetelmät

Tulokset taulukoitiin keskiarvoina tai esiintyvyyyslukuina käyttäen SUDAANin proseduureja, jotka ottavat käytetyn otanta-asetelman huomioon (Research Triangle Institute 2001; Djerf ym. 2004). Sekoittavien tekijöiden suhteen vakioidut tunnusluvut estimoidiin logistisen tai lineaarisen mallin avulla käyttäen REGRESS, LOGISTIC ja MULTILOG proseduureja. Vakioinneissa laskettiin prediktiiviset marginaalit kiinnittämällä sekoittavien tekijöiden arvot. Testaamisessa käytettiin F-tunnuslukua 2. asteen Satterthwaite-korjatuilla vapausasteilla, joka ottaa huomioon pienestä terveystakeskustiirien määrästä johtuvan testin mahdollisen epävakauden (Lehtonen ja Pahkinen 1995; Research Triangle Institute 2001).

Kirjallisuus

Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J, Vermeire C, eds. Status and future of health surveys in the European Union. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2003, Helsinki 2003a.

Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J, Vermeire C; HIS/HES Core Group. Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union. *Eur J Public Health*. 2003b;13(3 Suppl):67–72.

Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html>

Djerf K, Laiho J, Härkänen T. Asetelmapohjainen estimointi. Teoksessa: Laiho J, Nieminen T, toim. Terveys 2000 -tutkimus. Aikuisväestön haastatteluaineiston tilastollinen laatu. Otanta-asetelma, tiedonkeruu, vastauskato ja estimointi- ja analysointiasetelma. Tilastokeskus, Tutkimuksia 239, Helsinki 2004, s. 48–60.

European Health Interview & Health Examination Surveys Database (<https://www.iph.fgov.be/hishes/>).

Heistaro S, toim. Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki 2005.

Laiho J, Djerf K. Otanta-asetelma. Teoksessa: Laiho J, Nieminen T, toim. Terveys 2000 -tutkimus. Aikuisväestön haastatteluaineiston tilastollinen laatu. Otanta-asetelma, tiedonkeruu, vastauskato ja estimointi- ja analysointiasetelma. Tilastokeskus, Tutkimuksia 239, Helsinki 2004, s. 21–27.

Lehtonen R, Pahkinen EJ. Practical Methods for Design and Analysis of Complex Surveys. John Wiley & Sons Ltd, 1995.

Nieminen T, Kuusela V. Terveyshaastattelu. Teoksessa: Laiho J, Nieminen T, toim. Terveys 2000 -tutkimus. Aikuisväestön haastatteluaineiston tilastollinen laatu. Otanta-asetelma, tiedonkeruu, vastauskato ja estimointi- ja analysointiasetelma. Tilastokeskus, Tutkimuksia 239, Helsinki 2004, s. 10–20.

Research Triangle Institute. SUDAAN User's Manual, Release 8.0. Research Triangle Institute, Research Triangle Park, NC, 2001.

3 ELINOLOT, ELÄMÄNTILANNE JA PERHEELLISTYMINEN

Tuija Martelin, Tarja Nieminen ja Elinolot ja terveys -työryhmä

Elinolot ja terveys -työryhmä: Tuija Martelin (pj.), Tarja Nieminen (siht.), Matti Heikkilä, Kaisla Joutsenniemi, Sakari Karvonen, Timo Kauppinen, Laura Kestilä, Eero Lahelma, Simo Mannila, Veijo Notkola ja Marjatta Riisio

Aikuisuuden varhaisiin vuosiin sijoittuvat useimmilla ammattiin valmistava koulutus, työuran alku, lapsuuskodista irtautuminen ja parisuhteen aloittaminen, monilla myös perheen perustaminen. Tässä elämänvaiheessa rakentuva fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö sekä usein nopeassa tahdissa tapahtuvat monet elämänmuutokset ovat tärkeitä terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä. Nuorten aikuisten elinolojen sekä niiden ikä- ja sukupuoli-ryhmittäisten erojen tarkastelu tarjoaa siten taustatietoa terveyskäyttäytymistä, terveyttä, toimintakykyä ja palvelujen käyttöä koskevien tulosten tulkintaan. Terveys 2000 -aineistoon kuuluvien nuorten aikuisten piirteiden vertailu vanhempien kohorttien ominaisuuksiin voi myös antaa viitteitä terveyden ja sitä määrittävien tekijöiden kehityksestä tulevaisuudessa.

Nuorten aikuisten elinoloja koskevat kysymykset valittiin ja muotoiltiin niin, että vertailtavuus 30 vuotta täyttäneiden Terveys 2000 -tutkimuksen kanssa olisi mahdollisimman hyvä mutta myös ikäryhmän erityispiirteet – kuten opiskelun keskeinen merkitys ja perhevaiheen suuri vaihtelu – otettaisiin huomioon. Käyntihaastattelussa kartoitettiin vastaajien parisuhdetta ja kotitalouden rakennetta, saavutettua ja tutkimushetkellä meneillään olevaa koulutusta, pääasiallista toimintaa ja erilaisia työhön liittyviä tekijöitä (määräaikaisuus, ulkoiset häiritteijät) sekä tuloja, niiden lähdettä ja asumisahtautta. Tietoja kerättiin myös lapsuuden elinoloista. Kyselyssä tiedusteltiin vastaajan tyytyväisyyttä asumisoloihin ja taloudelliseen tilanteeseen, asuinympäristön koettua turvallisuutta, työhön liittyviä uhkia ja häiritteijöitä sekä lapsuusajan sosiaaliseen ympäristöön liittyviä ongelmia.

Seuraavassa esitellään jakaumatietoja keskeisimmistä nuorten aikuisten elinoloja ja elämäntilannetta kuvaavista tekijöistä iän ja sukupuolen mukaan. Muuttujat on mahdollisuuksien mukaan valittu niin, että perustietoja voidaan verrata 30 vuotta täyttäneen väestön tilanteeseen (Martelin ym. 2002). Kaikkien tutkimukseen sisältyneiden, tähän alueeseen kuuluvien ilmiöiden esittelyyn ei siis pyritä, vaan monien tekijöiden (esimerkiksi lapsuuden elinolojen sekä useiden työhön ja työoloihin liittyvien tekijöiden) kuvaus jätetään erillisten tutkimusten tehtäväksi. Osa havainnoista esitetään vain tekstissä, mutta myös kyseisiä muuttujia koskevat taulukot saa

pyynnöstä tekijöiltä. Ensin tarkastellaan nuorten aikuisten pääasiallisen toiminnan jakaamaa sekä työhön ja toimeentuloon liittyviä tekijöitä, sitten koulutusta ja opiskelua, seuraavaksi siviilisäätyä ja perhetilannetta ja lopuksi asuin- ja työoloja. Sukupuolten ja ikäryhmien erojen lisäksi esitetään keskeisimpien muuttujien osalta havaintoja asuinkunnan maantieteellisen sijainnin ja taajama-asteen mukaisista eroista (alumuuttujien kuvaukset on annettu luvussa 2.5).

3.1 Pääasiallinen toiminta ja toimeentulo

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista nuorista aikuisista kävi työssä (taulukko 3.1.1. ja kuvio 3.1.1.). Kokopäivätyössä oli lähes puolet 18–24-vuotiaista miehistä ja yli 80 % 25–29-vuotiaista. Naisilla työssäkäyvien osuudet olivat molemmissa ikäryhmissä selvästi pienempiä kuin miehillä, mutta myös heistä yli puolet kävi kokotai osapäivätyössä. Osapäivätyötä teki suurempi osa naisista kuin miehistä. Työssäkäyvien työsuhteet olivat varsin usein määräaikaaisia: joka kolmas kokotai osatyössä käyvistä palkansaajamiehistä ja lähes puolet tähän ryhmään kuuluvista naisista ilmoitti, että heidän työsuhteensa oli määräaikainen. Määräaikaiset työsuhteet olivat tavallisempia nuoremmissa kuin vanhemmassa ikäryhmässä. Tavallisin syy määräaikaisuuteen oli se, ettei henkilö ollut saanut pysyvää työtä, vaikka olisi halunnut; tämän ilmoitti syyksi 38 % määräaikaisessa työsuhteessa olevista naisista ja 31 % miehistä. Muita yleisiä syitä olivat työn määräaikainen luonne, kuten sijaisuus tai projektityö (noin neljäsosa määräaikaisessa työsuhteessa olevista naisista ja miehistä), sekä se, ettei vastaaja ollut edes halunnut pysyvää työtä (naisista 28 % ja miehistä 21 %). Myös Tilastokeskuksen kuukausittain toteuttaman työvoimatutkimuksen aineistoihin perustuvan tutkimuksen mukaan määräaikaiset työsuhteet olivat vuosina 2000–2001 nuorilla naisilla yleisempiä kuin miehillä ja sitä yleisempiä, mitä nuoremasta ikäryhmästä oli kyse, ja lisäksi myös kyseisessä tutkimuksessa määräaikaisuuden tärkeimmäksi syyksi nousi 20–29-vuotiailla se, ettei pysyvää työtä ollut tarjolla (Aho 2002).

Joka neljäs 18–24-vuotias mies ja useampi kuin joka kolmas samanikäinen nainen opiskeli päätoimisesti, mutta 25–29-vuotiaista päätoimisia opiskelijoita oli enää alle kymmenesosa. Lisäksi runsaalla viidenneksellä päätoimisista opiskelijoista (21 % miehistä ja 24 % naisista) oli sivutoiminen työ. Työttömiä tai lomautettuja oli noin yhdeksän prosenttia koko ikäryhmästä, mutta työvoimaan kuuluvista (eli työssä olevista, työttömistä ja lomautetuista) heidän osuutensa oli 12 % miehillä ja 14 % naisilla. Osuus oli molemmilla sukupuolilla suurempi nuoremmissa ikäryhmässä kuin vanhemmassa. Pitkäaikaistyöttömiä eli henkilöitä, joiden työttömyys oli kestänyt vähintään 12 kuukautta, oli runsas prosentti työvoimaan kuuluvista miehistä ja hiukan alle kolme prosenttia työvoimaan kuuluvista naisista. Kotitalouden tai

perheenjäsenten hoidon ilmoitti pääasialliseksi toiminnakseen noin yhdeksän prosenttia 18–24-vuotiaista naisista ja lähes viidennes 25–29-vuotiaista naisista. Varusmies- tai siviilipalvelusta suoritti tutkimushetkellä vajaat 8 % 18–24-vuotiaista miehistä.

Taulukko 3.1.1. Pääasiallisen toiminnan jakauma (%).

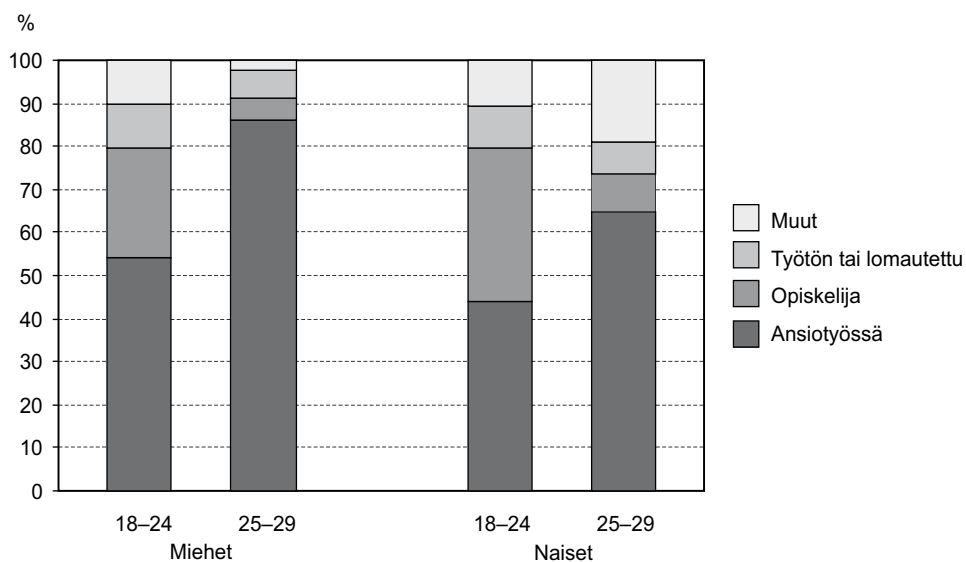
	Miehet			Naiset		
	18–24	25–29	18–29 ¹	18–24	25–29	18–29 ¹
Kokopäivätyö	48,3	83,4	62,3	36,1	57,0	44,5
Osa-aikatyö	6,0	2,8	4,7	7,7	7,7	7,7
Opiskelija	25,1	5,0	17,1	35,9	8,9	25,2
Eläkkeellä	0,7	1,4	1,0	0,4	0,0	0,2
Työtön tai lomautettu	10,4	6,3	8,8	9,7	7,6	8,9
Hoitaa kotitaloutta	0,2	0,0	0,1	8,7	18,3	12,5
Varusmies- tai siviilipalvelu	7,7	0,3	4,7	0,0	0,0	0,0
Muu	1,7	0,8	1,3	1,4	0,6	1,1
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p ²						<0,001*

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

* Tilastollisesti merkitsevä (p < 0,05) ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

Kuvio 3.1.1. Pääasiallisen toiminnan jakauma iän ja sukupuolen mukaan (%).¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 3.1.1.

Miehillä pääasiallisen toiminnan jakauma oli melko samanlainen maan kaikissa osissa, joskin opiskelijoiden osuus oli jonkin verran suurempi ja työttömien osuus jonkin verran pienempi Etelä-Suomessa (eli HUS-piirissä) kuin maan muissa osissa. Työssäkäyvien naisten osuus oli Etelä-Suomessa suurempi ja työttömien, opiskelijoiden ja kotitaloutta hoitavien osuus pienempi kuin muilla alueilla. Opiskelijoiden osuus naisista oli selvästi suurempi suurissa kaupungeissa kuin muuntyyppisillä alueilla, kun taas kotitaloutta hoitavien osuus oli maaseutumaisissa kunnissa asuvien naisten keskuudessa kaksinkertainen kaupungeissa asuviin verrattuna. Työttömien osuus työvoimasta oli suurin Itä- ja Pohjois-Suomessa eli KYS- ja OYS-piirien alueilla (miehillä 15 % ja naisilla 21 %) ja pienin Etelä-Suomessa (miehillä 6 % ja naisilla 8 %). Taajama-asteen mukaiset työttömyysasteen erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, mutta etenkin naisilla työttömyys oli vähäisintä suurissa kaupungeissa.

Tässä tutkimuksessa saadut tulokset nuorten aikuisten pääasiallisesta toiminnasta ovat samansuuntaiset Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston (statfin.stat.fi) tietojen kanssa. Tilastokeskuksen kuukausittain toteuttamien työvoimatutkimusten aineistoihin perustuvan tutkimuksen mukaan (Aho 2002) jaksolla heinäkuu 2000 – kesäkuu 2001 25–29-vuotiaista miehistä oli työssä 82 %, opiskelemassa 7 % ja työttömänä 6 % (työllisiksi on tässä luettu myös tutkimusviikon aikana ainakin jonkin verran työssä olleet opiskelijat ja opiskelijoiden ryhmä sisältää myös työnhakijoiksi ilmoittautuneet opiskelijat). Naisten vastaavat luvut olivat 68 %, 9 % ja 7 %. Nuorempien ikäryhmien tulosten vertailu Terveys 2000 -tutkimuksen ja Ahon raportin välillä on vaikeaa erilaisen ikäryhmäjaottelun takia.

Palkka- tai yrittäjätulot – joko henkilön omat, puolison, vanhempien tai muiden samassa kotitaloudessa asuvien – olivat ylivoimaisesti tärkein kotitalouden tulolähde (lähes 80 % sekä miehillä että naisilla). Tämä havainto vastaa Härmäläisen (2004) erilaisiin tilasto- ja rekisteriaineistoihin perustuvassa tutkimuksessa saamaa tulosta ansiotulojen yllättävänkin suuresta roolista nuorten tulorakenteessa. Terveys 2000 -tutkimukseen vastanneiden joukossa opintoraha oli merkittävä tulolähde etenkin nuoremmassa ikäryhmässä, johon kuuluvista miehistä lähes 12 % ja naisista 16 % ilmoitti sen kotitalouden tärkeimmäksi tulolähteeksi. Työttömyyteen liittyvät tai muut sosiaalietuudet (asumistuki, lapsilisä jne.) olivat kotitalouden tärkeimpiä tulolähteitä 5 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista. Sekä miehistä että naisista hiukan yli neljäsosa katsoi, että heillä oli käytettävissään liian vähän rahaa tarpeisiin nähden. Tämä kokemus oli hiukan yleisempi nuoremmassa ikäryhmässä (lähes 29 %) kuin vanhemmassa (runsas 23 %). Asuinalueiden välillä ei ollut tässä suhteessa merkitseviä eroja.

3.2 Koulutus

Naisten pohjakoulutus oli sekä 18–24- että 25–29-vuotiaiden ikäryhmässä selvästi pidempi kuin miesten (taulukko 3.2.1.). Ylioppilastutkinnon oli tutkimushetkeen mennessä suorittanut 60 % naisista ja 41 % miehistä. Hiukan yli puolella miehistä ja runsaalla kolmasosalla naisista oli pohjakoulutuksena enintään peruskoulu. Myös saavutetussa ammattikoulutuksessa oli rakenne-eroja sukupuolten välillä. Hieman yli puolet 25–29-vuotiaista naisista oli tutkimushetkeen mennessä suorittanut ammatillisen opisto-, ammattikorkeakoulu- tai muun korkeakoulututkinnon ja samanikäisistä miehistä vajaa kolmannes. Sen sijaan muuntyyppinen ammattikoulutus (ammattikoulu, erikoisammattitutkinto ym.) oli tyypillisempää miehille kuin naisille tässä ikäryhmässä: lähes puolet miehistä ja hieman alle kolmasosa 25–29-vuotiaista naisista oli suorittanut tällaisen ammatillisen tutkinnon.

Taulukko 3.2.1. Pohjakoulutuksen jakauma (%).

	Miehet			Naiset		
	18–24	25–29	18–29 ¹	18–24	25–29	18–29 ¹
Osa peruskoulua (alle 9 v.)	0,9	1,1	1,0	0,4	0,0	0,2
Peruskoulu	49,9	55,9	52,3	33,9	38,1	35,6
Osa lukiota tai lukion päästötodistus	7,1	4,0	5,9	4,2	4,5	4,4
Ylioppilastutkinto	42,2	39,0	40,9	61,5	57,3	59,8
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p ²						<0,001

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Pohja- ja ammatillisen koulutuksen perusteella muodostettiin neliluokkainen tutkimushetkeen mennessä saavutettua koulutusastetta kuvaava mittari. Perusasteen koulutuksen saaneiksi luokiteltiin sellaiset vastaajat, joilla ei ollut ylioppilastutkintoa eikä mitään muuta ammattikoulutusta kuin enintään ammatillinen kurssi tai työpaikkakoulutus. Keskiaste sisältää pohjakoulutuksesta riippumatta ammatikoulun, oppisopimuskoulutuksen, näyttötutkinnon, ammatillisen koulun tai erikoisammattitutkinnon suorittaneet sekä ne ylioppilastutkinnon suorittaneet, joiden ammattikoulutus rajoittuu enintään kurssiin tai työpaikkakoulutukseen. Ammatilliseksi korkea-asteen koulutukseksi nimitetään tässä ammatillista opisto- tai ammattikorkeakoulututkintoa, ja akateeminen korkea-aste sisältää muut korkeakoulu- ja yliopistotutkinnot. Molemmissa ikäryhmissä naisten saavutettu koulutusaste oli selvästi korkeampi kuin miesten (taulukko 3.2.2.): esimerkiksi 25–29-vuotiaista naisista yli puolet oli jo suorittanut jonkin korkea-asteen tutkinnon, samanikäisistä miehistä vajaa kolmannes. Saavutetun koulutusasteen alue-erot olivat melko pieniä; suurissa kaupungeissa asuvien miesten koulutustaso oli korkeampi kuin maaseutumaisissa kunnissa asuvien.

Tilastotietojen mukaan ylioppilastutkinnon suorittaneita oli vuoden 2001 lopussa 20–24-vuotiaista miehistä 42 % ja samanikäisistä naisista 61 %, mikä vastaa hyvin tässä tutkimuksessa saatua havaintoa; 25–29-vuotiaiden ryhmässä ylioppilastutkinnon suorittaneiden osuudet olivat tässä aineistossa hiukan suuremmat kuin vastaavat tilastoluvut (37 % miehistä ja 55 % naisista; Väestön koulutus rakenne kunnittain 2001). Perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittaneita oli vuoden 2001 lopussa tilaston mukaan 82 % 20–24-vuotiaista ja 85 % 25–29-vuotiaista (Suomen tilastollinen vuosikirja 2003). Tämän tutkimuksen aineistossa tutkinnon suorittaneiden osuus oli hiukan suurempi, mikä voi viitata vastausaktiivisuuden eroihin koulutusryhmien välillä.

Taulukko 3.2.2. Tutkimushetken mennessä saavutetun koulutusasteen jakauma (%).

	Miehet			Naiset		
	18–24	25–29	18–29 ¹	18–24	25–29	18–29 ¹
Perusaste	19,4	11,3	16,2	13,5	10,0	12,1
Keskiaste	71,9	57,4	66,1	68,1	38,7	56,3
Ammatillinen korkea-aste	8,2	20,9	13,3	15,4	35,2	23,4
Akateeminen korkea-aste	0,5	10,4	4,4	3,0	16,2	8,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p ²						<0,001

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

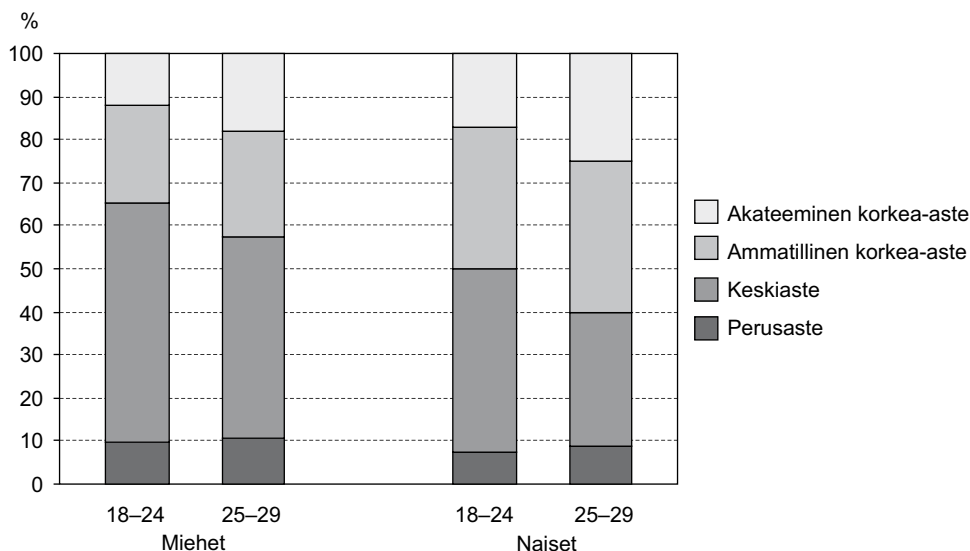
Tutkimushetken mennessä saavutettu koulutus ei kuitenkaan 18–29-vuotiailla anna oikeaa kuvaa tämän kohortin lopullisesta koulutustasosta, koska varsin monilla koulutus on tässä iässä vielä kesken. Noin 40 % 18–24-vuotiaista miehistä ja 46 % samanikäisistä naisista ilmoitti tutkimushetkellä opiskelevansa tai käyvänsä koulua joko pää- tai sivutoimisesti ja 25–29-vuotiaistakin noin viidennes. Opiskelevista miehistä ja naisista noin 40 % opiskeli ammatillisessa opistossa tai ammattikorkeakoulussa, ja lähes yhtä moni opiskeli muussa korkeakoulussa tai yliopistossa (34 % opiskelevista miehistä ja 39 % naisista). Muuhun ammatilliseen koulutukseen osallistui runsaat 13 % tutkimushetkellä opiskelleista. Lukiossa oli hieman alle 10 % opiskelevista miehistä ja 5 % naisista.

Kuten edellä luvussa 2.5 on kerrottu, tutkimushetkellä käynnissä olevan koulutuksen vaikutus henkilön lopulliseen koulutustasoon on pyritty ottamaan huomioon laadittaessa neliluokkaista lopullisen koulutusasteen arviota, jota käytetään myöhemmin tässä raportissa kuvattaessa väestöryhmien välisiä eroja. Vastaajat, jotka eivät opiskelleet tutkimushetkellä, luokiteltiin tutkimushetken mennessä suoritetun pohja- ja ammattikoulutuksen perusteella. Tutkimushetkellä opiskelevilla käytettiin kuitenkin odotettua koulutustasoa, jos se oli jo suoritettua tutkintoa korkeampi. Odotettu koulutustaso pääteltiin oppilaitoksen tyyppin perusteella eli kaikkien oletettiin suorittavan senhetkiset opintonsa loppuun. Osalla vastaajista – eten-

kin nuorimmilla – näin päätelty odotettu koulutus luonnollisesti aliarvioi heidän lopullisen koulutustasonsa, koska he jatkavat opintojaan myöhemmin. Osa taas keskeyttää tutkimushetkellä käynnissä olevat opintonsa, mikä johtaa yliarvioon.

Näin arvioiden noin kymmenesosa tähän kohorttiin kuuluvista miehistä ja noin 8 % naisista saisi enintään perusasteen koulutuksen (taulukko 2.5.3. ja kuvio 3.2.1.), kun taas yli puolet naisista ja lähes 40 % miehistä oli jo suorittanut tai heidän ennakoidaan suorittavan joko ammatillisen tai akateemisen korkea-asteen tutkinnon. Keskiasteen tutkinto puolestaan oli yleisempi miehillä kuin naisilla. Ammatillisen tai akateemisen korkea-asteen tutkinnon suorittavien osuuden odotetaan tässä kohortissa olevan suurin Etelä-Suomessa asuvien miesten joukossa, naisilla tämänsuuntainen ero oli havaittavissa lähinnä 25–29-vuotiaiden ikäryhmässä. Taajama-asteen mukaiset erot olivat varsin selvät molemmilla sukupuolilla: ammatillisen tai akateemisen korkea-asteen tutkinnon saavuttaneiden tai siihen tähtääviä opintoja suorittavien osuus oli odotetusti suurin suurissa kaupungeissa, kun taas keskiasteen tutkinto oli yleisempi maaseutumaisissa kunnissa kuin muuntyyppisillä alueilla. Koulutuksen alue-erot ja etenkin taajama-asteen mukaiset erot heijastavat osittain opiskeluun liittyvää alueellista liikkuvuutta, joka suosii Etelä-Suomea ja suuria kaupunkeja.

Kuvio 3.2.1. Koulutusasteen jakauma iän ja sukupuolen mukaan (%).¹



¹ Tutkimushetkellä opiskelleiden koulutusaste on määritelty olettaen, että he suorittavat käynnissä olevat opintonsa loppuun; muilla koulutusaste perustuu suoritettuun pohja- ja ammattikoulutukseen. Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 2.5.3.

3.3 Siviilisäätö ja perhe

Siviilisäätöä tiedusteltiin haastattelukysymyksellä, jonka vastausvaihtoehdot olivat naimisissa, avoliitossa, eronnut, leski ja naimaton. Tavoitteena oli, että tutkimushetkellä avoliitossa olevat luokiteltaisiin nimenomaan tähän ryhmään eikä virallisen siviilisäätönsä mukaiseen luokkaan. Vajaa kolmannes 18–24-vuotiaista miehistä, mutta yli puolet samanikäisistä naisista oli joko avio- tai avoliitossa (taulukko 3.3.1). Vanhemmassa ikäryhmässä jo noin kaksi kolmasosaa sekä miehistä että naisista oli avo- tai avioliitossa. Valtaosa liitoista oli avoliittoja 18–24-vuotiailla, mutta 25–29-vuotiaiden liitoista naisilla puolet ja miehilläkin yli 40 % oli avioliittoja. Naimattomia oli 18–24-vuotiaista miehistä yli 70 %, naisista hiukan alle puolet, ja vanhemmassa ikäryhmässä naimattomien osuus oli molemmilla sukupuolilla 30 %:n luokkaa. Naimattomista miehistä 15 % ja naisista 27 % ilmoitti olleensa aiemmin avoliitossa.

Taulukko 3.3.1. Siviilisäädyn jakauma (%).

	Miehet			Naiset		
	18–24	25–29	18–29 ¹	18–24	25–29	18–29 ¹
Naimisissa	4,3	27,5	13,5	9,1	35,0	19,4
Avoliitossa	25,3	37,6	30,2	42,1	35,1	39,3
Eronnut	0,0	0,3	0,1	1,0	2,0	1,4
Leski	0	0	0	0	0,3	0,1
Naimaton	70,4	34,6	56,2	47,8	27,6	39,8
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p ²						<0,001*

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

* Tilastollisesti merkitsevä (p < 0,05) ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

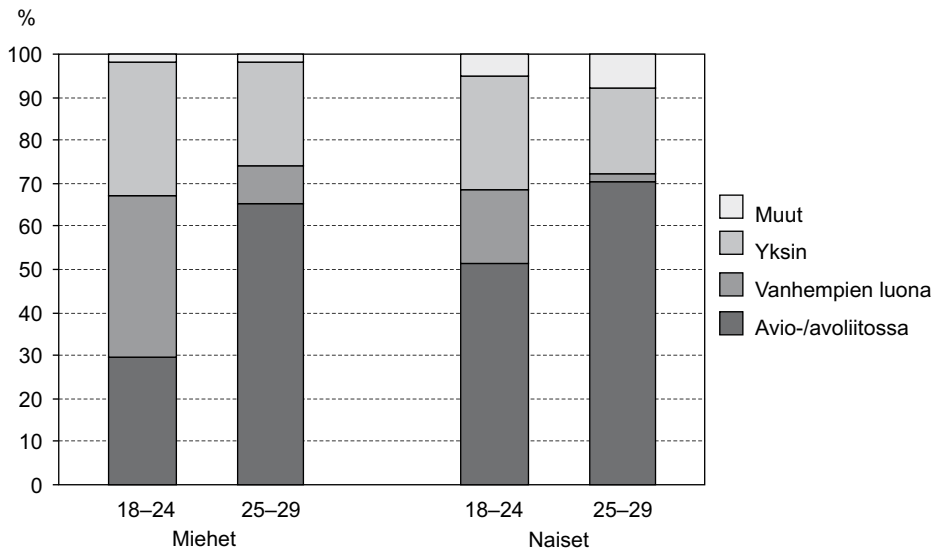
Koska tässä elämänvaiheessa siviilisäätö- ja perhetilanne ovat hyvin voimakkaasti iästä riippuvaisia, verrattaessa tuloksia tilastotietoihin käytetään vertailukohteena 19–30-vuotiaiden ikäryhmää, mikä vastaa suunnilleen tutkimukseen osallistuneiden ikää tutkimushetkellä. Vuoden 2001 lopussa naimisissa olleiden osuudet vastaavat melko hyvin tässä aineistossa havaittuja: väestörakennetilaston mukaan 5 % 19–25-vuotiaista miehistä ja 10 % naisista oli naimisissa, ja 26–30-vuotiailla vastaavat osuudet olivat 26 % ja 37 % (Väestörakenne 2001). Sen sijaan avoliitossa olevien osuus oli tässä tutkimuksessa selvästi suurempi kuin vuoden 2001 perhetilastossa: sen mukaan 19–25-vuotiaista miehistä 21 % ja naisista 31 % oli avoliitossa, ja 26–30-vuotiaiden ryhmässä vastaava osuus oli 31 % molemmilla sukupuolilla (Perheet 2001). Ero saattaa johtua pääasiassa avoliittojen määrittelyn erosta, sillä perhetilaston tieto avoliitosta perustuu rekisteritietoon samassa asunnossa vakituisesti asuvista henkilöistä, kun taas tässä tutkimuksessa kyse on henkilön omasta ilmoituksesta, jolloin avoliiton kriteerit ovat todennäköisesti väljemmät.

Kuten edellä luvussa 2.5 kuvattiin, muodostettiin siviilisäädyn sekä kotitalouden koon ja rakenteen perusteella kotitaloustyypiksi nimetty muuttuja, jonka luokat ovat avo- tai avioliitossa olevat, vanhempien luona asuvat, yksin asuvat ja muut. Kotitaloustyyppiä käytetään kuvattaessa väestöryhmien välisiä eroja (katso etenkin luku 11), jolloin luokka 'muut' jätetään kuitenkin tarkastelun ulkopuolelle, koska se on varsin pieni ja moniaineksinen. Kaikki tutkimushetkellä avo- tai avioliitossa olleet luokiteltiin ensimmäiseen luokkaan kotitalouden rakenteesta riippumatta, eli esimerkiksi jommankumman puolison vanhempien luona asuva pari kirjattiin avo- tai avioliitossa olevaksi. Vanhempien luona asuvat tarkoittavat tässä vain niitä vastaajia, jotka eivät olleet avio- tai avioliitossa ja joiden kotitalouteen kuului ainakin toinen vanhemmista. Yksinasuminen pääteltiin henkilön ilmoittaman kotitalouden koon perusteella. Luokka 'muut' sisältää mm. erityyppisissä toveriasunnoissa asuvat ja ne yksinhuoltajat, joiden kotitalouteen ei kuulunut omia vanhempia. Viimeksi mainittu ryhmä muodosti naisilla hiukan yli puolet kaikista tähän kotitaloustyyppiin kuuluvista, ja heitä oli hiukan alle neljä prosenttia kaikista tämän ikäryhmän naisista. Miespuolisia yksinhuoltajia ei aineistossa ollut.

Vanhempien tai jommankumman vanhemman luona (ilman puolisoa) asui miehistä selvästi suurempi osuus (26 %) kuin naisista (11 %), ja osuus oli luonnollisesti suurempi nuoremmassa kuin vanhemmassa ikäryhmässä (taulukko 2.5.4. ja kuvio 3.3.1.). Nekin miehet, jotka eivät enää tutkimushetkellä asuneet vanhempiansa kanssa, olivat muuttaneet pois lapsuuskodista keskimäärin noin vuoden vanhempina kuin naiset (miehillä keskimääräinen muuttoikä 19,7 vuotta ja naisilla 18,6 vuotta). Myös yksin asuminen oli miehillä jonkin verran yleisempää kuin naisilla, joista puolestaan suurempi osuus oli jo avio- tai avioliitossa tai kuului pieneen luokkaan 'muut'.

Vanhempien luona asuvien osuudet olivat tässä aineistossa selvästi pienempiä kuin vuoden 2001 perhetilaston antamat tiedot lapsen asemassa olevien osuuksista, vaikka vertailukohteena käytettäisiinkin 18–29-vuotiaiden sijasta 19–30-vuotiaita. Ikäryhmässä 19–25 43 % miehistä ja 25 % naisista oli tilaston mukaan lapsen asemassa, ja ikäryhmässä 26–30 vastaavat luvut olivat 13 % ja 5 % (Perheet 2001). Tässä tutkimuksessa saadut yksin asuvien osuudet ovat 25–29-vuotiailla varsin lähellä vuoden 2001 perhetilastosta laskettuja yhden hengen asuntokunnassa asuvien osuuksia väestöstä, jotka olivat 26–30-vuotiailla miehillä 24 % ja naisilla 18 % (Perheet 2001). Sen sijaan 19–25-vuotiaista asui perhetilaston mukaan vuoden 2001 lopussa yksin noin viidesosa (Perheet 2001), mikä on selvästi pienempi luku kuin tässä tutkimuksessa saatu yksin asuvien osuus. Yksi syy eroon voi olla se, että asuntokunta on eri asia kuin kotitalous: kotitalous on tässä tutkimuksessa määritelty henkilöiksi, jotka asuvat ja ruokailevat yhdessä tai jotka muutoin käyttävät tulojaan yhdessä, kun taas asuntokunta koostuu samassa asuinhuoneistossa vakinaisesti asuvista henkilöistä.

Kuvio 3.3.1. Kotitaloustyyppien jakauma iän ja sukupuolen mukaan (%).¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 2.5.4.

Avio- tai avoliitossa asuvien osuudet eivät vaihdelleet merkittävästi maantieteellisen alueen tai taajama-asteen mukaan. Myöskään yksin asumisen tai vanhempien luona asumisen yleisyys ei kummallakaan sukupuolella vaihdellut merkittävästi maan eri osien välillä, mutta yksin asuvien osuudet olivat suuremmat suurissa kaupungeissa kuin muissa kunnissa. Vanhempien luona asuminen oli puolestaan yleisintä maaseutumaisissa kunnissa.

Noin 40 % avio- tai avoliitossa elävien naisten ja 32 % miesten kotitalouksista oli lapsiperheitä. Näistä hieman yli kymmenesosa oli uusperheitä eli sellaisia lapsiperheitä, joissa ainakin yksi lapsista ei ollut puolisojen yhteinen. Kaikkiaan hiukan yli viidesosa 18–29-vuotiaista ilmoitti, että heillä oli tutkimushetkellä elossa olevia lapsia (joko biologisia tai sijais- tai adoptiolapsia). Naisilla osuus oli molemmissa ikäryhmissä suurempi kuin miehillä: 25–29-vuotiaista naisista 46 %:lla oli lapsia ja miehistä 32 %:lla, 18–24-vuotiailla vastaavat osuudet olivat 12 % ja 9 %. Osuudet vastasivat naisilla melko hyvin vuoden 2001 perhetilastosta laskettuja perheasemaluokkien ”avio- tai avopuoliso, jolla lapsia” tai ”äiti tai isä, ei puolisoa” osuuksia (13 % 19–25-vuotiailla ja 44 % 26–30-vuotiailla; Perheet 2001). Sen sijaan miehillä perhetilaston mukaiset luvut (5 % 19–25-vuotiailla ja 26 % 26–30-vuotiailla; Perheet 2001) ovat jonkin verran pienemmät kuin tähän tutkimukseen vastanneiden luvut. Osaselitys erolle voi olla se, että tässä tutkimuksessa tiedusteltiin lasten olemassaoloa riippumatta siitä, asuivatko lapset vakituisesti vastaajan kotitaloudessa, kun taas perhetilaston tiedot perustuvat rekisteritietojen mukaan samassa asutokunnassa asuvien tietoihin. Etelä-Suomessa ja suurissa kaupungeissa asuvista nai-

sista pienemmällä osalla oli lapsia kuin muista naisista, kun taas miehillä ei ollut tässä suhteessa maantieteellisen alueen tai taajama-asteen mukaisia tilastollisesti merkitseviä eroja.

3.4 Asuinympäristö ja työolot

Ahtaasti asuviksi katsotaan tässä tutkimuksessa sellaisissa asunnoissa asuvat, joissa asukkaita on enemmän kuin huoneita, kun keittiötä ei lueta huoneeksi. Yksin asuva ei voi tämän määritelmän mukaan asua ahtaasti. Noin 13 % 18–29-vuotiaista miehistä ja 15 % naisista asui ahtaasti (taulukko 3.4.1.). Vain runsaat 7 % ilmoitti olevansa tyytymättömiä tai erittäin tyytymättömiä asunto-oloihinsa, eikä miesten ja naisten välillä ollut eroa tässä suhteessa (taulukko 3.4.1.). Sen sijaan naisista koki asuinympäristönsä turvattomaksi selvästi suurempi osa kuin miehistä. Kun miehistä peräti 97 % ilmoitti, että he eivät tunne koskaan tai tuntevat erittäin harvoin turvattomuuden tunnetta liikkueensa asuinalueellaan ja vain kolme prosenttia ilmoitti kokevansa turvattomuutta erittäin usein, melko usein tai melko harvoin, naisista lähes viidesosa kuului jälkimmäiseen ryhmään (taulukko 3.4.1.). Molemmilla sukupuolilla turvattomuuden kokemukset olivat yleisempiä nuoremmassa ikäryhmässä kuin vanhemmassa.

Taulukko 3.4.1. Eräitä asuntoon ja asuinympäristöön liittyviä haittoja ja uhkia kokeneiden osuudet (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Ahdas asunto			
Miehet	11,7	13,9	12,6
Naiset	13,2	16,6	14,6
p ²			0,298
Tyytymättömyys asuinoloihin			
Miehet	7,7	7,9	7,8
Naiset	7,4	7,4	7,4
p ²			0,765
Turvattomuus asuinalueella			
Miehet	3,8	2,0	3,1
Naiset	21,1	14,5	18,5
p ²			<0,001

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

Ahtaasti asuminen oli suunnilleen yhtä yleistä maan eri alueilla ja taajama-asteen mukaisissa ryhmissä. Myöskään tyytymättömyys asuinoloihin ja turvattomuuden kokeminen eivät vaihdelleet merkitsevästi maan eri osien välillä. Taajama-asteen mukaan sen sijaan oli vaihtelua: suurissa kaupungeissa asuvat olivat tyytymättömämpiä asuinoloihinsa kuin muun tyyppisissä kunnissa asuvat, ja naisten turvat-

tomuuden kokemukset olivat selvästi harvinaisempia maaseutumaisissa kunnissa kuin kaupungeissa tai taajaan asutuissa kunnissa.

Työhön liittyviä ulkoisia häiritseviä tekijöitä, kuten melua, pölyä jne., tiedusteltiin kotihaastattelussa niiltä vastaajilta, jotka kuuluivat johonkin seuraavista kolmesta ryhmästä: 1) tutkimushetkellä päätoimisesti koko- tai osapäivätyössä olevat, 2) opiskelijat, jotka tekivät opintojen ohessa ansiotyötä vähintään 15 tuntia viikossa ja 3) sellaiset työttömät tai lomautetut, työkyvyttömyyseläkkeellä olevat, omaa kotitaloutta tai perheenjäsentä hoitavat sekä varusmies- tai siviilipalveluksessa olevat, jotka olivat olleet viimeisten 12 kuukauden aikana töissä. Yli 60 % vastanneista ilmoitti, että heidän työhönsä liittyi vähintään yksi ainakin jossakin määrin häiritsevä tekijä (taulukko 3.4.2.). Tavallisimmat häiritsevät tekijät olivat molemmilla sukupuolilla melu (34 % miehistä ja 28 % naisista), pöly (35 % miehistä ja 24 % naisista), kuumuus (29 % miehistä ja naisista), kylmyys (26 % miehistä, 19 % naisista) ja veto (19 % miehistä ja 21 % naisista). Tupakansavun ilmoitti häiritseväksi 4 % miehistä ja 6 % naisista. Vuonna 2000 tehdyssä Työ ja terveys -tutkimuksessa vastaavista häiritsevästä 25–34-vuotiaiden osuudet olivat jonkin verran suurempia: melusta kärsi 40 % miehistä ja 31 % naisista, pölystä vastaavasti 40 % ja 28 %, kuumuudesta 27 % ja 25 %, kylmyydestä tai vedosta 46 % ja 42 %, ja tupakansavusta 9 % ja 5 % (Työ ja terveys 2000). Ero saattaa kuitenkin johtua ryhmien ikäerosta ja siihen liittyvistä työn luonteen eroista sekä kysymyksiin vastanneiden joukon erilaisesta määrittelystä. Työhön liittyvistä ulkoisista häiritsevästä häiritsevästä 25–34-vuotiaiden osuus ei vaihdellut merkittävästi maantieteellisen alueen tai taajama-asteen mukaan, mutta Etelä-Suomessa tai suurissa kaupungeissa asuvat miehet ilmoittivat näitä häiritseviä tekijöitä harvemmin kuin muut miehet.

Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana töissä olleista 18–29-vuotiaista miehistä ja naisista, jotka olivat vastanneet kyselyssä esitettyihin työoloja koskeviin kysymyksiin, lähes viidesosa koki, että heiltä vaaditaan kohtuutonta työmäärää (jokseenkin tai täysin samaa mieltä väitteen 'Minulta edellytetään kohtuutonta työmäärää' kanssa; taulukko 3.4.2.). Lähes puolet naisista ja hiukan alle 40 % miehistä luonnehti työtään erittäin kiivastahtiseksi (jokseenkin tai täysin samaa mieltä väitteen 'Työni on erittäin kiivastahtista' kanssa). Kohtuuttoman työmäärän tai työn kiivastahtisuuden kokemusten yleisyys ei vaihdellut maantieteellisen alueen eikä taajama-asteen mukaan.

Taulukko 3.4.2. Työhön liittyviä haittoja ja uhkia kokeneiden osuudet (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Jokin ulkoinen häiritsevä tekijä (melu, pöly yms.)²			
Miehet	61,8	63,2	62,5
Naiset	62,6	63,3	62,9
p ⁴			0,884
Kohtuuton työmäärä³			
Miehet	12,6	22,3	16,6
Naiset	18,1	19,4	18,8
p ⁴			0,341
Erittäin kiivastahtinen työ³			
Miehet	36,3	42,3	38,7
Naiset	43,3	50,5	46,2
p ⁴			0,015
Lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhka³			
Miehet	20,1	17,2	18,8
Naiset	16,9	19,2	17,8
p ⁴			0,687*
Henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhka³			
Miehet	3,7	6,3	4,8
Naiset	9,0	9,7	9,4
p ⁴			0,006
Fyysisen väkivallan uhka³			
Miehet	4,3	7,0	5,4
Naiset	6,5	10,2	8,1
p ⁴			0,118
Seksuaalisen häirinnän uhka³			
Miehet	2,2	0,4	1,4
Naiset	4,6	4,5	4,5
p ⁴			0,005*

¹ Ikävakiointu

² Ulkoisia häiritseviä tekijöitä koskevat kysymykset on esitetty 1) koko- tai osapäivätyössä oleville, 2) vähintään 15 tuntia viikossa työskenteleville opiskelijoille ja 3) sellaisille muihin pääasiallisen toiminnan luokkiin kuuluville, jotka ovat olleet ansiotyössä viimeisten 12 kk:n aikana (miehillä N=589, naisilla N=469)

³ Kysymys koskee viimeisten 12 kuukauden aikana työssä olleita (miehillä N=520–524 ja naisilla N=535–547 kysymyksestä riippuen)

⁴ Sukupuolten välinen ero

* Tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

Ainakin jonkin verran lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhkaa koki lähes viidesosa. Tämän uhan yleisyydessä ei miesten ja naisten välillä ollut juurikaan eroa. Henkisen väkivallan tai kiusaamisen sekä fyysisen väkivallan uhkaa ilmoitti ainakin jonkin verran kokevansa harvempi kuin joka kymmenes nuori aikuinen (taulukko 3.4.2.). Seksuaalisen häirinnän uhka oli tätäkin harvinaisempaa: sitä ilmoitti kokeneensa vajaat viisi prosenttia naisista ja vain runsas yksi

prosentti miehistä. Sukupuolten välinen ero oli siis selkeä. Naiset kokivat myös henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhkaa selvästi yleisemmin kuin miehet, ja fyysisen väkivallan uhkan kokeminen oli sekin naisilla hieman tavallisempaa kuin miehillä, joskaan viimeksi mainittu ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Samanlainen sukupuolten välinen ero henkisen tai fyysisen väkivallan sekä seksuaalisen häirinnän kokemisessa todettiin myös vuoden 2000 Työ ja terveys -tutkimuksessa. Oli ehkä odottamatonta, että perinteiset itse työhön ja työoloihin liittyvät haitat olivat näin paljon yleisempiä kuin kiusaaminen ja seksuaalinen häirintä, jotka ovat olleet julkisuudessa näkyvästi esillä.

Lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden, fyysisen tai henkisen väkivallan tai seksuaalisen häirinnän uhka ei miehillä vaihdellut merkitsevästi alueen tai asuinkunnan taajama-asteen mukaan. Naisilla lomautuksen, irtisanomisen tai työttömyyden uhka oli pienin Etelä-Suomessa ja suurin pienissä kaupungeissa tai taajaan asutuissa kunnissa; muiden työhön liittyvien uhkatekijöiden osalta ei myöskään naisilla ollut merkitseviä alue-eroja, joskin fyysisen väkivallan uhka oli hiukan yleisempi Etelä-Suomessa kuin muualla maassa.

3.5 Yhteenveto

Suurin osa nuorista aikuisista kävi työssä tai opiskeli. Työssäkävien osuus kasvoi jyrkästi 25 ikävuoden jälkeen etenkin miehillä, joilla se saavutti 25–29-vuotiailla suunnilleen saman tason kuin 30–44-vuotiaiden ryhmässä. Naisilla työssäkävien osuus oli Terveys 2000 -aineistossa huipussaan vasta 45–54-vuotiaiden ryhmässä, mikä liittyy lähinnä lasten syntymistä johtuvaan työelämän ulkopuolelle jäämiseen nuoremmassa ikäryhmissä (Martelin ym. 2002). Päätoimisesti opiskelevien osuus pieneni nopeasti 25 ikävuoden jälkeen, mutta 25–29-vuotiaistakin noin viidennes ilmoitti opiskelevansa pää- tai sivutoimisesti. Opiskelun ja työnteon limittymisestä kertoo sekin, että noin joka viides päätoiminen opiskelija kävi sivutoimisesti työssä. Maamme edelleen suuri työttömyys näkyy myös tässä ikäryhmässä: useampi kuin joka kymmenes työvoimaan kuuluva nuori aikuinen oli työtön. Määräaikaiset työsuhteet olivat hyvin tyypillisiä tässä ikäryhmässä ja selvästi yleisempiä kuin 30 vuotta täyttäneillä.

Suomalaisten koulutustason nopea nousu näkyy verrattaessa nuorten aikuisten koulutusrakennetta 30 vuotta täyttäneitä koskeviin tuloksiin, etenkin kun tarkastellaan tutkimushetkellä käynnissä olleet opinnot huomioonottavaa koulutusaste-muuttujaa. Kun 82 % Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneista 30–44-vuotiaista miehistä ja 86 % naisista oli suorittanut jonkin perusasteen jälkeisen tutkinnon, oli vastaava odotettu osuus nuorten aikuisten kohortissa miehillä 90 % ja naisilla 92 %; 25–29-vuotiaista noin 90 % oli jo suorittanut tällaisen tutkinnon. Enintään

perusasteen koulutuksen varaan jäisi tästä kohortista siis vain noin 10 %, kun kaikkien 30 vuotta täyttäneiden keskuudessa vastaava osuus oli nelinkertainen. Miesten koulutustason odotetaan jäävän matalammaksi kuin naisten, mikä näkyi myös 30–54-vuotiaiden joukossa.

Lapsuuden kodista irtautuminen ja monilla myös parisuhteen aloittaminen ja ensimmäisen lapsen syntymä ajoittuvat useimmiten nyt tarkasteltavalle ikävälille. Nämä elämäntapahtumat ovat niin voimakkaasti iästä riippuvia, että 18–24- ja 25–29-vuotiaat poikkeavat monessa suhteessa selvästi toisistaan. Esimerkiksi naimisissa oleminen oli vanhemmassa ikäryhmässä huomattavasti yleisempää kuin 18–24-vuotiailla, joskin vielä selvästi harvinaisempaa kuin 30–44-vuotiailla. Parisuhteessa eli avio- tai avoliitossa eläminen oli 25–29-vuotiailla kuitenkin jo lähes yhtä yleistä kuin 30–44-vuotiailla, mutta avoliittojen osuus parisuhteista oli alle 30-vuotiailla huomattavasti suurempi kuin vanhemmilla. Jos perheen perustaminen ajatellaan yksinkertaistaen prosessiksi, joka etenee lapsuuskodista pois- muuttamisesta parisuhteen solmimisen ja vakiintumisen kautta lasten hankintaan – mikä tosin ei tee lainkaan oikeutta todellisuudessa vallitsevalle yksilöiden elämänkulkujen kirjolle – naiset etenevät siinä keskimäärin nopeammin kuin miehet: vanhempien luona asuminen on molemmissa ikäryhmissä naisilla harvinaisempaa kuin miehillä ja vastaavasti parisuhteessa eläminen yleisempää, avioliittojen osuus parisuhteista on naisilla molemmissa ikäryhmissä suurempi kuin miehillä, ja lapsia on suuremmalla osalla naisista kuin miehistä sekä 18–24- että 25–29-vuotiaiden ikäryhmissä.

Nuorista aikuisista suurin osa oli tyytyväisiä asuinoloihinsa, tyytymättömiä oli alle kymmenesosa. Ahtaasti asuminen oli Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneilla nuorilla aikuisilla yleisempää kuin 30 vuotta täyttäneillä, joskin 30–44-vuotiaat olivat tässä suhteessa vielä huonommassa asemassa kuin nuoremmat. Turvattomuuden kokemukset asuinalueella olivat 18–29-vuotiailla naisilla yleisempiä kuin 30 vuotta täyttäneillä naisilla. Nuorista miehistä jonkin verran pienempi osa koki turvattomuutta kuin vanhemmista miehistä, minkä vuoksi sukupuolten välinen ero turvattomuuskokemusten yleisyydessä oli alle 30-vuotiailla vielä suurempi kuin 30 vuotta täyttäneillä. Työhön liittyviä ulkoisia haittatekijöitä oli lähes yhtä suurella osalla työssäkäyvistä nuorista aikuisista kuin 30 vuotta täyttäneistäkin, mutta lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhan sekä henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhan kokemukset olivat nuorilla jonkin verran harvinaisempia kuin vanhemmilla Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneilla. Sukupuolten väliset erot olivat varsin selvät sekä henkisen väkivallan että seksuaalisen häirinnän uhan kokemuksissa, ja ero oli samansuuntainen myös fyysisen väkivallan uhan yleisyydessä: nuoret työssäkäyvät naiset kokivat näitä ongelmia noin kaksin–kolminkertaisesti miehiin verrattuna.

Kirjallisuus

- Aho S. Mitä nuoret tekevät 2002? Katsaus 15–29-vuotiaiden työllisyyteen ja opiskeluun. Nuorisoasiain neuvottelukunta, 2002. <http://www.minedu.fi/nuora/elinolot.html> (23.3.2005)
- Hämäläinen U. Nuorten tulojen ja toimeentulon palapeli. Palkansaajien tutkimuslaitos, Tutkimuksia-sarja no. 92, Helsinki 2004. http://www.etk.fi/Dynagen_attachments/Att20310/20310.pdf
- Martelin T, Nieminen T ja elinolotyöryhmä. Sosiodemografiset tekijät ja elinolot. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 16–24. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>
- Perheet 2001. Tilastokeskus, SVT Väestö 2002:10, Helsinki 2002.
- statfin.stat.fi (Väestön pääasiallinen toiminta 2002; 4.11.2004)
- Suomen tilastollinen vuosikirja 2003. Tilastokeskus, Helsinki 2003.
- Väestön koulutusrakenne kunnittain 2001. Tilastokeskus, Koulutus 2003:2, Helsinki 2003.
- Väestörakenne 2001. Tilastokeskus, Väestö 2002:6, Helsinki 2002.
- Työ ja terveys. Haastattelututkimus v. 2000, Taulukkoraportti. Työterveyslaitos, Helsinki, 2000.

4 ELINTAVAT

4.1 Ajankäyttö

Laura Kestilä ja Tuija Martelin

Nuorten aikuisten ajankäyttöä ja harrastuksia selvitettiin terveystutkimuksessa pitkällä kysymyssarjalla, joka kartoitti mm. liikunta- ja kulttuuriharrastusten, sosiaalisen kanssakäymisen, ravintoloissa käymisen ja erilaisten päivittäistoimintojen useutta. Tiedot hankittiin pyytämällä tutkittavia arvioimaan, kuinka usein he keskimäärin tekivät mainittuja asioita. Keskeisimmät tulokset on koottu taulukkoon 4.1.1.

Liikunta

Ulkoliikuntaa vähintään kerran viikossa ilmoitti harrastavansa 62 % nuorista aikuisista. Naiset ilmoittivat harrastavansa ulkoliikuntaa merkitsevästi useammin kuin miehet (taulukko 4.1.1.), mutta ikäryhmät eivät eronneet toisistaan merkittävästi. Ulkoliikunnan harrastaminen vaihteli miehillä koulutusasteen mukaan: useimmin ulkoliikuntaa harrastivat korkea-asteen suorittaneet tai sitä suorittavat, harvimmalla enintään perusasteen koulutuksen suorittaneet miehet. Naisilla ei todettu koulutusryhmien välisiä eikä muitakaan merkitseviä väestöryhmittäisiä eroja.

Sisäliikuntaa vähintään kerran viikossa ilmoitti harrastavansa 36 % nuorista aikuisista; sukupuolten ja ikäryhmien välillä ei havaittu eroja. Sisäliikunnan harrastaminen vaihteli kuitenkin selvästi koulutusasteen ja taajama-asteen mukaan sekä naisilla että miehillä: sisäliikunnan harrastaminen oli sitä yleisempää mitä korkeampi koulutus vastaajalla oli, suurissa kaupungeissa harrastettiin sisäliikuntaa eniten ja maaseutumaisissa kunnissa vähiten.

Viikoittainen liikunnan harrastaminen oli melko yleistä nuorten aikuisten keskuudessa, mikä ilmeni myös samaan aikaan tehdyn Aikuisväestön terveystutkimustutkimuksen (AVTK) tuloksista (Helakorpi ym. 2001). Sen sijaan koulutusryhmittäiset erot näyttivät vaihtelevan ikäryhmittäin. Vuoden 2001 AVTK-tutkimuksessa 25–34-vuotiaiden tulokset vastasivat Terveys 2000 -tutkimuksen 18–29-vuotiaita koskevia tuloksia: vapaa-ajan liikuntaa harrastivat yleisimmin ylimpään koulutusryhmään kuuluvat; sen sijaan 15–24-vuotiaista AVTK-tutkimuksen mukaan eniten vapaa-ajan liikuntaa harrastivat alimpiin koulutusryhmiin kuuluvat.

Sosiaaliset suhteet

Sukulaisten, ystävien tai naapurien luona ilmoitti vierailevansa vähintään kerran viikossa lähes kaksi kolmannesta vastaajista; naisista suurempi osa kuin miehistä ja nuoremman ikäryhmän vastaajista hieman useampi kuin vanhemman ikäryhmän vastaajista (taulukko 4.1.1.). Naisilla vaihtelua oli myös kotitaloustyypin mukaan: yksin asuvista naisista selvästi suurempi osa vieraili sukulaisten, ystävien tai naapurien luona kuin avio- tai avoliitossa asuvista naisista. Muut väestöryhmittäiset erot olivat melko pieniä. Sukulaisten, ystävien tai naapurien tapaaminen omassa kodissa oli hieman edellistä harvinaisempaa; 43 % vastaajista ilmoitti käyttävänsä siihen aikaa vähintään kerran viikossa. Nuoremmassa ikäryhmässä sukulaisten, ystävien tai naapurien tapaaminen omassa kodissa oli hieman yleisempää kuin vanhemmassa.

Lukeminen, musiikin kuuntelu ja TV:n katselu

Nuorista aikuisista 96 % ilmoitti lukevansa sanoma- tai aikakauslehtiä vähintään kerran viikossa; 25–29-vuotiaiden ikäryhmässä niiden lukeminen oli hieman yleisempää kuin nuoremmassa. Sukupuolten välillä ei ollut merkitsevää eroa, kuten ei myöskään muiden väestöryhmien välillä. Kirjallisuuden lukemista ja musiikin kuuntelua harrasti vähintään kerran viikossa 82 % vastaajista, naisista selvästi suurempi osa kuin miehistä. Yksin asuvista naisista ja miehistä selvästi suurempi osa käytti aikaa kirjallisuuden lukemiseen ja musiikin kuunteluun kuin vanhempien luona asuvista tai avio- tai avoliitossa elävistä. Miesten kirjallisuuden lukeminen ja musiikin kuuntelu vaihtelivat merkitsevästi myös taajama-asteen mukaan; suurkaupungeissa asuvista miehistä käytti niihin aikaa selvästi suurempi osa kuin muista miehistä.

Lähes kaikki nuoret aikuiset käyttivät viikottain aikaa TV:n ja videoiden katselemiseen sekä radion kuuntelemiseen. Miehet ja naiset tai eri ikäryhmät eivät eronneet näiden suhteen toisistaan.

Tietokoneen ajanvietekäyttö

Tietokonepelien pelaamiseen tai muuhun tietokoneen ajanvietekäyttöön käytti aikaa kerran viikossa tai useammin 42 % vastaajista. Miehistä ja nuorempaan ikäryhmään kuuluvista suurempi osa harrasti tietokonepelien pelaamista ja muuta tietokoneen ajanvietekäyttöä kuin naisista ja vanhempaan ikäryhmään kuuluvista. Sekä naisista että miehistä eniten tietokonetta vapaa-aikana käyttivät korkea-asteen koulutuksen suorittaneet tai sitä parhaillaan suorittavat ja vähiten perusasteen koulutuksen saaneet. Miesten tietokoneen ajanvietekäyttö vaihteli myös taajama-asteen mukaan merkitsevästi: useimmin sitä harrastivat suurissa kaupungeissa asuvat ja vähiten maaseutumaisissa kunnissa asuvat miehet. Ikäryhmittäisiä eroja tietokoneen käytössä on raportoitu muidenkin aineistojen perusteella; tietokoneen

käyttö on viime vuosina lisääntynyt, mutta sen käyttäminen vähenee iän myötä tasanaisesti (Nurmela ym. 2000). Myös muista väestöryhmittäisistä eroista tietokoneen käytössä on raportoitu edellä kuvatun kaltaisia tuloksia (esim. Nurmela 1998).

Taulukko 4.1.1. Nuorten aikuisten ajankäyttö.

Ajankäytön kohde	Miehet			Naiset		
	18–24	25–29	18–29 ¹	18–24	25–29	18–29 ¹
Ulkoliikunta						
Kerran tai muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	18,3	19,1	18,6	11,3	12,1	11,6
Kerran tai pari kuukaudessa	26,9	24,3	25,9	21,3	19,3	20,5
Kerran tai pari viikossa tai useammin	54,8	56,5	55,5	67,4	68,6	67,8
p ²						<0,001
Sisäliikunta						
Kerran tai muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	47,8	49,5	48,4	46,8	52,1	48,9
Kerran tai pari kuukaudessa	16,1	16,6	16,3	17,1	12,6	15,3
Kerran tai pari viikossa tai useammin	36,1	34,0	35,3	36,1	35,3	35,8
p ²						0,893
Sukulaisten, ystävien tai naapurien luona vierailu						
Kerran tai muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	7,8	8,2	7,9	3,6	3,7	3,6
Kerran tai pari kuukaudessa	27,4	44,2	34,1	25,2	32,0	27,9
Kerran tai pari viikossa tai useammin	64,8	47,6	58,0	71,2	64,4	68,4
p ²						<0,001
Sukulaisten, ystävien tai naapurien tapaaminen omassa kodissa						
Kerran tai muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	12,0	18,1	14,5	10,7	10,1	10,5
Kerran tai pari kuukaudessa	37,5	49,3	42,2	41,3	54,9	46,7
Kerran tai pari viikossa tai useammin	50,4	32,5	43,3	48,0	34,9	42,8
p ²						0,076
Ravintoloissa, klubeilla, baareissa, pubeissa tai tanssimassa käyminen						
Kerran tai muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	22,5	38,9	28,9	30,3	54,6	39,9
Kerran tai pari kuukaudessa	47,9	46,8	47,6	51,6	38,7	46,4
Kerran tai pari viikossa tai useammin	29,6	14,3	23,5	18,2	6,7	13,7
p ²						<0,001
Kerho- ja yhdistystoiminta						
Kerran tai muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	83,8	84,3	84,0	81,6	82,1	81,8
Kerran tai pari kuukaudessa	5,9	7,9	6,7	9,3	8,9	9,1
Kerran tai pari viikossa tai useammin	10,2	7,9	9,3	9,1	9,0	9,1
p ²						0,297
Teatterissa, elokuvissa, konserteissa, taidenäyttelyissä, urheilukilpailuissa tms. käyminen						
Kerran tai muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	45,9	55,6	49,7	53,1	61,9	56,6
Kerran tai pari kuukaudessa	45,0	37,6	42,1	41,8	34,9	39,1
Kerran tai pari viikossa tai useammin	9,1	6,8	8,2	5,0	3,2	4,3
p ²						0,004

Ajankäytön kohde	Miehet			Naiset		
	18-24	25-29	18-29 ¹	18-24	25-29	18-29 ¹
Kirkossa tai muissa uskonnollisissa tilaisuuksissa käyminen						
Kerran tai muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	92,2	92,2	92,2	90,8	91,0	90,9
Kerran tai pari kuukaudessa	2,8	4,3	3,4	4,1	2,3	3,4
Kerran tai pari viikossa tai useammin	5,0	3,5	4,4	5,1	6,7	5,7
p ²						0,567
Ulkomaille matkustelu						
Kerran tai muutaman kerran vuodessa tai useammin	43,6	50,0	46,2	45,5	43,4	44,7
p ²						0,611
Tietokonepelien pelaaminen ja muu tietokoneen ajanvietekäyttö						
Kerran tai muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	19,7	32,6	24,8	38,3	47,9	42,2
Kerran tai pari kuukaudessa	21,8	21,6	21,7	27,5	24,8	26,4
Kerran tai pari viikossa tai useammin	58,5	45,8	53,5	34,2	27,3	31,4
p ²						<0,001

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Muu ajankäyttö

Ravintoloissa, baareissa, pubeissa tai tanssimassa ilmoitti käyvänsä vähintään kerran tai pari kuukaudessa lähes kaksi kolmasosaa vastaajista, miehistä selvästi suurempi osa kuin naisista. Nuoremmassa ikäryhmässä aikaa vietettiin kyseisissä paikoissa enemmän kuin vanhemmassa: lähes kolmasosa nuoremmassa ikäryhmän miehistä ilmoitti käyvänsä ravintoloissa ja baareissa kerran viikossa tai useammin. Tilastokeskuksen Elinolotutkimuksessa vuonna 1994 15–24-vuotiaista miehistä vain 18 % ilmoitti käyvänsä ravintoloissa viikoittain (Tilastokeskus 1995). Yksin asuvat ja suurissa kaupungeissa asuvat kävivät useimmin ravintoloissa, baareissa, pubeissa tai tanssimassa, maaseutumaisissa kunnissa asuvat harvimmin.

Teattereissa, elokuvissa, konserteissa, taidenäyttelyissä ja urheilukilpailuissa kertoi käyvänsä vähintään kerran kuukaudessa lähes puolet vastaajista, miehistä selvästi suurempi osa kuin naisista ja nuoremmassa ikäryhmän vastaajista selvästi suurempi osa kuin vanhemman ikäryhmän vastaajista. Sekä naisten että miesten keskuudessa teattereissa, elokuvissa, konserteissa, taidenäyttelyissä tai urheilukilpailuissa käyminen oli selvästi yleisintä suurissa kaupungeissa ja harvinaisinta maaseutumaisissa kunnissa. Myös koulutusryhmien väliset erot olivat merkitseviä: mitä korkeampi koulutus henkilöllä oli, sitä useammin hän kävi em. paikoissa. Yksin asuvista selvästi suurempi osa kävi näissä paikoissa kuin vanhempien luona asuvista tai avio- tai avoliitossa elävistä.

Kerho- ja yhdistystoimintaa ilmoitti harrastavansa vähintään kerran viikossa 9 % vastaajista ja kerran tai pari kuukaudessa lisäksi 8 %; sukupuolten ja ikäryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja, eikä myöskään muita väestöryhmittäisiä eroja havaittu. Kirkossa ja muissa uskonnollisissa tilaisuuksissa käyminen oli varsin harvinaista; yli 90 % nuorista aikuisista ilmoitti kävänsä niissä enintään muutaman kerran vuodessa. Selvästi ahkerimpia kirkossa tai muissa uskonnollisissa tilaisuuksissa kävijöitä olivat yksin asuvat.

Lähes puolet vastaajista ilmoitti kävänsä ulkomailla vähintään kerran vuodessa tai useammin. Suurissa kaupungeissa asuvat matkustelivat eniten ja maaseutumaisissa kunnissa asuvat vähiten. Ulkomaille matkustelun useus vaihteli merkitsevästi myös koulutuksen mukaan: mitä korkeampi koulutus vastaajalla oli, sitä useammin hän ilmoitti matkustavansa ulkomailla.

Lopuksi

Muissa suomalaisissa väestötutkimuksissa nuorten aikuisten ajankäyttöä ei ole tutkittu vastaavalla tavalla ja muutenkin tutkimusta tämän ikäryhmän ajankäytöstä on vähän; yksittäisistä ajankäytön kohteista ja teemoista on toki tehty tutkimuksia. Nuorten aikuisten ajankäyttöä koskevat tulokset kertovat siitä, että miesten ja naisten välillä on merkittäviä eroja. Naiset harrastavat enemmän esimerkiksi ulkoliikuntaa ja kyläilyä, miehet puolestaan ravintoloissa käymistä ja tietokoneen ajanvietekäyttöä. Samoin näyttää siltä, että ikäryhmät eroavat monesti merkitsevästi toisistaan: tietokoneen vapaa-ajankäyttö, ravintoloissa ja baareissa käyminen sekä teattereissa, elokuvissa tms. käyminen oli selvästi yleisempää nuoremman ikäryhmän keskuudessa. Ajankäyttö näytti myös monissa tapauksissa olevan yhteydessä koulutukseen, asuinpaikan taajama-asteeseen sekä kotitaloustyyppiin.

4.2 Ruokatottumukset

Ritva Prättälä ja Laura Paalanen

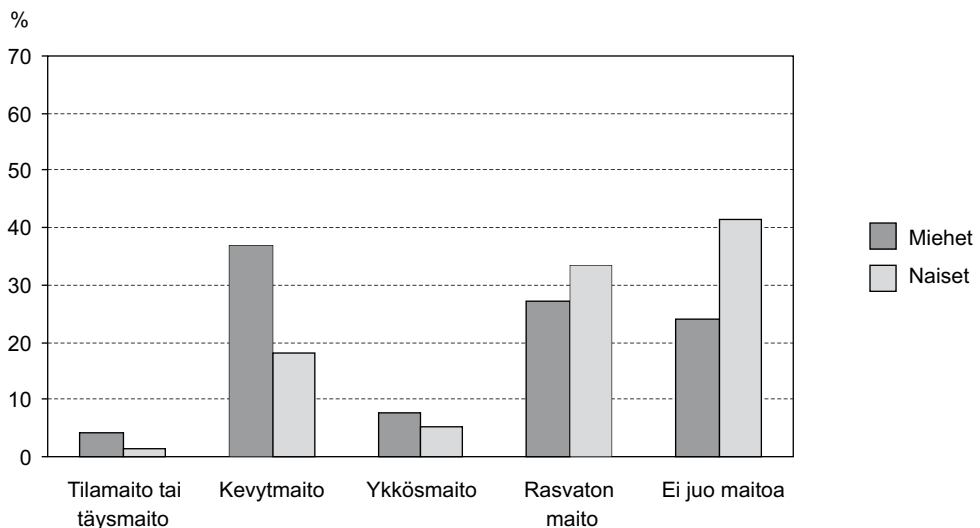
Elämäntilanteen ja elinympäristön muuttuessa myös ruokatottumukset muuttuvat. Varhainen aikuisikä, jolloin useimmat nuoret itsenäistyvät lapsuudenkodista, valmistuvat ammattiin ja aloittavat parisuhteen, onkin tärkeä vaihe myös ruokatottumuksien muovautumiselle. Tuolloin omaksutuilla tottumuksilla on merkitystä moniksi vuosiksi eteenpäin.

Seuraavassa tarkastellaan neljää ruokatottumusta. Nämä tottumukset – rasvattoman maidon juonti, margariinin, vähärasvaisen juuston ja kasvien syöminen – eivät kerro ravintoaineiden saannin yksityiskohdista. Tarkastelun kohteena olevien tottumusten voidaan aiempien tutkimusten perusteella olettaa kuvastavan vastaajan pyrkimystä noudattaa terveellistä eli nykyisten ravintosuositusten mukaista ruokavaliota.

Maidon juonti

Maidon juontia selvitettiin kysymällä, minkälaista maitoa vastaaja yleensä joi. Suurempi osa naisista (42 %) kuin miehistä (24 %) kertoi, ettei juo lainkaan maitoa (kuvio 4.2.1.). Tavallisin miesten käyttämä maitolaatu oli kevytmaito (37 %). Naisilla rasvaton maito oli yleisin (34 %).

Kuvio 4.2.1. Eri maitolaatuja käyttävien ikävakioidut osuudet (%), 18–29-vuotiaista.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitteessä 4.

Miehistä joi rasvaista maitoa suurempi osa kuin naisista (rasvaisen maidon juojilla tarkoitetaan niitä vastaajia, jotka ilmoittivat käyttävänsä joko kevytmaidon, täysmaidon tai tilamaitoa). Vajaa puolet miehistä ilmoitti juovansa yleensä rasvaista maitoa, naisista noin viidennes (taulukko 4.2.1.). Miehillä rasvaisen maidon käyttö vaihteli iän mukaan siten, että nuorimmista miehistä kaikkein suurin osa joi rasvaista maitoa. Rasvaisen maidon käyttö oli yleisintä Kuopion ja Oulun yliopistosairaaloitten vastuualueilla, maaseutumaisissa kunnissa sekä perus- ja keskiasteen koulutuksen saaneilla ja harvinaisinta HUS-piirissä, suurissa kaupungeissa, ylimmissä koulutusryhmissä ja yksin asuvien keskuudessa.

Taulukko 4.2.1. Rasvaisen maidon käyttäjien, rasvaista juustoa päivittäin käyttävien ja kasviksia harvemmin kuin päivittäin käyttävien osuudet (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Rasvaisen maidon käyttö			
Miehet	47,5	31,6	41,1
Naiset	20,0	18,8	19,5
p ²			<0,001
Rasvaisen juuston päivittäiskäyttö			
Miehet	47,6	41,1	45,0
Naiset	38,0	39,8	38,7
p ²			0,012
Kasvisten harvempi kuin päivittäiskäyttö			
Miehet	56,6	52,0	54,7
Naiset	44,4	39,6	42,5
p ²			<0,001

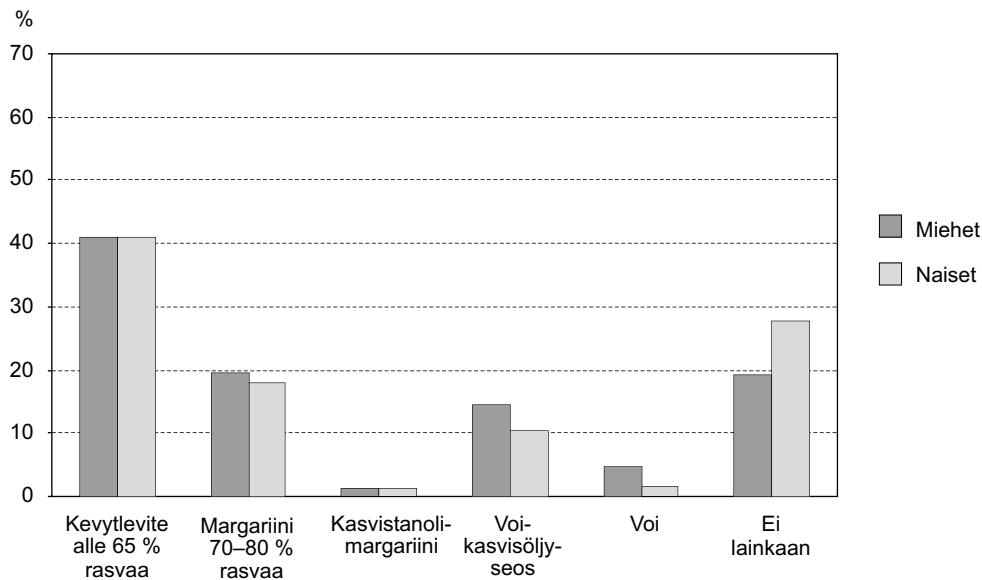
¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

Rasvan käyttö leivällä

Rasvan käyttöä arvioitiin kysymällä, minkälaista rasvaa vastaaja käytti tavallisimmin leivän päällä. Noin viidesosa (19 %) miehistä ja reilu neljäsosa (28 %) naisista ilmoitti, ettei käytä leivällä lainkaan rasvaa (kuvio 4.2.2.). Tavallisin leipärasva oli alle 65 % rasvaa sisältävä kevytleivate, jota käytti 41 % vastaajista. Margariinia (70–80 % rasvaa) siveli leivälleen noin viidesosa vastaajista (miehet 20 %, naiset 18 %). Miehistä 19 % käytti joko voi-kasviöljyseosta tai voita, naisista 12 %. Voin käyttö oli naisilla yhtä harvinaista kuin kasvistanolimargariinin käyttö (alle 2 % vastaajista).

Kuvio 4.2.2. Eri rasvoja leivän päällä käytettävien ikävakioidut osuudet (%) 18–29-vuotiaista.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitteessä 4.

Juuston käyttö

Tutkimukseen osallistuneet vastasivat juuston käyttöä koskevaan kysymykseen arvioimalla, kuinka usein he söivät juustoa, ja millaista juustoa he tavallisesti söivät (normaalirasvaista, vähärasvaista eli alle 20 % rasvaa tai kasvirasvajuustoa). Normaalirasvaista juustoa nimitetään rasvaiseksi juustoksi. Suurempi osa miehistä (45 %) kuin naisista (39 %) käytti rasvaisia juustoja päivittäin (taulukko 4.2.1). Kaikkein tavallisinta rasvaisten juustojen päivittäiskäyttö oli nuorimmilla miehillä. Muut väestöryhmittäiset erot olivat miehillä vähäisiä, mutta naisilla rasvaisten juustojen käyttö oli yleisintä Pohjois- ja Itä-Suomessa, harvinaisinta yksin asuvilla.

Kasvien käyttö

Kasvien käyttöä selvitettiin kysymällä, miten usein vastaaja oli syönyt kasviksia tai juureksia viimeksi kuluneen viikon aikana sellaisenaan, raasteena tai salaattina. Vain 7 % miehistä ja 4 % naisista ilmoitti, ettei ollut syönyt kasviksia kertaakaan edellisen viikon aikana. Päivittäin tai lähes päivittäin kasviksia käytti 45 % miehistä ja 58 % naisista. Sekä miehillä että naisilla kasvien käyttö harvemmin kuin päivittäin oli tavallisinta nuorimmilla vastaajilla (taulukko 4.2.1.) ja alimmas- sa koulutusryhmässä.

Pohdinta

Tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien suomalaisten tutkimusten kanssa (Männistö ym. 2003, Helakorpi ym. 2001). Samoin kuin tähän tutkimukseen osallistuneista nuorista aikuisista, myös Aikuisväestön terveystutkimukseen (AVTK) vastanneista miehet käyttivät tavallisimmin kevytmaidon ja naiset rasvatonta maitoa (Helakorpi ym. 2001). Kuten tässäkin tutkimuksessa, tavallisimmin käytetty leipärasva oli myös AVTK-tutkimuksessa kevytlevite.

Rasvaisen juuston päivittäiskäyttö oli tässä tutkimuksessa hieman yleisempää miehillä kuin naisilla, vaikka sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Myös AVTK-tutkimuksessa (Helakorpi ym. 2001) rasvaisen juuston päivittäiskäyttö oli hieman tavallisempaa miehillä kuin naisilla, ja ero oli suurempi nuoremmassa ikäryhmässä (15–34-vuotiaat). Muutamissa tutkimuksissa juuston käyttö on kuitenkin ollut hieman tavallisempaa naisilla kuin miehillä (Ovaskainen ym. 2004, Prättälä ym. 2003). Näyttää siltä, että erityisesti nuoret naiset kiinnittävät maitotuotteiden rasvapitoisuuden enemmän huomiota kuin nuoret miehet ja suosivat vähärasvaisia vaihtoehtoja.

Kasvisten käytön sukupuoliero oli selvä niin tässä kuin muissakin tutkimuksissa; naisista kasviksia syö suurempi osa kuin miehistä (Helakorpi ym. 2001, Ovaskainen ym. 2004). Lisäksi samoin kuin tässä tutkimuksessa, myös AVTK-tutkimuksessa tuoreiden kasvisten käyttö harvemmin kuin 6–7 päivänä viikossa oli tavallista kaikkein nuorimmilla vastaajilla (Helakorpi ym. 2001).

Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten mukaan kasviksien päivittäinen käyttö oli 18–29-vuotiaiden keskuudessa harvinaisempaa kuin 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä (Uutela ym. 2002). Myös muissa suomalaisissa tutkimuksissa (Helakorpi ym. 2001, Männistö ym. 2003) on viime vuosina havaittu nuorten käyttävän keski-ikäisiä vähemmän kasviksia. Vaikka suomalaisten keskimääräinen kasvisten käyttö onkin lisääntynyt viime vuosikymmeninä, emme vielä ole saavuttaneet suositeltavaa tasoa. Nuorten aikuisten vähäisestä kasvisten käytöstä on haitallisia kansanterveydellisiä seurauksia, mikäli nykyisen sukupolven tottumukset pysyvät koko aikuisiän ja siirtyvät heidän tuleville lapsilleen. Nuorten aikuisten kasvisten käyttöä tulisikin tukea sekä ravitsemuspolitiikan että -kasvatuksen keinoin.

4.3 Liikunta

Mikael Fogelholm

Terveyskyselyssä kysyttiin vapaa-ajan liikunnan määrää monissa suomalaisissa väestötutkimuksissa (mm. Helakorpi ym. 2001, Laatikainen ym. 2003, Paronen ja Fogelholm 2004) käytössä olleilla yksinkertaisilla frekvenssikysymyksillä. Lisäksi käytettiin uuden kansainvälisen liikuntakäyttätymiskyselyn (International Physical Activity Questionnaire, IPAQ; Craig ym. 2003) lyhyempää versiota. IPAQ:ssa tiedustellaan raskaan ja kohtuutehoisen liikunnan sekä kävelyliikunnan useutta ja kertasuorituksen kestoja. Lisäksi lomakkeessa oli kysymykset istumiseen käytetystä ajasta arkipäivisin ja viikonloppuna. IPAQ oli Terveys 2000 -tutkimuksen suorittamisvaiheessa vielä kehitteillä. Tuloksia analysoitaessa kävi ilmi, että huomattava osa vastaajista oli tulkinnut kertasuorituksen kestoja koskevan kysymyksen väärin, eikä IPAQ:n kokonaistuloksia siten voitu käyttää. Vastaava kokemus on saatu myös esimerkiksi Belgiassa (Rzewnicki ym. 2003).

Vapaa-ajan liikunnan harrastuksen tiheyttä ja riittävyyttä on kuvattu taulukossa 4.3.1. ja kuviossa 4.3.1. Suositusten mukaan tällaista vähintään lievää hengästymistä ja hikoilua aiheuttavaa liikuntaa pitäisi harrastaa kerrallaan 20–60 min ja vähintään kolmena päivänä viikossa (Pate ym. 1995). Terveys 2000 -tutkimuksessa – kuten monessa muussa aiemmassa tutkimuksessa – käytetty kysymysten luokittelu on hieman ongelmallinen, sillä 2–3 kertaa viikossa liikuntaa harrastaneista osalla todennäköisesti em. suositus täyttyy, osalla taas ei. Sen takia kuviossa 4.3.1. on esitetty vähintään neljä kertaa viikossa liikkuvien osuus varmasti riittävänä ja korkeintaan kerran viikossa liikkuvien osuus varmasti riittämättömänä. Noin 40 %:lla kohtuullisesti kuormittavan tai raskaan liikunnan määrä oli siten varmasti riittävää ja noin 25 %:lla riittämätöntä. Sukupuoliero oli pieni, mutta tilastollisesti merkitsevä: päivittäin liikkuminen oli naisilla hieman yleisempää ja harvemmin kuin kerran viikossa liikkuminen hieman harvinaisempaa kuin miehillä (taulukko 4.3.1.). Muut väestöryhmien väliset erot olivat vähäisiä.

Hengästymistä ja hikoilua aiheuttava vapaa-ajan liikunta ei ole kuitenkaan ainoa fyysisen aktiivisuuden muoto, jolla on myönteisiä vaikutuksia terveyteen. Suositusten mukaan myös vähintään 30 minuuttia päivässä kestävä, reipasta kävelyä vastaavalla teholla toteutettu liikunta on yhteydessä vähentyneeseen sairastavuuteen ja kuolleisuuteen (Pate ym. 1995). Niinpä kuvion 4.3.1. tulokset eivät sisällä kaikkea terveyttä edistävää liikuntaa.

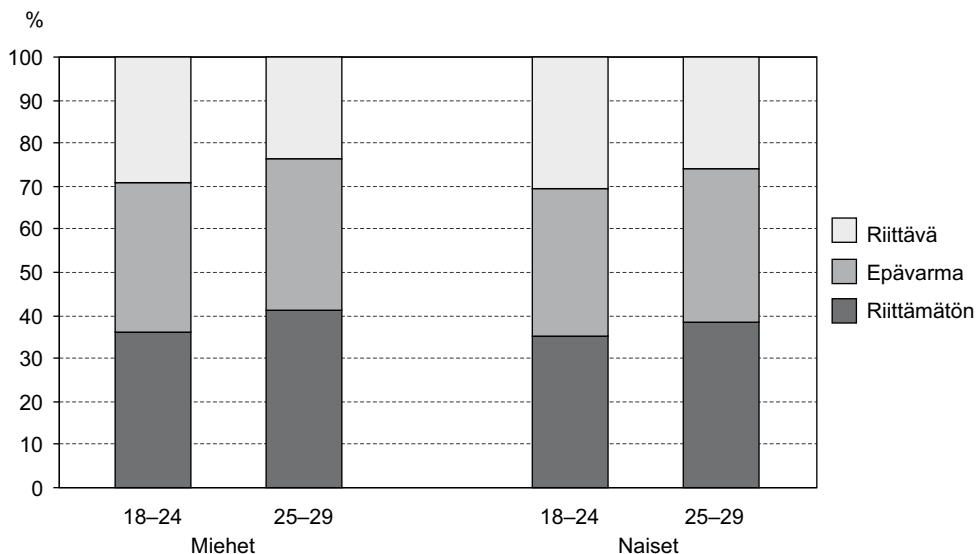
Taulukko 4.3.1. Vapaa-ajan liikunnan harrastuksen tiheys (vähintään 30 min kerralla vähintään lievästi hengästyen ja hikoillen) (%).

	Miehet			Naiset		
	18–24	25–29	18–29 ¹	18–24	25–29	18–29 ¹
Päivittäin	9,1	5,7	7,8	10,8	8,6	9,9
4–6 kertaa viikossa	19,9	18,1	19,2	19,6	17,4	18,8
2–3 kertaa viikossa	34,8	35	34,9	34,6	35,4	34,9
Kerran viikossa	17,8	17,6	17,7	17,5	23,7	19,9
Harvemmin	18,4	23,5	20,5	17,5	15,0	16,5
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p ²						0,032

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

Kuvio 4.3.1. Varmasti riittävästi (4–7 kertaa viikossa) ja riittämättömästi (korkeintaan kerran viikossa) vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuudet. Epävarmaksi luokiteltujen raportoitu liikunnan määrä oli 2–3 kertaa viikossa.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 4.3.1.

IPAQ:n kysymysten mukaan miehet raportoivat kävelevänsä vähintään 10 minuutin ajan 3,5 päivänä viikossa, kun vastaava lukema naisilla oli 4,4. Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä. Naisten kävelytiheys oli siis suurempi, mutta tuloksista ei voi päätellä kävelyyn käytettyä aikaa ja sen riittävyyttä terveyden kannalta. Istumiseen miehet ilmoittivat käyttäneensä aikaa 325 min/vrk ja naiset 340 min/vrk. Sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Työmatkaliikunnassa sukupuolilla on erittäin selvä ja odotettu ero: moottoriajoneuvoilla töihin kulki lähes kaksi kertaa niin suuri osa miehistä kuin naisista (taulukko 4.3.2.). Vastaavasti terveyden kannalta riittävän määrän liikuntaa (vähintään 30 min/vrk) saa pelkästä työmatkoista 14 % miehistä ja 22 % naisista. Maaseutumaisissa kunnissa runsas työmatkaliikunta oli harvinaisinta ja korkea-asteen koulutuksen saaneilla yleisintä. Iän merkitys on myös huomattava ja luonnollinen, sillä moottoriajoneuvoja käyttävien osuus oli selkeästi suurempi vanhemmassa ikäryhmässä. Työmatkaliikunta väheni Suomessa selvästi 1980-luvulla ja on pysynyt melko vähäisenä sen jälkeen (Fogelholm ym. 1996).

Taulukko 4.3.2. Liikkuminen työmatkalla (%).

	Miehet			Naiset		
	18–24	25–29	18–29 ¹	18–24	25–29	18–29 ¹
Ei työmatkaa	10,4	8,6	9,7	11,8	22,3	15,9
Moottoriajoneuvolla	35,2	49,0	40,6	17,1	30,7	22,5
< 15 min/pvä	17,1	11,8	15,0	16,0	10,0	13,6
15–29 min/pvä	24,6	15,3	20,9	30,9	18,3	25,9
30–59 min/pvä	10,2	11,7	10,8	20,7	16,5	19,0
60 min tai yli/pvä	2,5	3,6	2,9	3,5	2,1	3,0
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p ²						<0,001*

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

* Tilastollisesti merkitsevä (p < 0,05) ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

Terveys 2000 -tutkimuksen 30–64-vuotiaiden aineistossa riittävä liikunta (vähintään neljästi viikossa 30 min ainakin lievästi hengästyen ja hikoillen) oli yleisempää naisilla (25,7 %) kuin miehillä (22,4 %) (Utela ym. 2002). Iällä oli kuitenkin huomattava ja johdonmukainen merkitys: riittävä liikunta yleistyi iän karttuessa. Itse asiassa eniten liikkui 65–74-vuotiaat (riittävästi liikkuvia 42,6 % miehistä ja 37,6 % naisista). Vasta tämän jälkeen liikunnan määrä alkoi laskea. Nuoret aikuiset liikkui riittävästi hieman yleisemmin kuin keski-ikäiset, mutta harvemmin kuin varhaisessa eläkeiässä olevat. Nämä kaksi aineistoa näyttävätkin tämänhetkisen liikunnan tilan Suomessa: murrosiässä alkanut liikunnan harrastaminen vähenee koko ajan noin 40–45. ikävuoteen saakka, minkä jälkeen fyysinen aktiivisuus taas lisääntyy.

Lihavuus yleistyy jo verrattaessa nuorten aikuisten ikäryhmiä 18–24 ja 25–29 vuotta (ks. luku 4.4), mutta etenkin kun vertailukohtana on seuraava ikäryhmä (30–44 vuotta) (Reunanen ym. 2002). Vaikka lihavuuteen vaikuttavat fyysisen aktiivisuuden ohella myös ruokatottumukset, ei liikunnan määrän vähentyminen ja lihavuuden yleistymisen 18 ja 44 ikävuoden välillä liene pelkästään sattumaa. Työelämän ja perheen asettamat vaatimukset sekä ajankäytölle että henkiselle jak-

samiselle ovat varmasti vähentämässä nuorten aikuisten fyysistä aktiivisuutta. Auton hankkiminen on myös osa tätä kehitystä. Lasten ja iäkkäiden liikunnan edistämiseen on viime vuosina panostettu, kun taas nuoret aikuiset ovat jääneet vähemmälle huomiolle. Nuorten aikuisten fyysisen aktiivisuuden vähentymisen ehkäisyyn tulisikin olla voimakkaammin esillä esimerkiksi Puolustusvoimien, neuvolajärjestelmän ja työterveydenhuollon ohjelmissa.

4.4 Lihavuus ja painonhallinta

Antti Reunanen ja Aila Rissanen

Haastattelussa nuorilta aikuisilta kysyttiin heidän nykyistä painoaan ja pituuttaan. Näistä luvuista laskettiin kullekin haastatellulle painoindeksi (kg/m^2), jota voidaan käyttää lihavuuden arviointiin. Haastattelu- tai kyselytutkimuksella saadut paino- ja pituuslukemat eivät aina täysin vastaa mitattuja lukemia. Niin painon kuin pituudenkin ääripäissä haastateltavat pyrkivät ilmoittamaan mittaluvun hiukan vähemmän poikkeavaksi kuin mitattu tulos osoittaa. Lihavimmat kertovat painavansa hieman vähemmän, laihimmat enemmän kuin punnitus osoittaa. Haastatteluissa ihmiset myös tapaavat ilmoittaa itsensä todellista pidemmiksi. Virheet eivät kuitenkaan ole kovin suuria. Keskimääräisellä tasolla ilmoitettujen lukemien perusteella laskettuja painoindeksilukuja voidaan pitää luotettavina. Tässä tutkimuksessa ylipainoisuuden raja-arvona pidettiin painoindeksin lukemaa 25 ja lihavuuden raja-arvona lukemaa 30 kansainvälisten suositusten mukaisesti (WHO 1998).

Ylipainoisuus oli nuorilla miehillä (37 %) selvästi yleisempää kuin naisilla (23 %). Lisäksi ylipainoisuus näytti yleistyvän miehillä iän mukana hiukan jyrkemmin kuin naisilla, minkä vuoksi iän ja sukupuolen yhdysvaikutus oli tilastollisesti merkitsevä (taulukko 4.4.1). Lihavuusrajan ylittäneitä oli 8 % miehistä ja 7 % naisista (taulukko 4.4.1.) eikä sukupuolten välinen ero lihavuuden esiintyvyydessä ollut tilastollisesti merkitsevä. Miesten ja naisten suuret erot pienemmällä painoindeksilukemilla (25–30) selittynevät ainakin osittain painoindeksin epäspesifistä luonteesta. Nuorehkoilla miehillä painoindeksin suuruus saattaa varsin usein heijastaa pikemminkin lihasmassan kuin rasvakudoksen suurta määrää. Vasta suuret painoindeksiluvut (yli 30) kuvastavat nimenomaan rasvakudoksen määrää.

Miehillä ylipainoisuus ja lihavuus eivät vaihdelleet alueen, koulutuksen tai kotitaloustyyppin mukaan. Naisilla sekä ylipainoisuus että lihavuus olivat selvästi yleisempiä perusasteen koulutuksen saaneilla kuin korkea-asteen koulutuksen suorittaneilla tai sellaista suorittavilla. Lisäksi naisten ylipainoisuus oli tavallisempaa maaseudulla kuin suurissa kaupungeissa.

Haastattelussa ilmoitettujen painon ja pituuden lisäksi nuorilta kysyttiin kyselylomakkeella mahdollisia laihdutusyrityksistä. Kolmannes nuorista miehistä ja lähes puolet naisista ilmoitti elämänsä aikana pudottaneensa tietoisesti ainakin kerran yli 5 kg painostaan. Lähes puolet näistä merkittävän painon pudottaneista miehistä ja naisista kertoi samantapaisia laihdutusperiodeja sattuneen elämän varrella kahdesti tai useamman kerran.

Täsmälleen tämän tutkimuksen kanssa vertailukelpoisia suomalaisia tutkimuksia on vähän. Lihavuuden yleisyyttä tarkasteltaessa on lisäksi otettava huomioon, että

se on valitettavasti nopeasti yleistymässä myös lasten ja nuorten aikuisten keskuudessa (Rimpelä ym. 2004), joten aikaisemmin tehtyjen tutkimusten ei voi odottaa antavan samanlaisia tuoksia. Suomalaisten aikuisten terveystietäytymistä selvittävässä tutkimuksessa todettiin 15–34-vuotiaiden miesten lihavuuden (painoindeksi 30 tai yli) esiintyvyyden olevan 9,4 % ja naisten 5,5 % vuonna 2001 (Helakorpi ym. 2001), ja nämä luvut poikkeavat vain vähän Terveys 2000 -tutkimuksessa saaduista luvuista. Suomalaisten nuorten terveystapatutkimuksen viimeisimpien tulosten mukaan vuonna 2003 lihavuuden esiintyvyys oli 18-vuotiailla miehillä ja naisilla 3 % (Rimpelä ym. 2004). Myöskin nämä luvut ovat sopusoinnussa tästä tutkimuksesta saatujen tulosten kanssa. 30–44-vuotiaiden keskuudessa lihavuus on noin kaksi kertaa niin yleistä kuin 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä (Reunanen ym. 2002).

Taulukko 4.4.1. Ylipainon (painoindeksi yli 25) ja lihavuuden (painoindeksi yli 30) esiintyvyys (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Ylipaino			
Miehet	30,7	45,2	36,5
Naiset	19,5	27,3	22,6
p ²			<0,001*
Lihavuus			
Miehet	6,9	9,7	8,0
Naiset	5,8	7,8	6,6
p ²			0,275

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

* Tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

4.5 Seksuaalikäyttäytyminen ja raskauden ehkäisy

Arja R Aro ja Päivikki Koponen

Kyselyssä selvitettiin seksielämän tärkeyttä ja tyytyväisyyttä siihen käyttäen arviointijanaa, johon oli merkitty arvot 0–10. Lisäksi kyselyssä tiedusteltiin sukupuolisen kanssakäymisen useutta ja sukupuolikumppaneiden määrää. Haastattelussa kysyttiin nykyisin käytössä olevaa ehkäisymenetelmää tai menetelmää, jota tutkittava oli käyttänyt viime aikoina kumppanin kanssa.

Seksielämän tärkeys ja tyytyväisyys siihen

Miehet pitivät seksielämää tärkeämpänä kuin samanikäiset naiset ja ero korostui vanhemmassa 25–29-vuotiaiden ikäluokassa. Naisilla ikäryhmien välillä ei ollut eroa seksielämän koetussa tärkeydessä, mutta vanhemman ikäryhmän miehet pitivät seksiä tärkempänä kuin nuoremman (taulukko 4.5.1). Nuoremmassa ikäryhmässä naiset olivat tyytyväisempiä seksielämäänsä kuin miehet, mutta 25–29-vuotiaiden keskuudessa miehet ja naiset olivat yhtä tyytyväisiä. Alueiden ja koulutusryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja, mutta avio- tai avoliitossa olevat kokivat seksielämän selvästi tärkeämpänä ja olivat siihen huomattavasti tyytyväisempiä kuin yksin tai vanhempiensa kanssa asuvat.

Taulukko 4.5.1. Seksielämän tärkeys ja tyytyväisyys seksielämään (asteikolla 0–10, keskiarvo).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Seksielämän tärkeys			
Miehet	7,6	8,1	7,8
Naiset	7,3	7,3	7,3
p ²			<0,001
Tyytyväisyys seksielämään			
Miehet	6,6	7,0	6,7
Naiset	7,4	7,0	7,2
p ²			0,003

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Sukupuolisen kanssakäymisen useus ja kumppaneiden määrä

18–24-vuotiaista miehistä 17 % ja yli 25-vuotiaista 8 % ilmoitti, ettei heillä ollut lainkaan sukupuolista kanssakäymistä. Naisten vastaavat luvut olivat 12 % ja 7 %. Useammin kuin kaksi kertaa viikossa seksiä harrasti lähes neljännes nuoremmassa ikäryhmässä, vanhemmassa noin joka kuudes.

18–24-vuotiailla miehillä oli viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana ollut keskimäärin 2,1 sukupuolikumppania ja 25–29-vuotiailla 1,4. Naisilla sukupuolikumppaneita oli vähemmän kuin miehillä (1,4 ja 1,3). Yksin asuvilla sukupuolikumppaneita oli ollut keskimäärin enemmän kuin avio- tai avoliitossa elävillä. Naisista HUS-piirissä ja suurissa kaupungeissa asuvilla oli ollut keskimääräistä useampia sukupuolikumppaneita, mutta muut väestöryhmittäiset erot olivat vähäisiä.

Raskauden ehkäisy

Alle 25-vuotiaista naisista lähes puolet käytti tutkimushetkellä ehkäisynä e-pilleriä, ja 25–29-vuotiaista reilu kolmannes (taulukko 4.5.2.). Kondomia ehkäisynä käytti nuoremman ikäryhmän miehistä lähes puolet. Naisista kondomia käytti noin 40 %, osa heistä käytti kondomia pilleriehkäisyn lisäksi. Muiden ehkäisymenetelmien (mm. kierukka, kemiallinen ehkäisy) käyttö oli harvinaista sekä miehillä että naisilla. Nuoremmista miehistä neljännes ei käyttänyt mitään ehkäisyä, vanhemmassa ikäryhmässä heitä oli vähemmän. Naisista runsas viidennes ei käyttänyt mitään ehkäisyä (kuvio 4.5.1.). Perusasteen koulutuksen saaneista keskimääräistä suurempi osa ei käyttänyt mitään ehkäisyä ja vastaavasti e-pillerien käyttö oli heidän keskuudessaan harvinaisinta. Avio- tai avoliitossa elävien keskuudessa ehkäisyn, nimenomaan e-pillereiden, käyttö oli keskimääräistä yleisempää, kondomin käyttö harvinaisempaa.

Taulukko 4.5.2. Nykyisin käytössä oleva raskauden ehkäisymenetelmä (käyttäjien osuudet, %).

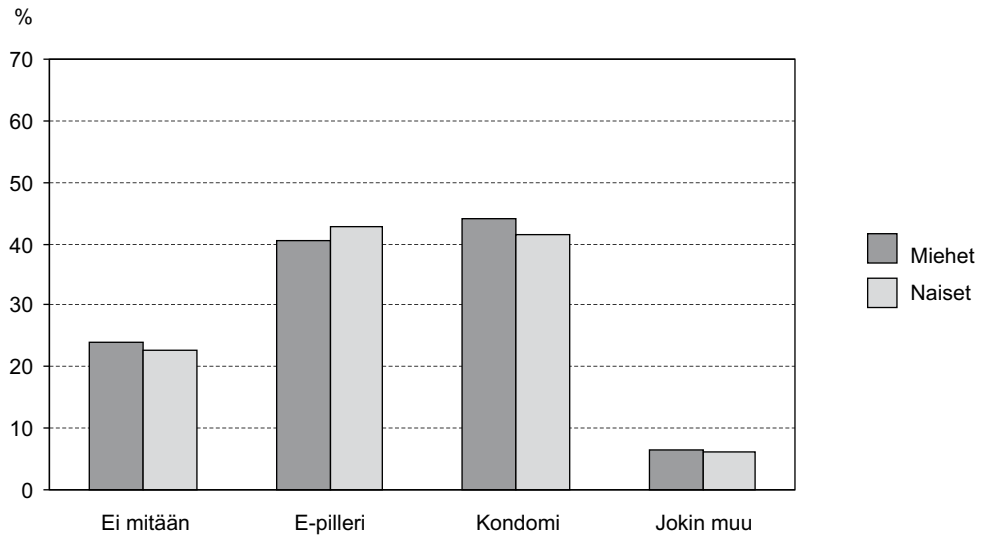
	18–24	25–29	18–29 ¹
Ei mitään			
Miehet	25,7	21,8	24,1
Naiset	22,8	22,6	22,7
p ²			0,535
E-pilleri			
Miehet	40,9	40,2	40,6
Naiset	47,9	35,4	42,8
p ²			0,382
Kondomi			
Miehet	46,0	41,0	44,0
Naiset	41,0	42,3	41,5
p ²			0,346
Jokin muu			
Miehet	4,3	10,0	6,6
Naiset	6,4	5,7	6,1
p ²			0,726

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

Miehistä 51 % ja naisista 48 % ilmoitti käyttävänsä kondomia ehkäisynä silloin, kun kyseessä ei ollut vakituinen kumppani. Merkittäviä väestöryhmittäisiä eroja ei tässä havaittu.

Kuvio 4.5.1. Eri ehkäisymenetelmien käytön ikävakioitu yleisyys (%) 18–29-vuotiailla.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 4.5.2.

Pohdinta

Seksuaalielämän tärkeyttä ja siihen tyytyväisyyttä on selvitetty vähemmän kuin sukupuolisen kanssakäymisen useutta tai aloittamista. Nuorten aikuisten tärkeysarviot olivat seitsemän ja kahdeksan tienoilla mitattuna 0–10 janalla, ja miehet pitivät seksiä tärkeämpänä kuin naiset. Tyytyväisyysarviot olivat noin seitsemän pisteen tasolla, ja nuoremmassa ikäryhmässä naiset olivat tyytyväisempiä kuin miehet.

Tässä tutkimuksessa ei erikseen kysytty ehkäisyn tarvetta. Ehkäisyä käyttämättömien osuus oli selvästi suurempi kuin niiden, joilla ei ollut lainkaan sukupuolista kanssakäymistä. Näistä osa voi liittyä yrityksiin tulla raskaaksi, osa ei muusta syystä käyttänyt ehkäisyä. Ehkäisypillereitä käyttävien nuorten naisten osuudet olivat tässä tutkimuksessa pienempiä ja kondomia käyttävien osuudet suurempia kuin Stakesin perhesuunnittelututkimuksessa vuonna 1994 (Kosunen ja Sihvo 1998). Vastaava ehkäisypillereiden käytön väheneminen on tullut esiin nuorten terveystapatutkimuksessa (Kosunen ym. 1999). Tutkimusmenetelmien ero (kotihaastattelu vs. postikysely) kuitenkin vaikeuttaa tutkimustulosten vertailua. Ehkäisypillereit ovat yleisin nuorten aikuisten käyttämä ehkäisymenetelmä. Muiden menetelmien (esim. kierukan) käyttö ylistyy vasta yli 35-vuotiaiden ikäryhmässä (Kosunen ym. 2004). Sukupuoliteitse tarttuvien tautien ehkäisyn kannalta on myönteistä, että pillereiden lisäksi noin neljännes nuorista aikuisista ilmoitti käyttävänsä myös kondomia (Kosunen ym. 2004). Tätä on kuitenkin tarpeen käsitellä nuorten seksuaalikasvatuksessa, sillä vain noin puolet vastaajista ilmoittivat käyttävänsä kondomia ollessaan yhdynnässä muun kuin vakituisen kumppaninsa kanssa.

4.6 Nukkuminen

Mikko Härmä ja Erkki Kronholm

Terveyskyselyssä tiedusteltiin, kuinka monta tuntia vastaajat nukkuivat vuorokaudessa ja kysyttiin nukahtamiseen, yöllä heräämiseen ja päiväaikaiseen poikkeavaan väsymykseen liittyvien oireiden yleisyyttä. Tutkittavilta myös kysyttiin, nukkuvatko he omasta mielestään tarpeeksi.

Nuorten miesten keskimääräinen unen pituus oli 7,6 tuntia ja nuorten naisten 7,9 tuntia. Niitä, jotka nukkuivat 6 tuntia tai sitä vähemmän oli merkitsevästi enemmän miesten (14 %) kuin naisten (5 %) keskuudessa (taulukko 4.6.1.). Myös koulutusaste oli yhteydessä unen pituuteen: perusasteen koulutuksen saaneista miehistä 19 % ja naisista 10 % ilmoitti nukkuvansa enintään kuusi tuntia vuorokaudessa, kun ylimmässä koulutusryhmässä vastaava osuus oli miehillä 5 % ja naisilla 3 %. Sen sijaan asuinalueen ja kotitaloustyyppin mukainen vaihtelu oli vähäistä.

Taulukko 4.6.1. Keskimääräinen unen pituus (tuntia/vrk) ja 6 tuntia tai vähemmän/vrk nukkuvien osuus (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Unen pituus/vrk (tuntia)			
Miehet	7,7	7,4	7,6
Naiset	8,0	7,8	7,9
p ²			<0,001
6 tuntia tai vähemmän/vrk nukkuvien osuus (%)			
Miehet	13,6	15,4	14,3
Naiset	6,1	4,0	5,2
p ²			<0,001

¹ Ikävakiointu

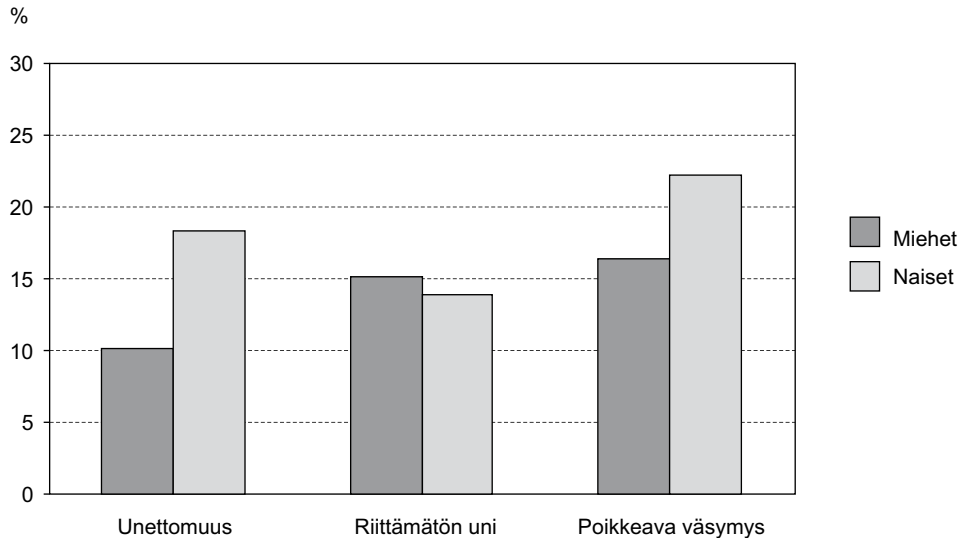
² Sukupuolten välinen ero

Vaikka miehet ilmoittivat nukkuvansa vähemmän kuin naiset, naisilla oli miehiä merkitsevästi enemmän unettomuutta ja poikkeavaa päiväaikaista väsymystä (taulukko 4.6.2. ja kuvio 4.6.1.). Arvioissa unen riittävydestä ei sukupuolten välillä ollut merkitseviä eroja. Poikkeavaa päiväaikaista väsymystä ilmoitti huomattavan suuri osuus (43 %) perusasteen koulutuksen saaneista naisista, mutta vain 15 % ylimpään koulutusryhmään kuuluvista naisista. Muut väestöryhmittäiset erot olivat vähäisiä.

Unen pituudessa ja laadussa oli siis selviä sukupuoleen ja sosiaaliseen taustaan liittyviä eroja jo nuorilla aikuisilla. Miesten ja naisten ilmoittaman vuorokautisen unen pituuden välinen ero oli saman suuntainen kuin aiemmassa 1099 hengen väestötöksessä 29–39-vuotiailla todettu (Kronholm ym. 1987). Nuorehkot naiset näyttäsivät nukkuvan hieman miehiä enemmän. 14 % miehistä ilmoitti nukkuvansa enintään 6 tuntia, mitä voidaan pitää huolestuttavana. Aiemmissa suurissa aineistoissa 6 tuntia tai sitä vähemmän nukkuvien osuus 33–60-vuotiaista miehistä

oli 9 % ja naisista 7 % (Hublin ym. 2001), 20–29-vuotiailla IT-alalla työskentevillä nuorilla miehillä 12 % (Härmä ym. 2002) ja korkeakoulutuksen saaneilla 25–64-vuotiailla 10 % (Julkunen ym. 2004). Nuoren väestönsosan terveydentilan seurannan kannalta olennainen kysymys on, onko heidän unensa pituus lyhenemässä. Tämän selvittäminen edellyttää vertailukelpoisten pitkien aikasarjojen keräämistä. Nuorten univajeen ehkäisyssä terveystasvatuksen painopisteeksi tulee valita ennen kaikkia perusasteen koulutuksen saaneita nuoria.

Kuvio 4.6.1. Uniongelmien ikävakioitu yleisyys (%) 18–29-vuotiailla.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 4.6.2.

Taulukko 4.6.2. Unettomuuden (usein tai jatkuvasti), riittämättömän unen (harvoin tai ei koskaan tarpeeksi unta) ja päiväaikaisen poikkeavan väsymyksen (useasti tai lähes aina) yleisyys (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Unettomuus			
Miehet	9,9	10,6	10,1
Naiset	17,2	20,0	18,3
p ²			<0,001
Riittämätön uni			
Miehet			15,2
Naiset	13,9	17,2	13,9
p ²	12,5	15,9	0,433
Poikkeava väsymys			
Miehet			16,4
Naiset	15,7	17,5	22,2
p ²	23,0	20,9	0,015*

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

* Tilastollisesti merkitsevä (p < 0,05) ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

4.7 Tupakointi

Kristiina Patja

Tupakointia ja nuuskaamista koskevat kysymykset esitettiin haastattelussa, jossa samalla tiedusteltiin vanhempien tupakoinnista haastateltavan ollessa 13–15-vuotias. Seuraavassa esitetään perustuloksia päivittäisestä ja satunnaisesta tupakoinnista, tupakoinnin lopettamisesta ja nuuskaamisesta.

Tupakoinnin yleisyys

Tupakointi alkaa Suomessa keskimäärin 14 vuoden iässä ja vakiintuu varsin nopeasti (Paavola ym. 2001). Päivittäinen tupakointi oli 18–29-vuotiaiden keskuudessa yhtä yleistä kuin 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä. Nuorista miehistä tupakoi päivittäin 35 % ja naisista 24 % (taulukko 4.7.1. ja kuvio 4.7.1.; Uutela ym. 2002). 14–18-vuotiaiden joukossa sukupuolten välillä ei ollut eroa päivittäistupakoinnissa (Rimpelä ym. 2002), mutta aikuisille tyypillinen tupakoinnin sukupuoliero oli nähtävissä jo 18–24-vuotiaiden ryhmässä.

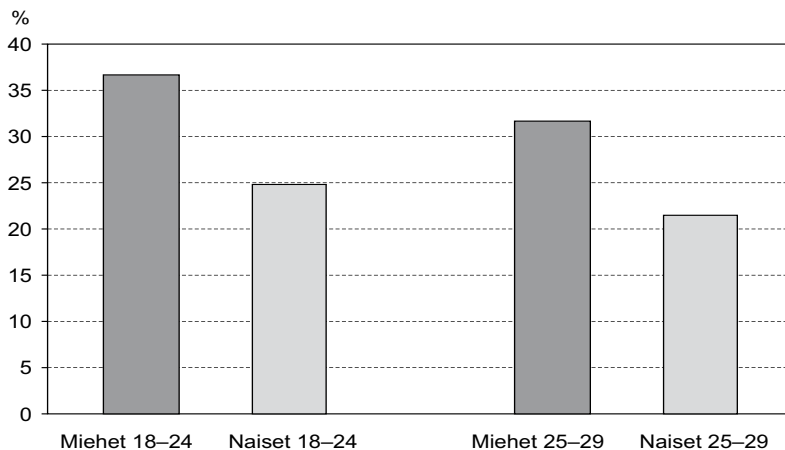
Taulukko 4.7.1. Päivittäin tupakoivien osuus (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Miehet	36,6	31,7	34,7
Naiset	24,9	21,5	23,5
p ²			<0,001

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

Kuvio 4.7.1. Päivittäin tupakoivien osuus (%) 18–29-vuotiaista.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 4.7.1.

Päivittäinen tupakointi oli Terveys 2000 -aineiston valossa tuntuvasti yleisempää 18–24-vuotiaiden keskuudessa kuin 25–29-vuotiaiden parissa. Päivittäin tupakointien osuuden väheneminen iän karttuessa ei tullut esiin samana ajankohtana toteutetussa AVTK-kyselyssä, jonka mukaan päivittäinen tupakointi on yhtä yleistä 15–24-vuotiaiden kuin seuraavankin 10-vuotisikäryhmän keskuudessa (Helakorpi ym. 2001). Tutkimustulosten ero saattaa liittyä AVTK-aineiston suurempaan katoon etenkin nuorimmissa ikäryhmissä.

Satunnaistupakointi oli yleisintä nuorissa ikäryhmissä ja se väheni iän myötä. 18–24-vuotiaista naisista tupakoi satunnaisesti lähes 13 %, mutta 25–29-vuotiaista enää vajaat 9 %. Miehillä satunnaistupakoinnin yleisyys väheni iän mukana hitaammin kuin naisilla (11 % ja 10 %).

Tupakointi vaihteli voimakkaasti koulutusasteen mukaan, mikä näkyi jo 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä. Perusasteen koulutuksen saaneista miehistä tupakoi päivittäin 49 %, ylimmän koulutusryhmän miehistä vain 12 %. Naisilla vastaavat luvut olivat 48 % ja 10 %. Alueelliset erot olivat vähäisiä.

Tupakoinnin lopettaminen

Tupakoinnin lopettaminen yleistyi iän mukana: yli vuosi sitten tupakoinnin lopettaneita oli 18–24-vuotiaista miehistä runsaat 3 % ja naisista runsaat 5 %, mutta 25–29-vuotiaiden ryhmässä lopettaneiden osuus oli miehillä 9 % ja naisilla runsaat 10 %. Lopettaminen ei vaihdellut alueen mukaan, mutta 24–29-vuotiaiden ryhmässä pidemmälle koulutetuista oli useampi lopettanut yli vuosi sitten. Päivittäin tupakointien osuuden pieneneminen nuoremasta vanhempaan ikäryhmään siirryttäessä johtuukin lähinnä tupakoinnin lopettamisesta; koko ikänsä tupakoimattomien osuus ei juurikaan vaihdellut nuorten aikuisten eri ikäryhmien välillä. Toisaalta joka kolmas 16-vuotias tyttö tupakoi päivittäin, mutta 18–24-vuotiaiden ryhmässä 24,9 %, joten tytöillä tupakoinnin lopettamista näyttäisi tapahtuneen jo ennen varsinaista aikuisikää useammin kuin pojilla.

Nuuskan käyttö

Nuuskaa käytetään Suomessa edelleen, mutta käyttö ei ole yleistynyt viime vuosina (Helakorpi ym. 2003). Nuuskaa käyttivät pääosin nuoret miehet, joista 18–24-vuotiaiden ryhmässä 4 % nuuskasi päivittäin ja 25–29-vuotiaiden ryhmässä 2 %. Lisäksi satunnaisesti nuuskasi nuoremassa ikäryhmässä 4 % ja vanhemmassa 3 %. Naiset eivät juuri nuuskanneet eikä päivittäin nuuskaavia naisia ollut aineistossa lainkaan. Satunnaisesti naisista ilmoitti nuuskaavansa selvästi alle 1 %. 16–18-vuotiaiden keskuudessa nuuskan käyttö on hieman edellä kuvattua yleisempää (Rimpelä ym. 2002).

Päätelmät

Tupakointia kokeilee lähes koko ikäluokka. Tupakointi vakiintuu varsin nopeasti, ilmeisesti etenkin pojilla, koska 16-vuotiaiden poikien päivittäistupakointi ennustaa 24–29-vuotiaiden tupakoinnin yleisyyttä. Tytöillä tupakointimäärät ovat pienempiä, mikä voi vaikuttaa 18–24-vuotiaiden alempaan tupakoinnin yleisyyteen verrattuna 16-vuotiaisiin (Rimpelä ym. 2002). Koulutusryhmäerot syntyvät jo kokeiluvaiheen jälkeen ja näkyvät läpi koko aikuisiän. Tupakoimattomuuden ehkäisyyn lisäksi keskiasteen koulutuksessa olevien nuorten tupakoinnin lopettamisen tukeminen olisi tärkeää, sillä tupakkariippuvuus on varsin pysyvää jo nuorissa ikäryhmissä. Nuorten vierotuksessa pyritään lisäämään nuoren elämän hallintakeinoja. Tässä kyselyssä ei selvitetty nuorten lopettamishalukkuutta, mutta AVTK tutkimuksessa 15–24-vuotiaiden lopettamishalukkuus ei poikennut aikuisväestöstä (Helakorpi ym. 2001). Vierotuspalveluita tulisi kohdentaa nuoriin ikäryhmiin. Tupakoivien nuorten ryhmiin kasaantuu paljon muitakin terveysriskejä. (Laaksonen ym. 1998).

4.8 Alkoholinkäyttö

Kari Poikolainen ja Sami Pirkola

Alkoholinkäyttöä tarkastellaan seuraavassa kahdella eri tavalla määritellyn raittiuden, juomistaajuuden, krapulataajuuden ja vuoden aikana koettujen krapulakertojen määrän perusteella. Alkoholinkäyttöä koskevat kysymykset sisältyivät kyseeseen.

Raittiiden osuus ja alkoholijuomien käytön taajuus

Tutkittavilta kysyttiin, ovatko he olleet koko elämänsä raittiita, maistaneet alkoholijuomia enintään 10 kertaa koko elämänsä aikana tai käyttäneet aiemmin alkoholijuomia, mutta lopettaneet käytön. Näin määritellen raittiita oli 18–29-vuotiaista miehistä 11 % ja naisista 13 % (taulukko 4.8.1). Raittiiden ikävakioitu osuus oli sitä suurempi, mitä harvemmin asutusta alueesta oli kyse: suurissa kaupungeissa asuvista miehistä vain 6 % ja naisista 10 % oli raittiita, kun maaseutumaisissa kunnissa raittiiden osuus oli miehillä kolmin- ja naisilla kaksinkertainen. Naisilla raittiiden osuus oli alimmassa koulutusryhmässä yli kaksi kertaa niin suuri kuin ylimmässä koulutusryhmässä, mutta miehillä koulutusasteen mukaisia eroja ei ollut. Sen sijaan miehillä ikävakioitu raittiiden osuus vaihteli kotitaloustyyppin mukaan: vanhempien kanssa asuvista 20 %, avio- tai avoliitossa olevista 6 % ja yksin asuvista 8 % oli raittiita.

Taulukko 4.8.1. Raittiiden ja vähintään kahdesti viikossa alkoholia käyttävien osuudet (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Raittiit			
Miehet	11,9	9,4	10,9
Naiset	15,1	10,5	13,3
p ²			0,243
Vähintään kahdesti viikossa alkoholia käyttävät			
Miehet	13,2	15,4	14,0
Naiset	6,2	8,7	7,2
p ²			<0,001

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Kysymykseen: ”Kuinka usein olet juonut alkoholijuomia viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?” vastasi ”ei lainkaan” miehistä 6 % ja naisista 7 %. Näin määriteltä edeltäneen vuoden aikainen täydellinen raittius oli siis harvinaisempaa kuin edellä tarkasteltu raittius. Tämä näennäinen ristiriita johtunee lähinnä siitä, että edellä tarkasteltuun raittiiden ryhmään sisältyivät myös ne vastaajat, jotka olivat

maistaneet alkoholia enintään 10 kertaa elämänsä aikana. Tutkimusta edeltäneen vuoden aikaista täydellistä raittiutta koskevia tuloksia voi verrata hieman aiemmin toteutetun vuoden 2000 juomatapatutkimuksen tuloksiin, joiden mukaan raittiita oli 20–29-vuotiaista miehistä 4 % ja naisista 8 % (Metso ym. 2002). Erot Terveys 2000 -tutkimuksen ja juomatapatutkimuksen tulosten välillä johtunevat ainakin osittain tarkasteltujen ikäryhmien erilaisuudesta.

Alkoholijuomia enintään pari kertaa kuukaudessa nauttavia oli miehistä 53 % ja naisista 70 %. Kerran viikossa tai useammin juovia oli miehistä 41 % ja naisista 23 %. Vuoden 2000 juomatapatutkimuksessa kerran viikossa tai useammin alkoholia käyttäviä oli 20–29-vuotiaista miehistä 61 % ja naisista 28 % (Metso ym. 2002).

Kahtena päivänä tai useammin viikossa alkoholia käytti miehistä 14 % ja naisista 7 % (taulukko 4.8.1). Miehillä näin taaja käyttö oli yleisintä korkeimmin koulutettujen (25 %), yksin asuvien (20 %) ja HUS-piirissä asuvien (19 %) keskuudessa. Naisilla väestöryhmittäiset erot olivat pääpiirteissään samanlaisia mutta pienempiä.

Krapulakokemukset

Krapulassa oli ollut ainakin kerran vuodessa miehistä 80 % ja naisista 67 %. Vuoden 2000 juomatapatutkimuksessa vastaavat 20–29-vuotiaita koskevat luvut olivat hieman suuremmat: 88 % ja 70 % (Metso ym. 2002). Terveys 2000 -aineistossa 30–44-vuotiaiden miesten keskuudessa krapulan viimeksi kuluneen vuoden aikana kokeneita oli yhtä paljon kuin 18–29-vuotiaiden ikäryhmässäkin, mutta naisilla krapulan kokeneiden osuus oli pienempi 30–44-vuotiaiden keskuudessa (54 %) kuin nuoremmissa ikäryhmässä (Uutela ym. 2002). 18–29-vuotiailla krapulassa olleiden osuus ei vaihdellut merkitsevästi alueen eikä koulutuksen mukaan. Yksin asuvista miehistä krapulassa oli ollut 85 %, avio- tai avoliitossa olevista 79 % ja vanhempien luona asuvista 73 %. Vastaavat naisten luvut olivat 71 %, 67 % ja 56 %. Edeltäneiden 12 kuukauden aikana krapulakertoja oli miehillä keskimäärin kymmenen ja naisilla viisi. Yksin asuvilla miehillä ja naisilla sekä suurissa kaupungeissa asuvilla oli krapulakertoja useammin kuin muilla nuorilla aikuisilla.

Pohdinta

Lähes kaikki nuoret aikuiset käyttivät alkoholia, useimmat kuitenkin enintään pari kertaa kuukaudessa. Koulutus oli selvästi yhteydessä alkoholinkäyttöön. Erityisen selvästi se näkyi kaksi kertaa tai useammin viikossa alkoholia käyttäneiden osuudessa, joka oli suurin yliopistokoulutuksen saaneilla tai sellaista suorittavilla. Tämä kuvaa alkoholin käytön arkipäiväistymistä etenkin ylimmässä koulutusryhmässä. Arkipäiväistyminen ei kuitenkaan näytä vähentävän humalajuomista, sillä koulutusaste ei ollut yhteydessä krapulakertojen määrään. Alkoholinkäyttö oli yhteydessä kaupungistumiseen.

4.9 Huumausaineiden ja anabolisten hormonien käyttö

Sami Pirkola ja Timo Seppälä

Huumeita kokeilleiden ja käyttävien nuorten ystäväpiirissä käytetään samanaikaisesti monia päihteitä ja aineita (Kindlundh ym. 1999; Lukas 1996). Selvitettäessä suomalaisen nuorisokulttuurin piirteitä ja nuorten elämäntapoja varusmiehillä todettiin, että huumeita kokeileista tunsi anabolisten hormonien käyttäjiä suurempi osa kuin huumeita kokeilemattomista (Jormanainen ym. 2001).

Huumausaineet

Tutkittavilta tiedusteltiin kyselylomakkeella huumausaineisiin liittyvistä kokemuksista, kokeilusta ja käytöstä, sekä sosiaali- tai terveystalveluiden käytöstä huumausaineongelmien vuoksi.

Noin kahdella kolmasosalla (65 %) nuorista aikuisista oli ystävä- tai tuttavapiirissään henkilöitä, joiden he tiesivät joskus käyttäneen jotain huumausainetta. Sukupuolten välillä ei ollut merkittävää eroa. Suurissa kaupungeissa ja HUS:n miljoonapiirin alueella huumausaineita kokeilleiden tuttavien tunteminen oli merkittävästi yleisempää kuin muualla. Miehistä 51 %:lle ja naisista 40 %:lle oli joskus tarjottu huumausaineita. Ero oli tilastollisesti merkittävä. Myös kotitaloustyyppin ja taajama-asteen mukaan esiintyi eroja: eniten huumausaineita oli tarjottu kaupungeissa asuville ja vähiten maaseutumaisissa kunnissa asuville. Yksin asuvista suurempi osa kuin muista ilmoitti, että heille oli tarjottu joskus huumausaineita.

Jotakin huumausainetta oli elämänsä aikana kokeillut tai käyttänyt 23 % miehistä ja 19 % naisista. Suurissa kaupungeissa kokeilua ja käyttöä raportoitiin eniten, maaseutumaisissa kunnissa vähiten. Yksin asuvat raportoivat eniten jonkin huumausaineen kokeilua tai käyttöä. Naisilla käyttö vaihteli myös koulutusasteen mukaan: eniten jonkin huumausaineen kokeilua tai käyttöä raportoivat perusasteen koulutuksen saaneet naiset (51 %).

Kun huumausaineiden kokeilusta tai käytöstä kysyttiin ainekohtaisesti, vastasi noin 20 % kokeilleensa tai käyttäneensä marijuanaa tai hashista, eikä miesten ja naisten välillä ollut merkittävää eroa (taulukko 4.9.1.). Valtaosalla marijuanaa tai hashista ainakin kerran käyttäneistä käyttö oli rajoittunut 1–5 kertaan, ja vähintään 6 kertaa käyttäneitä oli vain 6 % miehistä ja vajaat 4 % naisista. Naisten käyttö vaihteli koulutusasteen mukaan: selkeästi eniten kannabiksen kokeilua tai käyttöä raportoivat perusasteen koulutuksen saaneet naiset. Kannabistuotteita yli 5 kertaa käyttäneiden osuus miehistä oli suurin yksin asuvien ryhmässä (10 %). Sekä naisten että miesten keskuudessa vähiten yli 5 kertaa käyttäneitä oli avio- tai avoliitossa asuvien ryhmässä.

Taulukko 4.9.1. Huumausaineita käyttäneiden tai kokeilleiden ikävakioitu osuus (%) 18–29-vuotiaista.

	Miehet		Naiset	
	1–5 kertaa	6 kertaa tai useammin	1–5 kertaa	6 kertaa tai useammin
Marijuana tai hashis	15,2	6,1	14,9	3,5
Ekstaasi	1,6	0,7	1,8	0,5
Amfetamiini tai metamfetamiini	3,2	0,7	2,0	0,7
Kokaiini, crack	1,4	0,0	1,2	0,0
Heroiini tai morfiini	0,1	0,2	0,4	0,3
Subutex tai Temgesic	0,2	0,0	0,5	0,2
Muut keskushermostolääkkeet	1,7	0,3	2,2	0,5
LSD tai muu hallusinogeeni	1,2	0,0	0,6	0,3
Tinneri, liima, tms	1,9	0,5	1,6	0,2

Muiden huumausaineiden käyttöä tai kokeilua raportoitiin vain vähän (taulukko 4.9.1.). Alle 1 % ilmoitti käyttäneensä elämänsä aikana jotain huumetta suonensisäisesti, eikä sukupuolten välillä ollut eroa. Kaikki suonensisäisesti huumausainetta käyttäneet kuuluivat koulutukseltaan perus- tai keskiasteen ryhmään, mutta tämän ja muiden taustatekijöiden suhteen havaintoja oli liian vähän johtopäätösten tekoon. Huumausaineista eroon ilmoitti pyrkivänsä 3 vastaajaa kaikista ja 2 vastaajaa ilmoitti käyttäneensä viimeisen 12 kuukauden aikana terveys- tai sosiaalipalveluita huumausaineista eroon pääsemiseksi.

Huumausaineita oli kokeillut tai käyttänyt noin viidesosa nuorista aikuisista. Valtaosa heistä ilmoitti käyttäneensä kannabistuotteita 1–5 kertaa. Tuttava- tai ystäväpiirissä huumausaineiden käyttöä oli todennut kaksi kolmasosaa vastanneista. Toisaalta suonensisäisten tai muiden aineiden kuin kannabistuotteiden käyttö oli huomattavan vähäistä. Myöskään hoidon käyttöä tai pyrkimistä eroon huumausaineista ei juuri raportoitu.

Tämän kyselylomakkeeseen perustuneen tiedonkeruun tuloksia arvioitaessa täytyy muistaa, että päihdekyselyjen tulokset aliarvioivat todellista käyttöä mm. siksi, että vastaajat eivät tuo esiin kaikkea huumeiden käyttöään. Lisäksi on todennäköistä, että tutkimuksesta poisjääneiden keskuudessa esimerkiksi suonensisäisiä huumausaineita aktiivisesti käyttävien ja runsaasti hoitopalveluita tarvitsevien osuus oli suurempi kuin tutkimukseen osallistuneiden joukossa. Näiden näkökoh- tien nojalla on syytä epäillä, että tulokset aliarvioivat huumausaineiden käytön ja siihen liittyvien ongelmien yleisyyttä.

Anaboliset hormonit

Suomessa alettiin kiinnittää huomiota urheilun ulkopuoliseen anabolisten hormo- nien väärinkäyttöön vasta 1990-luvun alussa. Anabolisten hormonien pitkäaikai-

seen väärinkäyttöön liittyy sydän- ja verisuonitautien, kasvainten ja psyykkisten ongelmien riski (Pärssinen ja Seppälä 2002). Lisäksi anaboliset hormonit aiheuttavat riippuvuutta ja niitä käyttävien kuolleisuus on noin viisinkertainen muuhun väestöön nähden (Pärssinen ym. 2000). Silti Suomessa on tehty vain vähän epidemiologisia selvityksiä anabolisten hormonien käytön yleisyydestä. Suomen antidopingtoimikunnan ja Pääesikunnan lääkintöosaston yhteistyönä vuonna 1993 yli tuhannella varusmiehellä suoritetun julkaisemattoman kyselytutkimuksen mukaan noin 1,5 % varusmiesikäisistä nuorista miehistä oli käyttänyt anabolisia steroideja muista kuin lääketieteellisistä syistä.

Terveys 2000 -tutkimuksessa anabolisia hormoneja koskevia kysymyksiä oli kolme. 21 % nuorista aikuisista tunsivat ystävä- tai tuttavapiirissään ainakin yhden anabolisia hormoneja käyttäneen henkilön. Miehet tunsivat ystäväpiirissään anabolisia hormoneja käyttäneitä merkittävästi enemmän kuin naiset (taulukko 4.9.2.). Sekä miehistä että naisista 18–24-vuotiaat tunsivat käyttäjiä jonkin verran enemmän kuin 25–29-vuotiaat. Suurissa kaupungeissa asuvat naiset tunsivat yleisemmin käyttäjiä kuin pienemmissä kaupungeissa tai maaseudulla asuvat, mutta muut väestöryhmittäiset erot olivat pieniä.

Anabolisia hormoneja käyttäneitä tunteneista vain alle 3 % arvioi tuntemansa henkilön tai henkilöiden käyttävän hormoneja sairauden hoitoon, 62 % arvioi tunte miensa hormonien käyttäjien käyttäneen niitä urheiluosuorituksen parantamiseen ja 72 % ulkomuotonsa kohentamiseen.

Taulukko 4.9.2. Ystävä- tai tuttavapiirissään ainakin yhden anabolisia hormoneita käyttäneen henkilön tuntevien osuus (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Miehet	28,6	20,2	25,2
Naiset	18,7	15,0	17,2
p ²			<0,001

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

Tutkituista ani harva ilmoitti itse käyttäneensä anabolisia hormoneita. Sairausten hoitoon niitä oli käyttänyt vain kaksi miestä 593 vastanneesta miehestä ja yksi nainen 650 vastanneesta naisesta. Urheiluosuorituksen parantamiseen tai ulkomuodon kohentamiseen naiset eivät ilmoittaneet käyttäneensä anabolisia hormoneita. Miehistä 0,5 % oli käyttänyt hormoneita ulkonäkösä kohentamiseen, 0,3 % urheiluosuorituksen parantamiseen ja 0,3 % sekä ulkonäkösä kohentamiseen että urheiluosuorituksensa parantamiseen. Yhteensä miehistä 1,2 % oli käyttänyt anabolisia hormoneita muuhun kuin lääketieteelliseen tarkoitukseen. Ilmoitetun käytön harvinaisuuden takia hormonien käytön yleisyyden ikäryhmittäisiä tai muita väestöryhmittäisiä eroja ei voida tarkastella.

Koska vastaavaa selvitystä anabolisten hormonien käytöstä ei maassamme ole aiemmin tehty, ei ole mahdollista arvioida väärinkäytön yleisyyden muutoksia. On kuitenkin selvää, että nuoret miehet käyttävät anabolisia hormoneita selvästi yleisemmin muihin tarkoituksiin kuin sairauden hoitoon. Lisäksi on muistettava, että anabolisten hormonien väärinkäytössä annokset ovat hoidossa käytettyihin annoksiin verrattuna moninkertaisia, mikä johtaa selviin terveysriskeihin.

Kirjallisuus

Craig CL, Marshall AL, Sjostrom M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, Pratt M, Ekelund U, Yngve A, Sallis JF, Oja P. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc* 2003;35:1381–95.

Fogelholm M, Männistö S, Vartiainen E, Pietinen P. Determinants of energy balance and overweight in Finland 1982 and 1992. *Int J Obes* 1996;20:1097–1104.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003, Helsinki 2003.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisten aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys, kevät 2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2001, Helsinki 2001.

Hublin C, Kaprio J, Partinen M, Koskenvuo M. Insufficient sleep – a population-based study in adults. *Sleep* 2001;24:392–400.

Härmä M, Kivistö M, Kalimo R ja Sallinen M. Työn vaatimukset, työajat ja uni tietotekniikan ammattilaisilla. *Sitran raportteja* 2002;22:108–120.

Jormanainen V, Korpela H, Seppälä T, Sahi T. Ystäväpiirin, elämäntapojen ja nuorisokulttuurin piirteitä huumeita käyttäneillä varusmiehillä vuonna 1999. *Suomen Lääkärilehti* 2001;56:1609–1612

Julkunen R, Nätti J ja Anttila T. Aikanyrjähdys. Keskiluokka tietotyön puristuksessa. Tampere, Vastapaino 2004.

Kindlundh AM, Isacson DG, Berglund L, Nyberg F. Factors associated with adolescent use of doping agents: anabolic-androgenic steroids. *Addiction* 1999;94:543–553.

Kosunen E, Rimpelä M, Vikat A, Rimpelä A, Helakorpi S. Ehkäisytablettien käyttö Suomessa 1990-luvulla. *Suomen Lääkärilehti* 1999;54:163–167.

Kosunen E, Sihvo S, Nikula M, Hemminki E. Raskauden ehkäisy. Teoksessa Koponen P, Luoto R (toim). Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004, Helsinki 2004, s. 54–61.

Kosunen E, Sihvo S. Vakiintuneita tapoja ja uusia tuulia raskauden ehkäisyssä. Teoksessa: S. Sihvo ja P. Koponen, toim. Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Raportteja 220, Stakes, 1998.

Kronholm E, Hyypä M. T ja Alanen, E. Aikuisväestön nukkumistottumukset. Teoksessa: Kuinka Suomi nukkuu. Toim. Hyypä M. T ja Kronholm E. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML 68. Turku 1987 s. 10–53.

Laaksonen M, Rahkonen O, Prattala R. Smoking status and relative weight by educational level in Finland, 1978-1995. *Prev Med* 1998;27:431-7

Laatikainen, Tapanainen H, Alftan G, ym. Finriski 2002. Tutkimuksen toteutus ja tulokset 1. Perusraportti. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2003, Helsinki 2003.

Lukas SE. CNS effects and abuse liability of anabolic-androgenic steroids. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 1996;36:333-357.

Metso L, Mustonen H, Mäkelä P, Tuovinen EL. Suomalaisten juomatavat vuonna 2000: Taulukkoraportti vuoden 2000 tutkimuksen perustuloksista ja vertailuja aiempiin juomatapatutkimuksiin. Aiheita 3/2002. Stakes, Helsinki 2002.

Männistö S, Ovaskainen M-L, Valsta, L, toim. Finravinto 2002 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2003, Helsinki 2003.

Nurmela J, Heinonen R, Ollila P, Virtanen V. Matkapuhelin ja tietokone suomalaisten arjessa. Suomalaiset ja tuleva tietoyhteiskunta -tutkimushanke. Vaihe II, raportti I. Tilastokeskus, katsauksia 2000/2.

Nurmela J. Valikoiko uusi tieto- ja viestintäteknikka käyttäjänsä? Tilastokeskus, katsauksia 1998/1.

Ovaskainen M-L, Reinivuo H, Tapanainen H, Männistö S, Pakkala H, Valsta L. Suomalaisten aikuisten ruokavalion nykypiirteet. *Suom Lääkäril* 2004;59:1525-30.

Paavola M, Vartiainen E, Puska P. Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Educ Res* 2001;16:49-57.

Paronen O, Fogelholm M: Tamperelaisten terveys ja turvallisuus. Vuoden 2002 terveys- ja sosiaalikyseilyn päätulokset. Tampereen kaupungin sosiaali- ja terveystoimi, julkaisuja 1/2004, Tampere 2004.

Pate RR, Pratt M, Blair SN, ym. Physical activity and public health. A recommendation from the Centers of Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *JAMA* 1995;273:402-7.

Prättälä RS, Groth MV, Oltersdorf US, Roos GM, Sekula W, Tuomainen HM. Use of butter and cheese in 10 European countries – a case of contrasting educational differences. *Eur J Public Health* 2003;13:124-32.

Pärssinen M, Kujala U, Vartiainen E, Sarna S, Seppälä T (2000) Increased premature mortality of competitive powerlifters suspected to have used anabolic agents. *Int J Sports Med* 2001;21:225-227.

Pärssinen M, Seppälä T (2002) Steroid use and long-term health risks in former athletes. *Review Sports Med* 2002;32(2):83-94.

Reunanen A ym. Vaaratekijät. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s.31-36. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html>

Reunanen A, Kattainen A, Knekt P, Marniemi J, Sundvall J ja verenkiertoelinsairauksien työryhmä. Vaaratekijät. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 31-36. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html>

Rimpelä A, Lintonen T, Pere L, Rainio S, Rimpelä M. Nuorten terveystapatutkimus 2001, Tupakoinnin ja pähteiden käytön muutokset 1977-2001. Aiheita 10/2002. Stakes, Helsinki 2002.

Rimpelä A, Rainio S, Pere L, Saarni L, Kautiainen S, Kaltiala-Heino R, Lintonen T, Rimpelä M. Suomalaisten nuorten terveys 1977–2003. Suomen Lääkärilehti 2004;59:4229.

Rzewnicki R, Vande Auweele Y, De Bourdeaudhuij. Addressing overreporting on the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) telephone survey with a population sample. Publ Health Nutr 2003;6:299–305.

Tilastokeskus, 1995. Elinolot numeroina 1994. Suomen Virallinen Tilasto 1995.

Uutela A ja elintapojen ja psykososiaalisten tekijöiden työryhmä. Elintavat. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S, toim.. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, 2002, s. 25–30. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html>

World Health Organisation. Obesity – Preventing and managing of a global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity. WHO, Geneva 1998

5 RASKAUDET JA SYNNYTYKSET

Riitta Luoto

Raskauksien, synnytysten ja keskenmenojen määrä on merkittävä kansanterveydellinen kysymys. Ensisynnytysikä on yksi tärkeimmistä rintasyövän vaaraan vaikuttavista tekijöistä. Raskauden keskeytysten (ennen 20 raskausviikkoa) merkitys on suuri erityisesti psyykkisen terveyden näkökulmasta (Sihvo ja Kosunen 1998; Sihvo 2003). Raskauskomplikaatioiden, kuten raskauden ajan kohonneen verenpaineen, kohonneiden verensokeriarvojen tai raskausmyrkytyksen (pre-eklampsia) yleisyyttä koskevia tietoja on erittäin vähän sekä Suomesta että muualta.

Terveys 2000 -tutkimuksessa raskauksia, synnytyksiä, keskenmenoja ja raskauskomplikaatioita kysyttiin haastattelussa. Raskauskomplikaatiosta kärsineiksi määriteltiin ne, jotka ilmoittivat vähintään yhden komplikaation (raskaudenaikainen verenpaine vähintään 140/90, valkuaista virtsassa, kohonneet verensokeriarvot tai poikkeavat arvot sokerirasituskokeessa).

Taulukko 5.1. Vähintään yhden raskauden, synnytyksen, raskauskomplikaation tai raskauden keskeytyksen kokeneiden osuus (%) kaikista naisista ikäryhmittäin.

	18–24	25–29	18–29 ¹
Raskaus	18,5	53,0	32,6
Synnytys	12,5	46,3	26,3
Jokin raskauskomplikaatio ²	5,2	20,8	11,6
Raskauden keskeytys	6,9	12,1	9,0

¹ Ikävakioitu

² Raskaudenaikainen verenpaine $\geq 140/90$ mmHg tai valkuaista virtsassa tai kohonneet verensokeriarvot tai poikkeavat arvot sokerirasituskokeessa

Noin kolmasosa kaikista 18–29-vuotiaista naisista oli kokenut ainakin yhden raskauden, ja vähintään kerran synnyttäneitä naisia oli noin neljäsosa (taulukko 5.1.). Jokin raskauskomplikaatio oli ollut lähes 12 %:lla kaikista alle 30-vuotiaista ja 33 %:lla raskauden kokeneista. 9 %:lle kaikista naisista ja noin neljännekselle raskaana olleista oli tehty raskauden keskeytys. Odotetusti kaikki tarkasteltavat tapahtumat olivat yleisempiä 25–29-vuotiailla kuin 18–29-vuotiailla.

Raskauden ja synnytyksen kokeneiden osuus oli sitä pienempi, mitä korkeampaa saavutettua tai odotettua koulutustasoa vastaaja edusti. Osuus oli pienempi HUS-piirissä ja suurissa kaupungeissa kuin muilla alueilla. Raskauskomplikaatioiden ja raskauden keskeytysten yleisyydessä ei ollut merkitseviä alue-eroja, mutta sen sijaan koulutusryhmien väliset erot olivat selvät: sekä raskauskomplikaatiot että raskauden keskeytykset olivat yleisimpiä perusasteen koulutuksen saaneiden parissa

ja harvinaisimpia korkea-asteen koulutuksen saavuttaneiden tai siihen tähtäävää tutkintoa parhaillaan suorittavien joukossa.

Raskauksien ja synnytysten sekä raskauden keskeytyksen tai raskauskomplikaatioiden kokeneiden osuus oli suunnilleen yhtä suuri kuin vuonna 2002 kerätyn FINRISKI-aineiston 25–34-vuotiaiden ryhmässä (Luoto ym. 2004). Pienet erot FINRISKI- ja Terveys 2000 -aineistoihin perustuvien tulosten välillä johtunevat tutkimusmenetelmien ja tutkimusotoksien eroista. FINRISKI-aineisto kerättiin kyselylomakkeella, ja siihen sisältyi vain osa Terveys 2000 -tutkimuksen kattamista aiheista.

Suuri raskauskomplikaatioita kokeneiden osuus (24 % raskaana olleista 18–24-vuotiaista ja 38 % raskaana olleista 25–29-vuotiaista) johtuu ennen kaikkea raskaudenaikaisen kohonneen verenpaineen yleisyydestä (Koponen ja Luoto 2004). Aiempia koko väestöä edustavia tietoja raskaushypertensiosta ei juuri ole, vaan tiedot ovat perustuneet mm. sairaalahoitossa olleiden lukumääriin.

Raskauksien ja synnytysten sosioekonomiset erot nuorilla suomalaisnaisilla ovat melko suuria, millä on merkitystä rintasyövän esiintyvyyden kannalta. Koulutetut nuoret suomalaisnaiset ovat harvemmin raskaana ja synnyttävät varttuneemmassa iässä kuin vähemmän koulutetut, todennäköisesti koulutukseen liittyvistä elämäntilanteistaan johtuen. Näin ollen ensisynnytysikä, yksi tärkeimmistä rintasyövän riskitekijöistä, on merkittävästi myöhäisempi korkeammin koulutetuilla naisilla. Toisaalta vähemmän koulutetuilla naisilla on mm. epäterveellisistä elintavoista ja suuremmasta painosta johtuen enemmän raskauskomplikaatioita ja seksuaalikäyttäytymisen eroista johtuen enemmän raskauden keskeytyksiä kuin korkeammin koulutetuilla.

Kirjallisuus

Koponen P, Luoto R, toim. Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004, Helsinki 2004.

Luoto R, Kinnunen T, Koponen P, Kaaja R, Männistö S, Vartiainen E. Naisten lisääntymisterveys Suomessa – tuloksia Finriski 2002 -tutkimuksesta. Suomen Lääkärilehti 2004;59:885–890.

Sihvo S. Raskauden keskeytykset ja keskenmenot. Teoksessa: Luoto R, Viisainen K, Kulmala I, toim. Sukupuoli ja terveys. Vastapaino, Tampere 2003.

Sihvo S, Kosunen E. Naisten kokemuksia raskaudenkeskeytyksistä. Teoksessa: Sihvo S, Koponen P, toim. Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Raportteja 220. Stakes, Helsinki 1998.

6 ELÄMÄNLAATU JA KOETTU TERVEYS

6.1 Elämänlaatu

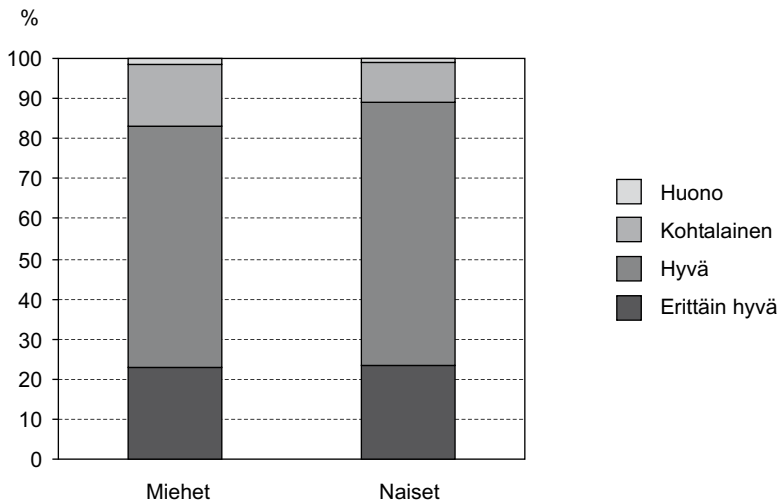
Samuli Saarni ja Seppo Koskinen

Elämänlaadulla tarkoitetaan yleensä ihmisten omaa kokemusta yleisestä hyvinvoinnistaan ja elinolosuhteistaan. Terveys on yksi elämänlaadun osatekijä. Elämänlaatua tutkittiin kahdella tavalla: Tutkittavia pyydettiin arvioimaan elämänlaadunsa asteikolla erittäin hyvä / hyvä / kohtalainen / huono / erittäin huono. Lisäksi elämänlaatua arvioitiin laajempaan WHOQOL-elämänlaatumittariin (The Whoqol Group 1998a ja 1998b) perustuvilla seitsemällä kysymyksellä. Ne jakavat elämänlaadun viiteen osaan: 1) yleinen elämänlaatu ja terveys (kysymys: Miten tyytyväinen olet terveyteesi?), 2) fyysinen vointi (kysymykset: Onko sinulla tarpeeksi voimia ja energiaa jokapäiväiseen elämääsi? Miten tyytyväinen olet kykyysi suoriutua päivittäisistä toimistasi ja tehtävistäsi?), 3) psyykkinen vointi (Kuinka tyytyväinen olet itseesi?), 4) sosiaaliset suhteet (Kuinka tyytyväinen olet henkilökohtaisiin ihmissuhteisiisi?) ja 5) ympäristö (Onko sinulla riittävästi rahaa tarpeisiisi? Miten tyytyväinen olet asunto-oloihisi?). Kuhunkin kysymykseen vastattiin asteikolla 1–5, jossa 1 merkitsi erittäin suurta tyytyväisyyttä ja 5 erittäin suurta tyytymättömyyttä. Vastauksista laskettiin painottamaton keskiarvo.

Elämänlaadunsa koki hyväksi tai erittäin hyväksi 83 % miehistä ja 89 % naisista (kuvio 6.1.1.). Miehistä elämänlaadunsa arvioi kohtalaiseksi suurempi osa kuin naisista, ja vastaavasti naisista suurempi osa kuin miehistä piti elämänlaatuun hyvänä. Sen sijaan 18–24-vuotiaiden ja 25–29-vuotiaiden välillä ei ollut huomattavaa eroa koetussa elämänlaadussa. Kukaan vastanneista ei kuvannut elämänlaatuun erittäin huonoksi ja huonoksi sen arvioi vain 1,2 %. WHOQOL-kysymyssarjan keskiarvot olivat naisilla ja miehillä lähes samat.

Tutkittavien asuinseudulla tai asuinkunnan kaupunkimaisuudella ei ollut yhteyttä elämänlaatuun. Sen sijaan koulutusasteen mukainen vaihtelu oli jyrkkää. Perusasteen koulutuksen saaneiden ryhmässä vain 65 % miehistä ja 72 % naisista koki elämänlaadunsa hyväksi tai erittäin hyväksi; keski- tai korkea-asteen koulutuksen saaneilla miehillä vastaava osuus oli 82 ja 89 % ja naisilla 89 ja 93 %. Myös kotitaloustyyppin yhteys koettuun elämänlaatuun oli tilastollisesti merkitsevä: yksin asuvien elämänlaatu oli heikompi kuin vanhempien kanssa tai avo/avioliitossa asuvien. Lisäksi vanhempien kanssa asuvien miesten elämänlaatu oli huonompi kuin avo/avioliitossa asuvien, mutta naisilla tätä eroa ei ollut. Väestöryhmien väliset erot olivat samantyyppisiä myös WHOQOL-elämänlaatumittarin mukaan.

Kuvio 6.1.1. Koetun elämänlaadun ikävakioidu jakauma (%) 18–29-vuotiailla.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitteessä 4.

Muissa suomalaisissa väestötutkimuksissa elämänlaatua on mitattu eri menetelmillä, mikä rajoittaa tulosten vertailukelpoisuutta. 1990-luvun puolivälissä tehdyn Kelan ja Stakesin terveydenhuollon väestötutkimuksen mukaan 15–24-vuotiaiden naisten ja miesten terveyteen liittyvässä elämänlaadussa ei ollut eroa, kun sitä arvioitiin 15D-mittarin avulla (Arinen ym. 1998). FINRISKI-97-tutkimuksessa elämänlaatua selvitettiin tiedustelemalla vastaajien tyytyväisyyttä taloudelliseen tilanteeseen, perhe-elämään ja saavutuksiin elämässä. Kaikkien em. elämänlaadun ulottuvuuksien osalta nuoret naiset olivat tyytyväisempiä kuin nuoret miehet (Vartiainen ym. 1998; Martelin ym. 2002).

Suurin osa suomalaisista nuorista aikuisista koki elämänlaatunsa hyväksi, ja vain hyvin pieni osa koki sen huonoksi. Naiset kokivat elämänlaatunsa miehiä paremmaksi, mutta ero oli varsin pieni. Ajallisia vertailuja suomalaisten nuorten elämänlaadun kehittymisestä ei voi tehdä, koska eri aikoina tehdyissä tutkimuksissa on käytetty erilaisia elämänlaadun mittareita.

6.2 Koettu terveys

Seppo Koskinen

Terveyshaastattelussa kehoitettiin tutkittavia arvioimaan omaa terveyttään hyvin monissa terveystutkimuksissa käytetyn viisiluokkaisen asteikon mukaan (hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono, huono). Lähes kaksi kolmannelta arvioi terveytensä hyväksi ja vain 2 % piti terveyttään melko huonona tai huonona (kuvio 6.2.1.). Koettua terveyttä tiedusteltiin myös kyselyssä, jossa pyydettiin tutkittavia arvioimaan terveyttään asteikolla 0...10, jossa 0 kuvaa huonointa ja 10 parasta mahdollista terveydentilaa. Vastaukseksi saatu terveydentilapistemäärä oli keskimäärin 8,4. Koetussa terveydessä ei ollut kummankaan osoittimen mukaan mainittavaa eroa sukupuolten tai ikäryhmien välillä (taulukko 6.2.1.). Myöskään maantieteellisellä asuinalueella ja kotitaloustyypillä ei ollut selvää yhteyttä koettuun terveyteen, mutta maaseutumaisissa kunnissa asuvat naiset kokivat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi yleisemmin kuin muun tyyppisissä kunnissa asuvat. Koulutusryhmien välillä oli huomattava ero. Korkea-asteen koulutuksen suorittaneista tai sellaista suorittamassa olevista miehistä yli 90 % piti terveyttään hyvänä tai melko hyvänä, mutta perusasteelle opintonsa päättäneistä vain noin kolme neljästä. Naisilla erot olivat hieman vähäisemmät.

Terveys 2000 -aineistossa 18–29-vuotiaista 88 % koki terveytensä melko hyväksi tai hyväksi, mutta 30–44-vuotiaista enää 81 % (Koskinen ja Aromaa 2002). Etenkin nuorten naisten koettu terveys oli Terveys 2000 -tutkimuksessa (18–29-vuotiaat) parempi kuin täsmälleen samaa kysymystä käyttäneessä ja samaan aikaan toteutetussa Aikuisväestön terveystutkimuskyselyssä (15–24-vuotiaat), jossa nuorista miehistä 85 % mutta nuorista naisista vain 76 % arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (Helakorpi ym. 2001). Vuosina 1987 ja 1996 15–24-vuotiaiden naisten ja miesten koettu terveys oli terveydenhuollon väestötutkimusten mukaan parempi kuin 2000-luvun alussa: kumpanakin ajankohtana 93 % nuorista naisista ja miehistä piti terveyttään vähintään melko hyvänä (Arinen ym. 1998). Näiden tulosten valossa ei kuitenkaan ole syytä päätellä nuorten aikuisten koetun terveyden huonontuneen, koska myös tarkasteltujen ikävälien, kadon ja tutkimuksen toteutuksen erilaisuus voivat vaikuttaa tuloksiin

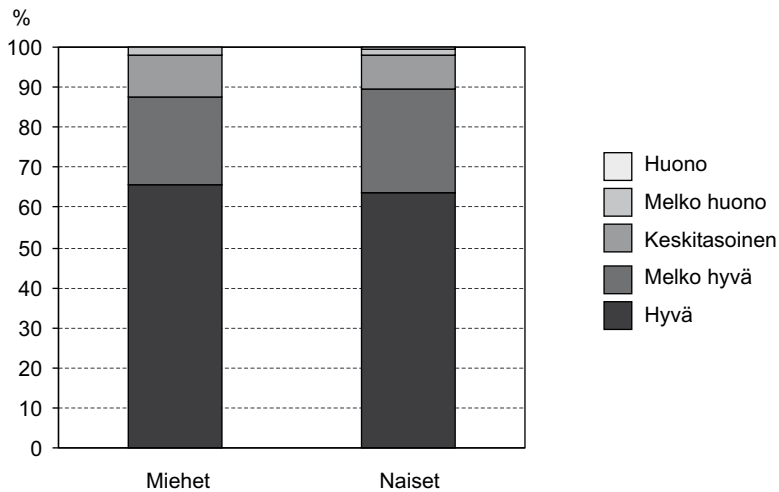
Taulukko 6.2.1. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi arvioineiden osuus (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Miehet	88,2	86,6	87,6
Naiset	88,7	90,6	89,5
p ²			0,241

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Kuvio 6.2.1. Koetun terveyden ikävakioitu jakauma (%).¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitteessä 4.

Kirjallisuus

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisen terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystuennon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT Terveys:5, Stakes ja Kansaneläkelaitos, Helsinki 1998.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B:16, Helsinki 2001.

Koskinen S, Aromaa A. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 37–38.

Martelin T, Karvonen S, Koskinen S. Työikäisten hyvinvointi. Teoksessa: Heikkilä M, Kautto M, toim. Suomalaisen hyvinvointi 2002. Gummerus, Jyväskylä 2002, s. 84–119.

The WHOQOL Group. Development of the WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine* 1998(b);28:551–558.

The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science and Medicine* 1998(a);46:1569–1585.

Vartiainen E, Jousilahti P, Juolevi A, Sundvall J, Alfthan G, Salminen I, Puska P. FINRISKI 1997. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista ja terveyspalvelujen käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/1998, Helsinki 1998.

7 PITKÄAIKAISSAIRASTAVUUS JA TAPATURMIEN AIHEUTTAMAT VAMMAT

7.1 Pitkäaikaissairastavuus

Seppo Koskinen

Pitkäaikaissairauksia tiedusteltiin Terveys 2000 -tutkimuksen kotihaastattelussa kysymyksellä ”Onko Sinulla jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus, tai jokin vika, vaiva tai vamma, joka vähentää työ- tai toimintakykyäsi?”, jota on käytetty mm. Mini-Suomi-tutkimuksessa ja Kelan Terveysturvan haastattelututkimuksissa. Neljäsosa nuorista aikuisista ilmoitti ainakin yhden tällaisen sairauden, vian, vaivan tai vamman. Pitkäaikaissairastavuus ei vaihdellut sukupuolen tai iän mukaan (taulukko 7.1.1.). Myöskään asuinalueiden väliset tai kotitaloustyyppin mukaiset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Sen sijaan koulutusryhmien väliset erot olivat suuret: ylimmässä koulutusryhmässä pitkäaikaissairaita oli vain hieman yli 15 %, mutta alimmassa koulutusryhmässä lähes 35 %.

Etenkin naisilla pitkäaikaissairastavuus näyttää yleistyvän selvästi 30. ikävuoden jälkeen. Terveys 2000 -aineistossa pitkäaikaissairaita oli 30–44-vuotiaista miehistä 30 % ja naisista 33 % (Koskinen ja Aromaa 2002). Vuosina 1995–96 toteutetussa Terveysturvan väestötutkimuksessa 15–24-vuotiaista naisista ja miehistä pitkäaikaissairaita oli 26 % (Arinen ym. 1998), joten tämän osoittimen mukaan nuorten aikuisten terveys ei ole ainakaan huonontunut.

Taulukko 7.1.1. Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Miehet	24,8	23,9	24,4
Naiset	24,4	25,1	24,7
p ²			0,910

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

7.2 Tapaturmien aiheuttamat vammat

Seppo Koskinen

Kotihaastattelussa tutkittavilta tiedusteltiin, oliko heillä lääkärin toteamaa tapaturman aiheuttamaa pysyvää vammaa, ja niiltä, jotka ilmoittivat jonkin vamman, tiedusteltiin tarkemmin vamman sijaintia ja aiheuttajaa, vammautumisolosuhteita ja vamman takia tarvittavaa hoitoa sekä apuvälineitä. Noin joka viidestoista 18–29-vuotias ilmoitti, että hänellä on pysyvä tapaturman aiheuttama vamma. Vammautuneiden osuus suureni iän mukana, ja – kuten vanhemmissakin ikäryhmissä (Koskinen ja Aromaa 2002) – nuorilla miehillä vammat olivat noin kaksi kertaa niin yleisiä kuin nuorilla naisilla (taulukko 7.2.1). Useimmista muista terveysongelmistä poiketen tapaturmien aiheuttamien vammojen yleisyys ei nuorilla aikuisilla vaihdellut tilastollisesti merkitsevästi asuinalueen, koulutuksen tai kotitaloustyyppin mukaan.

Taulukko 7.2.1. Lääkärin toteaman tapaturman aiheuttaman pysyvän vamman esiintyvyys (%) tutkittavien oman ilmoituksen perusteella.

	18–24	25–29	18–29 ¹
Miehet	8,1	9,6	8,7
Naiset	3,7	5,5	4,4
p ²			<0,001

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Kirjallisuus

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisen terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT Terveys:5, Stakes ja Kansaneläkelaitos, Helsinki 1998.

Koskinen S, Aromaa A. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 37–38.

Koskinen S, Aromaa A. Tapaturmien aiheuttamat vammat. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 63.

8 SAIRAUDET JA OIREET

8.1 Verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes

Antti Reunanen, Anna Kattainen ja verenkiertoelinsairauksien työryhmä

Verenkiertoelinsairauksien työryhmä: Antti Reunanen (pj.), Anna Kattainen (siht.), Matti Jauhiainen, Antti Jula, Risto Kaaja, Antero Kesäniemi, Katriina Kukkonen-Harjula, Mika Kähönen, Markku Laakso, Riitta Luoto, Silja Majahalme, Leena Mykkänen, Markku S Nieminen, Janne Rapola, Veikko Salomaa, Marja-Riitta Taskinen, Jaakko Tuomilehto, Marjut Varpula ja Erkki Vartiainen

Verenkiertoelinsairaudet

Sydänsairaudet ovat nuorilla harvinaisia ja useimmiten alkuperältään synnynnäisiä rakenne- tai toimintahäiriöitä. Aikaisempina vuosikymmeninä läppävikoja verrattain yleisesti aiheuttanut reumakuume on Suomesta jokseenkin hävinnyt. Myöhemmässä työiässä ja sen jälkeen yleistynyt sepelvaltimotauti (ks. esim. Reunanen ym. 2002) on alle 30-vuotiailla erittäin harvinainen. Niinpä sydänvioista tarkastelun kohteeksi valittiin ainoastaan elimelliset sydänviat, jotka siis yleensä olivat synnynnäisiä poikkeavuuksia. Tämän lisäksi tutkittiin lääkärin määräämää lääkettä hoitoa tarvitsevia rytmihäiriöitä. Rytmihäiriötuntemukset, jotka eivät aiheuttaneet pysyvää hoitoa, jätettiin tarkastelun ulkopuolelle.

Noin 1 % haastatelluista nuorista ilmoitti, että lääkäri oli todennut heillä synnynnäisen sydänvian tai läppävian (taulukko 8.1.1.). Todennäköisesti suurin osa ilmoitetuista vioista oli synnynnäisiä muutoksia.

Joka kahdessadas nuori ilmoitti, että lääkäri oli todennut heillä sydämen rytmihäiriön, jonka hoitamiseen he käyttivät lääkettä (taulukko 8.1.1.).

Kohonnut verenpaine oli nuorilla aikuisilla selvästi yleisin verenkiertoelinsairaus. Runsaat viisi prosenttia haastatelluista miehistä ja runsas kahdeksan prosenttia naisista ilmoitti, että lääkäri oli todennut heillä kohonneen verenpaineen tai verenpainetaudin (taulukko 8.1.1.). Sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä.

Elimellisten sydänvikojen esiintyvyydestä nuorilla suomalaisilla aikuisilla on erittäin vähän vertailukelpoista tietoa. Rytmihäiriöistä ei myöskään ole luotettavaa vertailutietoa, mutta rytmihäiriöiden vuoksi lääkkeiden erityiskorvausoikeuden saaneiden määrää voidaan tietyin varauksin käyttää vertailuun. Kelan rekisteritietojen mukaan vuoden 2003 lopussa koko maassa oli erityiskorvausoikeuden saa-

neita 20–29-vuotiaista 150 eli 0,05 % tämän ikäisestä väestöstä. Lääkäriin toteaman rytmihäiriön kymmenkertainen määrä tässä tutkimuksessa selittyy suurelta osin rytmihäiriöiden määrittelystä ja myös siitä, että vain pieni osa lääkitystä tarvitsevista rytmihäiriöistä kärsivistä potilaista on oikeutettuja sairausvakuutuksen erityiskorvaukseen.

Lääkäriin toteaman kohonneen verenpaineen yleisyydestä suomalaisilla nuorilla aikuisilla ei ole käytettävissä vertailtavaa tietoa. Kohonneen verenpaineen vuoksi lääkityksen erityiskorvausoikeuden saamisen edellytykset sairausvakuutuksen mukaan ovat huomattavasti tiukemmat kuin seuranta- tai hoitoa vaativan kohonneen verenpaineen kriteerit. Niinpä verenpaineen vuoksi lääkityksen erityiskorvausoikeuden saaneita oli 16–29-vuotiaista suomalaisista vuoden 2003 lopussa vain 0,2 %. Tarkkailtava tai mahdollisesti lääkkeetöntä hoitoa vaativa kohonnut verenpaine on tämän tutkimuksen mukaan nuorilla aikuisilla monin verroin yleisempi. Kohonnut verenpaine oli 18–29-vuotiailla naisilla yleisempi kuin miehillä. Tämä saattaa osittain selittyä raskauteen liittyvällä kohonneella verenpaineella. Tämän ikäisistä naisista lähes kolmasosa on ollut raskaana ja heistä 22 %:lla verenpaine on ollut raskauden aikana koholla (Koponen ja Luoto 2004).

Taulukko 8.1.1. Sydänsairauksien ja kohonneen verenpaineen esiintyvyys (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Elimellinen sydänvika			
Miehet	1,3	1,1	1,2
Naiset	1,4	0,4	1,0
p ²			0,618
Rytmihäiriö			
Miehet	0,2	0,8	0,5
Naiset	0,5	0,5	0,5
p ²			0,948
Kohonnut verenpaine			
Miehet	4,9	6,2	5,4
Naiset	7,0	10,6	8,5
p ²			0,030

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Diabetes

Nuorista aikuisista 1,3 % ilmoitti lääkäriin toteaman diabeteksen. Heistä yli puolet ilmoitti käyttävänsä taudin tasapainottamiseen yksinomaan insuliinia (taulukko 8.1.2.). Lääkityksen käytön perusteella arvioiden tyypin 1 diabetesta sairasti nuorista miehistä 1,1 % ja naisista 0,5 %.

Diabeteksen esiintyvyyttä nuorilla suomalaisilla aikuisilla ei ole aikaisemmin juuri selvitetty. Sairausvakuutuksen tietojen mukaan vuoden 2003 lopussa 0,8 %:lla 16–29-vuotiaista miehistä ja 0,7 %:lla samanikäisistä naisista oli erityiskorvausoikeus diabeteslääkkeisiin. Terveys 2000 -tutkimuksen nuorten aikuisten aineistossa diabeetikoiden määrä oli kovin pieni, vain 22 henkilöä, joten luotettavien arvioiden tekeminen ei ole mahdollista. Näyttää kuitenkin siltä, että tyypin 1 diabeteksen prevalenssi tutkimusaineistossa oli hiukan suurempi kuin erityiskorvausoikeuksien perusteella oli odotettavissa. Insuliinihoidosta riippumattomien diabeetikoiden määrä oli selvästi ennakoitua suurempi. Aineiston jatkoanalyysseissa täsmennetään eri diabetestyyppien esiintyvyyttä.

Taulukko 8.1.2. Lääkärin toteaman diabeteksen esiintyvyys (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Diabetes riippumatta tyypistä			
Miehet	1,0	1,8	1,3
Naiset	1,7	0,7	1,3
p ²			1,00
Tyypin 1 diabetes			
Miehet	1,0	1,2	1,1
Naiset	0,9	0	0,5
p ²			0,197

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

8.2 Hengityselinten sairaudet, allergiat ja ihon sairaudet

Pekka Jousilahti, Sami Heistaro, Markku Heliövaara ja hengityselinten sairauksien, allergioiden ja ihon sairauksien työryhmä

Hengityselinten sairauksien, allergioiden ja ihon sairauksien työryhmä: Pekka Jousilahti (pj.), Sami Heistaro (siht.), Tari Haahtela, Katri Hakala, Markku Heliövaara, Tuula Husman, Maritta Jaakkola, Jussi Karjalainen, Kari Liippo, Henrik Nordman, Timo Palosuo, Juha Pekkanen, Tuula Petäys, Kari Reijula, Päivikki Susi-taival ja Tuula Vasankari

Tiedot nuorten aikuisten hengityselinten ja ihon sairauksista ja oireista sekä allergioista kerättiin vakiomuotoisella haastattelulla. Tutkittavilta kysyttiin ensiksi, onko lääkäri joskus todennut heillä astman, haittaavan allergian tai pitkäaikaisen ihosairauden. Niille, jotka vastasivat ensimmäiseen kysymykseen myöntävästi, tehtiin tarkentavia kysymyksiä sairauden laadusta sekä siitä, oliko vastaaja tutkimuksen aikana lääkärin hoidossa ja käyttikö hän sairauteensa lääkehoitoa. Tässä yhteenvedossa kuvataan näiden sairauksien itse raportoitu elinaikainen ilmaantuvuus miehillä ja naisilla ikäryhmittäin ja alueittain sekä eräitä muita sairauksiin liittyviä tekijöitä. Tuloksia arvioitaessa on otettava huomioon tutkimuksen otoskoko, joka rajoittaa väestöryhmittäisten analyysien luotettavuutta etenkin harvinaisia sairauksia tarkasteltaessa.

Lääkäri oli todennut astman 8 %:lla miehistä ja naisista (taulukko 8.2.1. ja kuvio 8.2.1.). Astman yleisyydessä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja Etelä-Suomen (HUS-piiri), Lounais-Suomen (TYKS ja TaYS-piirit) ja Itä- ja Pohjois-Suomen (KYS- ja OYS-piirit) välillä. Astma oli perusasteen koulutuksen saaneilla yleisempi kuin korkeammin koulutetuilla. Perusasteen koulutuksen saaneista miehistä 13 % ja naisista 19 % raportoi sairastaneensa joskus astmaa. Ylimmässä koulutusryhmässä vastaavat esiintyvyyksiluvut olivat 8 % ja 5 %. Koulutusryhmien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä vain naisilla. Terveys 2000 -tutkimuksen terveystarkastuksen perusteella tutkimuslääkäri diagnosoiti astman 4 %:lla yli 30-vuotiaista miehistä ja 7 %:lla naisista. Ikäryhmässä 30–44 vuotta astman esiintyvyys oli 3 % miehillä ja 5 % naisilla (Jousilahti ym. 2002).

Neljännes astmaatikoista oli ollut joskus sairaalahoidossa astman takia. Noin puolet astman raportoineista kertoi käyttävänsä tutkimushetkellä astmalääkitystä ja vain neljännes kertoi olevansa astman takia lääkärin hoidossa. Lääkärin hoidossa olevien osuus oli suurin HUS-piirissä.

Kelan julkaisemattomien rekisteritietojen mukaan 2 % 18–29-vuotiaista nuorista aikuisista oli oikeutettu vuonna 2004 erityiskorvattavaan lääkitykseen astman ta-

kia. Nuorilla miehillä erityiskorvaukseen oikeutettujen osuus oli noin 2 % kaikissa 1-vuotiskäryhmissä. Naisilla erityiskorvattavaan lääkitykseen oikeutettujen osuus lisääntyi tasaisesti iän myötä ollen 18-vuotiailla 1,8 % ja 29-vuotiailla 3,1 %.

Kolmannes astman raportoineista tupakoi päivittäin eikä tupakoinnin yleisyydessä ollut eroja miesten ja naisten välillä. Astman ilmoittaneiden tupakointi oli yleisintä enintään perusasteen koulutuksen saaneilla.

Lähes kolmanneksella vastaajista oli todettu joku haittaava allergia (taulukko 8.2.1. ja kuvio 8.2.1.). Heinänuhan tai muun allergisen nuhan raportoiti viidennes ja allergisen silmätulehduksen 6 % vastaajista. Heinänuha ja allergiset silmäoireet olivat yhtä yleisiä miehillä ja naisilla. Ruoka- ja lääkeaineallergiat olivat sen sijaan naisilla selvästi yleisempiä kuin miehillä. Ruoka-aineallergioita ilmoitti 5 % miehistä ja 10 % naisista. Lääkeaineallergioissa vastaavat esiintyvyyshluvut olivat 4 % ja 8 %. Haittaavan allergian raportoineista miehistä 11 % ja naisista 28 % kertoi olleensa joskus sairaalahoitossa allergian takia. Haittaavan allergian raportoineista miehistä 52 % ja naisista 63 % käytti tutkimuksen aikana allergialääkkeitä. Molemmat viime mainitut sukupuolten väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä.

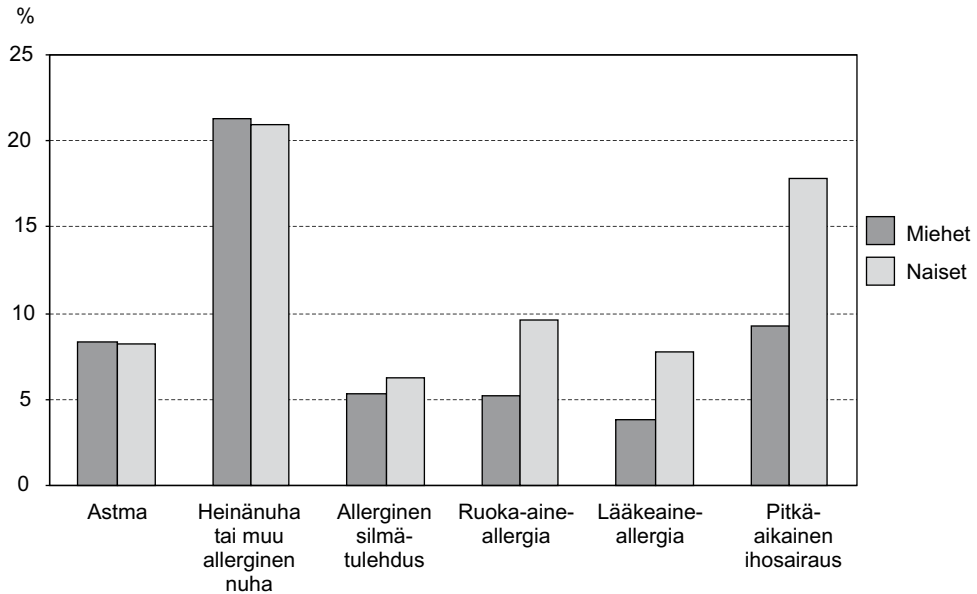
Taulukko 8.2.1. Astman, allergioita ja pitkäaikaisia ihosairauksia ilmoittaneiden osuudet (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Astma			
Miehet	9,0	7,3	8,3
Naiset	7,3	9,6	8,2
p ²			0,931
Heinänuha tai muu allerginen nuha			
Miehet	21,5	21,1	21,3
Naiset	20,1	22,4	21,0
p ²			0,871
Allerginen silmätulehdus			
Miehet	4,6	6,4	5,3
Naiset	5,1	7,9	6,2
p ²			0,434
Ruoka-aineallergia			
Miehet	5,2	5,2	5,2
Naiset	9,8	9,3	9,6
p ²			0,002
Lääkeaineallergia			
Miehet	4,4	2,8	3,8
Naiset	7,2	8,7	7,8
p ²			<0,001
Pitkäaikainen ihosairaus			
Miehet	8,6	10,3	9,3
Naiset	16,7	19,4	17,8
p ²			<0,001

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Kuvio 8.2.1. Astman, allergioita ja pitkäaikaisia ihosairauksia ilmoittaneiden ikävakioidut osuudet (%).¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 8.2.1.

Pitkäaikaisen ihosairauden raportoi 9 % miehistä ja 18 % naisista (taulukko 8.2.1. ja kuvio 8.2.1.). Ihosairauden ilmoittaneista miehistä 38 % ja naisista 63 % kertoi sairastavansa (tai joskus sairastaneensa) atooppista ihottumaa. Terveys 2000 -tutkimuksen kliinisessä tutkimuksessa tutkimuslääkäri totesi kroonisen käsi-ihottuman vain 2 %:lla 30–44-vuotiaista miehiä ja 3 %:lla naisista. Tulosten tulkinnassa on huomioitava, että 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä luvut perustuvat itse ilmoitettuun elinaikaiseen ilmaantuvuuteen ja vanhemmassa ikäryhmässä lääkärin tekemään diagnoosiin tutkimushetkellä.

Astma, allerginen nuha ja allergiset silmäoireet ovat yleisiä sairauksia nuorten aikuisten keskuudessa. Vastaajista 8 % raportoi sairastaneensa joskus astmaa. Astman raportoineista kuitenkin vain puolet käytti astmalääkitystä ja neljännes kertoi olevansa lääkärin hoidossa astman takia. Näin ollen puolella, tai jopa kolmella neljästä vastaajasta astma oli diagnosoitu lapsuudessa, mutta oireet olivat helpottaneet myöhemmin. Terveys 2000 -aineiston mukaan lääkärin hoidossa astman takia olevien osuus 18–29-vuotiaista onkin saman suuruinen, noin 2 %, kuin astman takia erityiskorvattavaan lääkitykseen oikeutettujen osuus samassa ikäryhmässä.

8.3 Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja oireet

Hilkka Riihimäki, Svetlana Solovieva, Markku Heliövaara ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien työryhmä

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien työryhmä: Hilkka Riihimäki (pj.), Markku Heliövaara (vpj.), Sami Heistaro (siht.), Olli Impivaara, Tuula Korpilähde, Päivi Leino-Arjas, Pirjo Manninen, Svetlana Solovieva, Simo Taimela, Esa-Pekka Takala, ja Eira Viikari-Juntura

Tuki- ja liikuntaelimestön yleisimmät vaivat ovat luonteeltaan oireyhtymiä, joiden kulku vaihtelee ja joita on vaikeata diagnosoida yhtäpitävin arviointiperustein. Eri-tyisesti nuorilla, joilla varsinaiset pitkäaikaissairaudet kuten nivelrikko ovat harvinaisia, epidemiologisissa tutkimuksissa on mitattu eniten kipuoireiden yleisyyttä.

Tässä raportissa tarkastellaan kipuoireiden esiintyvyyttä tärkeimmiksi oletetuilla anatomisilla alueilla: niskassa, alaselässä, lonkissa ja polvissa. Lisäksi kuvataan lääkärin toteaman pitkäaikaisen selkäsairauden vallitsevuus haastateltujen nuorten aikuisten itsensä ilmoittamana (taulukko 8.3.1. ja kuvio 8.3.1.). Haastattelussa esitetyt kysymykset muotoiltiin samoin kuin vuosina 1978–1980 toteutetussa Mini-Suomi-tutkimuksessa (Heliövaara ym. 1993) ja Terveys 2000 -tutkimuksen 30 vuotta täyttäneitä koskevassa osassa (Riihimäki ym. 2002). Viimeksi mainituissa tutkimuksissa koulutettu hoitaja teki oirehaastattelun, mutta käsillä olevassa nuorten aikuisten tutkimuksessa sen teki Tilastokeskuksen tehtävään koulutettu haastattelija, mikä hieman heikentää tulosten vertailukelpoisuutta.

Nuorista aikuisista 13 % kertoi, että lääkäri oli joskus todennut heillä pitkäaikaisen selkäsairauden (taulukko 8.3.1. ja kuvio 8.3.1.). Haastatteluun perustuva vallitsevuus oli yllättävän suuri ottaen huomioon, että Terveys 2000 -tutkimuksessa 30 vuotta täyttäneille tehdyssä terveystarkastuksessa lääkäri oli diagnosoinut pitkäaikaisen selkäsairauden vain noin 5 %:lla 30–44-vuotiaista (Riihimäki ym. 2002).

Yleisintä kipu oli odotetusti selässä; 23 % nuorista aikuisista oli tuntenut sitä viimeksi kuluneen kuukauden aikana, eikä selkävun esiintyvyys eronnut miesten ja naisten välillä (taulukko 8.3.1.). Kirjallisuuden perusteella nuorten selkävivot on tiedetty hyvin yleiseksi (Palmer ym. 2000, Hakala ym. 2002), mutta vertailukelpoisia esiintyvyyksilukuja ei ole raportoitu. Terveys 2000 -tutkimuksessa oireen esiintyvyys 30–44-vuotiailla miehillä oli 27 % ja naisilla 31 % (Riihimäki ym. 2002).

Taulukko 8.3.1. Tuki- ja liikuntaelinsairauksia ja -oireita ilmoittaneiden osuus (%).

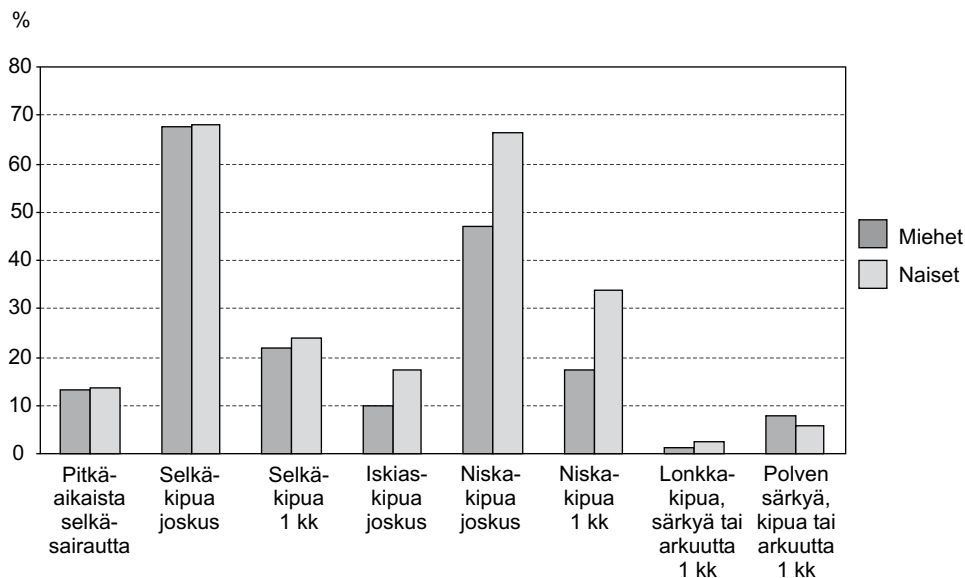
	18–24	25–29	18–29 ¹
Pitkäaikaista selkäsairautta			
Miehet	11,4	16,4	13,4
Naiset	15,2	11,6	13,7
p ²			0,857
Selkäkipua joskus			
Miehet	65,7	70,3	67,6
Naiset	67,6	68,3	67,9
p ²			0,898
Selkäkipua /1 kk			
Miehet	18,8	26,5	21,9
Naiset	25,0	22,1	23,9
p ²			0,326
Iskiaskipua joskus			
Miehet	5,9	15,3	9,7
Naiset	13,1	23,5	17,3
p ²			<0,001
Niskakipua joskus			
Miehet	44,7	50,2	46,9
Naiset	67,3	65,2	66,4
p ²			<0,001
Niskakipua /1 kk			
Miehet	15,7	20,1	17,5
Naiset	35,0	31,8	33,7
p ²			<0,001
Lonkkakipua, särkyä tai arkuutta /1 kk			
Miehet	0,7	2,0	1,2
Naiset	2,7	2,6	2,6
p ²			0,060
Polven särkyä, kipua tai arkuutta /1 kk			
Miehet	7,4	8,6	7,9
Naiset	5,7	6,1	5,9
p ²			0,140

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana oli lähes kaksi kertaa niin moni nainen (34 %) kuin mies (18 %) tuntenut niskakipua. Tällainen sukupuoliero on sopusoinnussa aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Vikat ym. 2000, Hakala ym. 2002, Webb ym. 2003). Mini-Suomi-tutkimuksessa niskakivun esiintyvyys 30–44-vuotiailla miehillä oli 19 % ja naisilla 28 %, Terveys 2000 -tutkimuksessa vastaavasti 21 % ja 38 % (Heliövaara ym. 1993, Riihimäki ym. 2002).

Kuvio 8.3.1. Tuki- ja liikuntaelinsairauksia ja -oireita ilmoittaneiden ikävakioitu osuus (%).¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 8.3.1.

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana polvikipua oli esiintynyt 7 %:lla nuorista aikuisista. Polvikipu näytti olevan miehillä (8 %) hieman yleisempi kuin naisilla (6 %), joskaan sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Myös nuorilla norjalaisilla miehillä polvikipu on todettu yleisemmäksi kuin naisilla (Brusgaard ym. 2000). Mini-Suomi-tutkimuksessa polvikivun esiintyvyys 30–44-vuotiailla miehillä oli 6 % ja naisilla 11 %, Terveys 2000 -tutkimuksessa vastaavasti 14 % ja 15 % (Heliövaara ym. 1993, Riihimäki ym. 2002).

Enimmäkseen oireet yleistyivät 18–24-vuotiaista 25–29-vuotiaisiin, mutta naisten selkä- ja niskakipujen esiintyvyys jopa pieneni näiden ikävuosien välillä. Kaikki 30–44-vuotiaiden esiintyvyyssluvut, jotka perustuivat hoitajan kenttätutkimuksessa tekemään oirehaastatteluun, olivat suurempia (taulukko 8.3.1., Riihimäki ym. 2002).

Tässä esitettyjen tulosten perusteella selkä- ja niskavaivat ovat varsin yleisiä jo nuorilla aikuisilla. Oireiden taustatekijöitä ja niiden vaikutusta nuorten toimintakykyyn ja elämänlaatuun selvitetään tähän aineistoon perustuvissa tulevaisuudessa tutkimuksissa.

8.4 Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt

Sami Pirkola, Terhi Aalto-Setälä, Jaana Suvisaari, Jouko Lönnqvist ja mielenterveyden työryhmä

Mielenterveyden työryhmä: Jouko Lönnqvist (pj.), Sami Pirkola (siht.), Kirsi Ahola, Martti Heikkinen, Teija Honkonen, Erkki Isometsä, Matti Joukamaa, Raija Kalimo, Olli Kiviruusu, Teemu Kärnä, Eero Lahtinen, Ville Lehtinen, Kari Poikolainen, Raimo Raitasalo, Jouko Salminen ja Jaana Suvisaari

Koska Terveys 2000 -tutkimuksessa nuorille aikuisille ei tehty terveystarkastusta, heidän mielenterveyttään kartoitettiin suppeammin kuin 30 vuotta täyttäneiden. Tiedonkeruu tapahtui pääosin kyselylomakkeita käyttäen. Mukana oli strukturoituja mielenterveyteen, psyykkiseen oireiluun tai ajankohtaiseen stressiin liittyviä kysymyssarjoja, kuten psyykkistä kuormittuneisuutta mittaava General Health Questionnaire, josta käytössä oli 12 kysymyksen versio, GHQ-12 (Pevalin 2000), Maslach Burnout Inventorysta muokattu työuupumuskysely MBI-GS (Kalimo ja Toppinen 1997) ja alkoholin ongelmakäyttöä kartoittava CAGE-kysely (Maisto ym. 1995), sekä sarja itsetuhoisuuteen liittyviä kysymyksiä. Syömishäiriön tunnistamiseksi kyselyyn sisältyi sarja anoreksiaan ja bulimiaan liittyviä kysymyksiä. Haastattelussa tutkittavilta kysyttiin tautiluokituksen (DSM-IV) mukaisen vakavan masennustilajakson ja paniikkihäiriön oirekriteereihin liittyvät kysymyssarjat (American Psychiatric Association 1994). Tämän lisäksi kysyttiin, onko lääkäri joskus todennut tutkittavalla jonkin psyykkisen sairauden.

Psykkinen kuormittuneisuus

Ajankohtaista psyykkistä kuormittuneisuutta arvioitiin kansainvälisesti paljon käytetyllä GHQ-12 -mittarilla. Tutkituista miehistä 10 % ja naisista 13 % kärsi merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta, kun kriteerinä käytettiin GHQ-summapistemäärää 4 tai enemmän. Pienemmällä katkaisupistemäärällä (3 pistettä tai enemmän) arvioituna kuormittuneisuutta oli 14 %:lla miehistä ja 20 %:lla naisista (taulukko 8.4.1., kuvio 8.4.1.). Psykkinen kuormittuneisuus oli nyt tutkittujen nuorten aikuisten ryhmässä hieman vähäisempää kuin 30 vuotta täyttäneillä (Pirkola ym. 2002).

Työuupumus

Työuupumusta mitattiin MBI-GS -kyselyllä niiltä tutkittavilta, jotka olivat olleet viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana työelämässä. Vakavaa työuupumusta oli 2 %:lla ja lievää työuupumusta 27 %:lla tutkituista, eikä sukupuolten välillä ollut merkittäviä eroja (taulukko 8.4.1.). Nämä luvut ovat samansuuntaisia kuin 30 vuotta täyttäneiden keskuudessa. Esiintyvyyksiluvut ovat pienempiä kuin aiemmassa suomalaistutkimuksessa (Kalimo ja Toppinen 1997).

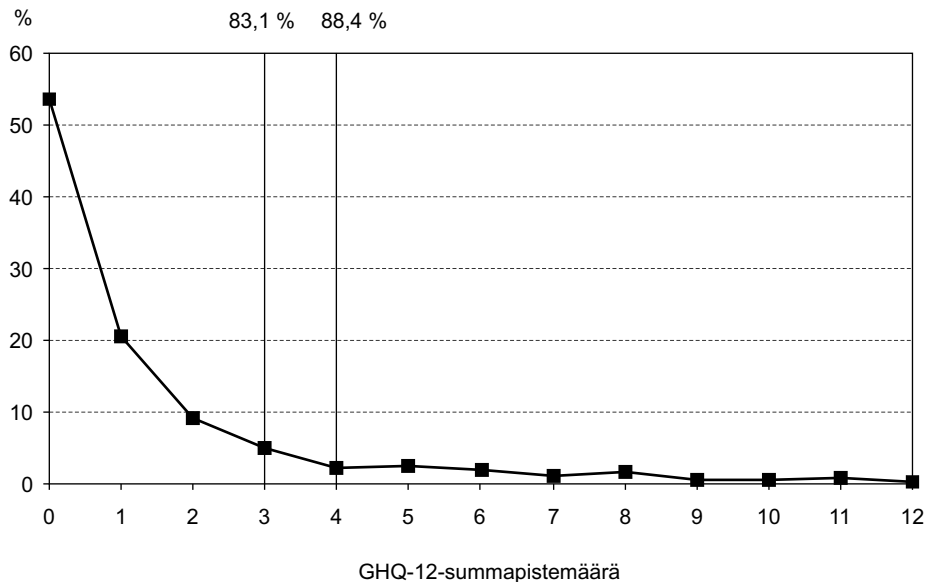
Taulukko 8.4.1. Mielenterveysongelmiin viittaavien löydösten yleisyys (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Psykykinen kuormittuneisuus: GHQ12>3			
Miehet	8,6	10,9	9,5
Naiset	13,9	12,5	13,4
p ²			0,037
Työuupumus (lievä tai vakava)			
Miehet	27,9	26,7	27,5
Naiset	31,9	26,7	29,9
p ²			0,363
Alkoholiriippuvuus (CAGE>1)			
Miehet	34,6	36,0	35,1
Naiset	21,8	21,4	21,7
p ²			<0,001
Vakava masennus / 12 kk			
Miehet	5,7	6,4	6,0
Naiset	18,3	18,1	18,2
p ²			<0,001
Itsemurhayritys joskus			
Miehet	2,1	2,1	2,1
Naiset	3,8	5,1	4,3
p ²			0,030

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Kuvio 8.4.1. Psykykkistä kuormittuneisuutta kuvaavan GHQ-12-summapistemäärän jakauma.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitteessä 4.

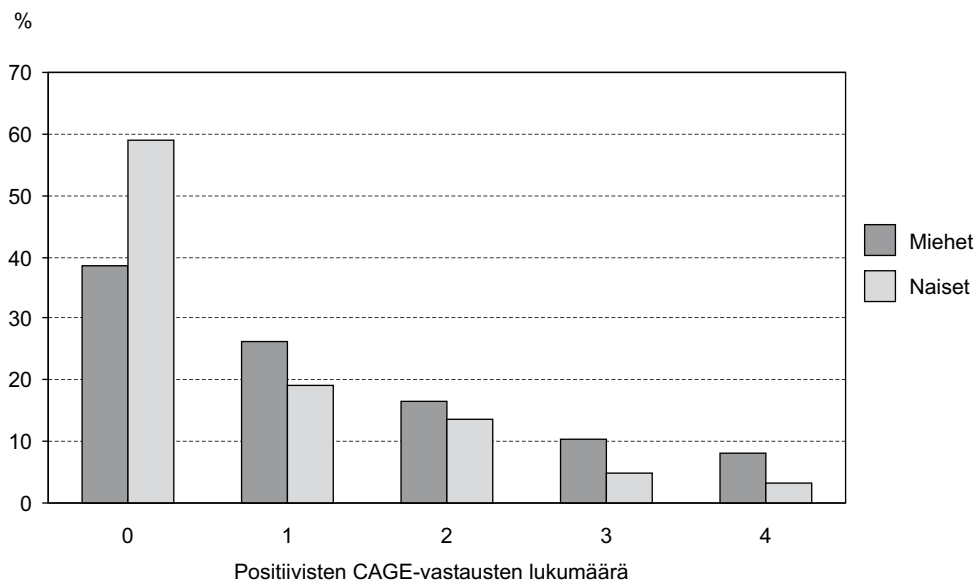
Syömishäiriöoireet

Kyselylomakkeisiin sisältyi mahdollisen anoreksian ja bulimian tunnistamiseen kehitetty kysymyssarja. Bulimiaan viittaava oirekuva todettiin 4 %:lla naisista, mutta miehillä tapauksia oli vain muutama. Tutkittavilta tiedusteltiin kyselyssä myös suoraan, oliko lääkäri joskus todennut heillä syömishäiriön. Bulimiaa ilmoitti sairastavansa tutkimushetkellä vajaa 1 % ja joskus aiemmin runsaat 2 % naisista. Miehet eivät raportoineet lääkärin toteamaa bulimiaa lainkaan. Anoreksiaa ilmoitti sairastavansa tutkimushetkellä vain 0,2 % ja joskus aiemmin 3 % naisista; miehistä anoreksiaa oli joskus sairastanut vain 0,2 %.

Alkoholiongelmät

Alkoholinkäytön taajuutta ja krapulakokemuksia tarkasteltiin edellä alkoholinkäyttöä koskevassa luvussa 4.8. Tässä luvussa käsitellään vain alkoholiriippuvuutta ja ongelmakäyttöä. Mahdollista ongelmakäyttöä tai alkoholiriippuvuutta mittaavan CAGE-kyselyn keskimääräinen summapistemäärä oli miehillä 1,24 ja naisilla 0,74. Kahden tai useamman positiivisen vastauksen CAGE:n neljään kysymykseen katsotaan viittaavan alkoholiongelmaan tai mahdolliseen alkoholiriippuvuuteen. Tutkituista 28 % vastasi myönteisesti ainakin kahteen ja 13 % ainakin kolmeen kysymykseen (taulukko 8.4.1., kuvio 8.4.2.).

Kuvio 8.4.2. Alkoholiongelmia mittaavan CAGE-summapistemäärän ikävakioitu jakauma (%).



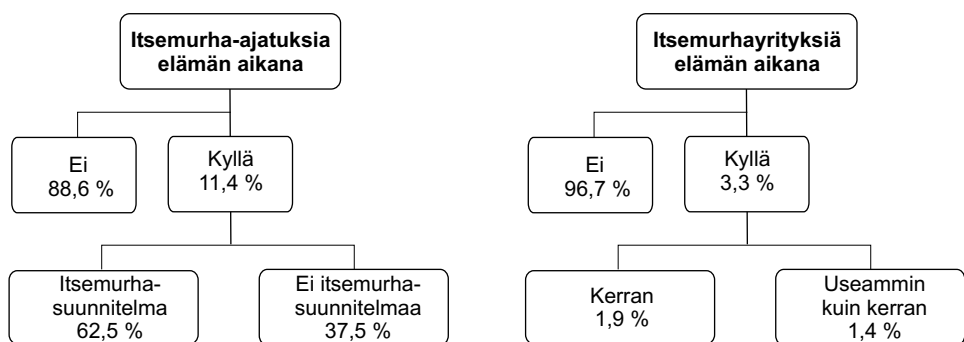
¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitteessä 4.

Masennusjakso ja paniikkihäiriö

Haastattelussa tutkittavilta kysyttiin DSM-IV -tautiluokituksen oirekriteereitä mukaileva kysymyssarja, jonka tarkoituksena oli arvioida vakavan masennusjakson tai paniikkihäiriön esiintymistä viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vastauksen perusteella voidaan arvioida, että 6 % miehistä ja 18 % naisista oli kärsinyt viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana masennusoireista, jotka mahdollisesti täyttivät vakavan masennusjakson kriteerit (taulukko 8.4.1). Paniikkihäiriön oirekriteerit viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana täyttyivät 2 %:lla miehistä ja 4 %:lla naisista. Haastatelluista alle 1 % ilmoitti lääkärin joskus todenneen heidän sairastavan psykoosia. Vastaavasti tutkittujen oman ilmoituksen mukaan lääkäri oli joskus todennut masennuksen 3 %:lla miehistä ja vajalla 7 %:lla naisista sekä ahdistuneisuutta tai ahdistuneisuushäiriön runsaalla prosentilla miehistä ja vajaalla 2 %:lla naisista.

Tässä tutkimuksessa vakavan masennuksen ja paniikkihäiriön esiintyvyys vastaa aikaisempaa käsitystä näiden häiriöiden yleisyydestä. On kuitenkin otettava huomioon, että nyt tehty haastattelu ei ollut varsinainen psykiatrinen diagnostinen haastattelu. Oirekysymyksiä ei tarkennettu eikä haastattelussa voitu sulkea pois oireiden muita mahdollisia aiheuttajia.

Kuvio 8.4.3. Itsemurha-ajatusten ja -yritysten yleisyys.



Itsemurha-ajatukset ja -yritykset

Tutkittavilta tiedusteltiin kyselylomakkeessa myös itsemurhaan liittyviä ajatuksia ja aikeita kysymyssarjalla, joka kartoitti itsemurhan vakavaa harkintaa, itsemurha-suunnitelmaa, itsemurhayritystä sekä yrityksen jälkeistä hoitoa tai seurantaa (kuvio 8.4.3.). Miehistä lähes 9 % kertoi joskus elämässään harkinneensa vakavasti itsemurhaa. Viimeksi kuluneen vuoden aikana itsemurhaa oli harkinnut vakavasti

runsaat 3% miehistä. Naisilla vastaavat luvut olivat 14 % ja 5 %. Itsemurhaa joskus vakavasti harkinneista miehistä 58 % ja naisista 65 % oli myös tehnyt jossain vaiheessa suunnitelman itsemurhan toteuttamiseksi. Aikaisempia itsemurhayrityksiä raportoi miehistä runsaat 2 % ja naisista runsaat 4 % (taulukko 8.4.1.). Itsemurhaa yrittäneistä miehistä 24 % (N=3/11) ja naisista 47 % (11/24) oli ollut hoidossa tai seurannassa itsemurhayrityksen takia.

Lopuksi

Terveys 2000 -hankkeen 18–29-vuotiaiden mielenterveyttä koskevat tiedot antavat hyvän kuvan nuorten aikuisten psyykkisestä oireilusta ja voinnista vuosituhannen vaihteessa. GHQ-12 kyselyn tuloksien perusteella voidaan arvioida, että nuorten aikuisten keskuudessa psyykinen kuormittuneisuus on jonkin verran vähäisempää kuin 30 vuotta täyttäneillä. Nuorten aikuisten keskuudessa alkoholiongelmien ovat yleisiä, samoin itsetuhokäyttäytyminen, masentuneisuus sekä naisilla syömishäiriöihin viittaavat oireet. Täsmällisin diagnostisin kriteerein määriteltyjen mielenterveyden häiriöiden yleisyydestä ei saatu tietoja käytetyillä tutkimusmenetelmillä. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyyttä ja itsetuhoisuuden esiintyvyyteen liittyviä tekijöitä on tutkittava syventävin tutkimuksin. Terveys 2000 -hankkeessa onkin jo käynnistynyt syventävä *Nuorten aikuisten terveys ja psyykinen hyvinvointi*-tutkimus (NAPS), jossa psyykkistä terveyttä kartoitetaan erillisten diagnostisten haastatteluiden ja muiden menetelmien avulla.

8.5 Näkö- ja kuulo-ongelmat

Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Sirkka-Liisa Rudanko, Arja Laitinen, Timo Marttila ja toimintakykyryhmä

Toimintakykyryhmä: Seppo Koskinen (pj.), Päivi Sainio (siht.), Arpo Aromaa, Pertti Era, Pauli Forma, Raija Gould, Päivi Haavisto, Jukka-Pekka Halonen, Kaj Husman, Juhani Ilmarinen, Jorma Järvisalo, Sirkka-Liisa Karppi, Jarmo Malmberg, Simo Mannila, Timo Marttila, Seppo Miilunpalo, Matti Ojamo, Sirkka-Liisa Rudanko, Sanna Rätty, Raimo Sulkava, Timo Suutama, Reijo Tilvis ja Mariitta Vaara

Näköongelmat

Nuorten aikuisten näöntarkkuutta kartoitettiin kotihaastattelussa kysymällä, kuinka hyvin he näkivät lukea tavallista sanomalehtitekstiä (McWhinnie ym. 1981) ja television tekstiä normaalilta katseluetäisyydeltä käyttäen tarvittaessa silmälasejaan (Mangione ym. 1992). Lisäksi tiedusteltiin, oliko tutkittavilla silmä- tai piilolasit tai jokin muu näön apuväline ja käyttivätkö he näitä apuvälineitä päivittäin. Seuraavassa esitellään tuloksia sanomalehden lukemisen vaikeuksista sekä silmä- ja piilolaseista sekä muista näön apuvälineistä.

18–29-vuotiaista naisista sekä miehistä 99 % ilmoitti pystyvänsä vaikeuksista lukemaan sanomalehtitekstiä – joko ilman silmälaseja tai laseja käyttäen (taulukko 8.5.1.). Lopuistakin vastaajista lähes kaikki pystyivät lukemaan sanomalehtitekstiä, vaikka heillä olikin siinä vaikeuksia. Kysymykseen vastanneista 1 702 nuoresta aikuisesta vain kaksi henkilöä (0,1 %) ilmoitti, etteivät he pysty lainkaan lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä.

Taulukko 8.5.1. Sanomalehden lukemisesta ja useamman henkilön keskustelun kuulemisesta vaikeuksista suoriutuvien ikävakiointu osuus 18–29-vuotiaista (%).

Sanomalehden lukeminen	
Miehet	99,0
Naiset	99,1
p ¹	0,872
Keskustelun kuuleminen	
Miehet	96,1
Naiset	97,2
p ¹	0,232

¹ Sukupuolten välinen ero

Silmälasit oli kolmanneksella miehistä ja hieman runsaalla puolella naisista (taulukko 8.5.2.). 25–29-vuotiailla naisilla silmä- tai piilolasit olivat hieman yleisempiä kuin 18–24-vuotiailla naisilla. Miehillä ikäryhmien välillä ei ollut eroa. Muita näön apuvälineitä kuin silmä- tai piilolasit oli ainoastaan kahdella vastaajalla.

Taulukko 8.5.2. Silmä- tai piilolasien yleisyys (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Miehet	32,3	33,9	33,0
Naiset	49,1	57,5	52,5
p ²			<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Miehillä koulutusryhmien väliset erot silmälasien käytössä olivat suuret: enintään perusasteen koulutuksen saaneista vain vajaalla viidenneksellä oli silmälasit, keski- tai ammatillisen korkea-asteen tutkinnon suorittaneista tai suorittamassa olevista silmälasit oli kolmanneksella ja muuta korkea-asteen tutkintoa suorittavista tai sellaisen jo suorittaneista miehistä yli puolella oli silmälasit. Naisilla erot olivat samantyyppiset, mutta pienemmät. Muut näköongelmien ja silmälasien käytön väestöryhmittäiset erot olivat vähäisiä.

Kuulo-ongelmat

Nuorten aikuisten kuulovaikeuksien esiintymistä arvioitiin kysymällä kotihaastattelussa, kuinka hyvin he kuulivat, mitä useamman henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (McWhinnie 1981). 96 % miehistä ja 97 % naisista ilmoitti kuulevansa tällaisessa tilanteessa vaikeuksista (taulukko 8.5.1.). Vaikeuksia ilmoitti 4 % miehistä ja 3 % naisista, ja vain kaksi henkilöä (0,1 %) ei pystynyt kuulemaan tällaista keskustelua. Tämäntyyppinen kuulemisvaikeus viittaa suuritaajuiseen kuulonalenukseen. Se syntyy meluisissa töissä tai harrastuksissa, joita on enemmän miehillä kuin naisilla. Sukupuolten väliset vähäiset erot kuulemisvaikeuksien yleisyydessä eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Myöskään koulutuksella, kotitaloustyypillä ja asuinkunnan kaupunkimaisuudella ei ollut johdonmukaista yhteyttä kuulemisvaikeuksiin. Sen sijaan Tampereen ja Turun yliopistosairaaloiden vastuualueilla kuulo-ongelmat olivat molemmilla sukupuolilla hieman yleisempiä kuin muualla maassa. Kuulon apuvälineitä oli vain yhdellä vastaajalla (0,05 %).

Terveys 2000 -tutkimuksen audiometriatulosten mukaan (Koskinen ym. 2002) vain yhdellä prosentilla 30–44-vuotiaista kuulo oli alentunut (> 25 dB; 0,5, 1 ja 2 kHz:n kuulokynnysten keskiarvo), ja vastaava tulos on saatu myös Oulussa (Uimonen ym. 1999). Näihin tuloksiin verrattuna kuulovaikeuksia raportoivien osuus (3–4 %) 18–29-vuotiaiden keskuudessa voi vaikuttaa suurelta. Normaalielämässä

kuullun puheen erottelu on kuitenkin monimutkainen tapahtuma eikä ole verrattavissa kuulokynnyksen mittaustulokseen hiljaisissa olosuhteissa. Tämän vuoksi itse ilmoitettujen kuulovaikeuksien 3–4 prosentin yleisyyttä nuorilla aikuisilla voidaan pitää uskottavana.

8.6 Suunterveys ja suunhoitotavat

Liisa Suominen-Taipale, Miira Vehkalahti, Anne Nordblad ja suun terveyden työryhmä.

Suun terveyden työryhmä: Anne Nordblad (pj.), Liisa Suominen-Taipale (siht.), Sisko Arinen, Dorrit Hallikainen, Hannu Hausen, Matti Knuuttila, Anna-Lisa Söderholm, Sinikka Varsio, Miira Vehkalahti

Tutkimuksen kohteena olevan ikäryhmän, 18–29-vuotiaiden, hammashoitopalvelujen käytöstä, hampaiden harjaamisesta, makean käytöstä ja koetusta suunterveydestä on kerätty tietoa Kansanterveyslaitoksen (KTL) postikyselyissä vuosittain (Helakorpi ym. 2003) ja Kelan terveysturvaturkimuksissa kolmesti (Nyman 1975, Nyman 1990, Arinen ym. 1998). 25 vuotta täyttäneistä on koottu tietoja KTL:n viiden vuoden välein toistetuissa Finriski-tutkimuksissa (Laatikainen ym. 2003) ja Stakesin vuosina 1991–94 tekemissä puhelinhaastatteluissa (Aro ym. 1994). Suunterveyttä koskevia tietoja sisältyy myös Stakesin tilastoihin, jotka on kerätty terveyskeskuksessa hoidossa käyneistä (Nordblad ym. 2004), mutta heitä on vain noin kolmannes 18–29-vuotiaiden ikäryhmästä.

Terveys 2000 -tutkimus selvitti nuorten aikuisten (18–29-vuotiaat) suun terveydentilaa ja suunhoitotapoja sekä kotihaastattelussa että sen jälkeen täytetyssä kyselyssä. Haastattelussa pyydettiin vastaajan arviota hampaidensa kunnosta, suun terveydentilasta ja hammashoidon tarpeesta sekä tiedusteltiin, oliko hänellä vuoden kuluessa ollut hammassärkyä tai muita hammasvaivoja. Suunhoitotapoja selvitettiin kysymyksillä hampaiden harjaamisesta ja hammashoidossa käynnistä. Makean käyttöä selvitettiin osana itse täytettävää kyselyä.

Kysymysten sisältö oli sama kuin 30 vuotta täyttäneilläkin, mutta kysymyksiä oli vähemmän. Osa oli samoja kuin aiemmissa suomalaisissa väestötutkimuksissa (Nyman 1975, Nyman 1990, Vehkalahti ym. 1991, Arinen ym. 1998, Laatikainen ym. 2003, Helakorpi ym. 2003), osa perustui Ison-Britannian väestötutkimukseen (Kelly ym. 2000), ja joitakin uusia kysymyksiä laadittiin Terveys 2000 -tutkimusta varten. Tässä luvussa käsiteltäviin haastattelukysymyksiin vastasi 1 502 henkeä ja kyselyyn 1 277 henkeä. Tulokset esitetään sukupuolen ja iän mukaan ja osa myös koulutusasteen, asuinalueen ja kotitaloustyyppin mukaan ryhmiteltyinä.

Koettu suunterveys

Arvio omasta suunterveydestä pyydettiin kysymällä: ”Onko hampaittesi kunto ja suusi terveydentila mielestäsi nykyisin: hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono, huono?” Suunterveytensä arvioi hyväksi tai melko hyväksi 82 %, keskitasoiseksi 14 % ja melko huonoksi tai huonoksi 4 % nuorista aikuisista. Hieman

suurempi osa naisista (84 %) kuin miehistä (80 %) arvioi suunsa ja hampaidensa terveydentilan hyväksi tai melko hyväksi. Perusasteen koulutuksen saaneista muita koulutusryhmiä pienempi osa (miehistä 73 % ja naisista 65 %) arvioi hampaidensa kunnan hyväksi tai melko hyväksi. Avo- tai avioliitossa asuvista miehistä pienempi osa (76 %) kuin vanhempien kanssa tai yksin asuvista arvioi suunterveytensä hyväksi tai melko hyväksi.

Hammashoidon tarve sekä hammassärky ja -vaivat

Tutkituilta kysyttiin ”Arveletko nyt tarvitsevasi hammashoitoa?” sekä ”Onko Sinulla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut hammassärkyä tai muita hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja?”. Hammashoitoa arvioi tarvitsevansa 41 % miehistä ja 46 % naisista ja lähes sama määrä ilmoitti kokeneensa vuoden aikana hammassärkyä tai muita hampaisiin liittyviä vaivoja (taulukko 8.6.1.). 18–24-vuotiaiden keskuudessa suurempi osuus naisista kuin miehistä ilmoitti hammashoidon tarvetta ja särkyjä tai vaivoja; 25–29-vuotiaiden ryhmässä sukupuolten välinen ero oli päinvastainen. Koulutusryhmästä riippumatta hoidontarpeen ja särkyjen tai vaivojen kokeminen oli yhtä yleistä lukuunottamatta perusasteen koulutuksen saaneita naisia, joista 59 % ilmoitti särkyjä tai vaivoja ja 58 % olevansa hammashoidon tarpeessa. Asuinalueiden väliset erot sekä hoidontarpeessa että särkyjen ja vaivojen kokemisessa olivat vähäisiä. Hoidon tarve oli vähäisintä Itä- ja Pohjois-Suomessa asuvilla miehillä (35 %). Avo- tai avioliitossa asuvista miehistä (45 %) ja naisista (47 %) hieman suurempi osa kuin vanhempiensa luona tai yksin asuvista ilmoitti vaivoja ja särkyjä. Hoidon tarve oli vähäisintä vanhempiensa luona asuvilla naisilla (26 %). Suurissa kaupungeissa asuvista miehistä (46 %) hieman suurempi osa ilmoitti kokeneensa hammassärkyä tai vaivoja verrattuna pienissä kaupungeissa tai maaseudulla asuviin. Vastaavasti suurissa kaupungeissa asuvista naisista (51 %) hieman suurempi osa kuin pienissä kaupungeissa tai maaseudulla asuvista arvioi tarvitsevansa hammashoitoa.

Taulukko 8.6.1. Oman arvionsa mukaan hammashoitoa tarvitsevien sekä hammassärkyä tai hampaisiin liittyviä vaivoja ilmoittaneiden osuudet (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Hoidon tarve			
Miehet	34,9	49,9	40,9
Naiset	48,1	42,5	45,8
p ²			0,046*
Särkyä tai vaivoja			
Miehet	37,6	43,6	40,0
Naiset	46,2	40,8	44,0
p ²			0,143

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

* Tilastollisesti merkitsevä (p < 0,05) ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

Hammashoidossa käynti

Hammashoidossa käyntiä kuvataan tässä kolmen kysymyksen avulla: ”Onko Sinulla tapana käydä hammaslääkärissä: säännöllisesti tarkastusta varten, vain silloin kun Sinulla on särkyä tai jotakin vaivaa, ei koskaan?” ja ”Kuinka monta kertaa olet käynyt viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana a) terveyskeskuksen hammaslääkärillä? b) yksityisellä hammaslääkärillä? c) muulla hammaslääkärillä? d) hammasteknikolla? e) muussa hammashoidossa?” sekä ”Milloin kävit viimeksi hammaslääkärissä?”.

Säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksessa ilmoitti käyvänsä 47 % nuorista aikuisista, 58 % naisista ja 37 % miehistä. Joka toinen sanoi käyvänsä hammaslääkärissä vain jos oli särkyä tai jotakin vaivaa, ja 2 % sanoi, ettei käy koskaan hammaslääkärissä. Perusasteen koulutuksen saaneilla naisilla (46 %) ja miehillä (25 %) säännölliset tarkastukset olivat harvinaisempia verrattuna muihin koulutusryhmiin. Vanhempien luona asuvista naisista (72 %) ja miehistä (45 %) suurempi osa kuin avo- tai avioliitossa tai yksin asuvista ilmoitti käyvänsä säännöllisissä tarkastuksissa. KYS:n tai OYS:n alueella asuvat naiset kävivät muilla alueilla asuvia naisia harvemmin säännöllisissä tarkastuksissa (50 %), miehillä ei ollut asuinalueiden välisiä eroja.

Hammashoidossa vuoden aikana käyneitä oli 55 %, naisista merkitsevästi suurempi osuus (61 %) kuin miehistä (49 %); 54 % oli käynyt hammaslääkärissä ja 1 % muussa hammashoidossa. Hammaslääkärissä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyneiden osuudessa ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja asuinalueen, kaupunkimaisuuden, koulutusasteen eikä kotitaloustyyppin mukaan. Valtaosalla (80 %) oli viimeisimmästä hammaslääkärissä käynnistä kulunut enintään 2 vuotta, 16 % oli käynyt 3–5 vuotta sitten, ja 4 % yli viisi vuotta sitten.

Vuoden aikana tehtyjen hammaslääkärissäkäyntien määrä suhteutettuna kaikkiin tutkittuihin oli keskimäärin 1,3. Niistä 0,7 oli terveystakeskushammaslääkärille tehtyjä käyntejä, naisten ryhmässä keskimäärin 0,9 ja miesten ryhmässä 0,6 (taulukko 8.6.2.).

Taulukko 8.6.2. Hammaslääkärissäkäyntien määrä (keskiarvo) viimeksi kuluneiden 12 kk aikana.

	18–24	25–29	18–29 ¹
Hammaslääkärikäynnit, kaikki			
Miehet	1,0	1,3	1,1
Naiset	1,3	1,6	1,4
p ²			0,003
Terveystakeskushammaslääkäri			
Miehet	0,6	0,6	0,6
Naiset	0,8	0,9	0,9
p ²			<0,001
Yksityishammaslääkäri			
Miehet	0,2	0,5	0,3
Naiset	0,4	0,5	0,4
p ²			0,430
Muu hammaslääkäri³			
Miehet	0,2	0,1	0,2
Naiset	0,2	0,2	0,2
p ²			0,859*

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero 18–29-vuotiailla

³ YTHS, puolustusvoimat, yliopisto tai sairaala

* Tilastollisesti merkitsevä (p < 0,05) ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

Hampaiden harjaaminen

Hampaansa vähintään kahdesti päivässä harjaavia oli 66 %, 81 % naisista ja 53 % miehistä. Kahdesti päivässä harjaavien osuus oli 18–24-vuotiaiden ryhmästä hie-
man pienempi kuin 25–29-vuotiaista (taulukko 8.6.3. ja kuvio 8.6.1.). Koulutusryh-
mien väliset erot olivat selvät: vähintään kahdesti päivässä hampaansa harjaavien
osuus oli sitä suurempi, mitä pidemmän koulutuksen saaneiden ryhmästä oli ky-
symys. HUS-piirissä tai suurissa kaupungeissa asuvat miehet olivat muilla alueilla
asuvia miehiä ahkerampia hampaiden harjaajia, mutta naisilla ei havaittu asuin-
alueiden välisiä eroja. Hampaiden harjaamistiheys ei vaihdellut kotitaloustyyppin
mukaan.

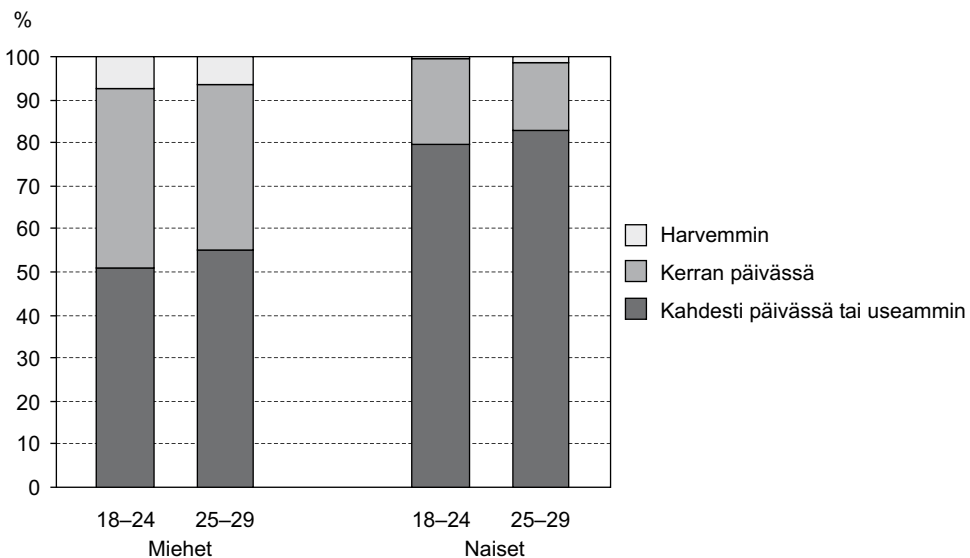
Taulukko 8.6.3. Hampaiden harjaamistiheys (%).

	18–24		25–29		18–29 ¹	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Kahdesti päivässä tai useammin	51,0	79,5	55,0	82,9	52,6	80,9
Kerran päivässä	41,8	20,0	38,7	15,5	40,6	18,2
Harvemmin	7,2	0,5	6,2	1,5	6,8	0,9
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p ²						<0,001

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Kuvio 8.6.1. Hampaiden harjaamistiheys (%).¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 8.6.3.

Makean nauttiminen

Makean käyttömuodoista sokeroidun kahvin tai teen sekä muiden sokeroitujen juomien kuten mehujen, limsan tai kaakaon juominen olivat yleisimmät (taulukko 8.6.4). Näiden päivittäiskäyttäjia oli miehistä selvästi suurempi osa kuin naisista. Ksylitolipurukumin päivittäiskäyttäjia oli 35 % naisista ja 23 % miehistä. Ksylitolia sisältäviä makeisia nautti päivittäin 5–6 % ja viikottain 24–27 %, ilman ksylitolia olevia 1–3 % päivittäin ja 18–37 % viikoittain.

Taulukko 8.6.4. Makeiden tuotteiden ikävakioitu nauttimistiheys (%) 18–29-vuotiaiden keskuudessa.

	Päivittäin	2–5 kertaa viikossa	Harvemmin tai ei koskaan
Sokeroitu kahvi tai tee			
Miehet	49,3	11,0	39,7
Naiset	25,6	12,8	61,5
p ¹			<0,001
Muut sokeroitujen juomat: mehut, limsat ja kaakao			
Miehet	35,5	43,7	20,9
Naiset	26,1	36,1	37,8
p ¹			<0,001
Purukumi, jossa on ksylitolia			
Miehet	23,5	36,5	40,1
Naiset	34,8	35,9	29,3
p ¹			<0,001
Ksylitolia sisältävät pastillit ja karkit			
Miehet	5,4	26,7	67,9
Naiset	6,1	24,1	69,8
p ¹			0,532
Pastillit ja karkit, ei ksylitolia			
Miehet	3,1	25,3	71,6
Naiset	3,3	30,4	66,2
p ¹			0,122
Suklaa			
Miehet	2,3	22,3	75,4
Naiset	1,1	37,3	61,7
p ¹			<0,001
Täytekeksit			
Miehet	2,6	20,5	76,9
Naiset	1,7	19,2	79,1
p ¹			0,595
Toffee tai lakritsi tai esim. rusinat			
Miehet	1,8	17,9	80,3
Naiset	1,2	18,5	80,4
p ¹			0,667
Purukumi, jossa ei ole ksylitolia			
Miehet	0,4	4,3	95,3
Naiset	0,6	0,7	98,7
p ¹			<0,001

¹ Sukupuolten välinen ero

Sokeroidun kahvin tai teen käyttö vaihteli väestöryhmittäin. Sokeroidun kahvin tai teen päivittäinen nauttiminen oli harvinaisempaa eniten koulutusta saaneiden keskuudessa kuin muissa koulutusryhmissä. Maaseutumaisissa kunnissa asuvista miehistä keskimääräistä suurempi osa ilmoitti nauttivansa päivittäin sokeroitua kahvia tai teetä. Mehujen, limsan ja kaakaon nauttimisen sekä ksylitolipurukumin ja makeisten käytön väestöryhmittäiset erot olivat pieniä.

Pohdinta

Suunsa ja hampaidensa terveyden arvioi hyväksi tai melko hyväksi 82 % nuorista aikuisista, selvästi suurempi osa kuin samaan aikaan tehdyn Aikuisväestön terveystäytymiskyselyn mukaan (Helakorpi ym. 2001). Silti lähes puolet oli kokenut hammassärkyä tai -vaivoja vuoden aikana tai koki nyt olevansa hammashoidon tarpeessa. Ristiriitaa voivat osittain selittää viisaudenhammasvaivojen yleisyys nuorilla sekä aiempaa herkempi muiden vaivojen kokeminen, joka on näkynyt näiden ilmoittamisen merkittävänä kasvuna jo vuodesta 1987 vuosiin 1995–96 (Arinen ym. 1998). Tähän viittaa myös se, että vaivoja ilmoittavien osuudet ovat selvästi pienemmät kysyttäessä vain säryn yleisyyttä (Helakorpi ym. 2003, Laatikainen ym. 2003).

Säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksissa käyvien osuus nuorista aikuisista väheni runsaat 10 prosenttiyksikköä 1987–1995/96 välisenä aikana (Arinen ym. 1998), mutta nyt todetut lukemat ovat tuolloisia vielä paljon pienemmät. Osittain tätä selittänee se, että terveystarkastushammashoidon vuosittaisista suun tarkastuksista on siirrytty yksilöllisiin, aiempaa pidemmin välein tehtyihin tarkastuksiin ja hoitoihin. Hammaslääkärissä vuoden kuluessa käyneitä oli 54 %, mikä on saman verran kuin 25–34-vuotiailla FINRISKI 2002 -tutkimuksessa (Laatikainen ym. 2003), mutta selvästi vähemmän kuin 15–24-vuotiailla Aikuisväestön terveystäytymiskyselyissä vuosina 1988–2003 (Helakorpi ym. 2003). Jälkimmäiseen voi olla syynä erilainen tutkimusmenetelmä tai kyseisen tutkimuksen hieman alhainen osallistuminen viime vuosina. Hammaslääkärissä vuoden aikana käyneiden osuus oli hieman pienempi kuin 30–44-vuotiailla Terveys 2000 -tutkimuksessa ja selvästi pienempi kuin muilla työikäisillä hampaallisilla (Suominen-Taipale ym. 2004). Molemmat seikat, sekä nuorten säännöllisesti hammaslääkärissä käyvien osuuden väheneminen että alhaisempi hoidossa käyneiden osuus verrattuna vanhempiin ikäryhmiin, heijastelevat nuorten suunterveydessä todettua myönteistä kehitystä (Nordblad ym. 2004).

Hampaansa kahdesti päivässä harjaavien osuudet olivat nyt selvästi suuremmat kuin Aikuisväestön terveystäytymiskyselyissä vuosina 1988–2003 (Helakorpi ym. 2003), mutta varsinkin miesten ryhmissä yhä paljon pienemmät kuin Isossa-Britanniassa (Kelly ym. 2000). Suomalaisten nuorten ja erityisesti poikien muiden maiden nuoria vähäisempi hampaiden harjaaminen on pitkään näkynyt kansainvälisissä vertailuissa (Kuusela 1997), eivätkä kouluiässä vallinneet tavat näytä aikuistumisen myötä muuttuneen. Vuonna 2004 vain 43 % yläasteikäisistä ja 52 % lukioikäisistä ilmoitti harjaavansa hampaansa kahdesti päivässä (Kouluterveyskysely 2004). Tämä enteilee harjaamistapojen jälkeenjääneisyyden jatkumista vielä pitkään.

Nuoret aikuiset, varsinkin naiset, näyttivät ottaneen hyvin vastaan viestin ksylitolipurukumin terveysvaikutuksista. Sokeripitoisten makeiden juomien käyttö oli silti yleistä, ja miesten ryhmissä vielä muita yleisempää. Vastaava sukupuolten välinen ero näkyy myös Aikuisväestön terveystietämiskyselyissä vuosina 1988–2003 (Helakorpi ym. 2003). Makeiden mehujen päivittäiskäyttäjää todettiin nyt selvästi enemmän kuin aiemmissa KTL:n tutkimuksissa (Helakorpi ym. 2003, Laatikainen ym. 2003). Suklaa näytti olevan enemmän naisten kuin miesten suosiossa, mutta muun makeankäytön suhteen ei miesten ja naisten välillä juurikaan ollut eroja.

Nyt tutkittujen nuorten aikuisten ja Terveys 2000 -tutkimuksen 30–44-vuotiaiden (Suominen-Taipale ym. 2004) vertailu osoittaa, että suurempi osuus 18–29-vuotiaista kuin 30–44-vuotiaista arvioi suunterveytensä hyväksi tai melko hyväksi, mutta myös ilmoitti hammassärkyä tai -vaivoja. Itse arvioitu hammashoidon tarve ja säännöllinen hammastarkastuksissa käyminen olivat vähäisempiä 18–29-vuotiaiden kuin 30–44-vuotiaiden ryhmässä. Hampaiden harjaaminen kahdesti päivässä sekä ksylitolipurukumin, mutta myös makeiden mehujen päivittäiskäyttö olivat yleisempiä 18–29-vuotiaiden kuin 30–44-vuotiaiden ryhmissä.

Suunterveyteen liittyvä käyttäytyminen oli naisten keskuudessa selvästi terveys-hakuisempaa kuin miesten ryhmissä. Ero näkyi niin hoitoon hakeutumisessa kuin suun puhdistamisessa ja makean käytössä. Koulutus määritteli suunhoitotapoja ja koettua suunterveyttä samalla tavalla kuin 30 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä (Suominen-Taipale ym. 2004). Verrattuina muihin koulutusryhmiin vähiten koulutetut harjasivat hampaitaan harvemmin, joivat sokeroitua kahvia tai teetä useammin, ja muita ryhmiä pienempi osa heistä arvioi suunsa ja hampaidensa terveyden hyväksi. Hammashoidossa käyneiden osuuksissa ei ollut koulutus- tai alue-eroja, mitä ainakin osittain voi selittää koko maan kattava terveyskeskusten verkosto.

8.7 Infektiosairaudet

Petri Ruutu, Markku Kuusi, Seppo Koskinen ja infektiotautien työryhmä

Infektiotautien työryhmä: Petri Ruutu (pj.), Markku Kuusi (siht.), Juhani Eskola, Pentti Huovinen, Hannele Jousimies-Somer, Ilkka Julkunen, Eija Könönen, Pauli Leinikki, Tuija Leino, Anja Siitonen ja Martti Vaara

Hengityselintulehdusten ja vatsasairauksien esiintymistä ja hoitoa sekä eräitä rokotuksia koskevia tietoja koottiin nuorilta aikuisilta terveyshaastattelussa. Sukupuolielinten alueella esiintyneistä tulehduksista tiedusteltiin kyselyssä, jonka tutkittavat saivat haastattelun yhteydessä ja palauttivat myöhemmin postitse. Tässä esitetään perustuloksia tavallisimpien infektiosairauksien yleisyydestä. Yksityiskohtaisemmat tiedot infektiosairauksista, niiden hoidosta ja esiintymiseen liittyvistä tekijöistä sekä rokotuskattavuudesta raportoidaan toisaalla.

Äkilliset vatsasairaudet sekä hengitystie- ja virtsatietulehdukset

11 % nuorista aikuisista ilmoitti sairastaneensa äkillisen vatsasairauden (ripuliloste vähintään kolme kertaa yhden vuorokauden aikana ja/tai oksennus vähintään kerran) edeltäneiden kahden viikon aikana. Naiset raportoivat äkillisiä vatsasairauksia yleisemmin kuin miehet (taulukko 8.7.1). Äkilliset vatsasairaudet olivat yleisimpiä suurissa kaupungeissa asuvien keskuudessa sekä enintään perusasteen koulutuksen saaneilla. Myös 25–29-vuotiaat sekä Etelä- ja Länsi-Suomessa (HUS-, TYKS- ja TaYS-miljoonapiirit) asuvat ilmoittivat äkillisiä vatsasairauksia yleisemmin kuin 18–24-vuotiaat ja Itä- ja Pohjois-Suomessa (KYS- ja OYS-miljoonapiirit) asuvat.

Hengitystietulehduksen oli edeltäneiden kahden kuukauden aikana sairastanut 28 % kaikista nuorista aikuisista. Hengitystietulehdusten esiintymisessä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja sukupuolten välillä. Virsatietulehduksen ilmoitti sairastaneensa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana vain noin joka sadas mies, mutta lähes joka neljäs nainen (taulukko 8.7.1). Hengitystie- ja virtsatietulehdusten esiintyminen ei juurikaan vaihdellut iän, asuinalueen, koulutusasteen tai kotitaloustyyppin mukaan. Sekä äkilliset vatsasairaudet että hengitystietulehdukset olivat osapuilleen yhtä yleisiä 18–29-vuotiailla ja 30–44-vuotiailla (ks. Ruutu ym. 2002).

Taulukko 8.7.1. Eräiden tavallisten infektiosairauksien ikävakioitu yleisyys (%) 18–29-vuotiailla.

	Miehet	Naiset	p ¹
Äkillinen vatsatauti viimeksi kuluneiden 2 viikon aikana	9,1	12,8	0,023
Hengitystietulehdus viimeksi kuluneiden 2 kuukauden aikana	26,7	29,8	0,219
Virtsatieinfektio viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana	1,1	24,2	<0,001

¹ Sukupuolten välinen ero

Tulehdukset sukupuolielinten alueella

Klamydiatulehduksen ilmoitti sairastaneensa 8 % nuorista aikuisista ainakin joskus elämänsä aikana, kondylooman 8 % ja genitaalierpeksen 2 %. Naiset raportoivat kaikkia näitä tulehduksia yleisemmin kuin miehet, joskaan klamydian kohdalla sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (taulukko 8.7.2.). Naisilla klamydia oli erityisen harvinainen Itä- ja Pohjois-Suomessa (4 %), mutta miehillä asuinalueiden välistä eroa ei ilmennyt. Sekä miesten että naisten keskuudessa itse ilmoitettujen klamydiatulehdusten ikävakioitu esiintyvyyys oli selvästi pienin vanhempiensa luona asuvilla (miehet 2 %, naiset 3 %) ja suurin yksin asuvilla (miehet 11 %, naiset 14 %) Perusasteen koulutuksen saaneiden naisten ryhmässä kondylooma (26 %) ja genitaalierpes (12 %) olivat huomattavasti yleisempiä kuin muissa koulutusryhmissä. 25–29-vuotiaista selvästi suurempi osa kuin 18–24-vuotiaista ilmoitti sairastaneensa sukupuolielinten alueen tulehduksia. Muut väestöryhmien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 8.7.2. Eräitä sukupuoliteitse tarttuvia sairauksia ainakin kerran elämänsä aikana sairastaneiden ikävakioitu osuus (%) 18–29-vuotiaista.

	Miehet	Naiset	p ¹
Klamydia	6,6	9,4	0,071
Kondylooma	3,8	12,5	<0,001
Genitaalierpes	0,7	3,2	0,005

¹ Sukupuolten välinen ero

8.8 Suolistosairaudet

Antti Reunanen

Haastattelu sisälsi kysymyksen suoliston pitkäaikaisesta sairaudesta tai tulehduksesta. Tähän yleiskysymykseen myönteisesti vastanneille tehtiin täsmentävät lisäkysymykset paksusuolen tulehduksen (Colitis ulcerosan), Crohnin taudin, keliakian, laktoosi-intoleranssin (maitosokerin imeytymishäiriön), ärtyneen paksusuolen ja muun suoliston pitkäaikaisen sairauden esiintymisestä.

Nuorista aikuisista viisi haastateltua kertoi lääkärin todenneen heillä colitis ulcerosan ja kaksi Crohnin taudin. Tapausten vähäisyyden vuoksi tulehduksellisia suolistosairauksia koskevia tarkempia lisäanalyyskejä ei voitu tehdä.

Kuusi naista ja yksi mies kertoi lääkärin todenneen heillä keliakian. Viisi prosenttia haastatelluista miehistä ja yli 11 % naisista ilmoitti lääkärin todenneen heillä laktoosi-intoleranssin (taulukko 8.8.1).

Tulehduksellisten suolistosairauksien tarkkaa esiintyvyyttä nuorilla aikuisilla ei tiedetä. Sairausvakuutuksen erityiskorvausoikeustilastojen mukaan näiden sairauksien esiintyvyys nuorilla aikuisilla on n. 0,2 %. Näiden sairauksien esiintyvyys tässä tutkimuksessa (0,4 %) oli hiukan odotettua suurempi, mutta pienten tapausmäärien vuoksi vertailun tekeminen ei ole luotettavaa.

Kela on vuodesta 2002 lähtien alkanut myöntää keliakiaa sairastaville avustusta, joka on tarkoitettu ruokavalion kustannuksiin. Näitä avustuksia sai vuoden 2003 lopussa 16–29-vuotiaista 0,2 %. Tässä tutkimuksessa esiintyvyys (0,4 %) oli tätä odotusarvoa suurempi, mutta on otettava huomioon, etteivät kaikki keliakiaa sairastavat hae avustusta. Keliakian tosiasiallista yleisyyttä arvioitaessa on lisäksi on muistettava, että keliakia on sairaus, joka etenkin aikuisilla ei läheskään aina ole tullut asianosaisen tai häntä hoitavan lääkärin tietoon.

Valikoimattomassa suomalaisessa aikuisväestössä kiistattoman laktoosi-intoleranssin prevalenssi on lähes 20 % (Sahi 1994). Diagnosoidun laktoosi-intoleranssin esiintyvyydestä nuorilla suomalaisilla aikuisilla ei ole täsmällistä tietoa. Tämän tutkimuksen tulosten mukaan voidaan päätellä, että yli puolella intoleranssia sairastavista naisista, mutta vain neljänneksellä miehistä on lääkärin vahvistama tieto tästä poikkeavuudestaan.

Taulukko 8.8.1. Laktoosi-intoleranssin esiintyvyys (%).

	18–24	25–29	18–29¹
Miehet	4,7	6,0	5,2
Naiset	11,1	12,2	11,6
p ²			<0,001

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

8.9 Muut oireet ja sairaudet

Seppo Koskinen ja Laura Kestilä

Päänsärky

Kotihaastattelussa nuorilta aikuisilta tiedusteltiin, oliko lääkäri joskus todennut heillä tiettyjä sairauksia tai vaivoja, joista yksi oli vaikea päänsärky. Lähes 14 % ilmoitti lääkärin joskus todenneen heillä vaikean päänsäryn. Naisilla lääkärin toteama vaikea päänsärky oli lähes kaksi kertaa niin yleinen kuin miehillä, ja myös 25–29-vuotiailla se oli selvästi yleisempi kuin 18–24-vuotiailla (taulukko 8.9.1). Lähes kaksi kolmasosaa (63 %) vaikean päänsäryn ilmoittaneista tarkensi vaivansa toistuvaksi migreeniksi, eikä tämä osuus vaihdellut merkittävästi iän tai sukupuolen mukaan.

Taulukko 8.9.1. Päänsäryn yleisyys (%).

	18–24	25–29	18–29 ¹
Lääkärin toteama vaikea päänsärky			
Miehet	8,0	12,0	9,6
Naiset	15,7	21,8	18,1
p ²			<0,001
Viime aikoina päänsärky vaivannut melko paljon tai erittäin paljon			
Miehet	4,5	4,9	4,7
Naiset	14,5	10,8	13,0
p ²			<0,001

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

Kyselyssä vastaajia pyydettiin kertomaan, missä määrin tietyt oireet olivat viimeaikana vaivanneet heitä; yksi oireista oli päänsärky. Vastausvaihtoehtoja oli viisi (ei lainkaan, melko vähän, jonkin verran, melko paljon ja erittäin paljon). Nuorista aikuisista 9 % ilmoitti, että päänsärky vaivaa heitä melko paljon tai erittäin paljon. Ajankohtainen merkittävä päänsärkyoire on siis selvästi harvinaisempi kuin lääkärin toteama vaikea päänsärky. Myös ajankohtainen päänsärkyoire oli naisilla paljon yleisempi kuin miehillä, mutta ikäryhmien välinen ero oli erilainen kuin lääkärin toteamassa vaikeassa päänsäryssä kohdalla havaittua eroa (taulukko 8.9.1). Naisilla päänsärkyoire oli nuoremmassa ikäryhmässä jonkin verran yleisempi kuin vanhemmassa, ja miehillä oire oli kummassakin ikäryhmässä yhtä yleinen.

Ajankohtaisen päänsärkyoireen yleisyys ei vaihdellut merkitsevästi asuinalueen, koulutuksen tai kotitaloustyyppin mukaan kummallakaan sukupuolella. Naisilla myöskään lääkärin toteama vaikea päänsärky ei vaihdellut väestöryhmittäin, mutta miehillä se oli yhteydessä koulutukseen: enintään perusasteen koulutuksen

saaneista sen ilmoitti lähes 13 %, muuta kuin ammatillista korkea-asteen tutkintoa suorittavista tai sellaisen jo suorittaneista miehistä vain runsaat 2 %. Miehillä myös Tampereen ja Turun yliopistosairaaloiden vastuualueilla (14 %) lääkärin toteamana vaikea päänsärky oli yleisempi kuin muualla maassa (noin 7–8 %).

Eri tutkimuksissa päänsäryn esiintymistä on tiedusteltu erilaisin kysymysmuodoin ja vastausvaihtoehdoin, minkä takia edellä esitetyt yleisyydet eivät ole vertailukelpoisia muiden tulosten kanssa. Väestöryhmittäisten erojen luonne ei kuitenkaan riipu yhtä paljon kysymysten muotoilusta, joten eri aineistojen tuloksia voitaneen tältä osin verrata. Muissakin tutkimuksissa on havaittu, että nuoressa aikuisväestössä päänsärky on yleisempää naisilla kuin miehillä (esim. Helakorpi ym. 2001; Kunttu ja Huttunen 2001).

Muut oireet

Päänsäryn ohella kyselyssä pyydettiin vastaajia kertomaan muistakin viimeaikaisista oireistaan. Taulukkoon 8.9.2. on koottu eräitä oireita koskevat perustulokset. Melko tai erittäin paljon vaivaavaa pahoinvointia ja/tai vatsavaivoja ilmoitti 5 %, lihassärkyjä 8 % ja jatkuvia kipuja ja särkyjä 3 % nuorista aikuisista. Kaikki em. oireet olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä, joskin harvinaisimman oireen, jatkuvien kipujen ja särkyjen osalta sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Miehillä ikäryhmien välillä ei ollut eroja oireiden yleisyydessä, mutta naisilla jokainen oire oli selvästi yleisempi 18–24-vuotiaiden kuin 25–29-vuotiaiden keskuudessa. Oireilu, etenkin lihassärky, oli enintään perusasteen koulutuksen saaneilla naisilla yleisempää kuin korkea-asteen tutkintoa suorittavilla tai sellaisen jo suorittaneilla naisilla. Muut väestöryhmittäiset erot olivat vähäisempiä.

Taulukko 8.9.2. Eräiden oireiden yleisyys: niiden osuus (%), joita oire vaivaa melko paljon tai erittäin paljon.

	18–24	25–29	18–29 ¹
Pahoinvointi, vatsavaivat			
Miehet	3,1	3,2	3,1
Naiset	8,0	3,9	6,4
p ²			0,012
Lihassäryt			
Miehet	5,3	4,7	5,0
Naiset	11,6	6,9	9,7
p ²			0,001
Jatkuvat kivut ja säryt			
Miehet	2,4	2,1	2,3
Naiset	4,5	2,6	3,8
p ²			0,112

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

Kirjallisuus

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994.

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystieteiden tutkimuksen 1995/6 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Suomen Virallinen Tilasto (SVT), Terveys 1998:5. Helsinki 1998.

Aro S, Byckling T, Häkkinen U, Kerppilä S, Salonen M. Aikuisväestön terveyspalvelujen käyttö ja terveydentila 1993. *Stakes, Aiheita* 24/1994, Helsinki 1994.

Brusgaard D, Smedbraten BK, Natvig B. Bodily pain, sleep problems and mental distress in schoolchildren. *Acta Paediatr* 2000; 89: 597–600.

Hakala P, Rimpela A, Salminen JJ, Virtanen SM, Rimpela M. Back, neck, and shoulder pain in Finnish adolescents: national cross sectional surveys. *BMJ* 2002;325:743.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 17/2003. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2003b17.pdf

Helakorpi S, Uutela A, Prättälä R, Puska P. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2001, Helsinki 2001. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2001b16.pdf

Heliövaara M, Mäkelä M, Sievers K, Melkas T, Aromaa A, Knekt P, Impivaara O, Aho K, Isomäki H. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet Suomessa. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:35, 1993.

Jousilahti P, Heliövaara M ja hengityselin- ja ihosairauksien työryhmä. Hengityselinten ja ihon sairaudet. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 44–46. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>

Kalimo R, Toppinen S. Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä. Työterveyslaitos, Helsinki, 1997.

Kelly M, Steele J, Nuttall N, Bradnock G, Morris J, Nunn J, Pine C, Pitts N, Treasure E, White D. Adult Dental Health Survey: Oral Health in the United Kingdom 1998. Her Majesty's Stationery Office. London 2000.

Koponen P, Luoto R, toim. Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004, Helsinki 2004. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>

Koskinen S, Sainio P, Gould R, Suutama T, Aromaa A ja toimintakykytyöryhmä. Toimintakyky ja työkyky. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 71–87. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>

Kouluterveyskysely 2004. <http://www.stakes.fi/kouluterveys>

Kunttu K, Huttunen T. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000. KELA, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 45. Helsinki 2001.

Kuusela S. Oral health behaviour in adolescence. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. Helsinki 1997.

Laatikainen T, Tapanainen H, Alftan G, Salminen I, Sundvall J, Leiviskä J, Harald K, Jousilahti P, Salomaa V, Vartiainen E. Finriski 2002. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista, psykososiaalisista tekijöistä ja terveystalvelujen käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja tulokset 2. Taulukkoliite (687 sivua). Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 7/2003, Helsinki 2003. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2003b7-2.pdf

Maisto SA, Connors GJ, Allen JP. Contrasting self-report screens for alcohol problems: a review.

Alcohol Clin Exp Res. 1995;19:1510–6.

Mangione CM, Phillips RS, Seddon JM, Lawrence MG, et al. Development of the 'Activities of Daily Vision Scale': a measure of visual functional status. Med Care 1992;30:1111–26.

McWhinnie JR. Disability assessment in population surveys: results of the O.E.C.D. Common Development Effort. Rev Epidemiol Sante Publique 1981;29(4): 413–419.

Nordblad A, Suominen-Taipale L, Rasilainen J, Karhunen T. Suun terveydenhuoltoja terveyskeskuksissa 1970-luvulta 2000-luvulle. Stakes, Raportteja 287. Saarijärvi, 2004.

Nyman K. Hammaslääkärin palvelusten käyttö ja hampaiden kunto. Sosiaalisten ja demografisten tekijäin vaikutusta väestöryhmien välisiin eroihin selvittävä tutkimus. Kansaneläkelaitoksen julkaisu A:12/1975, Helsinki 1975.

Nyman K. Hampaiden tila ja hoito Suomessa 1987. Hammashuoltoja sen kehitystä arvioiva valtakunnallinen väestötutkimus. Kansaneläkelaitoksen julkaisu M:76. Helsinki 1990.

Palmer KT, Walsh K, Bendall H, Cooper C, Coggon D. Back pain in Britain: comparison of two prevalence surveys at an interval of 10 years. BMJ 2000;320:1577–1578.

Pevalin DJ. Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. 2000; 35:508–12.

Pirkola S, Lönnqvist J ja mielenterveyden työryhmä. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002. Kansanterveyslaitos, Helsinki 2002, s. 51–54. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>

Reunanen A, Kattainen A ja verenkiertoelinsairauksien työryhmä. Verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002, Helsinki 2002, s. 39–43. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>

Riihimäki H, Heliövaara M ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien työryhmä. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002. Kansanterveyslaitos, Helsinki 2002, s. 47–50. <http://www.ktl.fi/terveys2000/indexx.html>

Ruutu P, Kuusi M, Nuorti P, Koskinen S ja infektio tautien työryhmä. Infektioaudit. Teoksessa Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B3/2002, Helsinki 2002, s. 60–62.

Sahi T. Genetics and epidemiology of adult-type hypolactasia. Scand J Gastroenterol Suppl 1994;202:7–20.

Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A, toim. Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B16/2004. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b16.pdf

Uimonen S, Huttunen K, Jounio-Ervasti K, Sorri M. Do we know the real need for hearing rehabilitation at the population level? Hearing impairments in the 5- to 75-year-old cross-sectional Finnish population. *British Journal of Audiology* 1999;33:53–59.

Webb R, Brammah T, Lunt M, Urwin M, Allison T, Symmons D. Prevalence and predictors of intense, chronic, and disabling neck and back pain in the UK general population. *Spine* 2003;28:1195–1202.

Vehkalahti M, Paunio I, Nyysönen V, Aromaa A, toim. Suomalaisten aikuisten suunterveys ja siihen vaikuttavat tekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:34, Helsinki ja Turku 1991.

Vikat A, Rimpela M, Salminen JJ, Rimpela A, Savolainen A, Virtanen SM. Neck or shoulder pain and low back pain in Finnish adolescents. *Scand J Public Health* 2000;28:164–173.

9 TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ

Unto Häkkinen (pj.), Pirkko Alha (siht.), Anna-Liisa Enkovaara, Ilmo Keskimäki, Timo Klaukka, Päivikki Koponen ja Helena Piirainen

9.1 Terveystarkastukset

Nuorilla aikuisilla terveystarkastukset ajokortin hankkimiseksi sekä työ- tai opiskelijaterveydenhuollon piirissä olivat varsin yleisiä (taulukko 9.1.1.). Noin puolet nuorimpaan ikäryhmään kuuluvista oli käynyt ajokortin hankkimiseksi terveystarkastuksessa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana. Myös työ- tai opiskelijaterveydenhuollon terveystarkastuksissa oli käynyt vastaavana aikana lähes puolet tutkimukseen osallistuneista. Nuorilla naisilla raskauden ehkäisyyn liittyvät terveystarkastukset (57 %) ja gynekologiset tarkastukset (88 %) viimeisen viiden vuoden aikana olivat yleisiä. Nuorimman ikäryhmän miehille tyypillisiä olivat kutsunnan yhteydessä tehdyt terveystarkastukset.

Taulukko 9.1.1. Terveystarkastuksiin ja seulontatutkimuksiin osallistuminen viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana (%).

	18–24		25–29		18–29 ¹		p ²
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	
Ajokorttitarkastus	60,0	49,1	4,4	7,2	37,7	32,1	0,003*
Työ- tai opiskelijaterveystarkastus	45,7	47,6	53,0	50,0	48,7	48,6	0,976
Näöntutkimus	80,9	79,9	68,6	76,6	75,9	78,6	0,238
Kuulontutkimus	71,7	51,6	55,0	31,0	64,9	43,3	<0,001*
Verenpaineen mittaus	79,3	84,6	73,6	84,4	77,0	84,5	0,003*
Verensokeriarvojen mittaus	38,2	37,6	36,5	58,0	37,6	46,0	0,001*
Veren kolesteroli-arvojen määrittäminen	20,0	21,5	32,9	33,9	25,2	26,5	0,572
Raskauden ehkäisyyn liittyvä tarkastus		55,7		58,4		56,8	
Raskauteen tai synnytykseen liittyvä tarkastus		18,8		43,9		29,1	
PAPA-koe		76,9		91,2		82,8	
Gynekologinen tarkastus		83,3		94,8		88,0	
Kutsunnan yhteydessä tehty tarkastus	66,9		5,1		42,4		

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

* Tilastollisesti merkitsevä (p < 0,05) ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

Kuulontutkimuksia oli tehty suuremmalle osalle miehistä kuin naisista, mikä selittynee mm. armeijassa tehdyillä tutkimuksilla ja työtehtävien erilaisuudella. Verenpaineen mittauksia oli tehty useammin naisille, mikä selittynee mm. e-pillerien

käyttöön liittyvästä seurannasta ja raskauden aikaisista tutkimuksista. Myös naisilla miehiä yleisempi verensokeriarvojen mittausta liitettyä raskauden aikaiseen seurantaan. Veren kolesteroliarvojen määrittämisessä ei ollut eroa sukupuolten välillä, se oli tehty viimeisen viiden vuoden aikana noin joka neljännelle naiselle ja miehelle.

Terveystarkastuksissa ja seulontatutkimuksissa kävivät muita useammin ammatillisen korkea-asteen koulutuksen omaavat, harvimminkin perusasteen koulutuksen omaavat. HUS-piirissä ja suurissa kaupungeissa asuvat naiset kävivät muita useammin gynekologisissa tarkastuksissa ja heiltä oli myös otettu muita useammin kohdunkaulan irtosolunäytteitä (Papa-kokeet). Harvinaisimpia nämä tarkastukset olivat Itä- ja Pohjois-Suomessa sekä maaseutumaisissa kunnissa asuvilla naisilla.

Nuorten aikuisten terveystarkastuksiin ja seulontoihin osallistumista on aiemmin tutkittu vähän. Tutkimustulosten vertailtavuutta rajoittaa käyntien erilainen määrittely sekä erilainen tarkasteluajanjakso. Vuonna 1994 naisille kohdennetussa postikyselyssä 83 % alle 30-vuotiaista naisista ilmoitti käyneensä gynekologisessa tarkastuksessa viimeisen viiden vuoden aikana (Hemminki ja Koponen 1998), eli hieman harvemmat kuin tässä tutkimuksessa.

Nuorista naisista kävi gynekologisissa tarkastuksissa suurempi osa kuin yli 30-vuotiaat (Absetz ja Aro 2004), mikä selittyy raskauden ehkäisyyn liittyvällä seurannalla. Vaikka kohdunkaulansyövän seulontaan (Papa-koe) on yleensä kutsuttu 30 vuotta täyttäneitä ja sitä vanhempia naisia, oli seulontaan osallistuminen alle 30-vuotiaiden keskuudessa lähes yhtä yleistä kuin 30–44- (92 %) tai 45–54-vuotiailla (89 %).

Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa (Kunttu ja Huttunen 2001) naisista (76 %) oli osallistunut tai aikoi osallistua YTHS:n ensimmäisen vuoden opiskelijoille suuntaamiin terveys- ja hammastarkastuksiin suurempi osa kuin miehistä (61 %). Terveys 2000 -tutkimuksessa ei kuitenkaan todettu eroa nuorten naisten ja miesten osallistumisessa työ- tai opiskelijaterveydenhuollon terveystarkastuksiin. Seulontatutkimuksiin ja terveystarkastuksiin osallistumisessa oli kuitenkin merkittäviä alueellisia ja koulutusryhmien välisiä eroja jo nuorilla aikuisilla.

9.2 Sairaalahoido ja lääkärikäynnit

Haastattelua edeltäneiden 12 kuukauden aikana 9 % kaikista vastaajista oli ollut vuodeosastohoidossa. Naisista osuus oli suurempi kuin miehistä (taulukko 9.2.1.), mikä johtuu lähinnä 25–29-vuotiaiden naisten sairaalahoidoista synnytyksen takia.

Taulukko 9.2.1. Sairaalahoidot, avohoidon terveystalvet ja lääkkeet. Ikävakioitu käyttö (% tai käyntien lukumäärä).

	18–24		25–29		18–29 ¹		p ²
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	
Sairaalahoito / 12 kk (%)	8,0	9,7	4,2	15,2	6,5	11,9	<0,001*
Lääkärillä käyneet / 12 kk (%)	60,1	74,2	58,7	78,8	59,6	76,0	<0,001*
Lääkärikäyntien lukumäärä / 12 kk	2,1	3,2	1,9	3,9	2,0	3,5	<0,001*
Terveyskeskuslääkärillä käyntien lkm / 12 kk	0,7	1,7	0,5	1,7	0,6	1,7	<0,001*
Poliklinikallalääkärillä käyntien lkm / 12 kk	0,3	0,6	0,3	0,7	0,3	0,6	0,002*
Työterveyslääkärillä käyntien lkm / 12 kk	0,3	0,3	0,5	0,6	0,4	0,4	0,836
Yksityislääkärillä käyntien lkm / 12 kk	0,2	0,4	0,3	0,7	0,3	0,5	<0,008*
Opiskelijaterveydenhuollon lääkärikäyntien lkm / 12 kk	0,1	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	<0,001*
Nimetty omalääkäri (%)	36,3	47,7	37,1	56,6	36,7	51,3	<0,001*
Muu ensisijainen lääkäri (%)	27,2	33,2	49,1	38,4	36,0	35,3	0,761
Työterveyslääkäri ensisijainen (%)	10,8	8,5	31,4	21,9	19,1	13,9	0,007*
Tietty terveyden- tai sairaanhoitaja (%)	22,2	29,3	35,9	34,2	27,7	31,3	0,106
Reseptilääkkeet / 12 kk (%)	56,4	83,2	58,3	78,5	57,1	81,3	<0,001*
Reseptilääke nyt käytössä (%)	37,8	71,5	44,4	72,4	40,5	71,9	<0,001*
Ei-reseptilääkkeet / 12 kk (%)	86,9	90,6	83,6	87,5	85,6	89,3	0,043

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

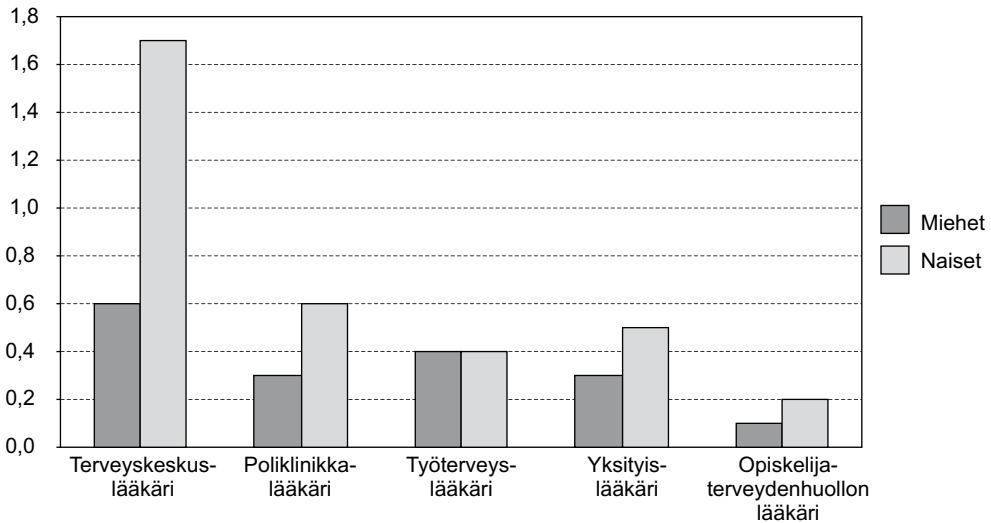
* Tilastollisesti merkitsevä (p < 0,05) ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

Edeltäneiden 12 kuukauden aikana 67 % vastaajista oli käynyt lääkäriässä sairauden takia (taulukko 9.2.1.). Naisista (76 %) lääkäriässä oli käynyt suurempi osa kuin miehistä (60 %), mutta osuus ei vaihdellut muiden taustatekijöiden (alue, taajama-aste, koulutus) suhteen.

Koko väestöön suhteutettuna avohoidon lääkäriässäkäyntejä oli edellisen vuoden aikana henkilöä kohden keskimäärin 2,6. Naiset (3,5 kertaa vuodessa) kävivät miehiä (2 kertaa vuodessa) useammin lääkäriässä. Lyhyen koulutuksen saaneet kävivät lääkäriässä useammin kuin muut. Suurissa kaupungeissa asuvat naiset kävivät useammin lääkäriässä kuin maaseudulla asuvat.

Lääkäriässäkäynneistä 45 % suuntautui terveyskeskuksiin, 20 % sairaaloiden poliklinikoille, 15 % työterveyshuoltoon, 5 % opiskelijoiden terveydenhuoltoon ja 15 % yksityisvastaanotoille. Naiset kävivät kaikilla sektoreilla lääkäriässä miehiä useammin, ja käyntien jakaumassa oli ero sukupuolten välillä: naisten käynnit painottuivat enemmän terveyskeskuksiin ja miesten työterveyshuoltoon (kuvio 9.2.1.). Tämä johtunee ainakin osin siitä, että tässä ikäryhmässä miehistä selvästi suurempi osuus kuin naisista käy ansiotyössä (ks. luku 3.1).

Kuvio 9.2.1. Lääkärissäkäyntien ikävakioitu määrä / 12 kk sektoreittain 18–29-vuotiailla.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 9.2.1.

Haastateltavilta kysyttiin *Onko kuntanne terveyskeskus nimennyt Teille ns. omalääkäriin?* Nimetty omalääkäri oli 44 %:lla. Naisista suurempi osa (51 %) kuin miehistä (37 %) ilmoitti itselleen nimetyn omalääkäriin (taulukko 9.2.1). Niistä, joilla oli terveyskeskuksen nimeämä omalääkäri, 58 % hakeutui ensisijaisesti tälle lääkäriin. Omalääkäriin ilmoittaneiden osuus oli HUS-piirissä suurempi kuin muualla maassa.

Myös muu ensisijainen lääkäri oli yleinen, ja sellainen oli 36 %:lla vastaajista. Työterveyslääkäriin ilmoitti ensisijaiseksi lääkäriin 19 % miehistä ja 14 % naisista.

Vastaajista 30 % ilmoitti, että heillä on joku tietty terveyden- tai sairaanhoitaja, johon he ottavat ensisijaisesti yhteyttä tarvitessaan apua ja neuvoja terveysasioissa. Ensisijainen hoitaja työskenteli useimmiten työterveyshuollossa (15 %:lla miehistä ja 13 %:lla naisista).

Pääsääntöisesti alle 30-vuotiaiden aikuisten sairaala- ja lääkäripalveluiden käyttö oli selvästi vähäisempää kuin yli 30-vuotiaiden (Aromaa ja Koskinen 2002). Yleisemminkin palvelujen käyttö ja kustannukset keskittyvät vanhempiin ikäluokkiin (Hujanen ym. 2004). Samoin nimetty omalääkäri oli alle 30-vuotiaista aikuisista (44 %) pienemmällä osalla kuin yli 30-vuotiaista (52 %). Poikkeuksen muodostavat naisten lääkäriin käynnit, joita nuorilla aikuisilla oli yhtä paljon kuin vanhemmilla aikuisilla (3,5 kertaa vuodessa). Nuorten naisten lääkäriin käyntejä lisäävät mm. raskauden ehkäisyyn ja raskauksiin liittyvät lääkäriin käynnit.

9.3 Lääkkeiden käyttö

Haastattelua edeltäneiden 12 kuukauden aikana 69 % koko tutkitusta ryhmästä oli käyttänyt reseptilääkkeitä. Osuus oli 18–24-vuotiailla ja 25–29-vuotiailla suunnilleen yhtä suuri. Naisilla lääkkeiden käyttö oli selvästi yleisempää (81 % 18–29-vuotiaista) kuin vastaavan ikäisillä miehillä (57 %). Naisten keskuudessa nuorempi ikäryhmä käytti reseptilääkkeitä hieman yleisemmin kuin 25–29-vuotiaat (taulukko 9.2.1.).

Aikuisten keskuudessa reseptilääkkeiden käyttäjien osuus on Itä- ja Pohjois-Suomessa suurempi kuin Länsi- ja Etelä-Suomessa. Nuorten aikuisten miesten keskuudessa ei reseptilääkkeiden käyttö kuitenkaan vaihdellut alueittain. Nuorista naisista sen sijaan käytti reseptilääkkeitä HUS-piirissä suurempi osa kuin muilla alueilla, erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomessa. Reseptilääkkeitä käyttäneiden osuus naisista oli suurin suurissa kaupungeissa. Miehillä vastaavaa ilmiötä ei havaittu. Koulutustaso ei ollut yhteydessä reseptilääkkeiden käyttöön kummallakaan sukupuolella.

Haastatteluhetkellä käytti reseptilääkkeitä 58 % kaikista tutkituista, miehistä 41 % ja naisista 72 %. Mikään muista taustatekijöistä (ikä, alue, taajama-aste, koulutus) ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä reseptilääkkeitä käyttävien osuuteen. Itsehoitolääkkeitä oli haastattelua edeltäneiden 12 kuukauden aikana käyttänyt valtaosa tutkituista, miehistä 86 % ja naisista 89 %. Käyttö ei juurikaan vaihdellut iän, asuinalueen, taajama-asteen tai koulutuksen mukaan.

Reseptilääkkeiden käyttö oli nuorten aikuisten keskuudessa yleistä. Vastavaa tietoa muista väestötutkimuksista tässä ikäryhmässä ei ole. Vuosien 1995/96 Terveystutkimuksen väestötutkimuksessa reseptilääkkeiden käyttöä tutkittiin haastatteluhetkellä, ei siis vuoden pituisena aikana. Tuolloin 15–24-vuotiaista miehistä 16 % ja naisista 42 % raportoi käyttävänsä näitä lääkkeitä (Arinen ym. 1998).

Vuoden 2000 aikana sai reseptilääkkeistä korvausta sairausvakuutuksesta vähän alle 50 % (Suomen Lääketilasto 2000). Luku oli siten hieman pienempi kuin tässä tutkimuksessa havaittu reseptilääkkeitä oman ilmoituksensa mukaan käyttäneiden osuus. Ero voi johtua siitä, etteivät erityisesti ehkäisytabletit ole korvattavia, eikä myöskään esimerkiksi monien antibioottien pienimmistä pakkauksista yleensä saa korvausta, koska hinta jää alle ostokertakohtaisen omavastuun.

Naiset käyttävät yleensäkin enemmän lääkkeitä kuin miehet, ja sukupuolten välinen ero on nuorilla aikuisilla suurimmillaan. Tämä liittyy naisten biologiaan, eli kuukautisten alkamiseen sekä raskauteen ja sen ehkäisyyn. Miehillä reseptilääkkeiden käyttö alkaa yleistyä noin kymmenen vuotta myöhemmin kuin naisilla. Myöhemmin tehtävä lääkeryhmittäinen tarkastelu osoittaa, millaisista lääkkeistä miesten ja naisten välinen ero tässä tutkimuksessa johtui.

9.4 Hoidontarve ja sen tyydyttyminen

Pitkäaikaissairauksia koskevien kysymyksen yhteydessä tutkimukseen osallistuneilta tiedusteltiin myös tarvitsivatko he jatkuvaa lääkärinhoitoa jonkin pitkäaikaisen sairauden, vian tai vamman takia ja oliko joku näistä sairauksista sellainen, johon tutkittava ei saanut jatkuvaa hoitoa vaikka haluaisikin. Lääkärinhoidon tarve oli tilastollisesti merkitsevästi runsaampaa naisilla kuin miehillä. Naisista 18 % ilmaisi tarvitsevänsä lääkärinhoitoa jonkin pitkäaikaissairauden takia, kun taas miehistä hoitoa ilmoitti tarvitsevänsä 11 %. Jotain pitkäaikaissairautta sairastavien osuuksissa ei sukupuolten välillä ollut eroja (taulukko 9.4.1). Naisten lääkärinhoidon suuri tarve korostui Etelä-Suomessa, suurissa kaupungeissa sekä vain perusasteen koulutuksen omaavien ryhmissä. Miehillä muita ryhmiä suurempaa lääkärinhoidon tarve oli vain perusasteen koulutuksen saaneilla sekä edelleen vanhempiensa luona asuvilla nuorilla.

Lääkärinhoidon tyydyttämätön tarve oli 18–29-vuotiailla naisilla hieman yleisempää kuin miehillä (naiset 5 % ja miehet 4 %). Lääkärinhoidon tyydyttämätön tarve vaihteli alueellisesti siten, että tyydyttämätön tarve oli yleisempää suurissa kaupungeissa (miehet 5 %, naiset 6 %) kuin muissa kaupungeissa ja taajaan asutuissa kunnissa (miehet 3 % ja naiset 4 %) ja erityisesti maaseutumaisissa kunnissa (miehet ja naiset 1 %). Alue-erot eivät kuitenkaan olleet tilastollisesti merkitseviä. Perusasteen koulutuksen saaneet nuoret kokivat muita koulutusryhmiä enemmän tyydyttymätöntä lääkärinhoidon tarvetta. Miehillä tyydyttämättömän hoidon tarpeen koulutusryhmien välinen vaihtelu ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Naisista vain perusasteen koulutuksen saaneet, joista 17 % koki jäävänsä paitsi tarvitsemaansa lääkärinhoitoa, poikkesivat selvästi muista koulutusryhmistä, joissa tyydyttämätöntä lääkärinhoidon tarvetta ilmoitti 2–5 %.

Nuorilla aikuisilla pitkäaikaisairastavuus ja lääkärinhoidon tarve olivat paljon harvinaisempia kuin 30–64-vuotiailla Terveys 2000 -aineistossa (Aromaa ja Koskinen 2002). Tyydyttymätöntä lääkärinhoidon tarvetta ilmoitti noin 4 % niistä nuorista aikuisista, joilla oli jokin pitkäaikainen sairaus, mutta 14 % 30–64-vuotiaista.

Taulukko 9.4.1. Ainakin yhden pitkäaikaissairauden, lääkärinhoidon tarpeen ja tyydyttämättömän lääkärinhoidon tarpeen esiintyvyys (%) tutkittavien oman ilmoituksen perusteella.

	18–24	25–29	18–29 ¹
Pitkäaikaissairastavuus			
Miehet	24,8	23,9	24,4
Naiset	24,4	25,1	24,7
p ²			0,910
Lääkärinhoidon tarve³			
Miehet	11,0	12,0	11,4
Naiset	17,7	18,5	18,0
p ²			<0,001
Tyydyttymätön lääkärinhoidon tarve³			
Miehet	3,0	4,4	3,6
Naiset	5,3	3,8	4,6
p ²			0,358

¹ Ikävakiointu

² Sukupuolten välinen ero

³ N = 1269 (ainakin jokin sairaus)

Kirjallisuus

Absetz P, Aro A. Sukupuolispesifisten syöpien varhaistoteamiseen liittyvät käytännöt. Teoksessa Koponen P, Luoto R, toim. Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004, s. 79-85.

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisten terveys ja terveystulosten käyttö. Terveystutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT Terveys 1998:5, Stakes ja Kela, 1998.

Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html>

Hemminki E, Koponen P. Lisääntymisterveyspalvelut Suomessa. Teoksessa Sihvo S, Koponen P. Perhesuunnittelusta lisääntymisterveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. STAKES Raportteja 220, 1998, s. 5-20.

Hujanen T, Mikkola H, Pekurinen M, Häkkinen U, Teitto E. Terveystutkimuksen menot ikä- ja sukupuoliryhmittäin vuonna 2002. Stakes Aiheita 24/2004

Kunttu K, Huttunen T. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 45, Kela, Helsinki 2001.

Suomen Lääketilasto 2000. Lääkelaitos ja Kela. Edita, Helsinki 2001.

10 TOIMINTAKYKY JA TYÖKYKY

Toimintakykytyöryhmä: Seppo Koskinen (pj.), Päivi Sainio (siht.), Arpo Aromaa, Pertti Era, Pauli Forma, Raija Gould, Päivi Haavisto, Jukka-Pekka Halonen, Kaj Husman, Juhani Ilmarinen, Jorma Järvisalo, Sirkka-Liisa Karppi, Jarmo Malmberg, Simo Mannila, Timo Marttila, Seppo Miilunpalo, Matti Ojamo, Sirkka-Liisa Rudanko, Sanna Rätty, Raimo Sulkava, Timo Suutama, Reijo Tilvis ja Mariitta Vaara

Pääosa nuorten aikuisten toimintakykyä koskevista tiedoista kerättiin tiedustelemalla haastattelussa, miten tutkittava oman käsityksensä mukaan suoriutuu erilaisista liikkumiseen, aistitoimintoihin ja tavallisiin arkiaskareisiin (ADL, IADL) liittyvistä tehtävistä. Lisäksi kartoitettiin avun tarvetta ja avun saantia sekä apuvälineiden käyttöä. Kognitiivista toimintakykyä mitattiin kielellistä sujuvuutta ja numerosarjojen muistamista koskevilla haastattelun yhteydessä tehdyillä testeillä. Tutkittavia pyydettiin arvioimaan työkykyään sekä siihen vaikuttavia työhön ja terveyteen liittyviä tekijöitä. Haastattelussa tiedusteltiin lisäksi ammatillisen ja muun kuntoutuksen saantia ja koettua tarvetta. Tutkittavan itse ilmoittaman suoriutumisen ja kognitiivista toimintakykyä koskevien testien ohella toimintakyvyn kartoitusta täydensivät haastattelijan arviot.

Tässä luvussa tarkastellaan ensin yleistä toimintakykyä ja avuntarvetta, sitten liikkumiskykyä, kognitiivista kyvykkyyttä, työkykyä ja työn kokemista sekä lopuksi kuntoutuksen tarvetta ja saantia. Aistitoimintoja koskevat tulokset on esitetty luvussa 8.5.

10.1 Yleinen toimintakyky

Seppo Koskinen, Päivi Sainio ja toimintakykytyöryhmä

Jonkin toimintakykyä heikentävän sairauden tai vamman ilmoitti lähes joka kymmenes 18–29-vuotias (taulukko 10.1.1.). Selvästi suurempi osuus (lähes 25 %, ks. luku 7.1) ilmoitti jonkin pitkäaikaissairauden tai vamman. Valtaosa nuorten aikuisten pitkäaikaissairauksista ei siis heidän oman arvionsa mukaan huononna toimintakykyä. Lisäksi vain hyvin pieni osa nuorten aikuisten toimintakyvyn rajoituksista on niin vakavia, että ne johtavat avun tarpeeseen. Vain vajaa prosentti 18–29-vuotiaista ilmoitti saavansa tai tarvitsevansa toistuvasti apua tavallisissa toimissaan.

Toimintakykyä heikentävän sairauden tai vamman ja avun tarpeen yleisyys eivät vaihdelleet merkittävästi sukupuolen tai iän mukaan. Myös alueiden ja koulutusryhmien väliset erot olivat melko vähäisiä. Vanhempiansa luona asuvista miehistä runsaat 14 % ilmoitti toimintakykyä alentavan sairauden tai vamman, kun vastaava osuus avo- tai avioliitossa olevien miesten keskuudessa oli vain 5 %. Naisilla vastaavaa eroa ei havaittu.

Terveys 2000 -tutkimuksessa 30–44-vuotiaiden miesten avuntarve oli yhtä vähäinen kuin 18–29-vuotiaidenkin: heistä vain 1 % ilmoitti tarvitsevansa apua tavallisissa toimissaan. Naisilla avun tarve näyttää yleistyvän jo varsin nuorella iällä: 30–44-vuotiaista naisista jo 2,5 % ilmoitti tarvitsevansa apua tavallisissa toimissa (Koskinen ym. 2002). Toimintakykyä heikentävän sairauden tai vamman yleisyyttä nuorena aikuisväestössä koskevat tulokset ovat samankaltaiset kuin samaan aikaan (kevät 2001) tehdyssä Aikuisväestön terveystutkimuksessa, jossa 15–34-vuotiaista naisista ja miehistä 8 % ilmoitti tällaisen sairauden tai vamman (Helakorpi ym. 2001, 41).

Taulukko 10.1.1. Toimintakykyä alentavan sairauden tai vamman ilmoittaneiden sekä tavallisissa toimissa apua saavien tai tarvitsevien ikävakioitu osuus (%) 18–29-vuotiaista.

	Toimintakykyä alentava sairaus tai vamma	Saa tai tarvitsee apua
Miehet	8,5	0,8
Naiset	9,6	0,9
p ¹	0,436	0,834

¹ Sukupuolten välinen ero

10.2 Liikkumiskyky

Päivi Sainio, Seppo Koskinen ja toimintakykytyöryhmä

Haastateltavien arvio ruumiillisesta kunnostaan perustui 5-luokkaiseen kysymykseen, jonka vastausvaihtoehdot olivat hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono ja huono (Aromaa ym. 1989). Miehistä vajaa puolet ja naisista runsas kolmannes ilmoitti kuntonsa olevan hyvä (taulukko 10.2.1. ja kuvio 10.2.1.). Keskitasoa heikommaksi kuntonsa arvioi 5–6 % nuorista aikuisista.

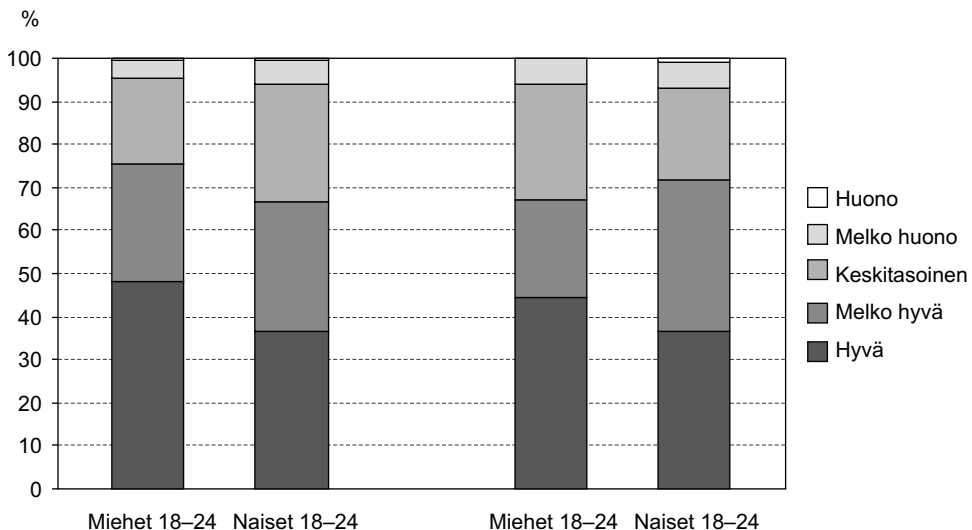
Taulukko 10.2.1. Itse ilmoitetun ruumiillisen kunnan jakauma (%).

	18–24		25–29		18–29 ¹	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Hyvä	48,0	36,5	44,6	36,5	46,7	36,5
Melko hyvä	27,5	30,2	22,6	35,4	25,5	32,2
Keskitasoinen	20,1	27,2	27,0	21,3	22,9	24,9
Melko huono	3,9	5,7	5,6	6,0	4,6	5,8
Huono	0,4	0,4	0,3	0,7	0,3	0,5
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
p ²						0,001

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Kuvio 10.2.1. Itse ilmoitetun ruumiillisen kunnan ikävakioitu jakauma (%) 18–29-vuotiailla.



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty taulukossa 10.2.1.

Miehillä keskitasoa parempikuntoisten osuus pieneni iän mukana: 18–24-vuotiaista heitä oli 76 %, 25–29-vuotiaista 67 % ja 30–44-vuotiaista 66 % (Terveys 2000, julkaisemattomia tuloksia). Naisilla nuorimmasta ikäryhmästä, 18–24-vuotiaista, pienempi osa (67 %) koki kuntonsa hyväksi tai melko hyväksi kuin 25–29-vuotiaista (72 %). 30–44-vuotiaista naisista heidän osuutensa oli 66 % (Terveys 2000, julkaisemattomia tuloksia).

Liikkumiskykyä kartoitettiin tiedustelemalla haastateltavien omaa arviota kyvyttään juosta 100 metriä ja puoli kilometriä, nousta portaita useamman kerrosvälin ja kävellä kaksi kilometriä (Aromaa ym. 1989). Vastausvaihtoehdoista saattoi valita 'pystyn siihen vaikeuksitta', 'pystyn siihen, mutta vaikeuksia on jonkin verran', 'pystyn siihen, mutta se on minulle erittäin vaikeaa' tai 'en pysty siihen lainkaan'. Kahden kilometrin kävely ja portaiden nousu usean kerrosvälin verran onnistui ilman vaikeuksia lähes kaikilta nuorilta aikuisilta, 97 %:lta haastatelluista (taulukko 10.2.2.). Kolme neljäsosaa ilmoitti pystyvänsä juoksemaan puolen kilometrin matkan vaikeuksitta, vajaa 2 % ei pystynyt siihen lainkaan. Juoksuvaikeudet olivat harvinaisimpia 18–24-vuotiaiden miesten keskuudessa (12 %), mutta ne yleistyivät 16 prosenttiin 25–29-vuotiailla. Naisista juoksuvaikeuksia oli noin kolmanneksella molemmissa ikäryhmissä. 30–44-vuotiailla miehillä ja naisilla vaikeuksien yleisyys säilyi samalla tasolla kuin nuoremmilla, mutta 45. ikävuoden jälkeen juokseminen tuotti selvästi enemmän ongelmia (Sainio ym. 2005). Naisista selvästi suurempi osa kuin miehistä koki vaikeuksia juoksemisessa ja portaiden nousussa, mutta suoriutumisessa kahden kilometrin kävelemisestä ei ollut sukupuolten välillä eroa. Liikkumisen apuvälinettä käytti alle puoli prosenttia 18–29-vuotiaista suomalaisista.

Taulukko 10.2.2. Eri liikkumissuorituksista vaikeuksitta selviytyvien ikävakioitu osuus (%) 18–29-vuotiaista.

	Kahden kilometrin kävely	Portaiden nousu usean kerrosvälin	Puolen kilometrin juoksu
Miehet	97,6	98,0	86,3
Naiset	97,2	94,9	63,7
p ¹	0,661	0,005	<0,001

¹ Sukupuolten välinen ero

Koulutusryhmien välillä oli liikkumisongelmien yleisyydessä merkitsevä ero: perusasteen koulutuksen saaneilla oli muita koulutusryhmiä enemmän liikkumisvaikeuksia. Tämä tulos on sopusoinnussa AVTK-kyselyn 25–34-vuotiaita koskevien tulosten (Helakorpi ym. 2003) ja Terveys 2000 -tutkimuksen 30 vuotta täyttäneitä koskevien havaintojen kanssa (Martelin ym. 2002). Myös ruotsalaisessa väestötutkimuksessa liikkumiskyvyn sosioekonomiset erot olivat selviä (Ahacic ym. 2000). Muut väestöryhmittäiset erot olivat vähäisiä, mutta ruumiillisen kuntonsa vähin-

tään melko hyväksi kokoneiden osuus oli avio- tai avoliitossa asuvilla selvästi suurempi (77 %) kuin vanhempiensa luona tai yksin asuvilla (68 %) nuorilla miehillä.

Päätelmiä

Nuorista aikuisista selvä enemmistö eli yli kaksi kolmasosaa arvioi fyysisen kuntonsa keskitasoa paremmaksi. Nuorten miesten liikkumiskyky näytti kuitenkin heikkenevän iän myötä enemmän kuin naisten. 18–24-vuotiaista miehistä selvästi suurempi osa kuin naisista ilmoitti kuntonsa olevan hyvä, mutta iän mukana hyväkuntoisiksi itsensä kokevien osuus pieneni paljon jyrkemmin miesten kuin naisten keskuudessa, kun tuloksia tarkasteltiin 30–44-vuotiaisiin asti. Yhtä selkeä sukupuoliero nuorilla aikuisilla (25–34-vuotiailla) ja sen tasoittuminen iän mukana on havaittavissa myös Finriski 2002 -tutkimuksessa (Laatikainen ym. 2003). Puolen kilometrin juoksemisessa vaikeudet olivat kolme kertaa niin yleisiä 18–24-vuotiailla naisilla kuin samanikäisillä miehillä, mutta 25 vuotta täyttäneillä ero kaavailui kaksinkertaiseksi. Nuorten miesten ylipaino (painoindeksi yli 25) lisääntyy iän myötä hiukan jyrkemmin kuin naisilla (luku 4.4) ja lisäksi etenkin miesten liikunnan harrastaminen väheni iän karttuessa (luku 4.3). Nämä tekijät saattavat olla osasyynä siihen, että iän mukainen liikkumiskyvyn heikkeneminen näyttää olevan suurempaa nuorilla miehillä kuin naisilla.

10.3 Kognitiivinen toimintakyky

Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Timo Suutama ja toimintakykytyöryhmä

Kognitiivisen toimintakyvyn tutkimisessa käytettiin CERAD-tehtäväsarjasta (Morris ym. 1989; Hänninen ym. 1999; Pulliainen ym. 1999) valittua kielellisen sujuvuuden tehtävää, jossa henkilön tuli luetella mahdollisimman monta eläintä minuutin aikana, sekä aikuisten älykkyyden arviointiin tarkoitettuun WAIS:iin (Wechsler 1955, Wechsler ym. 1971) sisältyvää numerosarjojen takaperin toistamista alkuperäistä pisteytystä käyttäen. Kielellisen sujuvuuden tehtävässä suoriutumista heikentävät kielellisen toiminnan, semanttisen muistin ja toiminnan ohjauksen vaikeudet (Pulliainen ym. 1999). Numerosarjojen takaperin toistamisella arvioidaan lyhytkestoista työmuistia. Suoritusta heikentävät vaikeudet pitää hetkelisesti mielessä ja työstää vastaanotettua informaatiota.

Kielellisen sujuvuuden tehtävästä 18–29-vuotiaat naiset suoriutuivat hieman paremmin kuin samanikäiset miehet (taulukko 10.3.1.), ja tulokset olivat samat kuin 30–44-vuotiailla (Koskinen ym. 2002). Tulosten perusteella kielellistä sujuvuutta rajoittavat tekijät alkavat yleistyä vasta noin 40. ikävuoden jälkeen. Numerosarjojen luettelemisesta naiset ja miehet suoriutuivat yhtä hyvin. 18–24-vuotiaiden ja 25–29-vuotiaiden välillä ei ollut eroa kummassakaan tehtävässä.

Koulutusryhmien väliset erot olivat suuria kummassakin tehtävässä. Lueteltujen eläinten määrä suureni tasaisesti koulutuksen mukana: enintään perusasteen koulutuksen saaneiden keskimääräinen tulos oli runsaat 22, mutta muun kuin ammatillisen korkea-asteen tutkinnon suorittaneet tai sellaista varten opiskelevat luettelivat noin 28 eläintä. Vastaava ero ilmeni numerosarjojen muistamisessa, jossa alimman koulutusryhmän keskiarvo oli 4,8, mutta ylimmän ryhmän 5,5. Miehistä HUS-piirissä sekä suurissa kaupungeissa asuvat suoriutuivat numerosarjatehtävästä muualla asuvia paremmin. Naisilla alue-eroja ei havaittu, ja kummallakaan sukupuolella kognitiivisista tehtävistä suoriutuminen ei ollut yhteydessä kotitaloustyyppiin.

Taulukko 10.3.1. Kognitiivisten tehtävien ikävakioidut tulokset (keskiarvo) 18–29-vuotiaiden keskuudessa.

	Kielellinen sujuvuus: lueteltujen sanojen lukumäärä	Numerosarjat: takaperin toistettujen numeroiden lukumäärä
Miehet	25,2	4,97
Naiset	26,1	5,02
p ¹	0,023	0,439

¹ Sukupuolten välinen ero

Numerosarjat takaperin -tehtävän tuloksia voidaan verrata WAIS:n suomalaisen standardointiotoksen 16–29-vuotiaiden tuloksiin (Wechsler ym. 1971) sekä vastaavan tehtävän sisältävän Wechslerin muistiasteikon suomalaisversion julkaisussa ilmoitettuihin, pieneen otokseen perustuviin 17–30-vuotiaiden tuloksiin (Wechslerin muistiasteikko 1978). Ensin mainitussa tutkimuksessa oikein muistetun numerosarjan pituus oli keskimäärin 4,5 ja jälkimmäisessä 4,2 numeroa. Noin 25–35 vuoden kuluessa nuorten aikuisten testisuoritukset näyttävät siten merkittävästi parantuneen.

10.4 Työkyky

Raija Gould, Seppo Koskinen, Päivi Sainio ja toimintakykytyöryhmä

Työkykyä koskevia tietoja kerättiin sekä kotihaastattelussa että kyselyssä. Yleisen työkyvyn arviointikysymysten ohella kysymyssarjoihin sisältyi useita työhön, työn kokemiseen, työyhteisöön ja osaamiseen liittyviä kysymyksiä. Osa kysymyksistä muotoiltiin siten, että ne mittasivat erityisesti opiskelijoiden työkykyä.

Yleisarvio työkyvystä

Omaa arviota työkyvystä tiedusteltiin kaikilta riippumatta siitä, olivatko he työssä vai eivät. Vastausvaihtoehdot olivat täysin työkykyinen, osittain työkyvytön tai täysin työkyvytön (Aromaa ym. 1989). Valtaosa 18–29-vuotiaista, lähes 96 %, arvioi itsensä täysin työkykyiseksi, 4 % osittain työkyvyttömäksi ja vain puoli prosenttia täysin työkyvyttömäksi. Miesten ja naisten välillä ei ollut eroa. Osittain tai kokonaan työkyvyttömänä itseään pitävien osuus oli selvästi suurempi kuin eläketilastojen osoittama työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus (taulukko 10.4.1). Ainakin osittain työkyvyttömiä on siis myös muiden kuin työkyvyttömyyseläkeläisten joukossa.

Taulukko 10.4.1. 18–29-vuotiaiden oma arvio työkyvystään (ikävakioitu, %)

	Miehet	Naiset
Täysin työkykyinen	95,7	95,3
Osittain työkyvytön	3,7	4,6
Täysin työkyvytön	0,6	0,1
Yhteensä	100,0	100,0
p ¹		0,213
Työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuus 31.12.2000 ²	1,4	1,0

¹ Sukupuolten välinen ero (tilastollisesti merkitsevä ikä-sukupuoliyhdysvaikutus)

² Lähde: Eläketurvakeskuksen ja Kansaneläkelaitoksen yhteistilastot

Lähes kaikki kokoaikatyössä olevat nuoret aikuiset arvioivat itsensä täysin työkykyisiksi, ja osa-aikatyössä olevilla ja opiskelijoilla työkykyarvio oli melkein yhtä hyvä. Sen sijaan työttömänä tai lomautettuna olevat kokivat työkykynsä muita huonommaksi. Myös kotityötä tekevät naiset arvioivat työkykynsä huonommaksi kuin ansiotyössä olevat tai opiskelijat (taulukko 10.4.2.).

Taulukko 10.4.2. Täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus 18–29-vuotiaista pääasiallisen toiminnan mukaan (ikävakioitu, %)

	Miehet	Naiset	p ¹
Kokoaikatyössä	98,8	99,6	0,271
Osa-aikatyössä	97,1	93,3	0,458
Opiskelija	96,1	96,0	0,964
Työtön tai lomautettu	86,1	87,2	0,851
Kotityössä		89,8	

¹ Sukupuolten välinen ero

Sekä miesten että naisten työkykyarvioissa oli tilastollisesti merkitsevä ero koulutusasteiden välillä. Lyhyen koulutuksen saaneet nuoret aikuiset arvioivat työkykynsä huonommaksi kuin muut. Pelkän perusasteen koulutuksen saaneista naisista 82 % piti itseään täysin työkykyisinä, kun taas korkea-asteen koulutuksen saaneista tai siihen tähtäävää tutkintoa suorittavista opiskelijoista näin arvioi 97 %. Miehillä vastaavat luvut olivat 88 % ja 98 %.

Nuorten aikuisten työkyvyn kokemisessa ei havaittu maantieteellisiä alue-eroja. Naisten työkykyarvioissa oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevä ero asuinkunnan kaupunkimaisuuden suhteen. Suurissa kaupungeissa asuvat naiset arvioivat työkykynsä huonommaksi kuin maaseudulla asuvat. Miehillä tällaista eroa ei ollut. Sen sijaan miesten työkykyarvioissa oli merkitsevä ero kotitaloustyyppien välillä: täysin työkykyisiksi itsensä arvioivia oli 99 % parisuhteessa elävistä, 94 % yksin asuvista ja 91 % vanhempien luona asuvista miehistä.

Työkyky suhteessa työn ruumiillisiin ja henkisiin vaatimuksiin

Työkyvyn yleisarvion ohella työssä olevia nuoria aikuisia pyydettiin arvioimaan työkykyään erikseen suhteessa työn ruumiillisiin tai henkisiin vaatimuksiin (Tuomi ym. 1992) ja vastaavasti opiskelijoilta kysyttiin työkykyarviota opiskelun ruumiillisten tai henkisten vaatimusten kannalta. Alle 25-vuotiaista vähintään 94 % arvioi työ- tai opiskelukykyänsä melko tai erittäin hyväksi sekä ruumiillisesti että henkisesti. Työssä olevien työkyky työn ruumiillisten vaatimusten kannalta oli kuitenkin 25–29-vuotiailla jonkin verran huonompi kuin nuoremmilla, ja vastaavasti opiskelijoiden työkyky opiskelun henkisten vaatimusten kannalta oli 25 vuotta täyttäneillä huonompi kuin nuoremmilla (taulukko 10.4.3.). Sukupuolten välillä ei ollut eroa. Työssä olevien nuorten arviot ruumiillisesta ja henkisestä työkyvystään olivat samankaltaisia kuin Työolobarometrissa syksyllä 2001 saadut tulokset (Ylöstalo 2002, 114). Naisten arviot olivat kuitenkin hiukan parempia kuin vastaavat arviot vuoden 2003 Nuoret ja työ -barometrissa (Launonen ym. 2004).

Taulukko 10.4.3. Työkykyään työn tai opiskelun ruumiillisten ja henkisten vaatimusten kannalta hyvänä pitävien osuus (%).

	Työssä olevat ¹			Opiskelijat		
	18–24	25–29	18–29 ²	18–24	25–29	18–29 ²
Hyvä työkyky työn/opiskelun ruumiillisten vaatimusten kannalta						
Miehet	96,0	92,3	94,2	97,6	97,3	97,5
Naiset	97,6	92,6	95,2	96,1	100,0	96,8
p ³			0,478			0,663
Hyvä työkyky työn/opiskelun henkisten vaatimusten kannalta						
Miehet	95,6	92,4	94,1	95,3	89,1	94,3
Naiset	93,9	94,7	94,3	95,3	89,5	94,2
p ³			0,865			0,972
N						
Miehet	341	314	655	178	39	217
Naiset	265	241	506	211	44	255

¹ Viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleet pois lukien tutkimusajankohtana päätoimisesti opiskelleet

² Ikävakioitu

³ Sukupuolten välinen ero

Työkyvyn aiempi ja tuleva kehitys

Työkykyä arvioitiin myös suhteuttamalla se siihenastiseen parhaaseen työkykyyn. Vastaajia pyydettiin antamaan nykyiselle työkyvyllään pistemäärä välillä 0–10 siten, että 10 pistettä vastasi asianomaisen työkykyä parhaimmillaan (Tuomi ym. 1992). Useimmat 18–29-vuotiaat antoivat työkyvyllään kiitettävän arvosanan, keskimäärin 9,2 pistettä. Kokoaikatyössä olevien työkykypisteet olivat kymmenyksen suurempia kuin koko ikäluokan pisteet. Miesten ja naisten välillä ei ollut eroa. Sen sijaan ikäryhmien välillä oli pieni mutta systemaattinen ero: nuoremmat arvioivat nykyisen työkykynsä olevan hiukan lähempänä maksimitasoa kuin vanhemmat (taulukko 10.4.4.). Nuorten työkykypistemäärä vaikuttaa hiukan paremmalta kuin vastaava tulos vuoden 2000 Työ ja terveys -haastattelussa (Piirainen ym. 2000) ja vuoden 2003 Nuoret ja työ -barometrissä. Jälkimmäisessä tutkimuksessa työssä käyvät 15–29-vuotiaat pitivät työkykyään keskimäärin 8,9 pisteen arvoisena (Lauonen ym. 2004), kun taas tämän tutkimuksen kokoaikatyötä tekevillä nuorilla aikuisilla vastaava pistemäärä oli 9,3.

Taulukko 10.4.4. Työkykypistemäärä (0–10¹).

	18–24	Kaikki 25–29	18–29 ²	Kokoaikatyössä olevat		
				18–24	25–29	18–29 ²
Miehet	9,3	9,0	9,2	9,4	9,2	9,3
Naiset	9,2	9,1	9,2	9,3	9,2	9,2
p ³			0,983			0,871

¹ 0 = ei pysty lainkaan työhön, 10 = työkyky parhaimmillaan

² Ikävakioitu

³ Sukupuolten välinen ero

Viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleilta tiedusteltiin myös näkemystä tulevasta työssä selviytymisestä (Tuomi ym. 1992). Lähes kaikki arvelivat pystyvänsä terveytensä puolesta työskentelemään nykyisessä ammatissaan vielä kahden vuoden kuluttua. 25–29-vuotiaista työssä olevista kuitenkin viisi prosenttia epäili työssä suoriutumistaan kahden vuoden kuluttua, nuoremmassa ikäryhmässä epäilijöitä oli pari prosenttiyksikköä vähemmän (taulukko 10.4.5.). Kaikkein nuorimpien usko tulevaan työssä selviytymiseen oli samanlainen kuin vuosien 2000 ja 2001 työolobarometreissä. Sen sijaan 25–29-vuotiaista työssä jaksamistaan epäili suurempi osa kuin työolobarometrin 25–34-vuotiaista (Ylöstalo 2002, 122).

Taulukko 10.4.5. Oman arvionsa mukaan nykyisessä ammatissaan kahden vuoden kuluttua työskentelemään pystyvien osuus (%) viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleista.

	18–24	25–29	18–29 ¹
Miehet	97,8	95,7	96,8
Naiset	97,2	94,3	95,9
p ²			0,718

¹ Ikävakioitu

² Sukupuolten välinen ero

Päätelmiä

Nuoret aikuiset pitävät itseään hyvin työkykyisinä. Heidän työkykyarvionsa ovat parempia kuin 30 vuotta täyttäneiden työikäisten arviot. Verrattuna 30–44-vuotiaisiin 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä täysin työkykyisinä itseään pitäviä oli muutama prosenttiyksikkö enemmän, ja samoin heidän työkykypistemääränsä olivat suurempia. Sen sijaan usko tulevaan työssä selviytymiseen oli alle 30-vuotiailla samalla tasolla kuin nuorilla keski-ikäisillä (Koskinen ym. 2002). Nuorten aikuisten joukossa on kuitenkin ryhmiä, joiden työkyky on huonompi kuin muiden ja jotka ovat siksi vaarassa syrjäytyä kokonaan työelämästä. Tällaisia ryhmiä ovat esimerkiksi nuoret työttömät ja korkeintaan perusasteen koulutuksen saaneet. Näiden ryhmien työkyvyn edistämiseen on syytä kiinnittää erityistä huomiota.

10.5 Kuntoutuksen tarve ja saanti

Päivi Sainio, Seppo Koskinen ja toimintakykyryhmä

Ammatillisen kuntoutuksen yleisyyden selvittämiseksi haastatelluilta tiedusteltiin osallistumista ammatinvalintaa tukevaan kuntoutukseen (esimerkiksi kuntoutustutkimus, työhön valmennus tai työkokeilu), kuntoutuksena annettuun ammatilliseen koulutukseen tai uudelleen koulutukseen sairauden tai vamman vuoksi. Tällaista kuntoutusta oli haastattelua edeltäneen vuoden aikana saanut runsas puoli prosenttia 18–29-vuotiaista, ja sitä koki tarvitsevansa 3 % miehistä ja lähes 5 % naisista. Muuhun kuntoutukseen (sopeutumisvalmennuskurssi, psykoterapia tai muu kuntoutus sairauden tai vamman aiheuttamien oireiden ja haittojen lievittämiseksi) oli osallistunut pari prosenttia haastattelua edeltäneen vuoden aikana. Tällaista kuntoutusta ilmoitti tarvitsevansa noin 7 % nuorista aikuisista, 25–29-vuotiaista kaksi kertaa niin suuri osa kuin nuoremasta ikäryhmästä (taulukko 10.5.1.). Kuntoutuksen saanti ja sen tarve olivat 18–29-vuotiailla selvästi vähäisempiä kuin 30–44-vuotiailla (Koskinen ym. 2002).

Taulukko 10.5.1. Kuntoutusta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana saaneiden ja sitä omasta mielestään tarvitsevien ikävakiointu osuus (%).

	Ammatillinen kuntoutus		Muu kuntoutus	
	Tarvitsevat	Saaneet	Tarvitsevat	Saaneet
Miehet	3,1	0,7	6,2	2,2
Naiset	4,9	0,6	7,1	1,9
p ¹	0,080	0,753	0,413	0,694

¹ Sukupuolten välinen ero

Kuntoutuksen saanti tai tarve eivät olleet yhteydessä sukupuoleen. Koettu kuntoutustarve vaihteli koulutusryhmien välillä sekä miehillä että naisilla: perusasteen koulutuksen saaneet kokivat muita koulutusryhmiä enemmän kuntoutustarvetta. Tämä on sopusuunnassa sen kanssa, että useimpien terveyden ja toimintakyvyn osoittimien valossa vain perusasteen koulutuksen suorittaneet olivat epäedullisimmassa asemassa. HUS-piirin alueella asuvilla miehillä oli vähiten kuntoutuksen tarvetta verrattuna muualla asuviin, naisilla alueellisia eroja ei ollut. 30 vuotta täyttäneillä koulutusryhmien ja alueiden väliset erot ovat samansuuntaisia, ja alueerot myös naisilla tilastollisesti merkitseviä (Sainio ym. 2002).

Kirjallisuus

Ahacic K, Parker M G, Thorslund M. Mobility limitations in the Swedish population from 1968 to 1992: Age, gender and social class differences. *Aging Clin Exp Res* 2000;12:190–198.

Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki 1989.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys. Kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003, Helsinki 2003. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2003b17.pdf

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B/16, Helsinki 2001.

Hänninen T, Pulliainen V, Salo J, Hokkanen L, Erkinjuntti T, Koivisto K, Viramo P, Soininen H, ja Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä. Kognitiiviset testit muistihäiriöiden ja alkavan dementian varhaisdiagnoosiin: CERAD-tehtäväsarja. *Suomen Lääkärilehti* 1999;15: 1967–1975.

Koskinen S, Sainio P, Aromaa A ja toimintakykyryhmä. Avun ja kuntoutuksen tarve ja saanti. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 88–92.

Koskinen S, Sainio P, Gould R, Suutama T, Aromaa A ja toimintakykyryhmä. Toimintakyky ja työkyky. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 71–87.

Laatikainen T, Tapanainen H, Alftan G ym. FINRISKI 2002. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista, psykososiaalisista tekijöistä ja terveystalouden käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja tulokset 2. Taulukkoliite. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2003. <http://www.ktl.fi/publications/2003/b72.pdf>

Launonen M, Leino T, Viluksela M, Hirvonen M, Mäittälä J. Nuoret ja työ 2003 -barometri. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2004.

Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 93–102. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html>

Morris JC, Heyman A, Mohs RC, Hughes JP, van Belle G, Fillenbaum G, Mellits ED, Clark C. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology* 1989;39:1159–1165.

Piirainen H, Elo A-L, Hirvonen M, Kauppinen K, Ketola R, Laitinen H, Lindström K, Reijula K, Riala R, Viluksela M, Virtanen S. Työ ja terveys -haastattelututkimus v. 2000. Taulukkoraportti. Työterveyslaitos, Helsinki 2000.

Pulliainen V, Hokkanen L, Salo J, Hänninen T. toim. CERAD, kognitiivinen tehtäväsarja, käsikirja, Kuopio 1999.

Sainio P, Karppi S-L, Vaara M, Hakulinen K: Suomalaiset saavat koettua tarvettaan vähemmän kuntoutusta ja fysioterapiaa. *Fysioterapia* 8: 4–7, 2002.

Sainio P, Koskinen S, Heliövaara M, Martelin T, Härkänen T, Hurri H, Miilunpalo S, Aromaa A: Prevalence estimates of mobility limitations are influenced by sampling, non-response and measurement methods. *Käsikirjoitus*, 2005.

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. *Työkykyindeksi*. Työterveyslaitos, Helsinki 1992.

Wechsler D. *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale*. New York: Psychological Corporation, 1955.

Wechsler D, von Fieandt K, Kalimo E. *WAIS käsikirja*. Wechslerin aikuisten älykkyyssasteikko. Helsinki: Psykologien Kustannus, 1971.

Wechslerin muistiasteikko, Wechsler Memory Scale. Toinen, muuttamaton painos. Helsinki: Psykologien Kustannus, 1978.

Ylöstalo P. *Työolobarometri*. Lokakuu 2001. Työpoliittinen tutkimus 241. Työministeriö, Helsinki 2002.

11 TERVEYDEN JA TOIMINTAKYVYN VAIHTELU ASUINALUEEN, KOULUTUKSEN JA KOTITALOUSTYYPIN MUKAAN

Tuija Martelin, Seppo Koskinen, Laura Kestilä ja Arpo Aromaa

Nuorten aikuisten terveydentila on useimpien mittareiden valossa keskimäärin hyvä. Silti siinä on miesten ja naisten, maan eri alueiden, koulutuksen ja kotitaloustyyppin mukaisia eroja, joita on kuvattu edellisessä luvussa. Tässä ikäryhmässä vallitsevia väestöryhmien välisiä eroja koskevat tiedot ovat tärkeitä, jotta voidaan paremmin ymmärtää myöhemmissä elämänvaiheissa selkeästi näkyvien terveys-erojen syntymekanismia ja jotta erojen pienentämiseen tähtäävät toimenpiteet osattaisiin ajoittaa ja kohdentaa parhaimmalla mahdollisella tavalla.

Seuraavassa tarkastellaan elinolojen, terveystyötytymisen, terveydentilan, palvelujen käytön ja toimintakyvyn vaihtelua asuinalueen maantieteellisen sijainnin ja taajama-asteen, koulutuksen ja kotitaloustyyppin mukaan nuorilla aikuisilla. Taustamuuttujien muodostaminen sekä sukupuolen ja iän mukaiset jakaumat on kuvattu luvussa 2.5. Tavoitteena on hahmottaa väestöryhmien keskeiset piirteet ottamalla huomioon monta ilmiötä samanaikaisesti. Tarkasteltavaksi on valittu 37 osoitinta raportin aiemmissä osissa käsiteltyjen mittareiden joukosta siten, että ne olisivat mahdollisimman kattava valikoima nuorten aikuisten terveyden ja hyvinvoinnin kannalta keskeisiä osoittimia. Lisäksi on mahdollisuuksien mukaan pyritty valitsemaan samoja osoittimia kuin 30 vuotta täyttäneiden väestöryhmittäisiä eroja koskeneessa tarkastelussa (Martelin ym. 2002). Lyhyt kuvaus tämän luvun osoittimista esitetään liitetaulukkojen jälkeen. Erojen raportoinnissa on kiinnitetty huomiota lähinnä sellaisiin eroihin, jotka ovat tilastollisesti merkitseviä vähintään merkitsevyystasolla $p < 0.05$. Jos taustamuuttujan ja iän välinen yhdysvaikutus on ollut tilastollisesti merkitsevä (eli jos erot ovat erilaiset eri ikäryhmissä), tämä on liitetaulukoissa osoitettu tähdellä; tällaisten tapausten tarkempi sisällöllinen tarkastelu jää kuitenkin jatkotutkimusten tehtäväksi.

11.1 Asuinalue ja taajama-aste

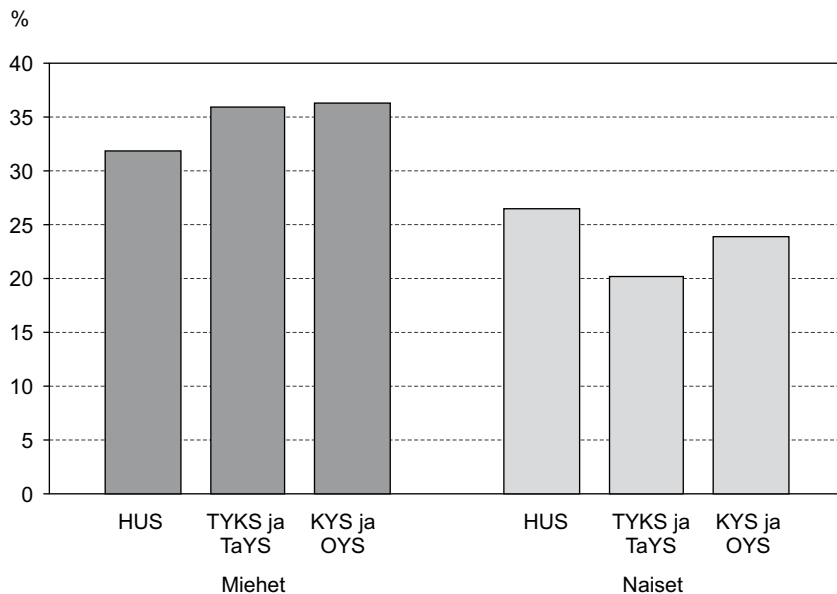
Asuinalueiden väliset erot

Maantieteellinen aluejako perustuu terveydenhuollon kannalta hyödylliseen yliopistosairaaloitten vastualuejakoon (ns. miljoonapiirit, ks. luku 2), joiden pohjalta muodostettiin kolme laajaa aluetta: HUS-piiri (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri), TaYS- ja TYKS-piirit sekä KYS- ja OYS-piirit. Näistä alueista käy-

tään tässä nimityksiä Etelä-Suomi, Länsi-Suomi ja Itä- ja Pohjois-Suomi, vaikka kaikkien alueiden osalta nimitys ei olekaan osuva (esimerkiksi Keski-Suomen ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiirit luetaan tässä luokituksessa Itä- ja Pohjois-Suomeen ja Kanta- ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirit puolestaan kuuluvat Länsi-Suomeen). Jaottelu myös poikkeaa esimerkiksi nykyisestä läänijaosta. Asuinalueen ja sukupuolen mukaiset tulokset on koottu liitetauluksoon 1.

Työttömien osuus työvoimasta oli Etelä-Suomessa sekä naisilla että miehillä pienin ja Itä- ja Pohjois-Suomessa suurin. Selvästi pienempi osuus eteläsuomalaisista naisista oli synnyttänyt verrattuna muilla alueilla asuviin naisiin. Kasvisten päivittäinen syöminen oli Etelä-Suomessa keskimääräistä yleisempää ja Itä- ja Pohjois-Suomessa puolestaan harvinaisempaa molemmilla sukupuolilla. Eteläsuomalaiset naiset käyttivät irtosuhteissa kondomia yleisemmin kuin muilla alueilla – etenkin Länsi-Suomessa – asuvat naiset, mutta sekä alkoholin ongelmakäyttö että etenkin huumeiden kokeilu tai käyttö olivat heillä selvästi yleisempiä kuin muualla Suomessa. Itä- ja Pohjois-Suomessa asuvat naiset puolestaan raportoivat alkoholin ongelmakäyttöä tai huumeiden kokeiluja harvemmin kuin muut. Tupakoinnissa ei ollut merkittäviä alue-eroja kummallakaan sukupuolella (kuvio 11.1.1.), kuten ei myöskään liikunnassa, yönunen pituudessa eikä lihavuudessa. Eteläsuomalaiset miehet harjasivat hampaansa suositusten mukaisesti yleisemmin kuin muut miehet, kun taas naisilla ei ollut eroja.

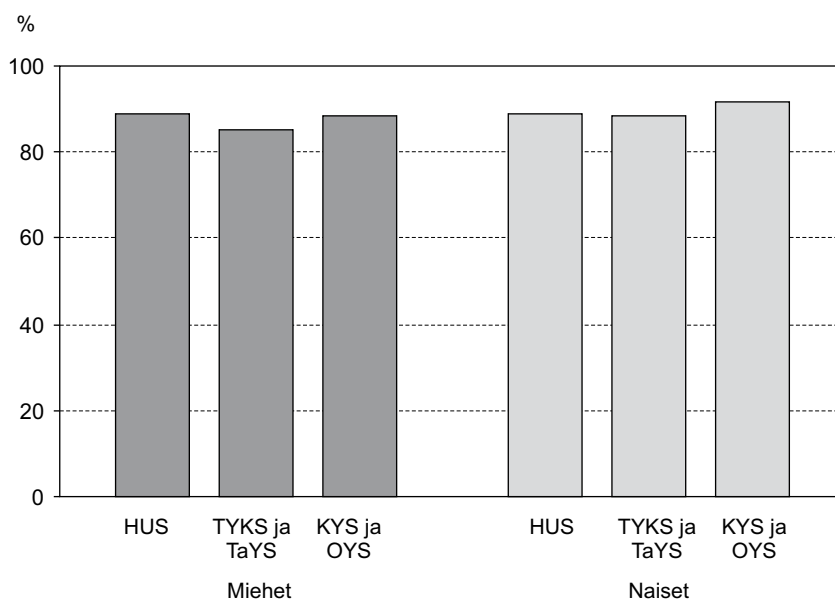
Kuvio 11.1.1. Päivittäin tupakoivien ikävakioitu osuus (%) 18–29-vuotiaista asuinalueen mukaan.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitetaulukossa 1.

Terveydentilan alue-erot olivat pieniä ja suunnaltaan vaihtelevia. Asuinalueesta riippumatta terveytensä koki hyväksi tai melko hyväksi noin yhdeksän kymmenestä vastaajasta (kuvio 11.1.2). Jostakin pitkäaikaisesta sairaudesta kärsivien osuus nuorista naisista oli Etelä-Suomessa hieman pienempi kuin muilla alueilla, kun taas klamydiatulehdusta oli sekä etelä- että länsisuomalaisista naisista sairastanut suurempi osuus kuin itä- tai pohjoissuomalaisista naisista. Miehillä puolestaan vain vaikean päänsäryn yleisyys vaihteli alueen mukaan: Länsi-Suomessa asuvat miehet kärsivät siitä yleisemmin kuin muilla alueilla asuvat. Eteläsuomalaiset miehet menestyivät hieman muilla alueilla asuvia paremmin kognitiivista toimintakykyä mittaavissa testeissä, etenkin numerosarjojen takaperin luettelemisessa, mutta naisilla ei ollut tässä suhteessa eroja alueiden välillä.

Kuvio 11.1.2. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien ikävakiointu osuus (%) 18–29-vuotiaista asuinalueen mukaan.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitetaulukossa 1.

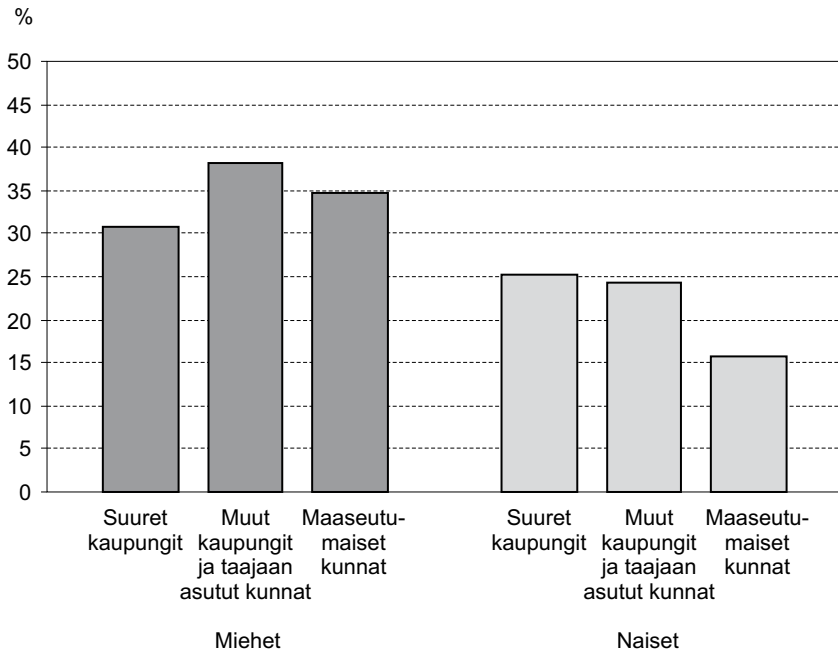
Taajama-asteen mukaiset erot

Asuinkunnan taajama-astetta kuvattiin kolmiluokkaisella muuttujalla: ensimmäiseen ryhmään luettiin kymmenen suurinta kaupunkia vuoden 2000 asukasluvun mukaan, toiseen ryhmään kuuluivat muut Tilastokeskuksen kuntaryhmituksen mukaan kaupunkimaiset ja taajaan asutut kunnat ja kolmanteen saman luokittelun mukaan maaseutumaiset kunnat (tarkat määritelmät ja vastaajien jakaumat on esitetty luvussa 2.5). Taajama-asteen ja sukupuolen mukaiset tulokset on koottu liitetaulukkoon 2.

Miehillä ei ollut taajama-asteen mukaan eroja työttömyyden tai taloudellisten vaikeuksien yleisyydessä eikä asumisahtaudessa, mutta maaseudun naiset asuivat hiukan yleisemmin ahtaasti kuin muuntyyppisillä alueilla asuvat. Heistä myös selvästi suuremmalla osalla oli lapsia kuin muilla alueilla asuvilla naisilla.

Monissa elintavoissa suuret kaupungit ja maaseutumaiset alueet edustivat ääripäitä etenkin naisilla. Huumeiden kokeilu tai käyttö oli molemmilla sukupuolilla selvästi yleisempää suurissa kaupungeissa asuvilla kuin maaseutumaisissa kunnissa asuvilla nuorilla aikuisilla, ja naisilla lisäksi alkoholin ongelmakäyttö vaihteli samalla tavalla aluetyyppien välillä. Myös tupakointi oli hiukan vähäisempää maaseudun naisilla kuin taajaan asutuissa tai kaupunkimaisissa kunnissa asuvilla (kuvio 11.1.3). Sen sijaan suurissa kaupungeissa asuvista miehistä suurempi osa söi kasviksia päivittäin ja harjasi hampaansa suositusten mukaisesti kuin maaseudun miehet. Naisilla ei ollut eroja näiden terveystätymisen piirteiden suhteen, mutta lihavuus oli maaseutumaisissa kunnissa asuvilla naisilla hiukan yleisempää kuin muilla alueilla.

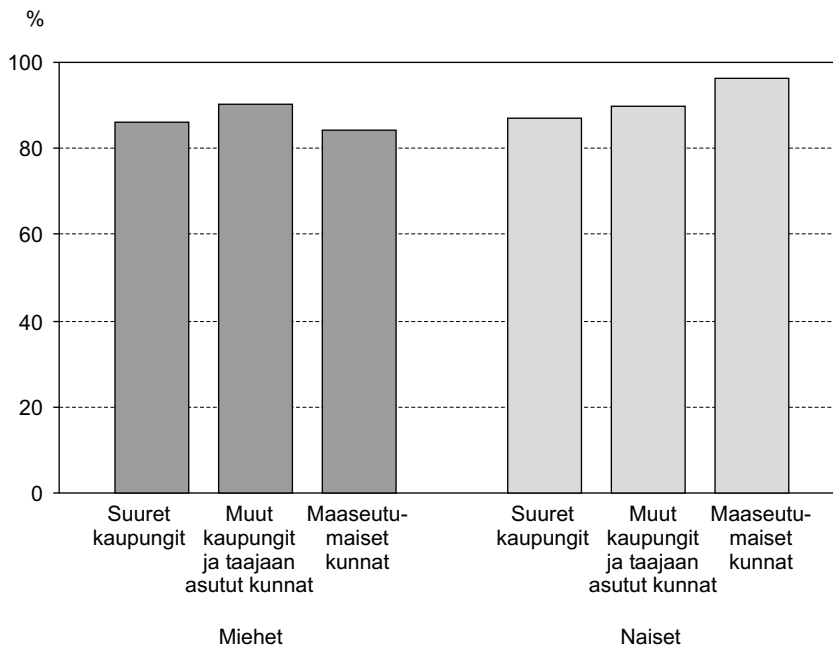
Kuvio 11.1.3. Päivittäin tupakoivien ikävakioitu osuus (%) 18–29-vuotiaista asuinkunnan taajama-asteen mukaan.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitetaulukossa 2.

Varsinaisissa terveysosoittimissa oli naisilla selkeitä eroja kuntatyyppien välillä. Suurissa kaupungeissa asuvista naisista pienempi osa koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (kuvio 11.1.4.) ja heistä suuremmalla osalla oli astma tai pitkäaikainen ihosairaus kuin muilla alueilla asuvilla naisilla. Myös psyykkinen kuormittuneisuus ja vakava masennus olivat näillä alueilla asuvien naisten keskuudessa yleisempiä kuin muilla alueilla. Maaseutumaisissa kunnissa asuvat naiset puolestaan olivat näiden terveysmittareiden valossa terveimpiä. Vastaavasti suurissa kaupungeissa asuvat naiset olivat käyneet lääkärissä keskimäärin useammin kuin muilla alueilla asuvat naiset. Miehillä erot olivat vähäisempiä. Haittaava allergia tai pitkäaikainen ihosairaus olivat yleisimpiä suurissa kaupungeissa asuvilla miehillä ja harvinaisimpia muissa kaupunkimaisissa tai taajaan asutuissa kunnissa asuvilla. Fyysisessä toimintakyvyssä (puolen kilometrin juoksu) tai koetussa työkyvyssä ei ollut eroja kummallakaan sukupuolella, mutta suurkaupungeissa asuvat miehet menestyivät parhaiten ja maaseutumaisissa kunnissa asuvat miehet heikoimmin kognitiivista toimintakykyä mittaavissa testeissä.

Kuvio 11.1.4. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien ikävakioitu osuus (%) 18–29-vuotiaista asuinkunnan taajama-asteen mukaan.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitetaulukossa 2.

11.2 Koulutus

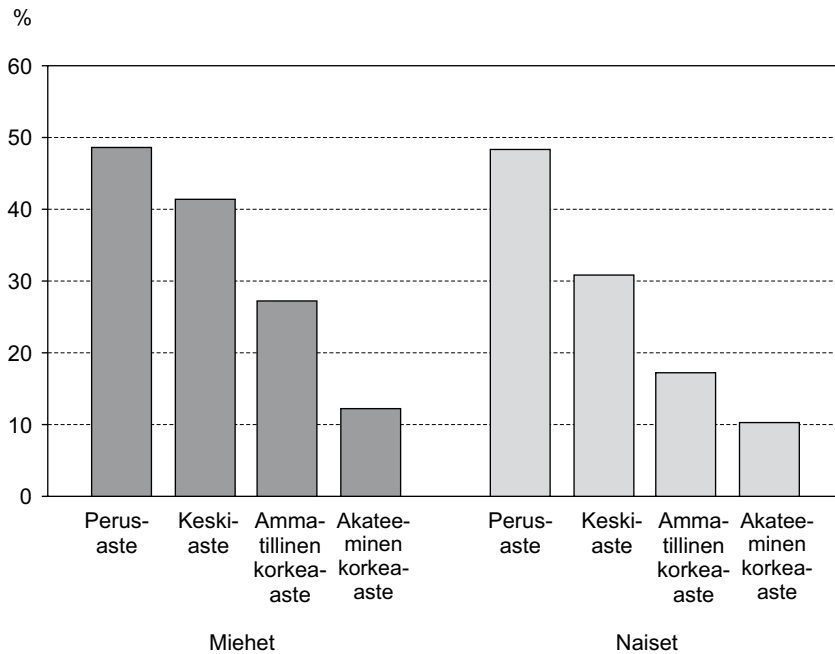
Nuorten aikuisten koulutusryhmittäistä vertailua vaikeuttaa se, että suurella osalla tähän ikäryhmään kuuluvista koulutus on vielä kesken, jolloin saavutettuun koulutukseen perustuvat osoittimet asettavat eri-ikäiset ja opintojensa eri vaiheissa olevat henkilöt eri asemaan. Tämän ongelman lieventämiseksi koulutusastetta kuvaava, pohja- ja ammattikoulutustietojen perusteella rakennettu mittari määriteltiin tutkimushetkellä opiskeleville olettamalla, että he saavat käynnissä olevan koulutuksen päätökseen (tarkempi määrittely ja jakaumat: ks. luku 2.5). Osalla nuorista aikuisista käytetty koulutusmittari aliarvioi lopullista saavutettavaa koulutustasoa, kun taas opintonsa myöhemmin keskeyttävillä mittari on yliarvio. Näin rakennetun koulutusmittarin arvioitiin kuitenkin heijastavan tutkittujen lopullista koulutustasoa paremmin kuin pelkkä tutkimushetkeen mennessä saavutettu koulutus. Koulutusasteen ja sukupuolen mukaiset tulokset on koottu liitetaulukkaan 3.

Noin neljännes perusasteen koulutuksen saaneista, työvoimaan kuuluvista miehistä ja lähes kolmasosa vastaavaan osaryhmään kuuluvista naisista oli työttömänä tutkimushetkellä, kun osuus oli vain muutaman prosentin luokkaa ammatillisen tai muun korkea-asteen koulutuksen saaneilla miehillä ja 5–12 prosenttia kyseiseen koulutusryhmään kuuluvilla naisilla. Myös taloudelliset vaikeudet ja ahtaasti asuminen olivat yleisimpiä vähiten koulutusta saaneilla. Lapsia oli lähes puolella perusasteen koulutuksen saaneista naisista, mutta alle viidesosalla korkea-asteen koulutuksen saaneista naisista. Miehillä ero ei ollut yhtä suuri: noin viidesosalla perus- tai keskiasteen koulutuksen saaneista oli lapsia, kun taas korkea-asteen koulutusta edustavilla miehillä vastaava osuus oli 10 prosentin luokkaa. Raskauden keskeytyksen oli kokenut yli neljäsosa perusasteen koulutuksen saaneista naisista, kun korkea-asteen saaneilla osuus oli vain 4–5 prosenttia.

Kasvisten päivittäinen syöminen ja suositusten mukainen hampaiden harjaus olivat yleisimpiä korkea-asteen ryhmässä ja vähäisimpiä perusasteella. Riittävässä liikunnassa ei sen sijaan ollut miehillä eroa koulutusasteen mukaan, ja naisilla ero oli pikemminkin käänteinen, eli perusasteen koulutuksen saaneista naisista liikkui riittävästi suurempi osa kuin korkea-asteen koulutuksen saaneista. Lihavuus oli sitä vastoin vähiten koulutetuilla naisilla selvästi yleisempää kuin korkea-asteen koulutuksen saaneilla; miehilläkin ero oli samansuuntainen, joskaan ei tilastollisesti merkitsevä. Lyhyt yöuni oli miehillä sitä yleisempää, mitä vähemmän koulutetusta ryhmästä oli kyse; naisilla erot olivat samansuuntaisia, mutta pienempiä. Tupakoinnissa erot olivat selkeät molemmilla sukupuolilla: lähes puolet perusasteen koulutuksen saaneista tupakoi päivittäin, akateemisen tutkinnon suorittaneista tai sitä suorittavista vain hiukan yli kymmenesosa (kuvio 11.2.1.). Myös alkoholin raportoitu ongelmakäyttö oli perusasteen koulutuksen saaneiden keskuudessa yleisempää kuin enemmän koulutetuilla, mutta miehillä muiden koulutusryhmien

välillä ei ollut juurikaan eroja eivätkä erot kokonaisuudessaan olleet tilastollisesti merkitseviä, ja naisilla puolestaan ongelmakäyttö oli vähäisintä keskiasteen koulutuksen saaneilla. Perusasteen koulutuksen saaneet olivat kokeilleet tai käyttäneet huumeita yleisemmin kuin enemmän koulutetut, mutta miehillä nämäkään erot eivät olleet merkitseviä, ja naisilla puolestaan huumekekeilut olivat harvinaisimpia ammatillisen korkea-asteen koulutuksen saaneilla.

Kuvio 11.2.1. Päivittäin tupakoivien ikävakioitu osuus (%) 18–29-vuotiaista koulutusasteen mukaan.¹

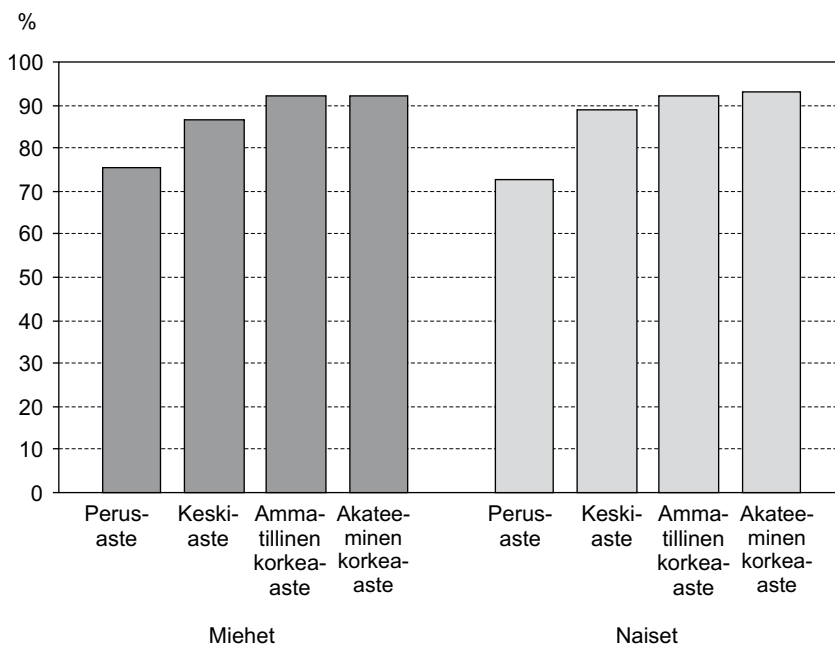


¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitetaulukossa 3

Koettu terveys ja elämänlaatu olivat perusasteen koulutuksen saaneilla selkeästi huonommat kuin enemmän koulutetuilla; ammatillisen ja akateemisen korkea-asteen välillä ei kuitenkaan tässä suhteessa ollut eroa (kuvio 11.2.2.). Vähintään yhdestä pitkäaikaissairaudesta kärsivien osuus oli perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä ja naisilla noin kaksinkertainen verrattuna akateemisen korkea-asteen koulutuksen saaneisiin. Astmasta kärsi useampi perusasteen koulutuksen saanut nainen, mutta haittaavien allergioiden tai pitkäaikaisten ihosairauksien yleisyydessä ei ollut merkitseviä eroja kummallakaan sukupuolella. Pitkäaikainen selkäsairaus oli yleisin keskiasteen koulutuksen saaneilla miehillä ja perusasteen koulutuksen saaneilla naisilla. Koettu suunterveys oli molemmilla sukupuolilla huonoin alimmassa koulutusryhmässä. Mielenterveyden ongelmien esiintyvyyden erot olivat varsin selkeitä: naisilla psyykinen kuormittuneisuus ja molemmilla sukupuo-

lilla vakava masennus olivat perusasteen koulutuksen saaneiden keskuudessa noin kaksi kertaa niin yleisiä kuin muissa koulutusryhmissä; lähes kolmasosa perusasteen koulutuksen saaneista naisista oli ainakin kerran yrittänyt itsemurhaa, kun muissa koulutusryhmissä osuus oli muutaman prosentin luokkaa. Hengitystieinfektioiden tai klamydiatulehdusten yleisyydessä ei sen sijaan ollut tilastollisesti merkitseviä eroja koulutusryhmien välillä.

Kuvio 11.2.2. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien ikävakioitu osuus (%) 18–29-vuotiaista koulutusasteen mukaan.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitetaulukossa 3

Lääkärissäkäyntejä oli keskimäärin enemmän ja sairaalahoitoa saaneiden osuus oli suurempi perusasteen koulutuksen saaneilla kuin enemmän koulutetuilla. Lisäksi perusasteen koulutuksen saaneista naisista selvästi suurempi osuus kuin muista ilmoitti, etteivät he saaneet riittävästi lääkärihoitoa sairauksiinsa. Sekä fyysinen että kognitiivinen toimintakyky ja koettu työkyky olivat parhaimmat korkeaasteen koulutuksen saaneilla.

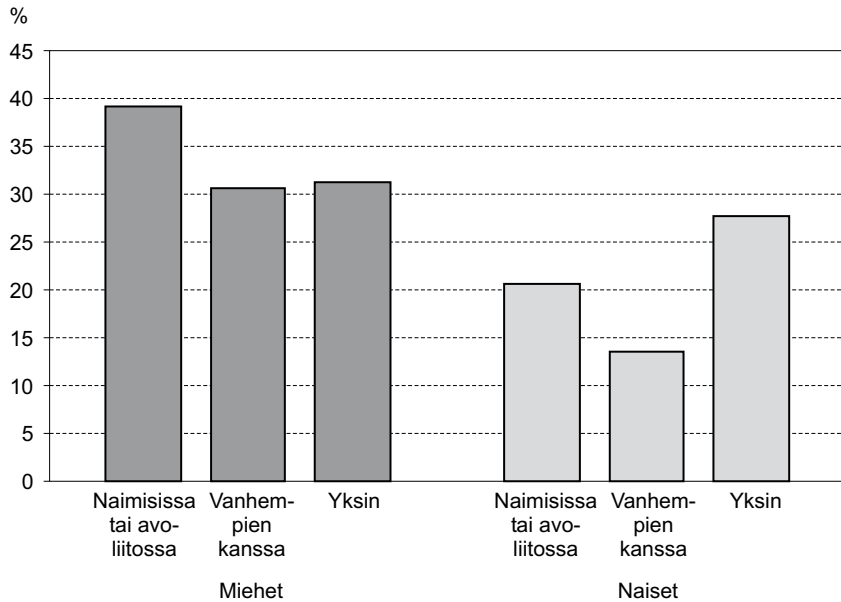
11.3 Kotitaloustyyppi

Koska nuoret aikuiset ovat perheenmuodostuksen suhteen hyvin eri vaiheissa, pidettiin mielekkäämpänä tarkastella terveystyötytymisen ja terveyden vaihtelua kotitaloustyyppin kuin siviilisäädyn mukaan. Kotitaloustyyppiluokituksessa erotettiin kolme ryhmää: naimisissa tai avoliitossa olevat, vanhempien kanssa asuvat ja yksin asuvat (määrittely ja jakaumat: ks. luku 2.5). Alkuperäisen luokituksen neljäs ryhmä, joka sisältää kaikki edellisiin ryhmiin kuulumattomat (esimerkiksi erilaisissa toveriasunnoissa asuvat sekä yksinhuoltajat), jätettiin tämän tarkastelun ulkopuolelle, koska se oli varsin pieni ja heterogeeninen. Kotitaloustyyppin ja sukupuolen mukaiset tulokset on koottu liitetaulukkoon 4.

Työttömyys oli molemmilla sukupuolilla yleisintä vanhempien luona asuvien keskuudessa, kun taas asumisahtaus oli odotetusti tavallisinta avio- tai avoliitossa olevilla. Kasvisten syönnissä, lihavuuden yleisyydessä tai hampaiden harjaamistiheydessä ei ollut merkitseviä eroja kotitaloustyyppien välillä, mutta parisuhteessa elävät naiset ja miehet sekä vanhempien luona asuvat miehet harrastivat vähiten liikuntaa. Naisilla päivittäinen tupakointi oli yleisintä yksin asuvien ryhmässä; miehillä erot olivat melko pieniä, ja heistä yleisimmin tupakoivat parisuhteessa elävät (kuvio 11.3.1). Molemmilla sukupuolilla huumeiden käyttö tai kokeilu ja miehillä myös alkoholin ongelmakäyttö olivat yleisimpiä yksin asuvien keskuudessa.

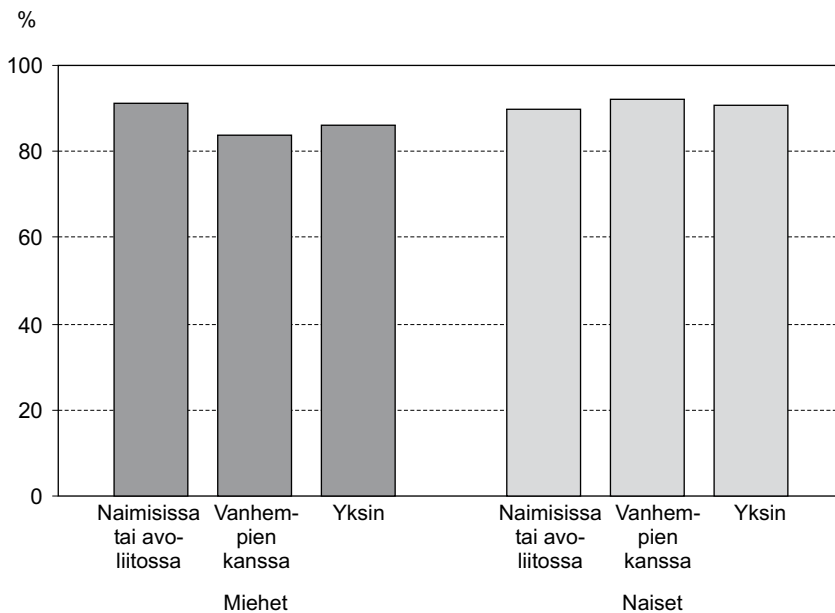
Naisten koettu terveys ei vaihdellut kotitaloustyyppin mukaan, mutta miehistä parisuhteessa elävät ilmoittivat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi yleisemmin kuin muut (kuvio 11.3.2.). Molemmilla sukupuolilla yksin asuvat kokivat yleisen elämänlaatunsa huonommaksi kuin muut. Vanhempien luona asuvat miehet potivat hieman muita miehiä yleisemmin jotakin pitkäaikaissairautta, kun taas naisilla sekä haittaava allergia että pitkäaikainen ihosairaus olivat harvinaisimpia vanhempien luona asuvien joukossa. Sekä psyykinen kuormittuneisuus että vakava masennus olivat yleisimpiä yksin asuvien keskuudessa. Miehillä nämä ongelmat olivat vähäisimpiä parisuhteessa asuvilla, mutta naisilla vanhempien luona asuvien ja parisuhteessa elävien välillä ei ollut tässä suhteessa eroja. Molemmilla sukupuolilla klamydiatulehduksen joskus sairastaneiden osuus oli suurin yksin asuvien ryhmässä ja pienin vanhempien luona asuvien keskuudessa. Vanhempien luona asuvista miehistä oli viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut sairaalahoidossa suurempi osa kuin muista, he menestyivät keskimäärin hiukan muita huonommin kognitiivista toimintakykyä mittaavasta numerosarjatestistä, ja lisäksi he arvioivat työkykynsä huonommaksi kuin muut ryhmät.

Kuvio 11.3.1. Päivittäin tupakoivien ikävakioitu osuus (%) 18–29-vuotiaista kotitaloustyyppin mukaan.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitetaulukossa 4

Kuvio 11.3.2. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokeneiden ikävakioitu osuus (%) 18–29-vuotiaista kotitaloustyyppin mukaan.¹



¹ Kuvion numeroaineisto on esitetty liitetaulukossa 4

11.4 Yhteenveto ja pohdinta

Alue-erot olivat tähän tarkasteluun valittujen mittareiden osalta melko pienet etenkin miehillä, ja naisillakin eroja oli pikemminkin elintavoissa ja -oloissa kuin terveyttä kuvaavissa mittareissa. Sekä miehillä että naisilla työttömyys oli Etelä-Suomessa (HUS-piirissä) harvinaisempaa ja kasvien päivittäinen syönti yleisempää kuin muilla alueilla, minkä lisäksi eteläsuomalaisilla miehillä suositusten mukainen hampaiden harjaus oli yleisempää ja numerosarjatestillä mitattu kognitiivinen toimintakyky keskimäärin hiukan parempi kuin muilla alueilla asuvilla miehillä. Etelä-Suomessa asuvat naiset poikkesivat maan muissa osissa asuvista naisista lisäksi siinä suhteessa, että synnyttäneiden osuus oli heillä pienempi ja alkoholin ongelmakäyttö ja huumeiden käyttö tai kokeilu yleisempää kuin muilla naisilla; toisaalta he kuitenkin ilmoittivat muita naisia yleisemmin käyttävänsä kondomia satunnaisissa sukupuoli-suhteissa. Itä- ja Pohjois-Suomi edusti yleensä toista ääripäätä, kun taas Länsi-Suomi poikkesi muista alueista miehillä vain vaikean päänsäryn suuremman yleisyyden ja naisilla muita vähäisemmän kondomin käytön suhteen.

Taajama-asteen mukaiset erot olivat hiukan selkeämpiä kuin maan eri osien väliset erot. Asuinkunnan taajama-asteen mukaiset erot heijastavat osittain alue-eroja, sillä suuret kaupungit sijaitsevat enimmäkseen Etelä- ja Länsi-Suomessa ja maaseutumaiset kunnat puolestaan painottuvat Itä- ja Pohjois-Suomeen. Suuret kaupungit osoittautuivat monien terveystyötyymistä ja terveyttä kuvaavien osoittimien valossa epäedullisimmiksi asuinalueiksi etenkin naisilla.

Alue-erot olivat nuorilla aikuisilla pienempiä kuin Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneilla 30 vuotta täyttäneillä (Martelin ym. 2002), eikä Etelä-Suomi ollut 18–29-vuotiailla keskimääräistä paremman ja Itä- ja Pohjois-Suomi keskimääräistä huonomman terveyden aluetta, mikä oli useiden osoittimien valossa tyyppillistä 30 vuotta täyttäneiden alue-eroille. On kuitenkin otettava huomioon, että 18–29-vuotiaiden terveydentilaa kuvattiin tässä suurelta osin erilaisten osoittimien avulla kuin vanhempien ikäryhmien terveyttä, koska myös yleisimmät terveysongelmat ovat näissä ikäryhmissä erilaiset. Näin ollen näiden tulosten pohjalta ei voi esimerkiksi vielä ennakoida sitä, katoaako monissa tutkimuksissa havaittu ero keskimääräistä huonompaa terveystilannetta edustavan Itä-Suomen ja maan muiden osien välillä (esim. Arinen ym. 1998; Vartiainen ym. 1998), kun tämän hetken nuoret aikuiset saavuttavat kroonisten tautien ilmaantuvuuden kannalta riskialttiin iän. Joissakin suhteissa – esimerkiksi kasvien päivittäisessä syönnissä – alue-erot olivat samantyyppisiä nuorilla aikuisilla ja 30 vuotta täyttäneillä.

Alueiden välisten terveyserojen tulevan kehityksen kannalta tärkeitä havaintoja olivat eteläsuomalaisten ja suurissa kaupungeissa asuvien nuorten naisten keski-

määräistä yleisempi alkoholin ongelmakäyttö ja huumeiden käyttö tai kokeilu sekä merkit suurissa kaupungeissa asuvien naisten psyykkisestä oireilusta. Viitteitä Etelä-Suomen, erityisesti pääkaupunkiseudun, terveyden kannalta epäedullisiin kehityskulkuihin on saatu myös muissa tutkimuksissa (esim. Helakorpi ym. 2001; Koskinen ja Martelin 1998). Havainnot tukevat usein esille nostettua ajatusta innovaatioiden alueellisesta leviämisestä niin, että sekä terveyttä edistävä että sitä vaarantavat uudet tottumukset ja käyttäytymismallit omaksutaan ensin keskuksissa.

Koulutusryhmien väliset erot olivat varsin selkeitä ja johdonmukaisia, mikä vastaa sekä 30 vuotta täyttäneitä koskeneessa Terveys 2000 -tutkimuksen osassa saatuja tuloksia (Martelin ym. 2002) että monia muita tutkimuksia (esim. Pensola ja Valkonen 2002; Lahelma ja Koskinen 2002; Helakorpi ym. 2001). Lähes kaikkien tässä tarkasteltavien elinolojen, terveystietoisuuden, terveyden ja toimintakyvyn osoittimien valossa enintään perusasteen koulutuksen saaneet olivat huonoimmassa asemassa, ja korkea-asteen koulutuksen saavuttaneet tai siihen tähtäävää tutkintoa suorittavat olivat parhaimmalla asemalla. Silloinkin kun erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, ne olivat useimmiten samansuuntaisia. Koulutuksen - ja läheisesti koulutukseen yhteydessä olevan sosioekonomisen aseman - mukaisten terveyserojen tulevan kehityksen kannalta on huolestuttavaa havaita, että monien kroonisten, vasta myöhemmässä iässä puhkeavien sairauksien taustalla olevat riskitekijät eli tupakointi, lihavuus ja epäterveellisen ruokavalioon viittaava vähäinen kasvisten syönnit olivat tässäkin ikäryhmässä sitä yleisempiä, mitä vähemmän koulutusta saaneesta ryhmästä oli kysymys.

Erityisesti pelkän perusasteen koulutuksen saaneiden ryhmään kasautui runsaasti terveysongelmia ja terveyttä vaarantavia riskitekijöitä. Monien osoittimien kohdalla keskeinen koulutusryhmien välinen ero havaittiin nimenomaan tämän ryhmän ja muiden ryhmien välillä. Tällainen oli tilanne esimerkiksi mielenterveyden ongelmien tapauksessa, joissa ei 30 vuotta täyttäneillä ollut juurikaan johdonmukaisia koulutusryhmien välisiä eroja (Martelin ym. 2002) ja jotka eivät myöskään näytä vaihtelevan koulutukseen vahvasti yhteydessä olevan ammattiaseman mukaan (Lahelma ym. 2004). Varsin hätkähdyttävä oli esimerkiksi se tulos, että pelkän perusasteen koulutuksen saaneista 18-29-vuotiaista naisista yli 40 %:lla oli ollut viitteitä vakavasta masennustilasta viimeisten 12 kuukauden aikana ja että lähes kolmasosa oli joskus yrittänyt itsemurhaa, kun kaikilla naisilla vastaavat osuudet olivat noin 18 % ja 4 %. Myös alkoholin ongelmakäyttäjien sekä huumeita käyttäneiden tai kokeilleiden osuus oli perusasteen koulutuksen saaneilla selvästi suurempi kuin muilla, ja raskauden keskeytyksen kokeneiden naisten osuus oli heillä kaksinkertainen keskiasteen koulutuksen saaneisiin verrattuna ja yli viisi kertaa niin suuri kuin korkea-asteen koulutuksen saaneilla. Väestön koulutustason nousun myötä perusasteen koulutuksen saaneiden osuus on jatkuvasti pienentynyt, tässä tutkimuksessa sen arvioitiin muodostavan alle kymmenesosan vuonna 2000

18-29-vuotiaiden kohortista. Tämän tutkimuksen tulos on sopusoinnussa Rintasen (2000) kutsuntarkastustietojen perusteella tekemän havainnon kanssa, jonka mukaan koulutuksellisesti syrjäytyneille eli peruskoulun, lukion tai ammattikoulun keskeyttäneille tai kokonaan ammatillisen koulutuksen ulkopuolelle jääneille kasautuu monenlaisia terveydellisiä ongelmia.

Toisin kuin koulutuksen mukaan, läheskään kaikki elinolojen, terveystyötytymisen, terveydentilan ja toimintakyvyn osoittimet eivät vaihdelleet *kotitaloustyyppin* mukaan. Lisäksi erojen suunta vaihteli jonkin verran osoittimesta riippuen, eivätkä erot aina olleet molemmilla sukupuolilla samanlaisia. Naimisissa tai avoliitossa olevilla miehillä oli muita vähemmän työttömyyttä, pitkäaikaissairauksia, psyykkistä kuormittuneisuutta, vakavaa masennusta ja sairaalahoitoja, ja lisäksi tässä ryhmässä terveytensä tai elämänlaatunsa hyväksi kokeneiden osuus oli suurempi ja itse arvioitu työkyky keskimäärin parempi kuin muihin kotitaloustyyppeihin kuuluvilla. Myös parisuhteessa elävillä naisilla oli vähemmän työttömyyttä kuin muilla ja koettu elämänlaatu oli hyvä, minkä lisäksi huumeiden käyttö tai kokeilu olivat harvinaisempia kuin muilla ryhmillä. Toisaalta tupakoivien osuus oli parisuhteessa elävillä miehillä suurempi kuin muissa ryhmissä, ja riittävää liikuntaa harrastavien osuus jäi molemmilla sukupuolilla alle keskitason.

Vanhempiensa luona asuvat naiset olivat lähes kaikkien tarkasteltujen osoittimien valossa terveydeltään keskitasoa tai sitä parempia. Sen sijaan miehillä vanhempien luona asumiseen liittyi monia terveysongelmia: heistä suurempi osuus koki terveytensä huonoksi, kärsi jostakin pitkäaikaissairaudesta ja oli ollut sairaalahoitossa viimeksi kuluneen vuoden aikana kuin muista miehistä. Lisäksi he suoriutuivat keskimäärin hiukan muita huonommin kognitiivista toimintakykyä mittaavasta numerosarjatestistä ja arvioivat työkykynsä keskimäärin heikommaksi kuin muut miehet. Toisaalta huumeiden käyttö tai kokeilu sekä klamydiatulehduksen sairastaminen olivat harvinaisempia kuin muilla miehillä. Työttömien osuus oli molemmilla sukupuolilla suurin vanhempien luona asuvilla. Yksin asuvilla oli monia terveysongelmia keskimäärin useammin kuin muilla. Psykkinen kuormittuneisuus ja masennus olivat yleisempiä kuin muilla ryhmillä, ja klamydiatulehduksen sairastaneiden osuus oli suurempi kuin muissa ryhmissä; naisilla lisäksi haittaavia allergioita ja pitkäaikaisia ihosairauksia esiintyi yksin asuvilla enemmän kuin muilla. Huumeita kokeilleiden tai käyttäneiden osuus oli molemmilla sukupuolilla suurempi ja naisilla myös päivittäinen tupakointi oli yleisempää yksin asuvilla kuin muilla, mutta riittävästi liikuntaa harrastavien osuus oli keskitasoa suurempi. Yksin asuvat kokivat myös elämänlaatunsa hyväksi selvästi harvemmin kuin parisuhteessa tai vanhempien luona asuvat.

Monissa aiemmissa tutkimuksissa (esim. Wyke ja Ford 1992; Joung 1996; Koskinen ym. 1999) ja myös Terveys 2000 -tutkimuksen 30 vuotta täyttäneitä koskevassa osassa (Martelin ym. 2002) on todettu naimisissa olevien terveyden olevan useimpien osoittimien valossa parempi kuin muiden siviilisäätöjen. Myös nuorilla miehillä avio- tai avoliitossa oleminen liittyy tämän tutkimuksen valossa keskimääräistä parempaan terveyteen, kun taas naisilla ero muihin asumismuotoihin ei ollut kovin selkeä. Vanhempien luona asuvien miesten monien osoittimien valossa muita ryhmiä huonompi terveys saattaa viitata siihen, että terveys tai siihen läheisesti liittyvät tekijät ovat osaltaan viivytäneet kotoa muuttamista. Vuonna 1996 toteutetussa, 18–26-vuotiaita koskeneessa Nuorten Suomi 2001 -tutkimuksessa etenkin 24 vuotta täyttäneet mainitsivat työttömyyden ja omien vanhempien avun tarpeen usein vanhempien luona asumisen syyksi, ja myös tässä tutkimuksessa työttömyys oli yleisempää vanhempien luona asuvilla kuin muilla ryhmillä. Vanhempien luona asumiseen vaikuttavat tekijät ja sen seuraukset saattavat kuitenkin olla erilaisia miehillä ja naisilla, sillä tätä asumismuotoa edustavat nuoret naiset olivat pikemminkin keskimääräistä terveempiä; tämän sukupuolten välisen eron tarkempi selvittäminen jää jatkotutkimusten tehtäväksi. Mielenterveyden ongelmien ja elämänlaadun vajeen yleisyys yksin asuvilla nuorilla aikuisilla voi liittyä sosiaalisen tuen puutteeseen ja mahdollisiin parisuhteen solmimisessa koettuihin epäonnistumisiin.

Kaiken kaikkiaan tulokset osoittavat selvästi, että myös nuorilla aikuisilla on havaittavissa väestöryhmien välisiä eroja terveydessä. Erityisen silmiinpistäviä ovat koulutusryhmien väliset erot, etenkin ongelmien kasautuminen pienelle enintään perusasteen koulutuksen saaneelle ryhmälle. Koulutus on lisäksi yhteydessä muihin väestöryhmätekijöihin, joten jotkut edellä havaituista eroista – esimerkiksi asuinalueiden väliset tai taajama-asteen mukaiset – saattavat osittain heijastaa koulutusryhmien välisiä eroja. Niinpä jatkotutkimuksissa olisikin tärkeätä tarkastella nuorten aikuisten terveyden vaihtelua samanaikaisesti kaikkien taustatekijöiden mukaan ja pyrkiä jäljittämään niitä koulutuksellisia, ammatilliseen ja alueelliseen liikkuvuuteen sekä parisuhteen ja perheen muodostamiseen liittyviä polkuja, jotka ovat nuorten aikuisten terveyden kannalta tärkeitä taustatekijöitä.

Kirjallisuus

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT Terveys 1998:5, Stakes ja Kansaneläkelaitos, Helsinki, 1998.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 16/2001, Helsinki, 2001.

Joung I. Marital status and health. Descriptive and explanatory studies. Thesis, Erasmus Universiteit, Rotterdam 1996.

Koskinen S, Martelin T. Viina tappaa keski-ikäisiä pääkaupunkiseudulla. Kuolleisuuden alue-erot 1990-luvulla. Kuntapuntari, 1998:2:66–71.

Koskinen S, Martelin T, Rissanen H. Siviilisäätäjien kuolleisuuserot – kasvava kansanterveysongelma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 1999:36:271–284.

Lahelma E, Martikainen P, Rahkonen O, Roos E, Saastamoinen P. Työntekijöiden terveydentilan vaihtelu ammattiaseman mukaan. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 2004:2:95–107.

Lahelma E, Koskinen S. Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot – haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa: Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R, Sihto M, toim. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki 2002, s. 21–44.

Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, s. 93–102.

Nuorten Suomi 2001, Osa 2: Nuorten kunta-arviot. (<http://www.alli.fi/tieto/ns2001/kunta-arviot/>)

Pensola T, Valkonen T. Effect of parental social class, own education and social class on mortality among young men. European Journal of Public Health 2002;12:29–36.

Rintanen H. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänsä aikana. Acta Universitatis Tamperensis 740, Tampere 2000.

Vartiainen E, Jousilahti P, Juolevi A, Sundvall J, Alfthan G, Salminen I, Puska P. FINRISKI 1997. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista ja terveyspalvelujen käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/1998, Helsinki, 1998.

Wyke S, Ford G. Competing explanations for associations between marital status and health. Soc Sci Med 1992;34:523–532.

12 YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT

Seppo Koskinen, Laura Kestilä, Tuija Martelin ja Arpo Aromaa

Monilla nuorilla aikuisilla on merkittäviä terveysongelmia, vaikka lähes kaikki ikääntymiseen liittyvät sairaudet ovatkin vielä harvinaisia alle 30-vuotiailla. Lisäksi myöhemmän aikuisiän terveys ja väestöryhmien väliset terveyserot juontavat juurensa varhaisempiin käyttäytymis- ja ympäristötekijöihin. Nuorella aikuisiällä useat tulevan terveyden kannalta keskeiset ympäristön ja käyttäytymisen piirteet vakiintuvat, ja siksi tiedot terveydestä, sen määrittäjistä ja niitä muovaavista tekijöistä tässä ikävaiheessa ovat tärkeitä koko aikuisväestön terveyden edistämiseksi. Siitä huolimatta valtakunnallisissa väestön terveyttä ja sen määrittäjiä kartoittavissa tutkimuksissa on kiinnitetty varsin vähän huomiota nuoriin aikuisiin; etenkin 19–24-vuotiaita koskevia tietoja on hyvin vähän. Lisäksi niissäkin muutamissa tutkimuksissa, joissa on kerätty tietoja nuorten aikuisten terveydestä, etenkin nuorten miesten osallistumisaktiivisuus on ollut niin vähäinen (noin 50–60 %), että monet tiedot ovat epäluotettavia.

12.1 Tutkimuksen toteutus

Terveys 2000 -hankkeen nuorten aikuisten tutkimuksen sisällön ja toteutuksen suunnittelusta vastasi pääosin sama laaja asiantuntijaorganisaatio kuin 30 vuotta täyttäneidenkin tutkimuksesta (ks. Aromaa ja Koskinen 2002, liite 3). Eri aihealueiden suunnittelusta vastaavat työryhmät edustivat lukuisia tutkimuslaitoksia, korkeakouluja ja muita asiantuntijatahoja maan eri osissa. Sekä tutkimuksen sisällön että toteutuksen suunnittelussa tärkeänä tavoitteena oli saavuttaa mahdollisimman hyvä vertailukelpoisuus 30 vuotta täyttäneistä koottuihin tietoihin. Nuorten aikuisten tutkimusosuudesta kuitenkin karsittiin sellaisia osia, jotka eivät ole oleellisia tämän ikäryhmän kohdalla, ja vastaavasti tutkimukseen lisättiin nimenomaan nuorten aikuisten kannalta tärkeitä aiheita.

Kaksiasteinen otos edusti poimintahetkellä koko maan 18–29-vuotiasta väestöä (Laiho ja Djerf 2004), joten tulosten yleistettävyyks on hyvä, ja niitä voidaan vertailla 30 vuotta täyttäneistä saatuihin tuloksiin (Aromaa ja Koskinen 2002).

18–29-vuotiaiden kenttätutkimus sisälsi Tilastokeskuksen toteuttaman haastattelun ja sen yhteydessä annetun peruskyselyn sekä ravinnonkäyttökyselyn. Lähes kaikki haastattelijat olivat osallistuneet 30 vuotta täyttäneiden tiedonkeruuseen ja sitä edeltäneeseen koulutukseen, joten heillä oli hyvät valmiudet nuorten aikuisten haastatteluihin, vaikka niihin valmentava koulutus olikin varsin niukka. Kenttätutkimuksen edellä ja sen aikana tutkimuksesta tiedotettiin laajalti kansallisissa ja

paikallisissa tiedotusvälineissä. Mahdollisimman suureen osallistumisaktiivisuuden pyrittiin monin muinkin keinoin. Katoon jääneille lähetettiin haastattelun ja peruskyselyn ydinkysymyksistä koottu lyhyt kysely. Ponnistelu kadon minimoimiseksi oli tuloksekasta, sillä haastatteluun osallistui 79 % otoksesta ja keskeisimmät tiedot saatiin peräti hieman yli 90 %:lta. Osallistumisaktiivisuus oli selvästi parempi kuin missään viimeaikaisessa nuoriin aikuisiin kohdistuneessa suomalaisessa terveystutkimuksessa puhumattakaan muissa Euroopan maissa tehdyistä tutkimuksista (Aromaa ym. 2003a ja 2003b).

12.2 Elinolot ja elintavat

Elinolot ja perheellistyminen

Useimpien nuorten aikuisten elämäntilanne ei vielä ole vakiintunut. 18–24-vuotiaista miehistä joka neljäs ja naisista useampi kuin joka kolmas opiskeli päätoimisesti vuonna 2001. 25–29-vuotiaiden keskuudessa päätoiminen opiskelu oli jo selvästi harvinaisempaa: alle 10 % ilmoitti pääasialliseksi toiminnakseen opiskelun. Opiskelun jälkeen työelämään siirtyminen ei aina sujunut ongelmitta: nuorista aikuisista työttömiä oli 10 %, ja ansiotyötä tekevistä määräaikaisessa työsuhteessa oli yli 40 %. Lisäksi kaikista edeltäneen vuoden aikana ansiotyötä tehneistä lähes joka viides ilmoitti kokevansa lomautuksen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhkaa. Miehistä 10 % ja naisista 8 % ei ole suorittanut tai suorittamassa mitään perusasteen jälkeistä tutkintoa. Heidän mahdollisuutensa sijoittua monipuolista osaamista vaativaan työelämään ovat varsin huonot.

18–24-vuotiaista naisista puolet ja miehistä 70 % ei elänyt parisuhteessa ja moni asui vielä vanhempiensa luona. Valtaosa parisuhteen solmineista 18–24-vuotiaista eli avoliitossa ja lapsia oli vain joka kymmenennellä. Sen sijaan 25–29-vuotiaista enää viitisen prosenttia asui vanhempien luona ja parisuhteessa eli kaksi kolmesta. Naisilla avioliitot olivat tässä ikäryhmässä yhtä yleisiä kuin avoliitot, mutta miehillä avoliitto oli yleisempi parisuhteen muoto. Lapsia oli 25–29-vuotiaista naisista lähes joka toisella ja miehistä joka kolmannella.

Elintavat

Nuorten miesten ruoankäyttötottumukset olivat ainakin rasvan ja kasvien osalta epäterveellisemmät kuin nuorten naisten. Rasvaista maitoa käytti miehistä runsaat 40 % mutta naisista alle 20 %, ja vihannesten päivittäinen käyttö oli naisilla yleisempää kuin miehillä. Nuorten naistenkaan ruoankäyttö ei kuitenkaan ollut läheskään suositusten mukaista. Esimerkiksi kasviksia käytti päivittäin naisistakin vain hieman yli puolet. Myös liikunnan vähäisyys oli yleistä: noin 37 % nuorista nai-

sista ja miehistä harrasti terveyttä edistävää vapaa-ajan liikuntaa enintään kerran viikossa. Ruoka- ja liikuntatottumusten seuraukset näkyvät jo nuorilla aikuisilla liikapainoisuuden yleisyytenä: miehistä runsas kolmannes ja naisista vajaa neljännes oli ylipainoisia (painoindeksi ≥ 25 kg/m²) ja lihavia (painoindeksi ≥ 30 kg/m²) oli runsaat 7 % nuorista aikuisista. Terveyden kannalta liian lyhyt, alle 6 tunnin uni oli sekin yleisempää miehillä (14 %) kuin naisilla (5 %), samoin hampaiden harjaaminen harvemmin kuin kahdesti päivässä (naiset 19 %, miehet 47 %).

Päivittäin tupakoi peräti 35 % nuorista miehistä ja naisistakin 24 %. Tämän lisäksi satunnaistupakoijia oli noin 10 %. Ainakin yhden kerran krapulassa oli edeltäneen vuoden aikana ollut neljä viidesosaa nuorista miehistä ja kaksi kolmasosaa naisista. Miehillä krapulakertoja oli vuoden aikana ollut keskimäärin 10 ja naisillakin 5. Myös seksuaalisuuteen liittyvä riskikäyttäytyminen oli huomattavan yleistä: muun kuin vakituisen kumppanin kanssa sukupuoliyhdyntässä olleista nuorista aikuisista vain puolet kertoi käyttäneensä kondomia. Marijuanaa tai hasista oli ainakin joskus kokeillut joka viides nuori aikuinen, mutta yli 5 kertaa käyttäneitä oli alle 5 % vastanneista. Suonensisäisiä huumeita ilmoitti käyttäneensä alle 1 %. Samoin anabolisia hormoneja ilmoitti käyttäneensä vain noin 1 % vastanneista, mutta käyttäjiä ilmoitti tuntevansa noin joka viides.

12.3 Terveys ja palvelujen käyttö

Elämänlaatu ja koettu terveys

Nuorista miehistä 83 % ja naisista peräti 89 % arvioi elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi, ja huonona tai erittäin huonona elämänlaatuun piti vain 1 % vastaajista. Koetun terveyden osalta tulokset olivat samanlaiset: terveyttään piti hyvänä tai melko hyvänä 88 % nuorista aikuisista, huonona tai melko huonona vain 2 %.

Sairaudet

Joka neljäs nuori aikuinen ilmoitti sairastavansa vähintään yhtä pitkäaikaista sairautta. Yleisimmin ilmoitettuja olivat allerginen nuha, jonka raportoi 21 % kaikista nuorista aikuisista, selkäsairaus (14 %), pitkäaikainen ihosairaus (naiset 18 %, miehet 9 %) ja astma (8 %).

Myös mielenterveysongelmat ovat nuorilla aikuisilla, etenkin naisilla, varsin yleisiä: GHQ12-summapistemäärän mukaan psyykkistä kuormitusta esiintyi 20 %:lla naisista ja 14 %:lla miehistä (GHQ > 2). Edeltäneiden 12 kuukauden aikana ansiotyössä olleista 27 %:lla esiintyi lievään ja 2 %:lla vakavaan työuupumukseen viitettäviä löydöksiä. 18 % naisista ja 6 % miehistä oli kärsinyt viimeksi kuluneiden

12 kuukauden aikana vakavan masennusjakson kriteerit mahdollisesti täyttävistä masennusoireista. Ainoa miehillä yleisempi mielenterveysongelmien osoitin oli alkoholi-ongelmaan viittaava löydös (CAGE > 1), joka todettiin 35 %:lla miehistä ja 22 %:lla naisista.

Muista oireista ja löydöksistä yleisimpiä olivat selkäkipu, josta edeltäneen kuukauden aikana oli kärsinyt 23 % nuorista aikuisista, ja niskakipu, jonka esiintyvyys edeltäneen kuukauden aikana oli naisilla 34 % ja miehillä 18 %. Päänsärky oli viime aikoina vaivannut melko paljon tai erittäin paljon 13 %:a naisista ja 5 %:a miehistä. Lääkärin toteama kohonnut verenpaine oli miehistä 9 %:lla ja naisista 5 %:lla. Laktoosi-intoleranssin ilmoitti 12 % naisista ja 5 % miehistä.

Myös suun terveysongelmia esiintyi runsaasti. Hammassärkyä tms. vaivoja oli edeltäneen vuoden aikana esiintynyt yli 40 %:lla nuorista aikuisista ja yhtä suuri osuus arvioi tarvitsevansa hammashoitoa.

Akuutit infektiosairaudet olivat myös melko yleisiä nuorilla aikuisilla. Hengitystietulehdus kahden edeltäneen kuukauden aikana oli ollut 28 %:lla ja äkillinen vatsatauti kahden viikon aikana runsaalla 10 %:lla nuorista aikuisista. Viimeksi kuluneen vuoden aikana 24 % naisista oli sairastanut virtsatieinfektion, mutta miehistä vain 1 %. Sukupuoliteitse tarttuvista sairauksista yleisimpiä olivat klamydia, jonka 8 % oli sairastanut ainakin kerran elämänsä aikana, ja kondylooma (naisista 13 % ja miehistä 4 %).

Toimintakyky

Vakavat toimintakyvyn rajoitukset olivat 18–29-vuotiaiden ryhmässä vielä hyvin harvinaisia. Jonkin toimintakykyä alentavan sairauden tai vamman ilmoitti noin 9 % nuorista aikuisista, ja näistä vain joka kymmenes – eli vajaa prosentti 18–29-vuotiaista – ilmoitti saavansa tai tarvitsevansa toistuvasti apua tavallisissa toimituksissa. Sanomalehden lukemista vaikeuttavan näköongelman ilmoitti 1 % ja keskustelun kuulemisesta vaikeuttavan kuulo-ongelman 3 % nuorista aikuisista. Kahden kilometrin kävelyssä vaikeuksia raportoi 3 % nuorista aikuisista, mutta puolen kilometrin juoksussa jo 14 % miehistä ja 36 % naisista. Kielellisen sujuvuuden tehtävästä naiset suoriutuivat hieman paremmin kuin miehet, mutta lyhytkestoisessa työmuistissa sukupuolten välillä ei ollut eroa.

Myös työkyvyn rajoitukset olivat harvinaisia: alle 0,5 % nuorista aikuisista piti itseään täysin työkyvyttömänä ja runsaat 4 % arvioi olevansa osittain työkyvyttömiä. Työttömistä ja lomautetuista työkykyään piti ainakin osittain rajoittuneena runsaat 13 %, kun työssä käyvien ja opiskelijoiden keskuudessa vastaava osuus oli 1–5 %. Noin 95 % nuorista aikuisista piti työkykyään hyvänä sekä työn (tai opiskelun) fyysisten että psyykkisten vaatimuksen kannalta. Niinpä ammatillista tai muuta kuntoutusta arvioi tarvitsevansa vain runsaat viisi prosenttia vastanneista.

Palvelujen käyttö

Vaikka vakavat terveysongelmat ovat nuorilla aikuisilla harvinaisia, heillä on melko paljon kontakteja terveydenhuollon kanssa. Suuri enemmistö nuorista aikuisista oli osallistunut johonkin terveystarkastukseen edeltäneiden viiden vuoden aikana; 18–24-vuotiaat useimmin ajokorttitarkastukseen ja 25–29-vuotiaat työ- tai opiskelijaterveystarkastukseen. Kolme neljästä oli ollut näöntarkastuksessa ja joka toisen kuulo oli tutkittu edeltäneiden viiden vuoden aikana. Verenpaine oli mitattu noin 80 %:lta, verensokeri noin 40 %:lta ja kolesteroli joka neljänneltä. 25–29-vuotiaista naisista 95 % oli ollut gynekologisessa tarkastuksessa ja 18–24-vuotiaista miehistä 70 % kutsuntatarkastuksessa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana.

60 % nuorista miehistä ja 76 % nuorista naisista oli ollut lääkärinvastaanotolla edeltäneiden 12 kuukauden aikana. Reseptilääkkeitä käytti tutkimushetkellä miehistä 40 % ja naisista peräti 72 %. Vain 4 % kaikista ainakin yhden sairauden raportoineista nuorista aikuisista ilmoitti, ettei saanut jonkin sairautensa takia jatkuvaa lääkärinhoitoa, vaikka koki sellaista tarvitsevansa.

12.4 Väestöryhmien väliset erot

Useimpien osoittimien mukaan nuoret aikuiset ovat keskimäärin varsin terveitä, mutta tässäkin ikäryhmässä terveys ja sen edellytykset vaihtelevat huomattavasti mm. asuinalueen, koulutuksen ja kotitaloustyyppin mukaan. Väestöryhmittäiset terveyserot ovat tasa-arvoon tähtäävän terveys- ja yhteiskuntapolitiikan näkökulmasta sellaisenaan tärkeitä. Nuorilla aikuisilla niiden merkitys korostuu sen takia, että monet väestöryhmien terveyserojen taustalla olevat elintavat ja elinolot vakiintuvat nuorena aikuisiässä, jolloin terveyserot alkavat kärjistyä oltuaan melko vähäisiä lapsuudessa (Pensola 2003; Rahkonen ym. 1995; West 1997). Nuorten aikuisten terveyserojen tutkiminen onkin tärkeää myös myöhemmällä aikuisiällä ilmenevien terveyserojen syntymekanismien ymmärtämiseksi ja erojen pienentämiseen tähtäävien toimenpiteiden suunnittelun, ajoituksen ja kohdentamisen kannalta.

Alueiden väliset erot

Maan eri osien väliset erot nuorten aikuisten terveydessä olivat varsin vähäisiä ja ne vaihtelivat terveysosoittimen mukaan. Miesten terveys ei vaihdellut myöskään kunnan kaupunkimaisuuden mukaan, mutta suurissa kaupungeissa asuvien naisten terveys oli monessa suhteessa huono ja vastaavasti maaseutumaisissa kunnissa asuvien naisten terveys oli erityisen hyvä. Suurissa kaupungeissa naisten koettu terveys oli keskitasoa huonompi, astma ja pitkäaikainen ihosairaus olivat yleisiä samoin kuin psyykkinen kuormittuneisuus ja vakava masennus.

Terveysteen vaikuttavien tekijöiden alueittaiset erot olivat jonkin verran selvempiä kuin varsinaiset terveydentilan erot. Itä- ja Pohjois-Suomessa työttömyys ja vähäinen vihannesten käyttö olivat yleisiä. Eteläsuomalaisten naisten keskuudessa puolestaan alkoholin ongelmakäyttö ja etenkin huumeiden kokeilu tai käyttö olivat yleisiä. Monissa elintavoissa suuret kaupungit ja maaseutumaiset alueet edustivat ääripäitä etenkin naisilla. Huumeiden kokeilu tai käyttö oli yleisintä suurissa kaupungeissa asuvien naisten ja miesten keskuudessa, ja naisilla myös alkoholin ongelmakäyttö vaihteli samalla tavalla aluetyyppien välillä. Maaseudun naiset tupakoivat vähemmän kuin kaupungeissa asuvat. Suurissa kaupungeissa asuvat miehet söivät useammin kasviksia päivittäin ja harjasivat hampaansa suositusten mukaisesti yleisemmin kuin maaseudun miehet.

Koulutusryhmien väliset erot

Koulutusryhmien väliset erot olivat suuret ja johdonmukaiset. Lähes kaikkien tässä tarkasteltavien elinolojen, terveystietoisuuden, terveyden ja toimintakyvyn osoittimien valossa enintään perusasteen koulutuksen saaneet olivat huonoimmasa asemassa, ja korkea-asteen koulutuksen saavuttaneet tai siihen tähtäävää tutkintoa suorittavat olivat parhaimmalla asemassa. Silloinkin kun erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, ne olivat useimmiten samansuuntaisia. Naisilla koulutusryhmien väliset erot olivat vielä useammin tilastollisesti merkitsevät kuin miehillä. Kärjistyneimpiä naisten terveydentilan koulutusryhmittäiset erot olivat vakavan masennuksen ja itsemurhayritysten kohdalla: enintään perusasteen koulutuksen suorittaneista naisista peräti 43 %:lla oli esiintynyt vakavaan masennustilajaksoon viittaavia oireita ja 31 % ilmoitti yrittäneensä joskus itsemurhaa, kun korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden tai sellaista suorittavien naisten keskuudessa vakavia masennusoireita oli esiintynyt noin 15 %:lla ja itsemurhaa oli yrittänyt vajaat 2 %.

Monet terveysongelmien vaaratekijät olivat alimmassa koulutusryhmässä huomattavasti yleisempiä kuin ylimmissä. Enintään perusasteen koulutuksen saaneista tupakoi lähes puolet, akateemisen korkea-asteen koulutuksen saaneista vain noin 10 %. Alkoholin ongelmakäyttö, huumeiden kokeilu tai käyttö ja lihavuus olivat etenkin naisilla alimmassa koulutusryhmässä selvästi yleisempiä kuin ylimmissä. Nämä elintapojen erot ennakoivat jyrkkiä terveydentilan koulutusryhmittäisiä eroja myöhemmällä aikuisiällä.

Kotitaloustyyppin mukaiset erot

Parisuhteessa, vanhempiensa kanssa ja yksin asuvien välillä oli myös selviä eroja terveydentilassa ja siihen vaikuttavissa tekijöissä, mutta erot eivät yleensä olleet yhtä jyrkkiä ja johdonmukaisia kuin koulutusryhmien väliset erot. Naimisissa tai avoliitossa olevien tilanne oli kuitenkin monessa suhteessa parempi kuin muihin kotitaloustyyppien kuuluvien. Naisista huonoimmassa asemassa olivat useimmiten yksin asuvat, joiden koettu terveys oli huonoin ja joiden keskuudessa mm. masennus, psyykinen kuormittuneisuus, tupakointi ja huumeiden kokeilu tai käyttö olivat yleisimpiä. Miehistä huonoimmassa asemassa olivat joko yksin asuvat tai vanhempiensa kanssa asuvat, osoittimesta riippuen.

12.5 Päätelmät

Nuoret aikuiset ovat monessa suhteessa hyvin terveitä. Terveytensä arvioi keskinertaiseksi tai sitä huonommaksi vain 12 % ja pitkäaikaissairauksia on vain neljäsosalla 18–29-vuotiaista, kun 30–44-vuotiailla vastaavat osuudet ovat 19 % ja kolmasosa. Muun muassa sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, tuki- ja liikuntaelinten vaivat, tapaturmien aiheuttamat pysyvät vammat sekä suun terveysongelmat ovat alle 30-vuotiailla olennaisesti harvinaisempia kuin 30–44-vuotiailla. Psyykinen kuormittuneisuuskin on vähäisempää 18–29-vuotiailla kuin 30 vuotta täyttäneillä, samoin kuin merkittävät toimintakyvyn rajoitukset.

Nuorten aikuisten terveys ei kuitenkaan kokonaisuudessaan ole näin hyvä. Eräät terveysongelmat samoin kuin monet myöhempää terveyttä vaarantavat elintavat ovat huomattavan yleisiä jo tässä ikäryhmässä. Jotkut terveysongelmat ovat selvästi yleistymässä myös nuorilla aikuisilla ja väestöryhmien väliset terveyserot osoittautuivat olevan varsin suuret jo alle 30-vuotiailla.

Allergioita on noin joka neljännellä nuorella aikuisella, samoin selkäkipu ja niskakipu ovat vaivanneet noin joka neljättä edeltäneen kuukauden aikana. Suun terveysongelmia on peräti 40 %:lla ja lievän työuupumuksen merkkejä on yli neljäsosalla työssä edeltäneiden 12 kuukauden aikana olleista. Lähes joka viidennellä 18–29-vuotiaalla naisella on selviä viitteitä vakavasta masennusjaksosta edeltäneen vuoden aikana, miehistä vain joka kuudennellatoista. Viitteitä alkoholiongelmista on puolestaan peräti kolmanneksella nuorista aikuisista miehistä ja noin joka viidennellä tämän ikäryhmän naisista.

Myös terveyttä vaarantavat elintavat ovat edelleen huomattavan yleisiä. Joka toinen nuori aikuinen syö kasviksia harvemmin kuin päivittäin, terveyden kannalta riittämättömästi vapaa-ajan liikuntaa harrastaa noin 40 %, miehistä 40 % käyttää rasvaista maitoa ja päivittäin tupakoivia on nuorista aikuisista noin 30 %. Krapu-

lassa edeltäneen vuoden aikana on ollut peräti kolme neljäsosaa ja huumeita on kokeillut noin yksi neljäsosa 18–29-vuotiaista. Lisäksi runsaat 10 % työvoimasta tässä ikäryhmässä oli työttömänä aineiston keruuajana, ja noin 10 % ei ollut suorittanut eikä suorittamassa mitään perusasteen jälkeistä tutkintoa, mihin liittyy huomattava syrjäytymisen uhka.

Terveys ja sen määrittäjät vaihtelevat huomattavasti nuorten aikuisten osaryhmien välillä. Kaikkien suurimpia ja johdonmukaisimpia ovat koulutusryhmien väliset terveyserot, jotka ovat naisilla monen terveysongelman osalta vielä korostuneempia kuin miehillä. Erityisen jyrkkä koulutusryhmien välinen ero tulee esiin naisten itsemurhayrityksissä, jotka ovat alimmassa koulutusryhmässä yli seitsemän kertaa niin yleisiä kuin naisilla keskimäärin. Nykypäivän nuorten aikuisten sukupolven varttuessa keski-ikään heidän koulutusryhmittäiset terveyseronsa saattavat entisestään kasvaa. Tähän viittaa monien terveyden vaaratekijöiden hyvin epätasainen jakauma: esimerkiksi päivittäinen tupakointi on alimmassa koulutusryhmässä noin kolme kertaa niin yleistä kuin ylimmässä, kun 30 vuotta täyttäneiden keskuudessa vastaava ero on pienempi (Martelin ym. 2002).

Alimman koulutusryhmän – ja useissa terveysongelmissa myös keskiasteen koulutusryhmän – ohella terveydeltään muita huono-osaisempia osoittautuivat olevan yksin asuvat naiset ja miehet sekä joiltakin osin myös vanhempiensa kanssa asuvat miehet. Alue-erot ovat pääsääntöisesti melko vähäisiä, mutta maaseudulla useat terveysongelmat näyttävät olevan hieman harvinaisempia kuin kaupungeissa, etenkin naisten keskuudessa.

Nuorten aikuisten terveyden tulevaisuudennäkymät sisältävät monia haasteita terveyden edistämiseksi ja terveyspolitiikalle. Koulutusryhmien väliset erot terveydessä ja sen määrittäjissä ovat etenkin naisilla yllättävän suuret jo nuorella aikuisiällä. Koska elintavat ja elinolot usein vakiintuvat tässä elämänvaiheessa, niiden väestöryhmittäiset erot ennakoivat suuria terveyseroja nykyisen nuorten aikuisten sukupolven ikääntyessä, ellei terveyden ja sen väestöryhmittäisten erojen määrittäjiin kyetä tehokkaasti puuttumaan etenkin huono-osaisimmissa väestöryhmissä. Aikuisväestön terveyskäyttämiskyselyjen (Helakorpi ym. 2003) mukaan koko nuorten aikuisten ikäryhmässä koettu terveys on heikentymässä ja jännittyneisyyden ja stressaantuneisuuden kokeminen sekä lihavuus ovat nopeasti yleistymässä. Alkoholi- ja muiden päihdehaittojen yleistyminen ja pitkittyvä suurtyöttömyys ovat esimerkkejä muista nuorten aikuisten terveyteen liittyvistä tulevaisuuden haasteista.

Nuorten aikuisten, etenkin miesten, osallistuminen terveystutkimuksiin on erityistä ollut niin vähäistä, että on syytä epäillä tulosten antavan vääristyneen kuvan tämän ikäryhmän terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Ehkä osin tästä syystä nuorten aikuisten terveyttä kartoitettavia tutkimuksia on tehty varsin vähän. Terveys

2000 -tutkimus osoittaa, että myös tässä ikäryhmässä voidaan saavuttaa hyvä osallistumisaktiivisuus, kun siihen pyritään kaikin käytettävissä olevin keinoin. On tärkeää jatkaa luotettavien tietojen keräämistä nuorten aikuisten terveydestä ja sen määrittäjistä sekä tämän ikäryhmän terveyden seuraamiseksi että varttuneempien aikuisten tulevan terveyden uhkien ja mahdollisuuksien ennakoimiseksi.

Kirjallisuus

Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J, Vermeire C, ed. Status and future of health surveys in the European Union. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2003, Helsinki 2003a.

Aromaa A, Koponen P, Tafforeau J, Vermeire C; HIS/HES Core Group. Evaluation of Health Interview Surveys and Health Examination Surveys in the European Union. *Eur J Public Health*. 2003b;13(3 Suppl):67–72.

Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html>

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro AR, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys. Kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2003, Helsinki 2003. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2003b17.pdf

Laiho J, Djerf K. Otanta-asetelma. Teoksessa: Laiho J, Nieminen T, toim. Terveys 2000 -tutkimus. Aikuisväestön haastatteluaineiston tilastollinen laatu. Otanta-asetelma, tiedonkeruu, vastauskato ja estimointi- ja analysointiasetelma. Tilastokeskus, Tutkimuksia 239, Helsinki 2004, s. 21–27.

Martelin T, Koskinen S, Aromaa A. Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 93–102. <http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/index.html>

Pensola T. From Past to Present: Effect of Lifecourse on Mortality and Social Class Differences in Mortality in Middle Adulthood. *Yearbook of Population Research in Finland* 2003;39:Supplement. Helsinki 2003.

Rahkonen O, Arber S, Lahelma E. Health inequalities in early adulthood: a comparison of young men and women in Britain and Finland. *Soc Sci Med* 1995;41(2):163–171.

West P. Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Soc Sci Med* 1997;44(6):833–858.

LIITTEET

Liite 1. Kotihaastattelun (T2142) sisältö

A. Taustatiedot

- AA. Siviilisääty ja parisuhde
- AB. Kotitalous
- AC. Koulutus
- AD. Pääasiallinen toiminta, ammatti
- AE. Nykyinen / entinen ammatti (päätyö)
- AF. Työaika ja palkkaus (päätyö)
- AG. Nykyinen sivutyö
- AH. Työttömyys
- AI. Puolison tiedot
- AJ. Tulot

B. Terveydentila ja sairaudet

- BA. Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus
- BB. Sairauksien hoito
- BC. Miesten kysymykset
- BD. Naisten kysymykset
- BE. Tuki- ja liikuntaelimestön vaivat ja oireet
- BF. Infektiot
- BG. Pituus ja paino
- BH. Mielen terveys ja tunne-elämä

C. Vanhempia ja sisarusia koskevat kysymykset

- CA. Vanhempien ja sisarusten sairaudet
- CB. Lapsuuden elinolot

D. Terveyspalvelut

- DA. Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus
- DB. Käynnit avohoidossa sairauksien ja oireiden vuoksi
- DC. Mielen terveyspalvelut
- DD. Terveystarkastukset ja ehkäisevät terveyspalvelut
- DE. Fysikaalinen hoito ja vaihtoehtoiset hoidot
- DF. Lääkkeet
- DG. Rokotukset

E. Suun terveys

- EA. Suun terveydentila
- EB. Suun omahoito
- EC. Palvelujen käyttö
- ED. Hammashoidon asiakas

F. Elintavat

- FA. Ruokailu
- FB. Tupakka

G. Elinympäristö

- GA. Asumishistoria
- GB. Asunto

H. Toimintakyky

- HB. Liikkumiskyky
- HC. Aistitoiminnot
- HA. Tavanomaiset toiminnot (ADL ja IADL)
- HD. Avun tarve ja saanti
- HE. Apuvälineet
- HF. Kognitiivinen toimintakyky

I. Työ ja työkyky

- IA. Työolot
- IB. Työkyky
- IC. Osaaminen
- IE. Työhistoria

J. Kuntoutus

- JA. Palveluiden käyttö
- JB. Kuntoutuksen tarve

K. Haastattelijan arviot

- KA. Tietojen luotettavuus
- KB. Haastattelijan arvioita tutkittavan toimintakyvystä
- KC. Haastattelutietoja

Liite 2. Kyselyn, ravintokyselyn ja jälkikyselyn sisältö

Kysely (T2140)

Terveysten edistäminen
Terveyttä ja sairauksia koskeva tiedon-
haku
Elämänlaatu ja toimintakyky (mm.
WHOQOL)
Psykkiset kokemukset (GHQ-12)
Itsemurha-aiheet ja -yritykset
Työn ja opiskelun kokeminen ja kuor-
mittavuus ml. työuupumus
Tavalliset oireet (mm. SCL-90)
Tulehdukset sukupuolielinten alueella
Uni ja nukkuminen
Liikkuminen (vapaa-aikana, työssä,
työmatkoilla, arkiliikunta IPAQ)
Anaboliset hormonit
Painonhallinta ja laihduttaminen
Makean syöminen tai juominen
Alkoholinkäyttö, alkoholiongelmien
hoito
Huumeet
Ajankäyttö ja harrastukset
Tietokoneen käyttö
Lähiympäristön turvallisuus
Lapsuusajan ongelmat
Ihmissuhteet ja seksuaalielämä
Työolot

Ravintokysely (T2006)

Maitovalmisteet
Viljavalmisteet
Leivän päällä käytettävät rasvat
Kasvikset
Peruna, riisi ja pasta
Liharuokat
Kalaruokat
Broileri, kalkkuna ja kananmuna
Hedelmät ja marjat
Jälkiruokat
Makeiset ja muut naposteltavat
Juomat

Jälkikysely (T2145)

Perhe
Koulutus
Terveys ja elämänlaatu
Sairaudet ja niiden hoito
Lääkkeet
Oireet
Työkyky
Toimintakyky
Paino ja pituus
Tupakka ja päihteet
Fyysinen kunto ja liikunta
Pääasiallinen toiminta, ammatti ja
työttömyys

Liite 3. Osohetken tutkimuspaikkakunnat ja otoskoko

Paikkakunta	Otos	Paikkakunta	Otos
Espoo	93	Naantali	9
Forssa	14	Nokia	23
Hamina	18	Nivala	9
Harjavalta	6	Oulu	60
Haukipudas	19	Orimattila	14
Heinola	17	Parainen	12
Helsinki	267	Perniö	4
Hyvinkää	26	Pietarsaari	23
Hämeenlinna	21	Polvijärvi	11
Iisalmi	17	Pori	22
Ilmajoki	28	Porvoo	20
Imatra	13	Pyhäjärvi	8
Joensuu	22	Pyhäselkä	7
Juuka	13	Raahe	23
Jyväskylä	50	Rauma	12
Jämsä	13	Riihimäki	26
Kaarina	11	Rovaniemi	21
Kajaani	17	Ruokolahti	10
Karkkila	17	Salo	11
Kemi	11	Savonlinna	20
Kerimäki	14	Seinäjoki	29
Keuruu	21	Siilinjärvi	19
Kiiminki	13	Simo	11
Kokemäki	10	Sodankylä	13
Kokkola	13	Somero	6
Kotka	15	Taivalkoski	13
Kouvola	17	Tampere	74
Kristiinankaupunki	18	Turku	90
Kuopio	45	Tuusula	19
Kuusamo	15	Ulvila	10
Lahti	25	Utsjoki	17
Lapinlahti	8	Uusikaarlepyy	28
Lappeenranta	24	Uusikaupunki	7
Lapua	21	Vaasa	29
Lieksa	12	Valkeakoski	23
Lohja	15	Vantaa	65
Loimaa	12	Vehmaa	8
Loviisa	17	Ylivieska	17
Luumäki	17		
Masku	13	YHTEENSÄ	1 894
Mikkeli	18		
Muurame	15		

Liite 4. Kuvioiden numeroaineistoja

Kuvio 4.2.1. Eri maitolaatujen käytön ikävakioitu jakauma (%).

	Miehet	Naiset
Ei lainkaan	24,2	41,5
Tilamaito	0,0	0,2
Täysmaito	2,2	1,1
Kevytmaito	36,9	18,2
Ykkösmaito	7,7	5,3
Rasvaton maito	27,0	33,6
p ¹		<0,001

¹ Sukupuolten välinen ero

Kuvio 4.2.2. Eri rasvoja leivän päällä käytävien ikävakioitu jakauma (%).

	Miehet	Naiset
Ei lainkaan	19,1	27,7
Kevytlevite alle 65% rasvaa	41,0	41,0
Kasvistanolimargariini	1,2	1,3
Margariini 70-80% rasvaa	19,6	18,1
Voi-kasvisöljyseos	14,4	10,4
Voi	4,8	1,6
p ¹		<0,001

¹ Sukupuolten välinen ero

Kuvio 6.1.1. Koetun elämänlaadun ikävakioitu jakauma (%).

	Miehet	Naiset
Erittäin hyvä	23,1	23,5
Hyvä	60,1	65,6
Kohtalainen	15,4	9,9
Huono	1,4	1,0
Erittäin huono	0,0	0,0
p ¹		0,018

¹ Sukupuolten välinen ero

Kuvio 6.2.1. Koetun terveyden ikävakioitu jakauma (%).

	Miehet	Naiset
Hyvä	65,7	63,9
Melko hyvä	21,9	25,5
Keskitasoinen	10,2	8,5
Melko huono	2,1	1,8
Huono	0,1	0,2
p ¹		0,353

¹ Sukupuolten välinen ero

Kuvio 8.4.1. Psyykkistä kuormittuneisuutta kuvaavan GHQ-12-summapistemäärän ikävakioitu jakauma (%).

	Miehet	Naiset	Kaikki
0	60,5	47,4	53,6
1	18,7	22,2	20,5
2	7,4	10,7	9,1
3	3,8	6,3	5,1
4	1,5	2,8	2,2
5	2,5	2,2	2,4
6	1,7	2,2	1,9
7	1,2	1,2	1,2
8	1,0	2,1	1,6
9	0,2	1,0	0,6
10	0,3	0,8	0,5
11	0,8	1,1	0,9
12	0,4	0,1	0,2
p ¹			0,004*

¹ Sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä ikä–sukupuoli-yhdysvaikutus

Kuvio 8.4.2. Alkoholiongelmia mittaavan CAGE-summapistemäärän ikävakioitu jakauma (%).

	Miehet	Naiset	Kaikki
0	38,6	59,1	49,4
1	26,3	19,2	22,6
2	16,6	13,7	15,1
3	10,5	4,7	7,5
4	8,0	3,3	5,6
p ¹			<0,001

¹ Sukupuolten välinen ero

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Eräiden terveyden, toimintakyvyn ja elinolojen osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden ikävakioidu¹ yleisyys (%) miljoonapiireittäin.

Muuttuja ²	Miehet					Naiset				
	HUS	TYKS ja TaYS	KYS ja OYS	Yht.	p	HUS	TYKS ja TaYS	KYS ja OYS	Yht.	p
Työttömyys	5,8	13,8	14,9	11,6	0,005	7,9	17,6	21,0	14,5	0,003
Rahojen riittämättömyys	22,2	30,1	29,2	27,2	0,126	24,5	27,6	25,6	25,9	0,703
Ahdas asunto	10,8	14,0	12,9	12,6	0,595	11,2	16,9	16,1	14,6	0,141
Lapsia ≥ 1	15,8	17,7	20,4	17,9	0,291	19,1	29,8	28,6	25,4	0,002*
Kasviksia ei päivittäin	44,6	55,4	64,4	54,8	<0,001	38,9	40,0	49,8	42,5	0,055
Riittävä liikunta	29,5	25,8	25,3	26,9	0,548	27,2	28,1	31,5	28,7	0,568
Lihavuus (BMI ≥ 30)	9,1	7,5	7,5	8,0	0,731*	6,0	6,6	7,3	6,6	0,815
Kondomin käyttö irtosuhteissa	43,5	55,9	52,2	50,7	0,396	58,6	29,2	47,1	47,1	0,034
Lyhyt yöuni (6 h tai alle)	14,1	17,4	11,4	14,3	0,192	5,4	5,6	4,7	5,2	0,903
Päivittäinen tupakointi	31,8	36,0	36,3	34,7	0,472	26,4	20,2	23,9	23,5	0,244
Alkoholin ongelmakäyttö	38,1	36,3	31,2	35,2	0,293	27,4	20,2	16,5	21,7	0,034
Huumeiden kokeilu tai käyttö	26,2	23,1	19,9	23,0	0,342	30,2	16,6	10,0	19,4	<0,001
Synnyttäneitä	-	-	-	-	-	19,6	29,9	30,5	26,3	0,003*
Raskauden keskeytys	-	-	-	-	-	10,0	8,3	8,8	9,0	0,791
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	89,1	85,3	88,3	87,6	0,387	88,8	88,4	91,8	89,5	0,400
Koettu elämänlaatu erittäin hyvä tai hyvä	84,2	80,6	85,0	83,2	0,412	88,0	88,9	90,8	89,1	0,641
Pitkäaikaissairaus	25,1	27,4	20,6	24,4	0,273	19,3	27,5	28,4	24,7	0,051
Tapaturman aiheuttama pysyvä vamma	7,0	11,0	8,2	8,7	0,275	3,3	6,2	3,6	4,4	0,207
Astma	7,7	8,1	9,3	8,3	0,779	9,5	7,2	7,8	8,2	0,584
Haittaava allergia	31,9	32,2	27,1	30,5	0,368	30,7	34,8	30,1	32,0	0,412
Pitkäaikainen ihosairaus	11,3	7,6	9,0	9,3	0,397	19,8	16,1	17,6	17,8	0,548

Pitkäaikainen selkäsairaus	13,6	10,5	16,1	13,4	0,225	13,6	14,4	13,2	13,7	0,938
Psyykkinen kuormittuneisuus	14,0	14,7	11,4	13,4	0,616	21,9	19,6	17,1	19,7	0,429
Vakava masennus	6,5	5,8	5,6	6,0	0,908	20,1	16,3	18,3	18,2	0,536
Itsemurhayritys	1,2	2,5	2,6	2,1	0,593	5,0	3,6	4,3	4,3	0,749*
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä	80,5	78,5	81,2	80,0	0,731	85,2	81,2	87,0	84,3	0,174
Hampaiden harjaus vähintään 2 krt/vrk	58,8	52,0	46,9	52,6	0,021	82,3	78,3	82,4	80,9	0,440
Hengitystieinfektio 2 kk:n sisällä	28,4	28,4	23,2	26,7	0,436	27,7	33,5	27,9	29,8	0,309
Klamydia joskus	5,0	7,6	7,3	6,7	0,538	11,0	11,7	4,2	9,3	0,020
Vaikea päänsärky	6,9	14,0	7,9	9,6	0,011	18,4	16,4	19,9	18,1	0,639
Lääkärissäkäynnit ³	2,3	2,0	1,7	2,0	0,189*	3,6	3,7	3,0	3,5	0,124
Sairaalahoito	6,2	7,6	5,6	6,5	0,646	12,1	12,0	11,6	11,9	0,984*
Tyydyttymätön lääkärinhoidon tarve	3,3	4,7	2,7	3,6	0,532	4,2	5,6	4,1	4,7	0,733
½ km juoksu vaikeuksitta	88,1	84,5	86,2	86,3	0,521	64,5	63,5	62,8	63,7	0,919
Kielellinen sujuvuus ³	25,9	24,4	25,2	25,1	0,130	26,7	25,7	25,8	26,1	0,212
Numerosarjojen luettelu takaperin ³	5,2	4,9	4,8	5,0	0,003	5,1	5,0	5,0	5,0	0,238
Työkykyistemäärä ³	9,2	9,0	9,3	9,2	0,100	9,1	9,2	9,2	9,2	0,479

¹ Luvut on ikävakioidu mallin avulla erikseen molemmille sukupuolille. Yhteensä-sarakkeen luvut ovat ikävakiomattomia, joten ne saattavat poiketa jonkin verran raportin muissa osissa esitetyistä sukupuolittaisista luvuista.

² Ks. selostus käytetyistä muuttujista ja muuttujakohtaisista aineistorajauksista liitetaulukoiden jälkeen

³ Keskiarvo

* Tilastollisesti merkitsevä (p < 0,05) ikä-alue-yhdysvaikutus

Liitetäulukko 2. Eräiden terveyden, toimintakyvyn ja elinolojen osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden ikävakiointu¹ yleisyys (%) asuinkunnan taajama-asteen mukaan.

Muuttuja ²	Miehet					Naiset				
	Suuret kaupungit	Muut kaupungit ja taajaan asutut kunnat	Maaseutu-maiset kunnat	Yht.	p	Suuret kaupungit	Muut kaupungit ja taajaan asutut kunnat	Maaseutu-maiset kunnat	Yht.	p
Työttömyys	10,6	11,6	13,2	11,6	0,765	11,0	17,4	17,5	14,5	0,122
Rahojen riittämättömyys	28,6	26,2	26,4	27,2	0,762	26,3	25,0	26,7	25,9	0,907
Ahdas asunto	10,6	14,1	13,3	12,6	0,457	13,1	13,8	21,4	14,6	0,083
Lapsia ≥ 1	15,3	19,4	20,7	17,9	0,210	20,6	28,9	33,4	25,4	<0,001*
Kasviksia ei päivittäin	50,8	54,5	63,7	54,8	0,062*	42,2	41,3	46,2	42,5	0,719
Riittävä liikunta	28,0	28,7	20,5	26,9	0,192	28,6	26,7	34,2	28,7	0,324
Lihavuus (BMI ≥ 30)	7,6	8,9	7,2	8,0	0,770	5,6	6,1	11,1	6,6	0,093
Kondomin käyttö irtosuhteissa	50,5	49,4	53,8	50,7	0,901	51,3	43,3	41,9	47,1	0,653
Lyhyt yöuni (6 h tai alle)	11,2	16,2	16,5	14,3	0,249	5,0	5,2	6,2	5,2	0,883
Päivittäinen tupakointi	30,8	38,2	34,7	34,7	0,133	25,3	24,2	15,8	23,5	0,098
Alkoholin ongelmakäyttö	38,2	33,1	33,7	35,2	0,414	25,5	21,3	11,1	21,7	0,020
Huumeiden kokeilu tai käyttö	31,2	21,8	10,4	23,0	<0,001	26,1	16,2	7,8	19,4	<0,001
Synnyttäneitä	-	-	-	-	-	21,7	28,7	35,0	26,3	0,004*
Raskauden keskeytys	-	-	-	-	-	10,6	8,5	5,3	9,0	0,273
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	86,3	90,1	84,3	87,6	0,161	87,0	89,9	96,3	89,5	0,015
Koettu elämänlaatu erittäin hyvä tai hyvä	82,0	83,0	86,4	83,2	0,528	89,1	88,8	90,0	89,1	0,931
Pitkäaikaissairaus	22,6	25,6	25,9	24,4	0,637	27,1	22,8	21,6	24,7	0,371
Tapaturman aiheuttama pysyvä vamma	8,8	8,3	9,6	8,7	0,904	5,1	3,6	4,2	4,4	0,626
Astma	7,2	9,2	8,7	8,3	0,661	10,7	6,1	5,3	8,2	0,035

Haittaava allergia	35,1	24,8	33,7	30,5	0,012	32,3	31,2	32,8	32,0	0,917*
Pitkäaikainen ihosairaus	14,3	6,0	6,3	9,3	0,003	21,2	17,7	7,9	17,8	0,007
Pitkäaikainen selkäsairaus	13,4	13,1	13,9	13,4	0,974	13,3	12,3	19,0	13,7	0,271
Psyykinen kuormittuneisuus	14,6	13,1	11,6	13,4	0,724	24,5	16,8	12,7	19,7	0,005
Vakava masennus	5,6	5,9	7,0	6,0	0,850	21,4	16,8	12,1	18,2	0,071
Itsemurhayritys	3,0	2,2	0,0	2,1	0,549	5,2	3,7	3,2	4,3	0,559
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä	78,2	80,4	83,1	80,0	0,486	82,7	85,0	87,6	84,3	0,382
Hampaiden harjaus vähintään 2 krt/vrk	61,7	49,5	40,9	52,6	<.001	81,6	82,4	75,1	80,9	0,223
Hengitystieinfektio	30,2	25,4	22,4	26,7	0,249	30,4	26,5	36,5	29,8	0,172
Klamydia joskus	6,2	8,1	4,4	6,7	0,437	10,7	8,5	7,1	9,3	0,448
Vaikea päänsärky	9,6	7,8	14,1	9,6	0,103	18,0	18,2	18,3	18,1	0,995
Lääkärissäkäynnit ³	2,0	2,1	1,9	2,0	0,840	3,9	3,1	3,0	3,5	0,023
Sairaalahoido	7,0	6,3	5,8	6,5	0,848	11,6	12,0	13,1	11,9	0,907
Tyydyttymätön lääkärinhuion tarve	5,0	3,3	1,0	3,6	0,219	6,3	3,9	1,1	4,7	0,139
1/2 km juoksu vaikeuksitta	86,0	86,9	85,2	86,3	0,876	61,8	65,2	65,8	63,7	0,597
Kielellinen sujuvuus ³	25,9	24,9	24,1	25,1	0,079	26,2	26,2	25,3	26,1	0,469
Numerosarjojen luettelu takaperin ³	5,2	5,0	4,6	5,0	<.001	5,1	5,0	5,0	5,0	0,247
Työkykypistemäärä ³	9,2	9,2	9,2	9,2	0,869	9,2	9,1	9,3	9,2	0,605

¹ Luvut on ikävakioitu mallin avulla erikseen molemmille sukupuolille. Yhteensä-sarakkeen luvut ovat ikävakiottomia, joten ne saattavat poiketa jonkin verran raportin muissa osissa esitetystä sukupuolittaisista luvuista.

² Ks. selostus käytetyistä muuttujista ja muuttujakohtaisista aineistorajauksista liitetaulukoiden jälkeen

³ Keskiarvo

* Tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-taajama-aste-yhdysvaikutus

Liitetaulukko 3. Eräiden terveyden, toimintakyvyn ja elinolojen osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden ikävakioitu¹ yleisyys (%) koulutusasteen² mukaan.

Muuttuja ³	Miehet						Naiset					
	Perusaste	Keskiaste	Ammatillinen korkeaste	Akateeminen korkeaste	Yht.	p	Perusaste	Keskiaste	Ammatillinen korkeaste	Akateeminen korkeaste	Yht.	p
Työttömyys	25,8	13,2	2,2	3,3	11,5	<0,001	31,9	15,7	11,8	5,6	14,3	0,003
Rahojen riittämättömyys	38,9	31,3	23,0	13,5	27,3	<0,001	45,7	24,0	29,3	17,6	26,1	<0,001
Ahdas asunto	17,8	16,7	6,1	5,8	12,6	0,002	25,5	18,8	11,9	8,3	14,6	0,004
Lapsia ≥ 1	19,4	23,4	11,8	10,5	17,9	<0,001	46,9	34,7	18,9	14,0	25,4	<0,001
Kasviksia ei päivittäin	65,8	59,6	48,2	42,1	54,9	<0,001*	61,8	49,9	38,3	29,0	42,5	<0,001
Riittävä liikunta	24,6	23,6	33,2	29,1	26,9	0,142	41,6	24,1	28,2	33,5	28,7	0,035
Lihavuus (BMI ≥ 30)	11,3	9,1	6,9	4,6	8,1	0,233	16,6	6,9	6,6	2,3	6,6	0,003
Kondomin käyttö irtosuhteissa	57,0	49,8	59,1	37,4	50,7	0,433	14,5	48,9	47,9	51,9	47,1	0,430
Lyhyt yöuni (6 h tai alle)	18,9	17,4	13,0	4,5	14,4	0,035	10,4	5,3	5,4	3,2	5,3	0,313
Päivittäinen tupakointi	48,6	41,4	27,2	12,1	34,6	<0,001	48,2	30,9	17,1	10,3	23,5	<0,001
Alkoholin ongelmakäyttö	47,4	35,9	32,4	31,5	35,3	0,265	38,9	18,0	20,8	24,4	21,8	0,023
Huumeiden kokeilu tai käyttö	32,5	21,2	23,8	22,9	23,1	0,400	51,1	17,7	14,5	20,7	19,5	<0,001
Synnyttäneitä	-	-	-	-	-	-	50,5	37,3	19,1	14,5	26,3	<0,001*
Raskauden keskeytys	-	-	-	-	-	-	26,7	12,7	5,0	4,1	9,0	<0,001
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	75,5	86,4	92,0	92,2	87,5	0,002	72,8	88,9	92,0	92,9	89,4	<0,001
Koettu elämänlaatu erittäin hyvä tai hyvä	65,2	82,3	89,4	87,0	83,3	<0,001	71,8	89,2	90,5	92,8	89,0	<0,001
Pitkäaikaissairaus	34,6	25,9	22,0	15,2	24,3	0,011	34,4	28,1	22,9	17,6	24,7	0,027
Tapaturman aiheuttama pysyvä vamma	12,4	9,7	9,2	2,4	8,8	0,091	8,2	5,0	2,9	4,6	4,4	0,250
Astma	12,6	8,5	6,7	7,8	8,4	0,421	19,1	8,8	7,0	5,3	8,3	0,014
Haittaava allergia	40,8	29,7	31,6	25,0	30,6	0,117	38,9	28,1	34,8	32,6	32,1	0,246

Pitkäaikainen ihosairaus	12,9	7,9	10,3	9,8	9,3	0,523	26,9	15,0	17,2	20,7	17,8	0,190
Pitkäaikainen selkäsairaus	10,6	17,8	9,6	7,2	13,4	0,009	26,9	11,4	14,4	12,3	13,7	0,042
Psyykinen kuormittuneisuus	19,3	11,6	13,7	15,7	13,4	0,458	38,7	16,6	17,6	20,9	19,4	0,008
Vakava masennus	13,4	4,0	6,9	6,4	6,0	0,025	43,2	18,0	16,1	13,4	18,2	<0,001
Itsemurhayritys	7,7	1,5	0,6	3,4	2,1	0,043	31,4	3,2	1,7	1,8	4,3	<0,001
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä	73,4	77,4	82,7	88,2	80,0	0,040	64,9	83,8	89,1	84,3	84,3	<0,001
Hampaiden harjaus vähintään 2 krt/vrk	40,8	46,1	62,1	67,9	52,6	<0,001	73,0	76,3	83,9	87,2	80,9	0,019
Hengitystieinfektio	18,4	26,4	30,5	27,8	26,8	0,319	28,0	31,3	27,6	31,3	29,8	0,795
Klamydia joskus	9,3	6,4	7,4	5,1	6,7	0,811	15,7	8,4	10,0	8,0	9,3	0,486
Vaikea päänsärky	12,8	11,8	8,0	2,4	9,6	0,023	24,7	20,5	15,8	15,6	18,2	0,196
Lääkärissäkäynnit ⁴	3,3	2,1	1,5	1,5	2,0	0,011	5,8	3,3	3,4	3,0	3,5	0,003
Sairaalahoito	12,9	7,3	2,4	4,3	6,4	0,008	30,5	12,4	8,9	8,5	11,9	<0,001*
Tyydyttymätön lääkehoidon tarve	6,2	3,9	2,5	2,6	3,6	0,572	17,0	4,5	3,3	2,4	4,7	0,002
½ km juoksu vaikeuksitta	65,8	87,8	89,9	90,2	86,4	<0,001	46,3	59,6	65,6	75,2	63,8	<0,001
Kielellinen sujuvuus ⁴	22,0	24,2	26,6	28,4	25,1	<0,001	23,0	25,0	26,8	27,8	26,1	<0,001
Numerosarjojen luettelu takaperin ⁴	4,7	4,8	5,2	5,6	5,0	<0,001	4,9	4,8	5,0	5,4	5,0	<0,001
Työkyky pistemäärä ⁴	8,7	9,1	9,4	9,4	9,2	<0,001	8,3	9,1	9,3	9,4	9,2	<0,001

¹ Luvut on ikävakioidu mallin avulla erikseen molemmille sukupuolille. Yhteensä-sarakkeen luvut ovat ikävakiomattomia, joten ne saattavat poiketa jonkin veran raportin muissa osissa esitetystä sukupuollittaisista luvuista.

² Koulutusaste tarkoittaa tässä tutkimushetken mennessä saavutettua koulutusastetta niillä, jotka eivät opiskelleet, kun taas tutkimushetkellä opiskelleilla se viittaa oppilaitoksen tyypin perusteella päätettyyn odotettuun koulutusasteeseen, jos se oli toistaiseksi saavutettua koulutusta korkeampi.

³ Ks. selostus käytetyistä muuttujista ja muuttujakohtaisista aineistorajauksista liitetaulukoiden jälkeen.

⁴ Keskiarvo

* Tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-koulutus-yhdysvaikutus

Liitetaulukko 4. Eräiden terveyden, toimintakyvyn ja elinolojen osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden ikävakioidu¹ yleisyys (%) kotitaloustyyppin mukaan.

Muuttuja ²	Miehet					Naiset				
	Naimisissa tai avoliitossa	Vanhempien kanssa	Yksin	Yht.	p	Naimisissa tai avoliitossa	Vanhempien kanssa	Yksin	Yht.	p
Työttömyys	4,5	17,2	13,7	10,7	0,002	11,9	26,0	12,2	13,8	0,057*
Rahojen riittämättömyys	29,0	21,2	30,0	27,0	0,145	25,6	18,9	26,4	24,9	0,390*
Ahdas asunto	19,9	12,0	0,0	12,2	0,028*	21,0	13,5	0,0	14,7	0,160
Lapsia ≥ 1	29,4	4,8	3,4	17,9	<0,001	34,3	0,0	0,1	22,9	<0,001*
Kasviksia ei päivittäin	57,4	51,2	54,6	55,0	0,440	43,8	39,6	37,9	41,8	0,416*
Riittävä liikunta	25,5	21,0	35,5	27,2	0,004	25,9	35,5	35,2	29,5	0,043
Lihavuus (BMI ≥ 30)	8,8	6,1	7,6	7,9	0,576	6,1	4,1	8,2	6,4	0,348
Kondomin käyttö irtosuhteissa	58,1	55,8	45,2	51,0	0,364	29,9	71,5	46,9	47,5	0,074
Lyhyt yöuni (6 h tai alle)	15,9	12,8	13,5	14,5	0,693	4,0	8,1	6,3	5,0	0,331
Päivittäinen tupakointi	39,1	30,7	31,2	34,5	0,095	20,7	13,6	27,7	21,5	0,016
Alkoholin ongelmakäyttö	31,9	30,9	43,6	34,9	0,018*	19,4	21,8	24,3	20,9	0,449
Huumeiden kokeilu tai käyttö	24,0	14,5	29,8	22,9	0,005	15,9	17,7	26,0	18,8	0,024
Synnyttäneitä	-	-	-	-	-	38,0	0,00	0,00	23,7	-
Raskauden keskeytys	-	-	-	-	-	8,5	3,6	7,5	7,8	0,487
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	91,2	83,8	85,9	88,0	0,055	89,8	91,9	90,6	90,3	0,812
Koettu elämänlaatu erittäin hyvä tai hyvä	91,5	80,2	72,7	83,4	<0,001	91,8	91,5	84,2	89,8	0,008
Pitkäaikaissairaus	20,5	31,5	23,9	24,2	0,061	23,8	18,4	28,2	24,3	0,188*
Tapaturman aiheuttama pysyvä vamma	9,8	6,3	8,8	8,6	0,438	3,8	2,8	5,5	4,1	0,518
Astma	7,3	9,8	8,8	8,4	0,597	8,8	2,3	9,6	8,3	0,164

Haittaava allergia	28,4	36,1	28,8	30,5	0,187	31,2	24,2	38,4	32,2	0,052
Pitkäaikainen ihosairaus	10,6	7,8	8,9	9,4	0,674	17,9	7,5	21,8	17,7	0,022
Pitkäaikainen selkäsairaus	15,5	12,6	10,4	13,4	0,238	14,9	14,2	11,4	13,9	0,533
Psyykinen kuormittuneisuus	9,6	14,2	19,2	13,4	0,017	16,8	14,5	24,9	18,6	0,037
Vakava masennus	2,8	5,1	12,3	6,0	<0,001	13,9	13,1	28,0	17,5	<0,001
Itsemurhayritys	1,4	1,7	3,4	2,0	0,416*	3,9	1,2	3,0	3,4	0,499
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä	76,3	82,8	85,0	80,2	0,061*	83,2	87,7	87,0	84,8	0,414
Hampaiden harjaus vähintään 2 krt/vrk	53,5	47,4	57,2	52,9	0,186	78,9	85,7	84,3	81,2	0,159
Hengitystieinfektio	27,6	28,0	24,4	26,8	0,658	29,1	30,2	30,6	29,6	0,941
Klamydia joskus	6,4	1,8	10,7	6,7	0,033	8,0	3,0	13,5	8,8	0,035
Vaikea päänsärky	9,0	10,3	10,0	9,6	0,881	18,2	21,5	17,6	18,4	0,773
Lääkärisikäynnit ³	1,9	2,1	2,0	2,0	0,776*	3,7	3,0	3,2	3,5	0,226
Sairaalahoito	2,9	9,5	6,6	6,1	0,030*	13,6	8,8	7,6	11,7	0,056
Tyydyttymätön lääkärihoidon tarve	3,5	2,7	3,5	3,4	0,933	5,3	1,6	4,1	4,6	0,512
½ km juoksu vaikeuksista	88,5	82,1	87,0	86,6	0,171	62,4	69,8	64,5	63,8	0,445
Kielellinen sujuvuus ³	25,2	24,4	25,8	25,2	0,260*	26,0	27,6	25,7	26,1	0,133
Numerosarjojen luettelu takaperin ³	5,0	4,8	5,1	5,0	0,057	5,0	5,1	5,0	5,0	0,847
Työkyky pistemäärä ³	9,4	8,9	9,2	9,2	0,006	9,2	9,1	9,2	9,2	0,504

¹ Luvut on ikävakioitu mallin avulla erikseen molemmille sukupuolille. Yhteensä-sarakkeen luvut ovat ikävakioimattomia eivätkä ne sisällä kotitaloustyyppi- luokituksen luokkaan "muut" kuuluneita vastaajia, joten ne saattavat poiketa jonkin verran raportin muissa osissa esitetyistä sukupuolittaisista luvuista.

² Ks. selostus käytetyistä muuttujista ja muuttujakohtaisista aineistorajauksista liitetaulukoiden jälkeen

³ Keskiarvo

* Tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä–kotitaloustyyppi-yhdysvaikutus

Liitetaulukoissa 1–4 tarkasteltavat muuttujat ja muuttujakohtaiset aineiston rajoitukset:

1. Työttömyys: työttömien tai lomautettujen osuus niistä, jotka kuuluvat työvoimaan eli ovat työttömiä, lomautettuja tai koko- tai osapäivätyössä (luku 3.1)
2. Rahojen riittämättömyys: oman arvion mukaan liian vähän tai aivan liian vähän rahaa omiin tarpeisiin (luku 3.1)
3. Ahdas asunto: huoneita/asukas < 1, kun keittiötä ei lueta huoneeksi (luku 3.4)
4. Lapsia ≥ 1 : lapsia yksi tai enemmän (luku 3.3)
5. Kasviksia ei päivittäin: syö kypsentämättömiä vihanneksia tai juureksia harvemmin kuin päivittäin (luku 4.2)
6. Riittävä liikunta: vähintään 4 kertaa viikossa ainakin $\frac{1}{2}$ tuntia vähintään lievään hengästymiseen ja hikoiluun johtavaa liikuntaa (luku 4.3)
7. Lihavuus: BMI ≥ 30 (luku 4.4)
8. Kondomin käyttö irtosuhteissa: kondomin käyttö silloin, kun kyseessä ei ole vakituinen kumppani (luku 4.5)
9. Lyhyt yöuni: unen pituus 6 h tai vähemmän vuorokaudessa (luku 4.6)
10. Päivittäinen tupakointi: tupakoi nykyään päivittäin (luku 4.7)
11. Alkoholin ongelmakäyttö: vähintään 2 positiivista vastausta alkoholin ongelmakäyttöä ja alkoholiriippuvuutta mittaavaan neliosioiseen CAGE-kysymyssarjaan (luku 8.4)
12. Huumeiden kokeilu tai käyttö: joskus elämässään jotakin huumausainetta kerran tai useammin kokeilleitten osuus (luku 4.9)
13. Synnyttäneitä: synnyttänyt kerran tai useammin (luku 5)
14. Raskauden keskeytys: tehty raskaudenkeskeytys kerran tai useammin, osuus kaikista naisista (luku 5)
15. Koettu terveys hyvä tai melko hyvä (luku 6.2)
16. Koettu elämänlaatu erittäin hyvä tai hyvä (luku 6.1)
17. Pitkäaikaissairaus: jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus, tai jokin vika, vaiva tai vamma, joka vähentää työ- tai toimintakykyä, (luku 7.1)
18. Tapaturman aiheuttama pysyvä vamma: jokin lääkärin toteama tapaturman aiheuttama pysyvä vamma (luku 7.2)

19. Astma: lääkärin toteama astma (luku 8.2)
20. Haittaava allergia: lääkärin toteama haittaava allergia (luku 8.2)
21. Pitkäaikainen ihosairaus: lääkärin toteama pitkäaikainen ihosairaus (luku 8.2)
22. Pitkäaikainen selkäsairaus: lääkärin toteama pitkäaikainen selkäsairaus tai selkävika (luku 8.3)
23. Psykkinen kuormittuneisuus: GHQ-12-pistemäärä ≥ 3 (luku 8.4)
24. Vakava masennus: vakavaan masennusjaksoon viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana viittaavat haastatteluvastaukset (luku 8.4)
25. Itsemurhayritys: yrittänyt itsemurhaa ainakin kerran elämän aikana (luku 8.4)
26. Suun terveys hyvä: koettu suun terveys melko hyvä tai hyvä (luku 8.6)
27. Hampaiden harjaus vähintään 2 krt/vrk: hampaiden harjaus kaksi kertaa tai useammin vuorokauden aikana (luku 8.6)
28. Hengitystieinfektio: lääkärin toteama hengitystieinfektio viimeksi kuluneiden 2 kuukauden aikana (luku 8.7)
29. Klamydia: klamydia koskaan elämän aikana (luku 8.7)
30. Vaikea päänsärky: lääkärin toteama vaikea päänsärky (luku 8.9)
31. Lääkärissäkäynnit: lääkärisäkäyntien lukumäärä (avohoidossa) viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (luku 9.2)
32. Sairaalahoido: ollut hoidossa sairaalan vuodeosastolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (luku 9.2)
33. Tyydyttymätön lääkärin hoidon tarve: ei saa oman arvionsa mukaan riittävästi lääkärin hoitoa sairauksiinsa; osuus niistä, jotka ovat ilmoittaneet ainakin yhden sairauden (luku 9.4)
34. ½ km juoksu vaikeuksitta: pystyy juoksemaan pitkähköm matkan (noin puoli kilometriä) ilman vaikeuksia (luku 10.2)
35. Kielellinen sujuvuus: lueteltujen eläinten lukumäärä minuutin aikana (luku 10.3)
36. Numerosarjojen luettelu takaperin: kuinka monesta numerosta koostuvan sarjan tutkittava kykenee luettelemaan käänteisessä järjestyksessä (luku 10.3)
37. Työkypistemäärä: oma arvio työkyvystä suhteessa siihen, kuinka hyvä työkyky on parhaimmillaan ollut (=10), (luku 10.4)

