

NUORTEN NÄKEMYKSIÄ TERVEYDESTÄ

Terveys elämäntilanteen osa-alueena

Kirsti Väänänen
Pro gradu -tutkielma
Hoitotiede
Preventiivinen hoitotiede
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Toukokuu 2017

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1. JOHDANTO.....	1
2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT.....	3
2.1 Tiedonhaku.....	3
2.2 Terveyden moniulotteisuus	4
2.2.1 Terveyden määrittelyä.....	4
2.2.2 Nuorten käsityksiä terveydestä.....	5
2.2.3 Koettuun terveyteen yhteydessä olevia tekijöitä.....	9
2.3 Terveys elämänhallinnan perustana	17
2.4 Yhteenvedo tutkimuksen lähtökohdista	18
3. TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	21
4. MENETELMÄT	22
4.1 Tutkimukseen osallistujat.....	22
4.2 Tutkimusympäristö.....	22
4.3 Mittarin kuvaus	23
4.4 Aineiston keruu	25
4.5 Aineiston analyysi	26
4.5.1 Tilastollinen analyysi	26
4.5.2 Sisällön analyysi.....	27
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET	29
5.2 Taustatietojen yhteys nuorten näkemyksiin terveydestään	30
5.2.1 Nuorten koettu terveys	30
5.2.3 Koetun terveyden, terveyden tärkeyden ja terveyteen tyytyväisyyden.....	32
tarkastelua.....	32
5.3 Koetun terveyden yhteydet terveyden tärkeyteen ja terveyteen tyytyväisyyteen	35
5.4 Nuorten tavoitteet tulevaisuuden terveyden suhteen.....	36
6. POHDINTA	42
6.1 Keskeisten tulosten tarkastelua	42
6.2 Tutkimuksen eettisyys.....	46
6.3 Tutkimuksen luotettavuus	46
6.4 Päätelmät ja jatkotutkimusaiheet.....	48

LÄHTEET 50

LIITTEET Liite 1. Tiedonhaku tietokannoista

Liite 2. Kuva 1. 3X10D Elämänpyörä

Liite 3. Esimerkki avoimen kysymyksen analyysistä

Liite 4. Joanna Briggs Instituutin mukaiset tutkimuksen laadunarvioinnin kriteerit

Liitetaulukko 1. Nuorten koettu terveys (1-5) ja taustatiedot

Liitetaulukko 2. Terveiden tärkeyden jakautuminen

Liitetaulukko 3. Terveysten tyytyväisyyden jakautuminen

Liitetaulukko 4. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

Väänänen, Kirsti

Nuorten näkemyksiä terveydestä. Terveys elämänhallinnan osa-
alueena
Pro gradu -tutkielma, 57 sivua, 4 liitettä (5 sivua),
3 liitetaulukkoa (13 sivua)

Tutkielman ohjaajat:

Pietilä Anna-Maija, professori, THT
Rytkönen Minna, muutosagentti, TtT
Kainulainen Sakari, asiantuntija, dosentti

Toukokuu 2017

Nuorten terveyden tutkimuksessa tarvitaan tietoa nuorten omista näkemyksistä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata nuorten näkemyksiä terveydestään ja sen edistämisestä sekä taustatekijöiden yhteyttä nuorten näkemyksiin. Terveyttä tarkasteltiin sen tärkeyden, tyytyväisyyden ja tulevaisuuden näkökulmista. Lisäksi kuvattiin nuorten koetun terveyden ja terveyteen tyytyväisyyden välisiä yhteyksiä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää nuorten terveyttä edistävää toimintaa. Tutkimus liittyy Kuopion kuntakoeluhankkeeseen (v.2015 - 2016), jossa kehitettiin nuorten palveluita.

Aineisto kerättiin 2016 sähköisellä kyselyllä Kuopion seudulla opiskelevien ja työskentelevien 16 - 29 vuotiaiden nuorten (N=709) arvioista omasta terveydestään. Aineistoa käsiteltiin kuvailuvan tilastotieteen menetelmin, lisäksi muuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin ristiintaulukoinnin, χ^2 -testin ja yksisuuntaisen varianssianalyysin avulla.

Tulosten perusteella terveys on nuorille tärkeää. He kokevat terveytensä pääosin hyväksi ja ovat siihen varsin tyytyväisiä. Koetun terveytensä huonoksi arvioineita on eniten ammattiopisto-opiskelijoissa ja itsensä masentuneeksi arvioineissa sekä 15-20 vuotiaiden joukossa. Tyytyväisimpiä terveyteensä ovat miehet ja 21-25 vuotiaat. Tärkeimpänä terveyttään pitävät naiset ja yli 26-vuotiaat. Iällä, elämäntilanteella ja psyykkisellä hyvinvoinnilla ja omilla arvioilla terveydestä on tilastollisesti merkitsevä yhteys terveyteen tyytyväisyyteen, sukupuolella yhteyttä ei ole. Koetun terveyden ja terveyteen tyytyväisyyden yhteys on voimakasta, jos koettu terveys arvioitiin huonommaksi, niin myös tyytyväisyys terveyteen laski. Liikuntaa ja ravitsemusta pidetään nuorten keskuudessa tärkeänä tulevaisuuden terveystavoitteena. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää nuorten terveyden edistämisen suunnittelussa ja palveluiden kehittämisessä.

Asiasanat YSA: nuoret, terveys, arviointi, terveyden edistäminen, elämänhallinta

Väänänen, Kirsti Adolescents' perceptions of subjective health.
Health as a dimension of life control
Masters' thesis, 57 pages, 4 appendices (5 pages),
3 appendix tables (13 pages)

Supervisors: Pietilä Anna-Maija, professor, PhD
Rytkönen Minna, change agent, PhD
Kainulainen Sakari, specialist, docent

May 2017

The perspectives of adolescents considering their health are needed in adolescent health research. The purpose of this study was to describe adolescents' perspectives of their health and health promotion and to examine the correlations between perspectives of health and adolescents' sociodemographics. Health was studied from three viewpoints; importance of health, satisfaction with health and future health. In addition, the potential relationships between satisfaction with health and future health were investigated. The aim of this study was to produce information that can be used in developing adolescent health promotion. The study was linked to a developing project in the municipality of Kuopio (years 2015-2016), in which social and health care services for the adolescents were developed

This study draws from the data addressing the adolescents' (N=709) perspectives of their subjective health. The data were collected in spring 2016 from adolescents between 16 and 29 years of age, studying and working in the Kuopio region. The data were analysed with descriptive statistical methods. Intervariable relations were examined with cross-tabulation, χ^2 -test and One-Way ANOVA.

Based on the results health was regarded important among the adolescents. The majority of the adolescents rated their health as 'good' and they were satisfied with their health. Students in the vocational school, adolescents of 15-20 years, and those who self-assessed their mental health low, rated their health as 'poor'. The most satisfied with their health were men and adolescents aged 21-25 years. Women and adolescents over 26 years perceived their health the most important. The correlations between demographics and the perceptions of subjective health were statistically significant considering age, life situation and psychological well-being. Gender remained non-significant with health satisfaction. The correlation between self-rated health and health satisfaction was strong. When subjective health was rated lower, health satisfaction was also lower. Physical exercise and healthy nutrition were emphasized in adolescents' future aims. The results of this study can be utilized in developing adolescent health promotion and services.

Key words: adolescent, health, perceptions, health promotion, life control

1. JOHDANTO

Terveys nähdään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana. Nuorten mielestä terveys on kuitenkin enemmän toimintaa, kuin tila ja he kokevat yleensä itsensä terveiksi (Woodgate & Leach 2010, Crondahl & Ekelund 2012). Nuorten terveys on merkittävä asia, sillä nuoret ovat tulevaisuuden aikuisia. Se, mitä he ajattelevat terveydestään vaikuttaa heidän päätöksiinsä ja toimintaansa. Tutkimusten mukaan nuoret voivat toimia terveytensä suhteen hyvin itsenäisesti. Usein heillä ei ole riittävää tietoa lyhyen ja pitkän aikavälin seurauksista yleiseen terveyteen ja hyvinvointiin (Atkins 2010) ja he pitävät terveyttä itsestään selvyytenä (de Ridder ym. 2010). Nuoret tuntuvat myös olevan verrattain tyytyväisiä terveyteensä (Autio 2008).

Terveys on osa elämänhallintaa. Tutkimusten mukaan vahva elämänhallinta auttaa tekemään terveyden kannalta mielekkäitä ratkaisuja (Pietilä 1994, Honkinen 2009, Pietilä ym. 2016). Elämänhallinta on laaja käsite, joka pitää sisällään sekä koherenssin tunteen, että elämään tyytyväisyyden käsitteet (Pietilä ym. 2016). Elämänhallinnan katsotaan olevan myös tärkeä henkisen hyvinvoinnin osatekijä (Pietilä 1994) pyrittäessä kohti hyvää mielenterveyttä (Proctor ym. 2008). Nuoruus ikä kautena monine muutoksineen vaatii nuorelta voimavaroja ja koettelee nuorten elämänhallintaa (Moksnes ym. 2014).

Tietoa nuorten terveydestä saadaan erilaisista terveydenhuollon tilastotiedoista, kuten palveluiden käyttö, diagnoosit tai lääkitys, mutta tällöin lähtökohta on yleensä sairausperusteinen. Voidaan kuitenkin kysyä, voiko ulkopuolinen taho määritellä kuinka tärkeänä nuoret terveyttään pitävät? (vrt Autio 2008). Tärkeämpää on nuorilta itseltään saatava omiin kokemuksiin perustuva tieto. Nuorten kuvaukset ja tulkinnat kertovat hyvinvoinnista nuoren sanoin (Autio 2008). Aikuisten koettua terveyttä on tutkittu laajasti, mutta nuorten arvioita omasta terveydestään on tutkittu sen sijaan vähemmän. Subjektiiivinen näkemys terveydestä on nuorten kohdalla osoitettu luotettavaksi terveyden mittariksi (Bleidablik ym. 2009). Vaikka nuorten on katsottu pitävän terveyttä itsestään selvyytenä (de Ridder 2010), on kuitenkin vähän tietoa siitä, kuinka tärkeänä nuori terveyttään pitää tai kuinka tyytyväinen hän siihen on. Nuorten terveyden tutkiminen on tärkeää, jotta saadaan tietoa nuorten omista kokemuksista. Tutkimuksissa joidenkin taustatekijöiden, kuten ikä, sukupuoli ja koulutus on katsottu olevan yhteydessä nuorten terveyteen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteena on palveluiden käyttäjien osallisuus (Laitila 2010) ja asiakaslähtöisyys. Nuorten palveluita kehitettäessä on tärkeää lähteä nuorten tarpeista, ja jotta tämä olisi mahdollista, tarvitaan tietoa nuorilta itseltään. Myös osallisuuden vahvistaminen edellyttää nuorilta saatavaa tietoa siitä, mitä he pitävät elämässään tärkeänä (ETENE 2013). Tämän vuoksi nuorten omat arviot terveydestä ja yksilön kokemus olisi hyvä ottaa ammattilaisten toiminnan lähtökohdaksi. Osallisuuden kokemus perustuu yksilön kokemusten, valintojen, arvojen ja tarpeiden kunnioittamiseen (Thórarinsdóttir & Kristjánsson 2014). Sitoutuminen hoitoon ja vastuunotto omasta terveydestä on mahdollista osallisuuden kautta. Osallisuuden voidaan katsoa vaikuttavan yksilön kokemukseen omasta terveydestään (Haake & Nikula 2011).

Kuopion kuntakokeilussa (v.2015 - 2016) kehitettiin nuorten hyvinvoinnin integroitua toimintamallia. Sitä varten suunniteltiin mittari, jonka tarkoituksena on toimia työkaluna nuoren elämänhallinnan arvioinnissa. Mittarista saatuja tietoja käytetään henkilökohtaisen hyvinvointisuunnitelman perustana, jonka nuori tekee yhdessä ammattilaisen kanssa. Hyvinvointisuunnitelmassa keskitytään niihin osa-alueisiin, jotka nuoren mielestä ovat haasteellisia ja joihin hän kokee tarvitsevansa apua. Tavoitteena on saada nuori itse aktiivisesti mukaan arvioimaan terveyttään, osallistumaan sitä koskevaan suunnitteluun ja sitoutumaan hoitoon.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata nuorten näkemyksiä terveydestään ja sen edistämisestä sekä taustatekijöiden yhteydestä nuorten näkemyksiin. Terveyttä tarkastellaan tärkeyden, tyytyväisyyden ja tulevaisuuden näkökulmasta, jonka lisäksi saadaan tietoa mahdollisista nuorten koetun terveyden ja terveyteen tyytyväisyyden välisistä yhteyksistä. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan kehittää nuorten terveyttä edistävää toimintaa. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää nuorten terveyden edistämisen suunnittelussa ja palveluiden kehittämisessä.

2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen perustaksi tarvitaan tietoa aiemmasta tutkimuksesta. Tieto suuntaa tutkimusta ja sen avulla aihetta voidaan tarkastella eri näkökulmista. Kirjallisuuskatsaukseen kuuluu sekä teoreettista, että empiiristä tietoa, joka kattaa sen, mitä aiheesta tällä hetkellä tiedetään. (Burns & Grove 2009, 90-91.)

2.1 Tiedonhaku

Tätä tutkielmaa varten tehtiin kirjallisuuskatsaus aiemman nuorten terveyttä ja terveyden arviointia koskevan tutkimustiedon löytämiseksi. Tiedonhaku suoritettiin kesä- elokuussa 2016 ja päivitettiin tammikuussa 2017. Kirjallisuutta haettiin kansainvälisistä CINAHL (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Journal), PubMed ja Scopus tietokannoista englannin kielellä. Suomalaisesta MEDIC- viitetietokannasta haku tehtiin suomen kielellä.

Hakusanoina käytettiin nuoria kuvaavia englanninkielisiä hakusanoja kuten adolescent, young, youth ja young adult sekä kokemusta tai itsearviointia kuvaavia englanninkielisiä hakusanoja, kuten self-assessed, self-rated ja self-reported, subjective ja terveydentilaa kuvaavia sanoja health ja healthstatus sekä tyytyväisyyttä kuvaavaa sanaa satisfied. Näitä hakusanoja yhdisteltiin hakulauseiksi (adolescen* OR "young people" OR "young adult" OR youth) AND ("self rated" OR "self assessed" OR "self perceived" OR subjective) AND satisf* AND (health OR "health status"). Tiedonhaun prosessissa ja hakulauseiden muodostamisessa käytettiin apuna Itä-Suomen yliopiston informaatikon asiantuntemusta. Haku rajattiin kaikissa tietokannoissa vertaisarvioituun suomen- ja englanninkieliseen nuorten terveyttä koskevaan kirjallisuuteen edeltävän 10 vuoden ajalta. Alustavan haun perusteella tutkimusta nuorten koetusta terveydestä oli runsaasti, käsittäen useampia tuhansia tuloksia ja sen vuoksi haussa keskityttiin viime vuosien (2009-2016) tutkimuksiin aiheesta.

Artikkeleita tarkasteltiin ensin otsikon ja sitten abstraktin perusteella ja kirjallisuuskatsaukseen valituista artikkeleista luettiin koko tekstit. Otsikon perusteella valituksi tuli 21 artikkelia ja abstraktin perusteella kuusi artikkelia. Tietokantahakujen lisäksi kirjallisuuskatsausta täydennettiin manuaalisella haulla valittujen artikkeleiden lähteistä löytyneillä viitteillä. Valitut tutki-

musartikkelit arvioitiin Joanna Briggs Instituutin (JBI 2014) laadunarviointi kriteeristöjen mukaisesti. (Liite 4.) Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui yhteensä 30 artikkelia. Tutkimukset edustavat eri tieteenaloja ja erilaisia lähestymistapoja. Kirjallisuuskatsauksessa on mukana yksi meta-analyysi, kaksi laadullista tutkimusta ja muut ovat kvantitatiivisia tutkimuksia. Tiedonhaku on kuvattu Liitteessä 1. Kirjallisuuskatsaukseen valikoidut julkaisut on taulukoitu tutkijan, aiheen, otoksen ja menetelmien sekä päätulosten mukaisesti. (Liitetaulukko 4.)

2.2 Terveyden moniulotteisuus

2.2.1 Terveyden määrittelyä

Yleisin tapa määritellä terveyttä on Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmä, jossa terveys nähdään fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana, eikä ainoastaan sairauden puutteena (WHO 1948). Myöhemmin WHO:n terveyden määritelmää on terveyden edistämisen näkökulmasta muokattu niin, että terveys nähdään elämän voimavarana (Ottawa charter 1986). Terveys on sosiaalisia ja henkilökohtaisia voimavaroja sekä fyysisiä mahdollisuuksia. Saavuttaakseen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin, yksilön tai ryhmän tulee voida tunnistaa ja toteuttaa toiveita, tyydyttää tarpeita ja kyetä muuttumaan tai mukautumaan ympäristöönsä. (WHO 2016.)

Terveys voimavarana mahdollistaa yksilön tarpeiden tyydyttymisen, toiveiden toteuttamisen ja mukautumisen ympäristöön (vrt. WHO 2016). Terveyttä voidaan tarkastella terveys- tai sairauslähtöisesti. Terveyttä voidaan mitata subjektiivisesti tai objektiivisesti, jolloin arvion tekee joku ulkopuolinen, useimmiten lääkäri. Näillä arvioilla pyritään usein diagnoosin asettamiseen. Subjektiivisesti arvioiden terveys on yksilön oma kokemus ja arvio. Subjektiivinen arviointi on tyypillisesti terveyslähtöistä. (Välimaa 2000.) Terveyslähtöisessä ajattelussa terveys on liikkumista terveyden ja sairauden välisellä jatkumolla. Tätä näkökulmaa edustaa salutogeeninen ajattelu (Mittelmark & Bauer 2016).

Huttunen (2015) määrittelee terveyden muuttuvana tilana, johon vaikuttavat sairaudet ja ihmisen elinympäristö sekä erityisesti omat kokemukset, arvot ja asenteet. Hänen mukaansa yksilön oma määritelmä terveydestään on tärkein, vaikka se saattaa poiketa siitä, miten ammattilainen sen määrittäisi. Ihminen voi tuntea itsensä terveeksi sairauksista huolimatta.

Koettu terveys tarkoittaa ihmisen henkilökohtaista kokemusta terveydestään. Se antaa vastaajan terveydentilasta hyvän yleiskuvan, joka on usein yhteneväinen lääkärin tekemän arvion kanssa. Koettu terveys perustuu subjektiiviseen arvioon, johon vaikuttavat henkilökohtaiset odotukset, kokemukset ja kulttuuriset arvot (Castaneda ym. 2012). Koettu terveys on kaikkein yksinkertaisin yksittäinen terveydentilan osoitin ja sitä koskevaa tietoa on helppo hankkia. Etuna on myös mahdollisuus tarkastella terveydentilan positiivista ulottuvuutta, kokeeko terveytensä hyväksi. (Välimaa 2000.) Koetulla terveydellä on erityisen suuri yhteys yleiseen hyvinvoinnin kokemukseen (Bleidablik ym. 2009) ja koettu terveys ennustaa kuolleisuutta, toimintakykyä ja terveystalveluiden käyttöä väestössä (THL 2014). Koettu terveys on laajalti käytetty mittari. Kun kysymys koetusta terveydestä on usein ainoa terveyttä mittaava muuttuja väestötutkimuksissa, on hyvinvointitutkimuksen puolella ainoana terveyttä mittaavana kysymyksenä ollut tyytyväisyys terveyteen.

2.2.2 Nuorten käsityksiä terveydestä

Nuoret kokevat itsensä yleensä terveiksi (Woodgate & Leach 2010, Crondahl & Eklund 2012, Thing & Ottesen 2013). Heidän omat arvionsa terveydestä voivat poiketa siitä, kuinka terveys yleensä määritellään. Nuoret kokevat terveyden määrittämisen vaikeaksi ja he katsovat terveyteen kuuluvan monenlaisia asioita, kuten ruokavalio, itsestä huolehtiminen ja elämänlaatu (de Ridder 2010, Woodgate & Leach 2010, de Sousa ym.2014). Nuoret tunnistavat terveydessä olevan monia ulottuvuuksia, heidän mukaansa terveys voi olla fyysistä, psyykkistä ja tunne-elämän terveyttä (vrt. Larsson ym. 2013). Nämä kaikki ovat yhteydessä toisiinsa. Nuorten puheissa terveys ilmenee varsin kapeasti määriteltynä painottuen terveelliseen ravintoon ja liikuntaan. (Woodgate & Leach 2010.)

Yksilön toiminnan taustalla ovat hänen arvonsa, jotka ohjaavat toimintaa ja näkyvät valinnoissa (Purjo 2014). Nuorten terveydelle ja sairaudelle antama merkitys voi olla tavanomaisesta poikkeava. Nuorten keskuudessa terveyttä pidetään jopa itsestään selvyytenä (de Ridder ym. 2010). Nuorten parissa terveys koetaan tärkeäksi, sillä se mahdollistaa nuorille aktiivisen elämän, itsestä huolehtimisen ja päivittäisistä asioista selviytymisen (Larsson ym. 2012). Nuoret näkevät elämän lähinnä ihmissuhteiden ja aktiivisen elämän kautta, ei niinkään terveyden ja sairauden kautta. Terveys on heille enemmän toimintaa, kuin tila. Tämä kertonee siitä, etteivät nuoret välttämättä pohdi terveyteen ja sairauteen liittyviä asioita. (de Sousa ym.2014.) Terveys voi

edustaa nuorille tervettä kehoa, hyvää ruokaa ja fyysistä liikuntaa, hyvin voimista ja energisyyttä sekä normaaleja tunteita, onnellisuutta ja vapautta. (Spencer 2013, de Sousa ym. 2014.) Vaikka nuoret yleensä pitävät itseään terveinä ja terveyttä pidetään jopa itsestään selvyytenä (de Ridder ym. 2010), näin ei kuitenkaan liene kaikilla nuorilla.

Tyytyväisyydellä tarkoitetaan mielihyvän tuntemista vallitsevasta asiain-tilasta (MOT kielitoimiston sanakirja 2017). Elämään tyytyväisyyden katsotaan kuuluvan elämänhallintaan (Pietilä ym. 2016). Nuoret ovat tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa, terveydentilaansa ja ulkonäköönsä. Tyytyväisyys terveydentilaan on kuitenkin viime vuosina ollut laskusuunnassa. (Myllyniemi 2014.) Terveysteen tyytyväisyyden osa-alueiksi katsotaan kuuluvan fyysinen kunto, fyysinen hyvinvointi, positiiviset tunteet ja itsetunto (Mazur ym. 2016). Tyytyväisyyden arviointiin liittyy vertaamista omaan viiteryhmään ja nuoret vertaavatkin itseään ystäviin, perheen jäseniin, opettajaan tai suosittuun urheilijaan (de Sousa ym. 2014). Nuoret kertovat tietävänsä mitä terveenä oleminen edellyttää (de Sousa ym. 2014), vaikka osa nuorista ei koe itseään terveeksi, eikä ole siihen tyytyväinen.

Terveyden edistämistä ja sen ylläpitämistä kuvaavat nuorten käsitykset tasapainoilusta terveellisten ja epäterveellisten asioiden välillä. He tietävät, että terveyttä ylläpidetään esimerkiksi terveellisen ruokavalion ja liikunnan avulla ja huonoja terveystottumuksia välttämällä. (Woodgate & Leach 2010, de Sousa ym. 2014.) Turvallisuuden tunteen nuoret ovat nimenneet tärkeäksi terveyden tekijäksi (Cron Dahl & Eklund 2012). Nuorten mielestä terveydestä on vastuussa jokainen itse, eivätkä he katso, että hallituksella tai terveydenhuoltojärjestelmällä olisi osuutta heidän terveyteensä. Nuori jää kuitenkin helposti yksin, mikäli terveyden edistämisessä yksilön vastuu korostuu liikaa. (Woodgate & Leach 2010.) Nuoret kertovat tarvitsevansa esimerkkiä siitä, kuinka eletään terveellistä elämää (de Sousa ym. 2014) ja tukea niiltä läheisiltä ja ammattilaisilta, joita he kohtaavat arjessa (Larsson ym. 2012).

Terveys voimavarana mahdollistaa yksilön tarpeiden tyydyttymisen, toiveiden toteuttamisen ja mukautumisen ympäristöön (ks. WHO 2016). Terveys on nuorten käsitysten mukaan itsensä terveeksi ja elinvoimaiseksi tuntemista ja hyvinvointia, mutta se on myös voimaa selviytyä päivittäisestä elämästä ja sitä, että pystyy ”tekemään enemmän” (Woodgate & Leach 2010, Cron Dahl & Eklund 2012). Terveys on osa jokapäiväistä elämää. Nuoret ovat kuvanneet terveyttä yhteenkuuluvuuden tunteena ja kykynä hallita itsen kohdistuvia vaatimuksia. (Larsson

ym. 2012.) Kipujen tai huonotuulisuuden he eivät katso kuuluvan terveyteen ja terveyteen liittyvät ongelmat voidaan kokea normaalia, aktiivista elämää häiritsevinä tai estävinä. Terveys on myös pärjäämistä pienistä sairauksista huolimatta. (Cron Dahl & Eklund 2012, de Sousa ym.2014.) Honkisen (2009) mukaan elämänhallinnan käsite kuvaa tällaista tilannetta, jossa tuntee selviävänsä, vaikka olisi vaikeuksiakin. Terveys mahdollistaa nuorelle aktiivisen elämän ja on osa elämänhallintaa (Larsson ym. 2012). Taulukkoon 1. on koottu esimerkkejä siitä, miten nuoret ovat tutkimuksissa luonnehtineet terveyttä.

Taulukko 1. Nuorten käsityksiä terveydestä

Terveyden määrittelyä	Tutkimuksen tekijä/vuosi
Terveys on moniulottuvuuksinen: fyysinen, psyykinen ja tunne-elämän terveys, jotka kaikki ovat yhteydessä toisiinsa. Terveys on enemmän toimintaa kuin olotila.	Woodgate & Leach 2010
Terveys on itsensä hyväksi tuntemista, voimaa ja energiaa selviytyä päivittäisestä elämästä. Terveysteen liittyy itsenäisyys ja positiivinen ajattelu, onnellisuus ja turvallisuus. Se on jatkumo.	Cron Dahl & Eklund 2012
Terveys on monimutkainen ilmiö, osa jokapäiväistä elämää, sisään kudottu elämään. Terveys ilmenee merkityksellisissä yhteyksissä, ihmissuhteissa ja kyvyssä hallita elämää.	Larsson ym. 2012
Terveyttä ei ajatella terveyden ja sairauden kautta, vaan ihmissuhteiden ja aktiivisen elämän kautta.	Thing & Ottesen 2013
Terveys on sairauden puuttumista. Se on terveellistä ravintoa, säännöllistä liikuntaa ja hyvinvointia.	de Sousa ym. 2014
Terveyttä on vaikea määrittellä. Terveyttä pidetään itsestään selvänä. Terveys ei edellytä mitään toimia.	de Ridder ym. 2013

2.2.3 Koettuun terveyteen yhteydessä olevia tekijöitä

Nuorten koettua terveyttä on tutkittu jonkin verran. Koettu terveys on nuorilla melko stabiili rakenne ja se laskee johdonmukaisesti yleisen hyvinvoinnin laskiessa ja vamman tai terveyspalveluiden käytön myötä. (Breidablik 2009.) Koettua terveyttä mitataan yleensä kysymyksellä: ”Millaisena koette oman terveytenne?” Vastausvaihtoehdot ovat tavallisimmin: erittäin hyvä /hyvä /keskinkertainen /melko huono /huono. Vastauksena kysymykseen vastaaja antaa arvion omasta terveydestään. Koettu terveys perustuu subjektiiviseen arvioon, johon vaikuttavat henkilökohtaiset odotukset, kokemukset ja kulttuuriset arvot. Tämä kuvaa fyysisen terveyden lisäksi myös sosiaalista ja psyykkistä hyvinvointia. (Castaneda ym. 2012.) Koettu terveys soveltuu myös eri etnisestä taustasta tulevien henkilöiden terveyden tutkimiseen (Allen ym. 2016).

Jylhä (2009) kirjoittaa koetun terveyden arvioinnin olevan toisinaan intuitiivinen ja toisinaan taas pidempään harkittu ja tietoinen. Oman terveyden arviointiin vaikuttaa se, miten vastaaja käsittää terveyden. Arviointiin vaikuttavia asioita ovat muun muassa tieto lääketieteellisistä diagnooseista, huomiot omasta voinnista ja mahdollisista riskeistä tai vahvuuksista koskien tulevaisuuden terveyttä. Arvioon vaikuttavat vastaajan viiteryhmä, esimerkiksi muiden nuorten terveys tai se, millainen vastaajan terveys on ollut aiemmin. Lopullisen arvion antamiseen liittyy lisäksi vaihtoehtojen punnitseminen ja oman tilanteen tarkastelu suhteessa vaihtoehtoihin sekä siihen, mitkä kulttuuriset tekijät ovat vaikuttamassa terveysarvioiden antamiseen. On myös havaittu, että nuoret vertaavat itseään perheenjäseniin tai muihin läheisiin kuten ystäviin, opettajaan tai suosittuun urheilijaan (de Sousa 2014). Kainulaisen (1998, 85) tutkimuksessa esitettiin, että tyytyväisyyden subjektiivista mittaamista edeltää vertaaminen, jossa yksilö suhteuttaa tilanteensa muihin. Sekä terveyteen tyytyväisyyden, että koetun terveyden arviointiin liittyyneen samankaltaista omaan viiteryhmään vertaamista ja asian tiedollista käsittelyä ennen varsinaista arviota.

Nuoruuteen murrosvaiheena ja stressaavana ajanjaksona elämässä liittyy paljon mahdollisia stressitekijöitä, jotka liittyvät psyykkiseen oireiluun (Moksnes ym. 2014). Psyykkisen hyvinvoinnin itsearviointiin on olemassa useita mittareita, joista tunnetuimpia on Aron Beckin 21-osainen depressiomittari (BDI, Beck Depression Inventory). Mittari on tarkoitettu väestötason

tutkimuksiin (Käypä hoito suositus 2016) ja sitä käytetään myös nuorten psyykkisen hyvinvoinnin itsearviointiin. Tämän mittarin pohjalta Raimo Raitasalo on kehittänyt Suomen oloihin soveltuvan masennusoireilun ja itsetunnon kyselyn, josta käytetään lyhennettä RBDI. Anne-tuista vaihtoehtoista vastaaja valitsee mielestään sopivimman. (Raitasalo 2007.) Psyykkisen oireilun taustalla tai niiden seurauksena voi olla itsetunto-ongelmia. Itsetunto tarkoittaa tunnetta siitä, että on riittävän hyvä. Yksilö tuntee olevansa arvokas ja arvostaa itseään sellaisena kuin on, mutta on selvillä vahvuuksistaan ja puutteistaan. Korkean itsetunnon omaavat haluavat vielä parantaa ja voittaa puutteensa. Matalan itsetunnon omaavilla minäkäsitys on ristiriitainen ja henkilö on itseensä tyytymätön. (Rosenberg 1989.) Morris Rosenbergin alun perin juuri nuorten itsetunnon testaamiseen kehittämää testiä (RSES, Rosenberg Self-Esteem Scale), käytetään laajasti itsetunnon seulomiseen. Testi on 10-kohtainen mittari ja sen kymmenestä Likert-asteikollisesta väittämästä valitaan itselle sopivin vaihtoehto (Rosenberg 1989).

Monet asiat vaikuttavat terveyteen ja siihen millaisena se koetaan. Härkönen (2012) kokoaa koetun terveyden arviointia ja tuo esiin, että terveyden kokemista voidaan arvioida eri tavoin ja eri tekijöihin keskittyen. Esimerkiksi kysymykset masentuneisuudesta, elämään tyytyväisyydestä ja itse arvioidusta terveydestä tai oirekysymykset, itse ilmoitetut sairaudet, toimintakyvyn rajoitteet, terveyskäyttäytyminen sekä terveyteen liittyvä elämänlaatu voivat selvittää vastaajan koettua terveyttä. Aiemman kirjallisuuden perusteella joillakin taustatekijöillä on havaittu olevan yhteyttä siihen, millaisena terveys koetaan. Tällaisia ovat muun muassa ikä, sukupuoli, koulutus ja sosioekonominen asema.

Sosiodemografiset tekijät

Nuoret ovat yleensä optimistisia elämänsä ja terveytensä suhteen ja kokevat itsensä terveiksi. Iän karttuessa arviot terveydestä muuttuvat realistisemmiksi. Tutkimusten mukaan melko vaakaana nähdään suuntaus, jossa iän karttuessa koettu terveys huononee (Jerden ym. 2011, Friberg ym. 2012, Naicker ym. 2013, Cavallo ym. 2015, Rathmann ym. 2015). Yhdysvalloissa tehdyssä pitkittäistutkimuksessa nuorten koetun terveyden keskiarvot laskivat siirryttäessä nuorista (15v.) nuoriin aikuisiin (28v.) (Bauldry ym. 2012). Vanhemmilla tytöillä on havaittu suurempi riski kokea terveytensä vähemmän suotuisaksi, kun taas pojilla tilanne oli päinvastainen (Herman ym. 2015).

Tarkasteltaessa subjektiivista terveyttä sukupuolittain, yleinen tutkimukseen perustuva käsitys on, että naiset arvioivat terveytensä miehiä heikommaksi. Nuorilla tilanne on samanlainen. Tytöt kokevat terveytensä huonommaksi kuin pojat (Saab ym.2010, Bauldry ym. 2012) ja tytöillä on enemmän psykosomaattista oireilua kuin pojilla. Sukupuolen merkitys terveyden kokemisessa kasvaa iän myötä (Wiklund ym.2012, Luopa ym. 2014, Cavallo ym. 2015). Vanhemmilla tytöillä oli suurempi riski kokea terveytensä vähemmän hyväksi, kun taas pojilla tilanne oli päinvastainen (Herman ym. 2015). Verrattaessa 32 eri maan nuoria, tytöillä arviot koetusta terveydestä olivat kaikissa maissa säännönmukaisesti huonommat kuin pojilla (Cavallo ym. 2014). Seitsemännen - ja yhdeksännen luokan tytöillä oli poikia matalampi koettu terveys ja molemmilla sukupuolilla lasku huonompaan koetussa terveydessä tapahtui 7. luokan ja 9. luokan välisenä aikana (Jerden ym. 2011).

Korkea koulutustaso on yhteydessä hyväksi koettuun terveyteen. Koulutuksella on suuri merkitys terveyden ja kuolleisuuden eroissa etenkin nuorilla aikuisilla (De Grande ym. 2014). Nuorisobarometrin mukaan hyvä koulumenestys ja peruskoulun päättötodistuksessa vähintään 8 keskiarvo näyttävät liittyvän hyvään terveyteen (Myllyniemi 2015). Hyvä koulukokemus 7. luokalla ennusti hyvää koettua terveyttä 9. luokalla (Jerden ym. 2011). Suomessa tehdyissä nuorten terveystapatutkimuksissa on seurattu nuorten terveyttä pitkällä aikavälillä ja havaittu, että terveyserot ovat yhteydessä siihen, opiskelevatko nuoret ammattikoulussa vai lukiossa. Samalla on havaittu, että kaikissa koulutusmuodoissa tyttöjen terveydentila on poikia heikompi. (Ståhl & Rimpelä 2010.) Erot näkyvät koetussa terveydessä niin, että lukiolaisilla koettu terveys on ammattikoululaisia ja koulutuksen ulkopuolelle jääneitä parempi. Vaikka koulutuksella katsotaan olevan yhteyttä koettuun terveyteen, yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että koulutuksesta terveyteen kohdistuvaa hyötyä koituu enemmän niille, jotka tulevat niin sanoituista hyvistä olosuhteista (McDade ym.2011). Keskimäärin collegetutkinnon tasoisen koulutuksen suorittaneet arvioivat terveytensä merkittävästi paremmaksi (Bauldry 2014).

Elintavat ja mielenterveys

Nuoruuden aikana omaksutuilla tottumuksilla voidaan vaikuttaa terveyteen tulevaisuudessa. Omaksutut hyvät tottumukset vaikuttavat mahdollisesti myös terveyseroja vähentävästi. Nuoret, joilla oli positiivisia tulevaisuuden odotuksia, polttivat vähemmän tupakkaa ja harrastivat enemmän liikuntaa nuorina aikuisina (McDade 2011). Korkea painoindeksi, humalajuominen, tupakointi ja liikkumattomuus vaikuttavat yhdistyvän alhaisempaan koettuun terveyteen, kun

siirrytään nuoruudesta varhaisaikuisuuteen. Nuoret, jotka olivat inaktiivisia, ylipainoisia ja tupakoivia sekä ne, jotka joivat alkoholia humalahakuisesti, kokivat terveytensä olevan muita huonompi. (Cui ym. 2014, Bauldry ym. 2012.)

Vaikka lihavat nuoret yleensä arvioivat terveytensä huonommaksi kuin normaalipainoiset, sukupuolen osalta tilanne säilyy samana. Lihavat pojat kokevat terveytensä paremmaksi kuin lihavat tytöt, joilla ylipaino ja lihavuus laskevat koettua terveyttä (Cui ym. 2014). Maahanmuuttajataustaisilla nuorilla tilanne vaikuttaisi olevan hieman ristiriitainen. Tutkittaessa maahanmuuttajataustaisten nuorten terveyttä Euroopan ulkopuolella syntyneillä, havaittiin poikien koetun terveyden olevan tyttöjä alhaisempi (Lindström ym. 2015). Suomessa ensimmäisen polven maahanmuuttajatyttöistä 26 % koki terveytensä korkeintaan keskinertaiseksi ja poikien osuus oli 21 % (Matikka ym. 2014).

Suomalaisten maahanmuuttajataustaisten nuorten hyvinvointikyselyssä tuli esiin, että maahanmuuttajataustaisilla nuorilla on muita enemmän huonoja terveystottumuksia. Ensimmäisen polven maahanmuuttajapojilla humalajuominen ja tupakointi oli yleisempää kuin muilla nuorilla. Myös maahanmuuttajatyttöillä (17 %) humalajuominen oli muita tyttöjä (9-14 %) yleisempää. (Matikka ym. 2014.) Kouluterveyskyselyyn vastanneista ammattiin opiskelevista nuorista 21 % oli joskus kokeillut laittomia huumeita ja heistä 35 % oli juonut itsensä tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa. Lukiolaisissa laittomia huumeita kokeilleiden osuus oli 13 % ja humalajuomisen osuus 20 % (Luopa ym. 2014).

Fyysinen aktiivisuus ja terveys liitetään usein yhteen ja useissa tutkimuksissa on tutkittu fyysisen aktiivisuuden ja terveyden välistä yhteyttä. Fyysisesti inaktiivisilla nuorilla oli kaksinkertainen todennäköisyys heikompaan koettuun terveyteen kuin aktiivisilla nuorilla. Tyttöillä inaktiivisuuden huomattiin olevan yhteydessä heikompaan mielenterveyteen. (Herman ym. 2015.) Poikien kohdalla vähäinen vapaa-ajan aktiivisuuden määrä lisäsi pitkällä aikavälillä tarkasteltuna poikien riskiä huonoon koettuun terveyteen, kun taas säännöllinen liikunta lisäsi molemmilla sukupuolilla hyvää koettua terveyttä (Elinder ym. 2010). Myös Bauldry ym. (2012) ja Kantomaa (2010) havaitsivat inaktiivisuuden alentavan koettua terveyttä. Reippaan liikunnan ja hyvän koetun terveyden välillä oli tytöillä ja pojilla tilastollisesti merkitsevä yhteys (Galan ym. 2013).

Siirtymä nuoruudesta aikuisuuteen on erityisen haavoittuvaa aikaa, johon vaikuttavat erilaiset elämässä tapahtuvat muutokset (Naicker ym. 2012). Mielenterveyden ongelmat vaikuttavat subjektiiviseen arvioon terveydestä, sillä esimerkiksi koettu terveys saattaa mielikuvissa painottua enemmän fyysiseen terveyteen. Myös perheen ja ihmissuhteiden vaikutus mielenterveyteen on merkittävä. Nuorena kohdattujen haitallisten ihmissuhteiden vaikutukset nuoren aikuisen terveyteen ilmenivät masennuksena ja kohdistuivat yleiseen terveyteen. Yksinäisyys enusti masennusta, mutta sen ei katsottu laskevan yleistä terveydentilaa. (Adam ym. 2011.) Ruotsalaisten nuorten mielenterveyttä ja sosioekonomista taustaa tutkineiden Hutton ja kumppaneiden (2014) tuloksissa nuoremmilla tytöillä (11-13v.) ja vanhemmilla pojilla (14-16v) havaittiin perheen varallisuuden olevan yhteydessä alhaisen mielenterveyden riskiin. Tutkimuksessa tytöt arvioivat mielenterveytensä yleisesti alhaisemmaksi kuin pojat. Nuorten masentuneisuuden vaikutuksina terveystuloksiin 10 vuoden seurannassa ilmeni huonompi koettu terveys, migreeni ja masennusoireiden vaikeutuminen tai masennuksen uusiutuminen ja alhaiseksi koettu sosiaalinen tuki. Fyysiseen aktiivisuuteen nuoruuden masennuksella ei ollut yhteyttä. (Naicker ym. 2012.)

Kulttuurisuus ja elinolot

Maahanmuuttajataustalla ja etnisyydellä on havaittu olevan yhteyttä terveyteen ja sen kokemiseen. Belgialaisessa tutkimuksessa havaittiin, että lähtömaalla on yhteyttä terveyden kokemiseen. (De Grande ym. 2014.) Tyttöjen todennäköisyyttä huonoon koettuun terveyteen vähensi ulkomailla syntyneet vanhemmat tai se, että he itse olivat syntyneet Euroopan ulkopuolella (Lindström 2014). Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa eri maahanmuuttajasukupolvien tai etnisten ryhmien välillä ei havaittu eroja koetussa terveydessä, vaan terveystodennäköisyydet kuten painoindeksi (BMI), krooniset sairaudet tai masennus selittivät vaihtelua koetussa terveydentilassa (Allen ym. 2016.) Suomessa ensimmäisen polven maahanmuuttajilla tilanne poikkeaa siten, että noin neljäsosa tytöistä kokee terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi, kun taas pojista noin viidennes (Matikka ym. 2015).

Nuorten itsearvioitu sosioekonominen asema on yhteydessä nuorten terveyteen. Laajempaa yhteyttä oli suhteessa mielenterveyteen, koettuun terveyteen ja yleisiin terveyden merkkeihin, mutta myös käsitys taloudellisista vaikeuksista perheessä yhdistyi vahvasti nuorten terveystuloksiin. (Quon & McGrath 2014.) Vähävaraisten nuorten todennäköisyys huonoon koettuun terveyteen oli puolitoista - kaksinkertainen rikkaisiin verrattuna. Pojista 12 % ja tytöistä 16 %

ilmoitti koetun terveytensä huonoksi tai keskinkertaiseksi. Materiaalisten tekijöiden katsottiin vaikuttavan koettuun terveyteen enemmän, kun taas terveystavoilla oli etenkin poikien osalta matalin vaikutus koettuun terveyteen. (Richter ym. 2012.) Korkeamman kansantulon ja terveysmenojen maissa nuorilla oli enemmän terveyteen liittyviä oireita. Lisäksi sosioekonomisen aseman ja terveyden välillä havaittiin suurempi yhteys. (Rathmann ym. 2015.)

Tutkittaessa taustatekijöiden vaikutusta koettuun terveyteen, voitiin löytää yhteys löyhän perherakenteen, rikkonaisen perheen, huonon perheen sisäisen keskusteluyhteyden ja perheen alhaisen varallisuuden ja huonomman koetun terveyden välillä (Cavallo ym. 2014). Nuoret perheistä, jotka eivät saaneet sosiaalitukea olivat terveempiä ja kertoivat olevansa tyytyväisempiä terveyteensä kuin sosiaalitukea saavien perheiden nuoret (Mazur ym. 2016). Perheen varallisuudella ja nuorten tyytyväisyydellä terveyteen havaittiin olevan yhteyttä niin, että köyhien perheiden nuoret olivat terveyteensä paljon tyytymättömämpiä (Mazur ym. 2016). Taulukossa 2. esitetään esimerkkejä nuorten terveyttä koskevista tutkimuksista.

Taulukko 2. Esimerkkejä nuorten terveyttä koskevista tutkimuksista (1/2)

Tutkimuk- sen tekijä/ vuosi	Tarkoitus	Aineisto/otos/ menetelmät	Tulokset
Allen ym. 2015	Tutkittiin koetun terveyden ja 4 terveystutkimuksen (BMI, krooniset sairaudet, toiminnallinen vajavaisuus, masennusoireet) välisiä suhteita nuorilla ja nuorilla aikuisilla, eri etnisen ja maahanmuuttajatausta huomioiden.	väestöaineisto 4 vaihetta 11-34 vuotiaat N > 10 000/vaihe poikittais- ja pitkittäistutkimukset	Terveystutkimukset selittävät koetun terveyden vaihtelusta yhtä paljon kaikilla roduilla, etnisillä ryhmillä ja eri maahanmuuttajasukupolvilla. Ryhmien välillä ei ollut eroa poikkileikkaustutkimuksessa eikä pitkän aikavälin tarkastelussa. Koettu terveys soveltuu monimuotoisuus (diversity) tutkimuksiin väestötason tutkimuksissa.
Bauldry ym. 2012	Tutkittiin ja testattiin koetun terveyden elämäntapa- ja soveltuvuutta myöhäislapsuudesta varhaisaikuisuuteen.	N=10375 13-32vuotiaat pitkittäistutkimus	Työillä huonompi koettu terveys kuin pojilla, muilla roduilla huonompi koettu terveys kuin valkoihoisilla. Paremmiin koulutettujen vanhempien ja kahden vanhemman perheessä lapsilla parempi koettu terveys. Koetussa terveydessä lievää alenemista iän myötä. Varhaisiän vaikeudet, fyysinen kaltoinkohtelu, lihavuus, tupakointi, inaktiivisuus ja humalajuominen alentavat koettua terveyttä, koulutus nostaa koettua terveyttä.
Galan ym. 2013	Tutkittiin kohtalaisesta-reippaaseen fyysisen aktiivisuuden ja koetun terveydentilan välistä yhteyttä nuorisoväestössä (terveystutkimukset: BMI, krooniset sairaudet, masennus).	N=21811 11-18v. poikittaisutkimus	Fyysisen aktiivisuuden lisääntyessä yhteys terveystutkimuksiin oli suurempi. Havaittiin lineaarinen yhteys koetun terveyden ja oireiden välillä ja elämään tyytyväisyyden kanssa naisilla. Koetun terveyden ja terveystutkimuksen yhteys fyysiseen aktiivisuuteen oli suurempi miehillä ja kaikissa luokissa hyötyjä nähtiin jo vähäisestäkin fyysisestä aktiivisuudesta, etenkin miehillä.
de Grande ym. 2014	Tutkittiin koetun terveyden ja kuolleisuuden esiintymistä alkuperämaan, maahanmuuttohistorian ja koulutustaustan suhteen nuorilla ja nuorilla aikuisilla.	N=283688 15-34v. pitkittäistutkimus 5 v. seuranta	Terveydessä oli merkittäviä eroja kansallisuuksien välillä. Toisen sukupolven maahanmuuttajilla huonompi terveys kuin ensimmäisen polven. Koulutuksella merkittävä rooli terveyden ja kuolleisuuden eroissa erityisesti nuorilla aikuisilla. Maahanmuuttajatausta on merkittävämpi kuolleisuuden kannalta kuin alkuperämaa.

Taulukko 2. Esimerkkejä nuorten terveyttä koskevista tutkimuksista (2/2)

Tutkimuksen tekijä /vuosi	Tarkoitus	Aineisto/metodit	Tulokset
Naicker ym. 2012	Kuvattiin ja määriteltiin nuoruuden masennuksen sosiaalisia-, demografisia- ja terveystuloksia (työllisyys/tulot/koulutus/migreeni/koettu terveys/fyysinen aktiivisuus/alkoholin käyttö/tupakointi/masennuslääkitys/siviilisääty/koettu sosiaalinen tuki)10 vuoden siirtymäaikana nuoruudesta varhaisaikuisuuteen.	N=1027 16-17v mittaukset 2 v välein yhteensä 10 v aikana	Nuoruuden masennuksen vaikutukset oli havaittavissa sosiaalisissa, demografisissa ja terveystuloksissa fyysistä aktiivisuutta lukuun ottamatta. Merkitseviä vaikutuksia 10 v seuranta-aikana olivat masennuksen uusiutuminen, oireiden vakavuus, migreeni, huono koettu terveys ja alhainen sosiaalinen tuki. Nuoruuden masennuksella ei ollut merkitsevää vaikutusta työllisyyteen, tuloihin, siviilisäätyyn tai koulutuksellisiin saavutuksiin.
Larsson ym. 2012	Tutkittiin ruotsalaisten nuorten tyttöjen koettua terveyttä ilmiönä.	N=15 13-19v. fenomenologinen tutkimus	Nuoren tytön terveys on monimutkainen elämään sisään kudottu ilmiö. Terveys ilmenee merkityksellisissä yhteyksissä ja suhteessa toisiin sekä kyvyssä hallita elämää. Terveys muotoutuu jokapäiväisessä elämässä ja voidaan ymmärtää hyvin voimisenä joka aiheuttaa tekoja ja toimintaa.
Saab ym. 2010	Arvioitiin oppilastason ja koulutason tekijöiden ja oppilaiden terveys- ja hyvinvointitulosten välistä suhdetta ja estimoitiin vaihtelua jokaisen oppilas ja koulutustason välillä kolmen terveystuloksen osalta.	N=9670 11-15v. poikittaistutkimus kysely	Sekä yksilö- että koulutekijät olivat yhteydessä opiskelijan terveyteen. Sukupuoli, perheen varallisuus ja perherakenne, akateemiset saavutukset ja naapurusto olivat merkittäviä oppilastason ennustajia. Ongelmaikä oli merkittävä koetun terveyden ja terveysoireiden ennustaja. Koettu terveys liittyi parempaan kokemukseen ympäristöstä, perheen varallisuudesta, akateemisista saavutuksista ja siihen että asui molempien vanhempien kanssa.
Wiklund ym. 2012	Tutkittiin ruotsalaisten vanhempien nuorten stressiä, mielenterveyttä ja oireita.	N=1027 16-18v. poikittaistutkimus kysely	Suuri osa pojista ja tytöistä ilmoitti oireita ja stressiä. Tytöistä kaksinkolmikertainen määrä poikiin verrattuna ilmoitti oireita. Koettu stressi korreloi vahvasti ilmoitettujen oireiden kanssa. Mielenterveyden ongelmat ja oireet ovat läsnä nuoruudessa. Pääosa nuorista arvioi terveytensä hyväksi, vaikka olisi paljon oireita

2.3 Terveys elämänhallinnan perustana

Tarkasteltaessa terveyttä ja elämänhallintaa, niiden on tutkimuksissa havaittu liittyvän toisiinsa (Larsson ym. 2012, Pietilä ym. 2016). Elämänhallinta käsitteen kanssa kiinteästi yhteydessä on koherenssin tunne. Antonovskyn (1979) mukaan voimakas koherenssin tunne auttaa yksilöä käyttämään ja suuntaamaan voimavarojaan onnistuneesti, ja se voi suojella yksilöä ja vaikuttaa terveyttä ylläpitävästi. (Honkinen 2009.) Antonovsky haastoi etsimään koherenssin tunteen lisäksi tekijöitä, jotka toisaalta vaikuttavat voimavaroihin ja toisaalta kokemukseen terveydestä (Mittelmark & Bauer 2016). Suomalaiset tutkijat Söderqvist ja Bäckman (1988) laajensivat Antonovskyn käsitettä sisältämään sekä koherenssin tunteen, että elämään tyytyväisyyden ja tämän käsitteen he nimesivät elämänhallinnaksi (engl. life control). He havaitsivat, että ihmiset jotka kokevat elämänhallintansa vahvana, pitävät itseään terveempänä kuin ne, joilla elämänhallinta on heikkoa. (Pietilä ym. 2016.) Lisäksi realistinen kuva todellisuudesta, käsitys itselle merkityksellisen maailman hallittavuudesta ja elämän mielekkyyden kokemus on nähty tämän life control -käsitteen ulottuvuuksina (Uutela 1996, 50).

Tutkittaessa elämänhallintaa koherenssintunteeseen perustuen havaittiin, että hyväksi koettu terveys liittyi vahvaan elämänhallintaan. Korkeampi ikä oli yhteydessä heikompaan elämänhallintaan, mutta naisten ja miesten välillä ei havaittu eroja. Korkeammin koulutetuilla elämänhallinta oli vahvempaa. Koherenssin tunne ei kuitenkaan selittänyt terveydentilan muutosta kokonaan. (Suominen 1996.) Nuorten miesten elämänhallintaa ja terveyttä tutkittaessa jo tutkimuksen lähtöoletuksena oli, että terveys ja elämänhallinta liittyvät toisiinsa. Elämänhallinta oli henkisen hyvinvoinnin merkittävänä osatekijänä ja hyväksi koettu terveys ennusti vahvaa elämänhallintaa. Terveet yksilöt kokivat hallitsevansa elämänsä ja vahvasti elämänsä hallitsevat yksilöt katsoivat pystyvänsä vaikuttamaan myös terveyteen. Nuoruusiässä tuli esiin perhetaustan, elintapojen ja opiskeluissa menestymisen yhteys elämänhallintaan ja terveyteen aikuisuudessa. (Pietilä 1994.) Nuorten vahva elämänhallinta auttaa tekemään terveyden kannalta hyviä ratkaisuja. Elämänhallinnalla ei kuitenkaan yksin voida selittää koko terveyttä. (Suominen 1996, Honkinen 2009.) Omaa elämää koskevien ratkaisujen tekeminen tuo nuorelle elämään tyytyväisyyttä ja elämänhallintaa. Nuorten terveyden kannalta tämä on tärkeää, sillä nuoruudessa tehdään pitkälle tulevaisuuteen vaikuttavia valintoja. Terveys voidaan nähdä voimavarana, jonka avulla elämänhallinta on mahdollista. Nuoret määrittelevät terveyttä myös kykynä

hallita itseen kohdistuvia vaatimuksia (Larsson ym. 2012), joka ilmentää terveyden ja elämänhallinnan yhteyttä.

Elämänhallinnalla pyritään vähentämään psyykkistä kuormaa ja selviytymään eteen tulevista ristiriidoista. ”Hyvä elämänhallinnan tunne merkitsee sitä, että yksilö ja ympäristö ovat sopusoinnussa keskenään...” (Uutela 1996, 50). Elämänhallinnan piirteet mielekkyys ja tyytyväisyys antavat olettaa, että ihminen kykenee ja haluaa järjestää elämänsä itselleen sopivaksi. Kun ihminen kokee tunnetta elämänhallinnasta, hän myös arvostaa elämää ja haluaa toimia elämää ylläpitävästi. (Uutela 1996.) Elämänhallinta voi olla toisilla yksilöillä luontaisesti vahvempaa kuin toisilla, mutta siihen voidaan myös vaikuttaa ja saada tukea. Voidaan ajatella, että elämänsä hallitseva yksilö haluaa ylläpitää terveyttään ja suuntautuu toiminnassaan terveyttä kohti. Terveyden kannalta haitallisina voidaan pitää sellaisia tapahtumia, jotka ovat yksilön hallinnan ulkopuolella (Järvikoski 1996).

Nuoruudessa kohdataan tilanteita, joissa elämänhallinnan tunne vahvistuu tai heikentyy (Jaari 2004). Elämänhallintakyky muodostuu sitä vahvemmaksi, mitä paremmin nuori on kyennyt ratkaisemaan aiempaan kehitykseen kuuluvat kehitystehtävät. Toimiva perhe ja lähiverkostot tarjoavat lapsille ja nuorille mahdollisuuden kokea osallisuutta, sosiaalista tukea ja pääomaa. Näiden turvin nuoret kykenevät selviytymään haasteista ja vastoinkäymisistä. (Lämsä 2009.)

2.4 Yhteenveto tutkimuksen lähtökohdista

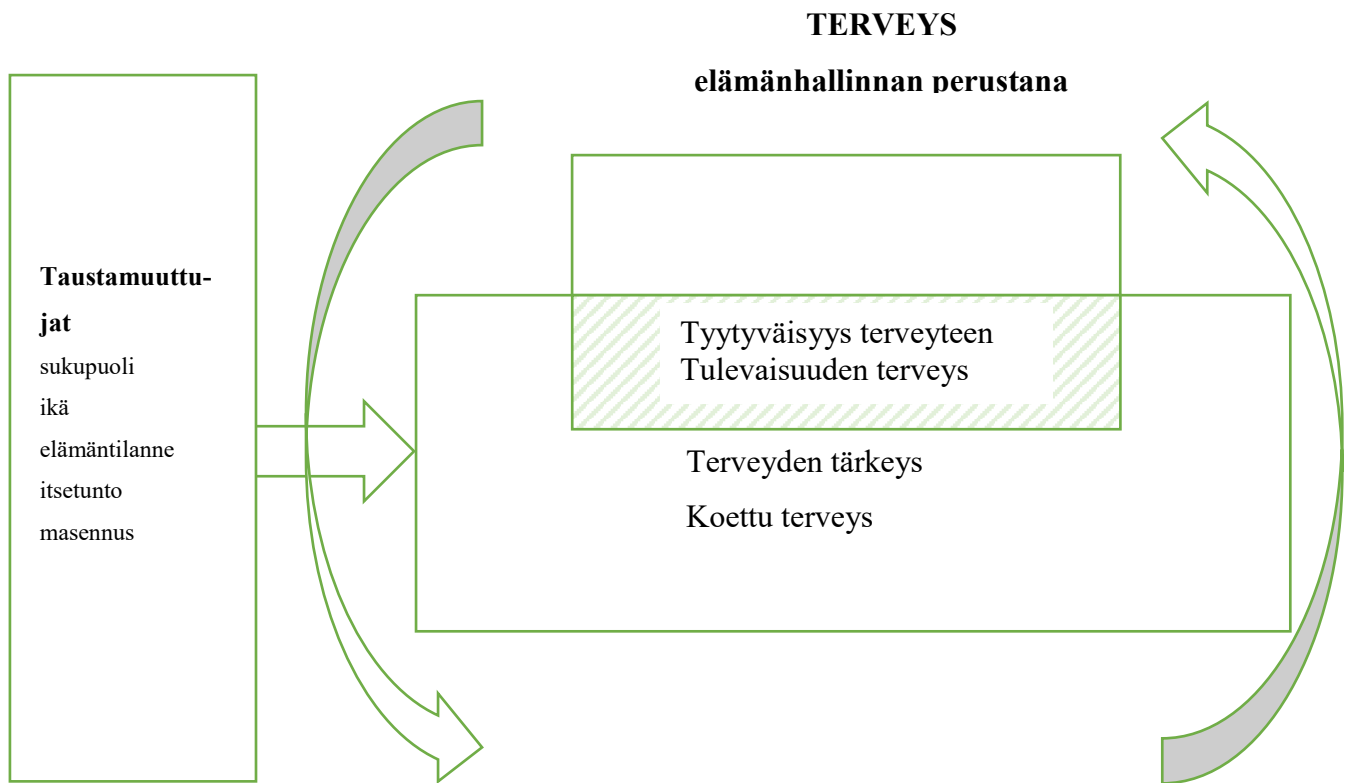
Terveys on laaja käsite ja se voidaan nähdä elämän voimavarana, joka ei ole stabiili tila, vaan liikettä terveyden ja sairauden välisellä jatkumolla. Terveyttä voidaan arvioida terveys- tai sairauslähtöisesti. Nuorten terveyttä tarkastellaan tässä tutkimuksessa yksilön omana arviona kolmesta (tärkeyden, tyytyväisyyden ja tulevaisuuden) näkökulmasta. Tutkimuksessa halutaan kuvata, millaisena nuori näkee terveyden elämässään ja miten se on yhteydessä taustatietoihin. Terveyden tärkeys kuvaa sitä, millaisen merkityksen terveys nuoren elämässä saa. Tyytyväisyys terveyteen kuvaa, miten nuori tulkitsee terveyden ja onko hän asiointilaan tyytyväinen. Kolmantena näkökulmana on tulevaisuus ja tulevaisuuden tavoitteet oman terveyden suhteen, jotka tuovat esiin mitä nuoret haluavat terveytensä suhteen ja miten he olisivat valmiita toimimaan sen hyväksi. Aiemmissa tutkimuksissa melko voimakkaana on nähty iän, sukupuolen ja

koulutuksen yhteys yksilön arvioihin terveydestä. Myös liikunnalla, mielenterveydellä, elintavoilla ja sosioekonomisella taustalla on yhteyttä siihen, millaisena nuori terveytensä kokee.

Terveyttä tarkastellaan myös koetun terveyden näkökulmasta, joka on mittari subjektiiviselle kokemukselle terveydestä. Se antaa varsin objektiivisen kuvan henkilön terveydestä, koska sen on tutkittu olevan lähellä lääkärin tekemää arviota. Nuorten oma tulkinta terveydestä on tärkeää. Se antaa nuorelle tunteen siitä, että voi vaikuttaa omaan tilanteeseensa ja osallisuuden tunne vahvistaa elämäntilannetta.

Lähtöoletuksena tutkimuksessa on, että terveys on elämäntilannan perusta. Elämäntilannan on katsottu olevan koherenssin- ja elämään tyytyväisyyden tunnetta, mutta myös toimintaa hyviksi koettujen päämäärien tai tavoitteiden saavuttamiseksi. Elämäntilannalla pyritään sopusointuun elämässä eteen tulevien haasteiden kanssa. Tämä edellyttää kykyä tehdä itsenäisiä omaa elämää koskevia ratkaisuja. Mielekkäät ratkaisut lisäävät elämään tyytyväisyyttä ja sen myötä elämäntilannetta. Vahvan elämäntilannan omaavat yksilöt arvostavat elämää ja haluavat toimia terveyttään ylläpitävästi. Elämäntilannetta tässä tutkimuksessa ilmentävät nuorten arviot tyytyväisyydestä terveyteen ja tavoitteet terveyden edistämisestä tulevaisuudessa.

Tässä tutkimuksessa terveys kuuluu olennaisena osana elämään ja terveys on yksilön omakohtainen kokemus (Kuvio 1.). Terveyteen tässä yhteydessä katsotaan kuuluvan koettu terveys, terveyden tärkeys ja terveyteen tyytyväisyys sekä tulevaisuuden terveys. Näistä terveyteen tyytyväisyys ja tulevaisuuden terveys ovat yhteneviä elämäntilannan kanssa. Terveys voimavarana sekä elämäntilannan perustana mahdollistaa yksilön toimimista omien tavoitteidensa suunnassa.



Kuvio 1. Tutkimusta ohjaava jäsenitys terveydestä elämänhallinnan perustana ja taustamuuttujien yhteydestä terveyteen

3. TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkielman tarkoituksena on kuvata nuorten näkemyksiä terveydestään ja sen edistämisestä sekä taustatekijöiden yhteydestä nuorten näkemyksiin. Tavoitteena on tuottaa tietoa nuorten terveyden edistämiseen

Tutkimuskysymykset:

1. Miten nuorten taustatekijät ovat yhteydessä nuorten näkemyksiin terveydestään?
2. Millaiseksi nuoret arvioivat koetun terveytensä?
3. Miten koettu terveys on yhteydessä kokemukseen terveyden tärkeydestä ja tyytyväisyydestä terveyteen?
4. Mitä tavoitteita nuorilla on edistää terveyttään tulevaisuudessa?

4.MENETELMÄT

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on muuttujien mittaaminen ja niiden välisten yhteyksien tarkastelu, usein tilastollisten menetelmien avulla (Kankkunen & Vehviläinen –Julku-nen 2009).

4.1 Tutkimukseen osallistujat

Aineisto oli Kuopiossa keväällä 2016 pääosin sähköisenä kyselynä kerätty väestöaineisto. Kohderyhmänä olivat Kuopion seudulla opiskelevat, työssä olevat tai aktivointitoimenpiteisiin osallistuvat 15-29 vuotiaat nuoret. Aineisto kerättiin Mun ElämäTM -kyselyn tilastollista testaamista varten. Perusjoukon määrittelyssä hyödynnettiin kaupungin tietopalvelun, Tilastokeskuksen, ELY -keskuksen ja oppilaitosten tietoja (Kainulainen & Juutinen 2017). Tavoitteena oli saada noin 600 nuoren vastaukset lukioista, ammattiopistoista, ammattikorkeakouluista ja yliopistosta, kustakin noin 150 vastausta, jonka lisäksi tulisivat työssäkäyvien ja erityispalveluissa olevien vastaukset. Tässä tutkimuksessa ei ollut kyse satunnaisotannalla valitusta otoksesta vaan tarkemmin ottaen näytteestä. Tutkimukselle saatiin tutkimusluvut asianosaisilta organisaatioilta. (Kainulainen & Juutinen 2017.)

Tutkimukseen rekrytoitiin nuoria oppilaitoksissa ja Kuopion kaupungin työpaikoilla. Yhteistyöoppilaitoksissa kyselystä tiedotettiin nuorille henkilökohtaisten käyntien yhteydessä ja oppilaitosten sisäisillä verkkosivuilla. Aineistonkerääjät jakoivat oppilaitoksissa opiskelijoille 3X10D- Elämänpyörä kortteja, joissa oli painettuna tieto kyselyn vastauslinkistä. Tämän lisäksi materiaalia kyselystä toimitettiin työpaikoille ja lähetettiin sähköpostiviestejä sekä informoitiin kyselystä asiakaskäynneillä. Kyselyyn vastaajat olivat iältään 15-29 vuotiaita opiskelijoita ja työssä käyviä nuoria. Työssä olevat vastaajat olivat pääasiassa kaupungin palveluksessa olevia työntekijöitä.

4.2 Tutkimusympäristö

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2015 Suomessa asui 986 000 15-29 vuotiasta nuorta. Kuopiossa heistä asui 24485 eli 2,4%. (SOTKANet.fi.) Samana vuonna koko maassa tutkintotavoitteisessa koulutuksessa olevia opiskelijoita oli hieman yli 1 200 000. Heistä suurin osa opiskeli

ammattillisessa koulutuksessa (noin 325 000). Ammattikorkeakoulussa opiskeli noin 140 000 ja yliopistossa noin 157 000 opiskelijaa. Lukio-opiskelijoiden määrä oli pienin, noin 104 000. (SVT 2015.) Kuopiossa opiskelevia 15-29 vuotiaita oli oppilaitosten ilmoitusten mukaan noin 17600, joka on 1,4 % koko maan vastaavista. ELY -keskuksen ilmoituksen mukaan työssäkäyviä nuoria oli Kuopion seudulla hiukan yli 1000 henkilöä. (Kainulainen 2016.) Koko maassa työllisiä 18-24 vuotiaita oli vuonna 2015 noin 212 000 (SOTKANet.fi 2017) Kaikista opiskelijoista naisia oli 51 %, ja heistä enemmistö 57 % lukio-opinnoissa.

Suomessa työkyvyttömyyseläkettä masennuksen takia sai 0,18 % 16- 34 vuotiaista vuonna 2013. Tämä määrä on ollut hienoisessa kasvussa kymmenen vuoden seuranta-aikana (Kosken-vuo 2015). Kelan selvityksen mukaan alle 30 vuotiaiden masennuksen vuoksi korvattuja sairauspäivärahopäiviä vuonna 2009 oli 430 000, joista miesten osuus oli 36 %. Kuopion seudulla masennuslääkkeistä korvausta saaneiden 18-24 vuotiaiden osuus oli 7,1 % vuonna 2015 kun koko maassa osuus oli 5,9 % (SOTKANet.fi 2017).

4.3 Mittarin kuvaus

Kuopiossa nuorten hyvinvoinnin integroitujen palveluiden kehittämiseen vuosiksi 2015 -2016 käynnistettiin kehittämishanke, jonka kohderyhmänä olivat 15-29 vuotiaat nuoret. Hankkeen yhteydessä on kehitetty monialaiseen ja moniammatilliseen, asiakkaan ja ammattilaisten väliseen yhteistyöhön soveltuva työmenetelmä, Mun Elämä–menetelmä. Se sisältää kaksi osaa, visuaalisen 3X 10 D™ Elämänpyörän ja 3 X 10 D™ Kyselyn. (Kainulainen 2016.)

Tutkittaessa nuorten elämäntilannetta ja elämänhallintaa käytettiin hanketta varten kehitettyä 3X10D™ - kyselyä. Sen kehittämisestä on vastannut asiantuntija, dosentti Sakari Kainulainen Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Kehittämistyöhön osallistui 17 työntekijää nuorisopalveluista, oppilashuollosta, sosiaali- ja terveyspalveluista, päihde- ja mielenterveystyöstä sekä matalan kynnyksen ostopalveluista (Kainulainen & Juutinen 2017). Koko mittari sisältää yhteensä 30 kysymystä kymmeneltä eri elämänaalueelta. Nuorelle merkityksellisiä elämänaalueita ovat tässä mittarissa itsetunto, vaikeuksien voittaminen, opiskelu tai työ, perhe, tyytyväisyys elämään, terveys, raha-asiat, asuminen, itsensä kehittäminen ja ystävät. Näitä kutakin kymmentä elämänaaluetta arvioidaan niiden tärkeyden, tämän hetken tyytyväisyyden ja tulevaisuuden odotusten näkökulmasta.

3 X 10D™ Elämänpyörä on kehitetty nopea- ja helppokäyttöiseksi. Sen tarkoituksena on olla nuorten ja ammattilaisten välisissä kohtaamisissa työvälineenä sekä nuoren elämäntilanteen pohdinnassa keskustelun pohjana. Samalla se kartuttaa määrällistä tietoa nuoren tilanteesta. Elämänpyörän (Liite 3, Kuva 1) avulla nuoren on helpompi nostaa esille elämäntilanteensa kannalta keskeisiä kysymyksiä. Se tukee elämäntilanteen arviointia ja siihen on visuaalisesti kuvattu kymmenen nuoren elämän kannalta merkityksellistä aihepiiriä (asuminen, perhe, ystävät, terveys, päivittäinen tekeminen, itsensä kehittäminen, raha-asiat, itsetunto, vaikeuksien voittaminen ja yleinen tyytyväisyys elämään, joita nuori tarkastelee kolmesta näkökulmasta: tyytyväisyys, tärkeys ja tulevaisuus.(Innokylä 2016, Kainulainen 2016).

Tämän alkukeskustelussa käytetyn 3 X 10 D™ Elämänpyörän jälkeen nuori täyttää itsearviointiin perustuvan 3 X 10 D™ -kyselyn. Nuoren ja ammattilaisen välisen alkukeskustelun sekä nuoren itsenäisesti tekemän elämäntilanteen arvioinnin tietoja on mahdollista hyödyntää asiakkaan palvelusuunnitelmaa laadittaessa. Nuoren esiin nostamat tarpeet ja hänen omalle elämälleen asettamat tavoitteet pystytään huomioimaan asiakkaan kanssa työskennellessä. Menetelmä lisää asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia ja osallisuutta. Kokeiluvaiheen asiakkailla sen oli huomattu myös lisäävän motivaatiota. Asiakkaan elämäntilanteen muuttuessa alkukeskustelu ja elämäntilanteen arviointi voidaan tehdä uudestaan.(Innokylä 2016, Kainulainen 2016.)

Tutkimuksessa vastaajien taustamuuttujia kysyttiin neljällä kysymyksellä, joita olivat elämäntilanne (opiskelu/työ, luokiteltuna viiteen luokkaan), sukupuoli (nainen/mies) ja ikä (ikäluokka). Näiden lisäksi kaikkien vastaajien psyykkistä hyvinvointia mitattiin käyttämällä kahta keskeistä psyykkisen hyvinvoinnin mittaria, Beckin masennustestiä (RBDI) (Wang & Gorenstein 2013, Aalto ym. 2012) ja Rosenbergin itsetuntotestiä (RSES) (Geller & Srikameswaran 2000, Ide ym. 2008, Umaña-Taylor ym.2011). Näiden mittareiden tuloksia käytetään tutkimuksessa taustamuuttujan tavoin verrattaessa ryhmiä toisiinsa. Molemmissa psyykkisen hyvinvoinnin mittareissa niiden pistemäärät lasketaan yhteen. Masennustestin mukaisesti luokkia on neljä; ei masennusta, lievä masennus, keskivaikea masennus tai vaikea masennus. Pistemäärät vaihtelevat 0-39 välillä siten, että 0-4 pistettä tarkoittaa ei masennusta, pisteet 5-7 lievä masennus, pisteet 8-15 keskivaikea masennus ja 16-39 pistettä on vaikea masennus. (Raitasalo 2007.) Itsetuntotestin mukaisesti luokkia on kolme; heikko itsetunto, normaali itsetunto tai normaali vahvempi itsetunto. Pistemäärät vaihtelevat 10 - 40 pisteen välillä. Kymmenen väittämän pistemäärät lasketaan yhteen ja pistemääriä tulkitaan siten, että 10 -14 pistettä on heikko itsetunto,

15 - 24 pistettä on normaali itsetunto ja yli 25 pistettä saavat ovat itsetunnoltaan keskimääräistä vahvempia. (Rosenberg 1989.)

Vastaajien terveyttä koskevia kysymyksiä oli neljä. Vastaajia pyydettiin valitsemaan omaa tilannettaan parhaiten kuvaava vaihtoehto. Nuorten koettua terveyttä selvitettyä heitä pyydettiin arvioimaan nykyistä terveydentilaansa viisiportaisella asteikolla (1-5), jossa 1. hyvä 2. melko hyvä 3. keskitasoinen 4. melko huono ja 5. huono. Vastaajien näkemystä terveyden tärkeydestä haluttiin selvittää kysymyksellä ”Kun ajattelet tulevaisuuttasi, kuinka paljon arvostat sitä, että terveydentila on tulevaisuudessa hyvä?” Nuoria pyydettiin valitsemaan sopiva vaihtoehto asteikolla 0-10, jossa 0=ei arvosta lainkaan, 10= pitää äärimmäisen arvokkaana.

Nuorten tyytyväisyyttä terveyteen tutkittiin kysymällä ”Kun ajattelet nykyhetkeä, niin kuinka tyytyväinen olet terveydentilaasi?” ja pyydettiin valitsemaan sopiva vaihtoehto asteikolla 0-10, jossa 0=erittäin tyytymätön, 10= erittäin tyytyväinen. Nuorten näkemystä siitä kuinka he haluaisivat edistää terveyttään tulevaisuudessa kysyttiin avoimella kysymyksellä ja pyydettiin nuoria kuvailemaan, mieluiten yhdellä tai muutamalla sanalla ”... mikä on tavoitteesi tulevaisuudessa? Miten haluat parantaa terveydentilaasi?”

4.4 Aineiston keruu

Aineistonkeruumenetelmänä oli kysely. Kyselyyn vastaaminen tapahtui pääosin sähköistä Webropol - kyselyalustaa käyttäen. Linkki sähköiseen kyselyyn oli avoinna 15.2. -15.6.2016. Paperisia kyselylomakkeita käytettiin vähäisessä määrin ja ne palautettiin aineistonkerääjille. Aineistonkeruuseen osallistui yksi yliopisto-opiskelija tutkimusassistenttina ja neljä ammattikorkeakoulun opiskelijaa, jotka olivat saaneet koulutuksen aineistonkeruuta varten. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista.(Kainulainen & Juutinen 2017.)

Kaikkiaan vastaajia oli 870, josta tämän tutkielman aineisto käsittää 709 vastaajan tiedot. Alkuperäisestä aineistosta karsittiin pois yli 29-vuotiaat vastaajat ja muut kuin opiskelemassa tai työssäkäyvät. Tutkimuksessa testataan ryhmien välisiä eroja, huolimatta siitä, että kyseessä ei ole otokseen perustuva tutkimus. Tilastollisia testejä pidetään kuitenkin suuntaa antavina kuopiolaisiin opiskeleviin ja työssä käyviin nuoriin nähden.(Kainulainen & Juutinen 2017.)

Edellä kuvatusta, mittarin tilastollista testausta varten kerätystä aineistosta, keskitytään tässä pro gradu –työssä terveyteen liittyvien kysymysten tarkasteluun. Opinnäytetyön tekijä sai aineiston haltuunsa Excel –taulukkona aineistonkäytösopimuksen mukaisesti ja sen edellyttämin ehdoin.

4.5 Aineiston analyysi

Tässä tutkimuksessa aineiston tilastolliseen analyysiin käytettiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 21.0 tilasto-ohjelmaa. Tilastollisissa testeissä merkitsevyyden raja-arvoksi määritettiin hoitotieteessäkin yleisesti käytetty p -arvo $\leq 0,05$ (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009).

4.5.1 Tilastollinen analyysi

Analyysiä varten osa muuttujista luokiteltiin uudelleen aineiston tiivistämiseksi ristiintaulukointia varten. Vastaajien koettua terveyttä kysyttiin mittarissa viisiluokkaiseksi jaoteltuna (1=hyvä, 5=huono) mutta se luokiteltiin uudelleen kolmiluokkaiseksi (1=hyvä, 2=keskitasoinen, 3=huono). Itsetuntotestin pistemäärän perusteella vastaajat jaettiin kolmeen luokkaan heikko, normaali tai normaalia vahvempi itsetunto. Se luokiteltiin uudelleen kaksiluokkaiseksi, normaali - ja vahva itsetunto. Keskiarvoja tarkasteltaessa koetusta terveydestä käytetään viisiluokkaista jaottelua. Koetun terveyden alkuperäiset jakaumat on kuvattu liitetaulukossa 1. Koettu terveys esiintyy raportissa kahdella tavalla luokiteltuna, jonka vuoksi käytetty asteikko ilmoitetaan taulukon yhteydessä.

Aineiston kuvailuun on käytetty frekvenssi- ja prosenttijakaumia, keskiarvoja ja keskihajontoja. Ristiintaulukoinnin avulla on tarkasteltu taustamuuttujien yhteyksiä nuorten koettuun terveyteen, terveyteen tyytyväisyyteen ja terveyden tärkeyteen. Ristiintaulukoinnin tilastollista merkitsevyyttä on testattu χ^2 -riippumattomuustestin avulla. Erojen ollessa riittävän suuria voidaan päätellä, että aineistossa havaitut erot eivät johdu sattumasta. Mikäli p -arvo on $\leq 0,05$ ovat muuttujien välillä havaitut erot tilastollisesti merkitseviä. (Metsämuuronen 2009.) Muuttujien välistä yhteyttä on tarkasteltu myös Pearsonin korrelaatiokertoimen (r) avulla ja ryhmien keskiarvojen eroja on testattu yksisuuntaisen varianssianalyysin (ANOVA) avulla. Yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA) käytetään tutkittaessa eroavatko kahden tai useamman ryhmän keskiarvot tilastollisesti merkitsevästi toisistaan (Metsämuuronen 2009). Mieliasteikko

(kuten Likert) on järjestysasteikollinen muuttuja, mutta asteikkojen voidaan analyysissä olettaa olevan jatkuvaluonteisia ja siten esimerkiksi keskiarvojen laskeminen muuttujille on mahdollista (Metsämuuronen 2009). Avoimen kysymyksen vastauksia analysoitiin pääasiassa sisällön analyysin periaatteita noudattaen, mutta myös määrällisesti. Sisällön analyysin perusteella muodostettuja luokkia tarkasteltiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä.

4.5.2 Sisällön analyysi

Sisällön analyysi kuuluu laadullisiin tutkimusmenetelmiin, mutta sitä käytetään myös määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysointiin (Kyngäs ym. 2011). Tässä tutkielmassa sisällön analyysiä käytettiin avoimen kysymyksen analyysiin ”Mikä on tavoitteesi tulevaisuudessa? Miten haluat parantaa terveydentilaasi?” Kysymykseen pyydettiin vastaajilta lyhyitä, korkeintaan muutaman sanan mittaisia vastauksia jonka vuoksi sisällön analyysissä valittiin lähestymistavaksi sisällön erittely.

Sisällön erittelyn katsotaan sopivan tällaisen niukan tekstiaineiston analyysiin. Kyngäs ym.(2011) mukaan niukkaa aineistoa voidaan ryhmitellä sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti. Sisällön erittelyn tulos voidaan sen jälkeen laskea, kvantifioida. Tällöin lasketaan, kuinka monta kertaa asia ilmenee aineistossa tai kuinka moni tutkittava sen ilmaisee (Polit & Beck 2004, Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009).

Sisällön erittelyssä aineiston tiedot nuorten toiveista tulevaisuuden terveyden suhteen luokiteltiin sisällön analyysin periaatteen mukaisesti. Vastaukset luettiin läpi useaan kertaan ryhmitellen saman sisältöisiä vastauksia omiksi luokikseen ja antamalla luokalle sisältöä kuvaava nimi. Mikäli vastauksissa oli yhdistetty erilaisia toiveita, ne on analyysivaiheessa erotettu ja sijoitettu kuhunkin ryhmään yksittäin. Aineistoa kvantifioitiin laskemalla kuinka monta kertaa tietty asia ilmenee. (ks. Tikkanen 2012, Kyngäs ym. 2011).

Kvantifioinnin tuloksia kuvataan tulososiossa frekvensseillä luokittain. Avoimen kysymyksen jatkoanalyysiä varten luotiin SPSS-ohjelmaan kuusi (6) uutta muuttujaa. Nämä olivat aineistoon perehtymisen perusteella eniten mainintoja saaneet luokat. Muuttujat nimettiin sisällön analyysissä muodostettujen luokkien nimillä. Vastaajien antamat ilmaukset syötettiin yksittäin

kuhunkin muuttujaan ja sen jälkeen SPSS-ohjelmalla laskettiin kunkin luokan frekvenssit. Tämän avulla voitiin havaintoyksikkö ja sanallinen vastaus yhdistää ja tarkastella millaisia tavoitteita tulevaisuuden terveyden suhteen oli esitetty.

5.TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimukseen vastasi 709 nuorta. Vastaajien enemmistö oli naisia (70,3 %). Lähes puolet (47,4 %) vastaajista oli 15 -20 vuotiaita. Opiskelijoita oli 86,2 %. Ammattiopistossa opiskelevia oli eniten (26,9 %) ja seuraavaksi eniten oli lukio-(22,7 %), ja ammattikorkeakoulutuksessa (22,6 %) olevia. Pääosa vastaajista oli itsearvioinnin perusteella psyykkisesti hyvinvoivia (73,6 %), mutta osa nuorista oli vaikeasti masentuneita (4,2 %). Neljä viidesosaa (80,9 %) vastaajista oli arvioinut itsetuntonsa keskimääräistä vahvemmaksi. (ks. Taulukko 3.)

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot (n, %).

Taustatieto	n	%
Sukupuoli N=708		
mies	210	29,7
nainen	498	70,3
Ikäluokka N=709		
15-20	336	47,4
21-25	238	33,6
26-30	135	19,0
Elämäntilanne N=709		
Opisto	191	26,9
Lukio	161	22,7
Ammattikorkeakoulu	160	22,6
Yliopisto	99	14,0
Työssä	98	13,8
RBDI pisteet N=707		
0-4 (ei masennusta)	520	73,6
5-7 (lievä masennus)	80	11,3
8-15 (keskivaikea masennus)	77	18,1
16- (vaikea masennus)	30	4,2
RSES pisteet N=709		
10-14 (heikko itsetunto)	8	1,2
15-24 (normaali itsetunto)	116	15,6
>25 (keskimääräistä vahvempi)	590	83,2

5.2 Taustatietojen yhteys nuorten näkemyksiin terveydestään

5.2.1 Nuorten koettu terveys

Nuoret arvioivat nykyistä terveydentilaansa viisiportaisella asteikolla 1-5 (1=hyvä, 5= erittäin huono). Valtaosa (73,2 %) vastaajista arvioi koetun terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Huonoksi tai melko huonoksi terveytensä arvioi 5,7 % vastaajista. (ks. Taulukko 4.)

Taulukko 4. Nuorten koettu terveys (n, %) N=702.

Koettu terveys	n	%
Hyvä	262	37
Melko hyvä	252	35,5
Keskitasoinen	148	20,9
Melko huono	35	4,9
Huono	5	0,6
puuttuvia	7	1,0
Yhteensä	702	100

koettu terveys (1=hyvä, 5=huono)

Taulukko 5. Nuorten koettu terveys ja taustatiedot (n,%) N=709.

Taustatieto	Koettu terveys			
	Hyvä	Keski- taso	Huono	Yht.
Sukupuoli				
nainen	350(70,9)	113(22,8)	31(6,3)	494(100)
mies	163(78,8)	35(16,9)	9(4,3)	207(100)
Ikäluokka				
15-20	228(68,3)	77(23,1)	29(8,6)	334(100)
21-25	186(79,1)	43(18,3)	6(2,6)	235(100)
>26	100(75,2)	28(21,1)	5(1,7)	135(100)
Elämäntilanne				
Opisto	110(57,9)	63(33,2)	17(2,4)	190(100)
Lukio	121(75,6)	25(15,6)	14(8,8)	160(100)
Amk	126(79,2)	26(16,2)	7(4,4)	159(100)
Yliopisto	83(84,7)	13(13,3)	2(2,0)	98(100)
Työssä	74(77,9)	21(22,1)	0(0)	95(100)
RBDI pisteet				
0-4 (ei masennusta)	448(86,3)	67(12,9)	4(0,8)	519(100)
5-7 (lievä masennus)	43(55,1)	30(38,5)	5(6,4)	78(100)
8-15 (keskivaikea masennus)	21(27,6)	38(50,0)	17(22,4)	76(100)
16- (vaikea masennus)	2(6,9)	13(44,8)	14(48,3)	29(100)
RSES pisteet				
10-24 (normaali itsetunto)	40(34,5)	47(40,5)	29(25,0)	116(100)
>25 (keskimääräistä vahvempi)	474(80,9)	101(17,2)	11(1,9)	586(100)

koettu terveys (1=hyvä, 2=keskitasoinen, 3=huono)

Sekä miesten (78,7 %) että naisten (70,9 %) enemmistö koki terveytensä hyväksi. Miehet kokivat terveytensä paremmaksi kuin naiset. Terveystensä huonoksi kokevia oli naisista hieman yli kuusi prosenttia ja miehistä neljä prosenttia. (ks. Taulukko 5.) Lähes neljä viidesosaa (79,1 %) 21-25 vuotiaista koki terveytensä hyväksi ja eniten (8,6 %) terveytensä huonoksi kokevia oli 15-20 vuotiaissa. Yli neljä viidennestä (84,7 %) yliopistossa opiskelevista koki terveytensä hyväksi. Työssä käyvistä nuorista kukaan ei arvioinut terveyttään huonoksi. Ei-masentuneeksi itsensä arvioineista nuorista yli neljä viidennestä (86,3 %) koki terveytensä hyväksi ja nuorilla, jotka olivat arvioineet itsensä keskivaikeasti (22,4%) tai vaikeasti masentuneeksi (48,3%) ko-

ettu terveys painottui huonoon koettuun terveyteen. Itsetuntonsa normaaliksi arvioineista neljäsosa (25 %) koki terveytensä huonoksi. Keskimääräistä vahvemmasi itsetuntonsa arvioineilla nuorilla huonoksi koetun terveyden osuus oli alle kaksi prosenttia. (ks. Taulukko 5.).

5.2.3 Koetun terveyden, terveyden tärkeyden ja terveyteen tyytyväisyyden

tarkastelua

Taulukossa 6. esitetään koetussa terveydessä, terveyden tärkeydessä ja terveyteen tyytyväisyydessä esiintyvää vaihtelua taustamuuttujittain. Miehet arvioivat koetun terveytensä keskimäärin paremmaksi kuin naiset. Miesten arvioiden keskiarvo oli 4,2 ja naisten 3,7. Vastaajista 21-25 vuotiaat arvioivat koetun terveytensä keskimäärin paremmaksi (ka 4,2) kuin muiden ikäryhmien nuoret. Yliopisto-opiskelijat arvioivat koetun terveyden keskimäärin paremmaksi kuin muut opiskelijat. Heillä keskiarvo oli 4,3, kun ammattiopiston opiskelijoiden keskiarvo oli 3,8. Ei-masentuneiksi itsensä arvioineiden nuorten keskiarvo koetusta terveydestä oli 4,3 ja vahvasi itsetuntonsa arvioineiden keskiarvo oli 4,2. Alhaisimmat keskiarvot koetussa terveydessä olivat niillä nuorilla, jotka olivat arvioineet itsensä vaikeasti masentuneeksi (ka 2,4).

Nuoret pitivät terveyttä varsin tärkeänä. Arviot terveyden tärkeydestä painoutuivat pääosin kahdeksan ja yhdeksän välille asteikolla 1-10. (ks. Liitetaulukko 2.). Naiset pitivät terveyttään tärkeämpänä kuin miehet, naisten keskiarvon ollessa 9,1 ja miesten 8,7. Yli 26-vuotiaiden arviot terveyden tärkeydestä olivat keskimäärin korkeammat kuin muiden ikäluokkien nuorten. Yliopisto- opiskelijat ja työssäkäyvät arvioivat terveytensä muita tärkeämmäksi. Yliopisto-opiskelijoiden ja työssäkäyvien keskiarvo oli 9,4. Itsensä ei-masentuneeksi arvioineet nuoret pitivät terveyttä keskimäärin tärkeämpänä kuin itsensä vaikeasti masentuneeksi arvioineet. Ei-masentuneeksi arvioineiden keskiarvo oli 9,3 ja vaikeasti masentuneeksi arvioineiden 6,3. Vahvan itsetunnon omaavaksi itsensä arvioineiden nuorten keskiarvo oli korkeampi (ka 9,2) kuin muilla nuorilla (ka 8,0).

Nuoret olivat terveyteensä melko tyytyväisiä. Vastaukset painoutuivat arvoihin 7-8 (ks. Liitetaulukko 3.). Miehet olivat terveyteensä tyytyväisempiä kuin naiset. Miesten arvioiden keskiarvo oli 7,7 ja naisten 7,4. Vastaajista 21-25 vuotiaat olivat terveyteensä keskimäärin tyytyväisempiä kuin muut nuoret, keskiarvon ollessa 7,8. Ammattiopistossa opiskelevat olivat terveyteensä keskimäärin vähiten tyytyväisiä (ka 6,9) ja yliopisto-opiskelijat tyytyväisimpiä (ka

7,9). Alhaisimmat terveyteen tyytyväisyyden keskiarvot olivat niillä nuorilla, jotka olivat arvioineet itsensä vaikeasti masentuneeksi. Heidän keskiarvonsa terveyteen tyytyväisyydestä oli 3,1.

Tarkasteltaessa terveys muuttujien ja taustatietojen välisten yhteyksien tilastollista merkitsevyyttä, voitiin koetun terveyden osalta havaita tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä kaikkien taustatietojen suhteen (ks Taulukko 6.). Ikä, sukupuoli, elämäntilanne ja itsearvioitu masentuneisuus ja itsetunto ovat yhteydessä siihen millaiseksi nuori terveytensä kokee. Tilastollista merkitsevyyttä ilmeni myös terveyden tärkeyden ja kaikkien taustatietojen välillä (ikä, elämäntilanne, masentuneisuus, itsetunto), joissa kussakin p -arvo oli .000 sekä terveyden tärkeyden ja sukupuolen välillä p -arvolla .001. Nuoret pitivät terveyttä tärkeänä iästä, sukupuolesta ja muista taustatiedoista riippumatta. Tarkasteltaessa taustatietojen ja terveyteen tyytyväisyyden välisten yhteyksien tilastollista merkitsevyyttä voitiin havaita, että nuorten arvioidessa tyytyväisyyttä terveyteen, sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (p -arvo .080). Muilla taustatiedoilla (ikä p -arvo .010, elämäntilanne p -arvo .000, masennus p -arvo.000 ja itsetunto p -arvo .000) yhteyttä ilmeni. (ks. Taulukko 6.)

Taulukko 6. Nuorten koetun terveyden, terveyden tärkeyden ja terveyteen tyytyväisyyden keskiarvot.

Taustatieto	Koettu terveys (ka/kh)	N	F	p	Tärkeys (ka/kh)	N	F	p	Tyytyväisyys (ka/kh)	N	F	p
Sukupuoli			10,28	.001*			11,46	.001*			3,07	.080
nainen	3,7/0,9	494			9,1/1,5	495			7,4/2,1	496		
mies	4,2/0,9	207			8,7/1,9	207			7,7/2,2	206		
Ikäluokka			5,16	.006*			8,35	.000*			4,67	0,10
15-20	3,9/0,9	334			8,8/1,9	332			7,3/2,3	331		
21-25	4,2/0,8	235			9,1/1,5	237			7,8/1,8	237		
>26	4,1/0,9	133			9,4/1,1	134			7,7/2,0	135		
Elämäntilanne			6,982	.000*			8,14	.000*			5,25	.000*
opisto	3,8/1,0	190			8,5/2,1	191			6,9/2,5	190		
lukio	4,1/0,9	160			8,9/1,7	159			7,5/2,1	159		
amk	4,1/0,8	159			9,1/1,5	159			7,8/1,8	159		
yliopisto	4,3/0,8	98			9,4/0,9	97			7,9/1,8	97		
työssä	4,2/0,8	95			9,4/0,9	97			7,8/1,9	98		
RBDI			126,3	.000*			43,2	.000*			137,7	.000*
ei masennusta	4,3/0,7	519			9,3/1,1	519			8,2/1,5	518		
lievä	3,6/0,8	78			8,9/1,8	80			6,7/2,0	80		
keskivaikea	3,1/0,8	76			8,3/2,3	74			5,6/2,2	75		
vaikea	2,4/0,8	29			6,3/3,6	30			3,1/2,3	30		
RSES			173,1	.000*			50,8	.000*			176,8	.000*
normaali	3,1/0,9	116			8,0/2,7	116			5,5/2,6	116		
vahva	4,2/0,8	586			9,2/1,3	587			7,9/1,7	587		

p-arvo tummennettuna, *tilastollisesti merkitsevä ($p \leq 0,05$)

koettu terveys (asteikko 1-5), terveyden tärkeys ja terveyteen tyytyväisyys (asteikko 1-10)

Yksisuuntaisen varianssianalyysin perusteella nuorten iällä, elämäntilanteella, masentuneisuudella ja itsetunnolla oli yhteyttä koettuun terveyteen, terveyden tärkeyteen ja terveyteen tyytyväisyyteen. Sukupuolen osalta tarkastelussa ei havaittu yhteyttä terveyteen tyytyväisyyteen, mutta sen sijaan terveyden tärkeyteen yhteys voitiin havaita. (ks. Taulukko 6.)

5.3 Koetun terveyden yhteydet terveyden tärkeyteen ja terveyteen tyytyväisyyteen

Tarkasteltaessa terveyden tärkeyden ja terveyteen tyytyväisyyden välisiä yhteyksiä koettuun terveyteen, voitiin havaita, että koetun terveyden kaikilla tasoilla terveys arvioidaan tärkeäksi. Sen sijaan terveytensä huonoksi kokeneiden tyytyväisyys terveyteen on matala (ka 3,1). Myös keskitasoisiksi terveytensä kokeneet arvioivat tyytyväisyyden melko alhaiseksi (ka 5,8). Tulosten perusteella terveytensä huonoksi kokevat eivät ole terveyteensä tyytyväisiä. Koetun terveyden arvio ja terveyden tärkeys ovat yhteydessä toisiinsa (ks. Taulukko 7.).

Taulukko 7. Koetun terveyden, terveyden tärkeyden ja terveyteen tyytyväisyyden keskiarvot. N=698

Koettu terveys	Terveyden tärkeys (ka)	Tyytyväisyys (ka)
Hyvä	9,3	8,4
Keskitaso	8,3	5,8
Huono	7,2	3,1

koettu terveys (asteikko 1-3), terveyden tärkeys ja terveyteen tyytyväisyys (asteikko 1-10)

Koetun terveyden ja terveyteen tyytyväisyyden välistä yhteyttä vahvistaa laskettu korrelaatio-kerroin ($r = -.711$), joka osoittaa, että koetun terveyden ja terveyteen tyytyväisyyden välinen yhteys on voimakasta. Koettu terveys selittää 50% terveyteen tyytyväisyyden liittyvästä vaihtelusta (r^2). Masennuksen ja itsetunnon välinen korrelaatio on myös erittäin vahva ($r = -.724$). Myös masennuksen ja koetun terveyden ($r = .597$) sekä tyytyväisyyden ($r = -.604$) välillä on melko voimakas korrelaatio. (ks. Taulukko 8.)

Taulukko 8. Koetun terveyden, terveyden tärkeyden ja terveyden tyytyväisyyden sekä masennuksen ja itsetunnon väliset korrelaatiot.

	Koettu	Tärkeys	Tyytyvä	RBDI	RSES
Koettu terveys	1				
Terveyden tärkeys	-,361	1			
Tyytyväisyys	-,711**	,425**	1		
RBDI	,597**	-,366**	-,604**	1	
RSES	-,447**	,260**	,449**	-,724**	1
N=	702	703	703	707	707

** = korrelaatio on merkitsevä 0,01 merkitsevyystasolla

5.4 Nuorten tavoitteet tulevaisuuden terveyden suhteen

Kysyttäessä nuorilta ”... mikä on tavoitteesi tulevaisuudessa? Miten haluat parantaa terveydentilaasi?” Vastaajista 399 oli esittänyt näkemyksiään tulevaisuuden tavoitteista terveytensä suhteen. Tyhjän vastauksen jätti 212 vastaajaa. Nuoret olivat ohjeen mukaisesti antaneet vastauksen yleisimmin yhdellä tai muutamalla sanalla. Osa vastaajista oli yhdistänyt vastaukseensa kaksi-kolme tavoitetta esimerkiksi liikunnan ja terveellisemmän ruokavalion tai tupakoinnin lopettamisen, siten mainintojen frekvenssi ($f=575$) on vastaajien lukumäärää suurempi. Vastaukset ovat nuorten ilmaisemia tavoitteita siitä, miten he haluaisivat terveyttään tulevaisuudessa edistää.

Vastaajista suurimmalla osalla oli tavoitteena edistää terveyttään liikuntaa harrastamalla tai fyysistä kuntoa kohottamalla ($f=268$). Luokkaan kuuluu liikuntaa, kuntoilua, urheilua, ulkoilua ja voimistelua tarkoittavia sanoja (Liikunta). Ruokailua ja ruokavaliota koskien aineistossa oli 86 mainintaa, muun muassa ruokavaliosta, ruokailusta, terveellisesti syömisestä, ruokavalion monipuolisuudesta sekä kasvisten käytöstä (Ruokavalio). Fyysisistä sairauksista, oireista tai vaivoista eroon pääseminen tai niihin sopeutuminen tai muu fyysiseen puoleen liittyvä asia oli mainittu 44 kertaa. Tähän luokkaan kuuluivat muun muassa perussairauksien kuten astman tai verenpaineen hoito, jalka-, niska- ja selkävaivat sekä hampaiden hoito (Fyysiset asiat/sairaudet).

Psykkisten oireiden kuten masennuksen ja ahdistuksen helpottamisen ja mielenterveyden kohentaminen tai jokin muu psyykkiseen puoleen kuuluva asia oli 37 vastauksessa (Psykkiset asiat/sairaudet) Laihduttaminen tai painon hallinta tavoitteena 27 vastauksessa (Laihtuminen). Osa vastaajista piti terveyttään riittävän hyvänä. He pyrkivät pitämään terveytensä nykyisellä tasolla, eivät kokeneet tarvetta toimia terveyden suhteen tai halusivat tulevaisuudessa olla terveitä tai normaaleja. Tavoitteena heillä oli, että he pystyvät tekemään tavallisia arkisia asioita. Osa vastaajista ei tiennyt miten he haluaisivat edistää terveyttään tulevaisuudessa. Nämä vastaukset ovat luokassa Muut. (ks. Taulukko 9.) Esimerkki avoimen kysymyksen analyysistä on liitteessä 3.

Taulukko 9. Terveyden edistämisen sisällölliset tavoitteet (n, %).

Terveyden edistämisen sisällöllinen tavoite	n	%
Liikunta	268	46,6
Ruokavalio	86	14,9
Fyysiset asiat/sairaudet	44	7,6
Psyykkiset asiat/sairaudet	37	4,7
Laihtuminen	27	4,7
Muut	113	19,7

Tarkasteltaessa terveyden tärkeyden keskiarvoja ja nuorten tavoitteita tulevaisuuden terveyden suhteen, havaittiin että terveyden tärkeyden keskiarvot eivät eronneet tilastollisesti merkitsevästi. Tuloksia kuvataan Taulukossa 10.

Taulukko 10. Terveyden tärkeyden keskiarvot ja terveyden edistämisen sisällölliset tavoitteet.

Terveyden edistämisen sisällöllinen tavoite	ka/kh	N	F	p
Liikunta	9,2/1,2	268	2,577	.109
Ravitsemus	9,2/1,4	86	0,936	.334
Fyysiset asiat	9,5/0,9	44	3,604	.058
Psyykkiset asiat	8,7/2,8	37	2,079	.150
Laihdutus	9,0/1,6	27	0,000	.988
Muu	8,8/2,3	113	3,368	.067

tilastollisesti merkitsevä ($p \leq 0,05$)

Tarkasteltaessa terveyteen tyytyväisyyden keskiarvoja ja nuorten tavoitteita tulevaisuuden terveyden suhteen, terveyteen tyytyväisyyden keskiarvoissa oli tilastollisesti merkitseviä eroja ravitsemuksen (p -arvo .002), fyysisten asioiden (p -arvo .001) ja psyykkisten asioiden (p -arvo .000) osalta. Tuloksia kuvataan Taulukossa 10. Terveyteensä tyytyväisten tavoitteena oli edistää terveyttään ravitsemuksella, fyysisiin ja psyykkisiin asioihin/sairauksiin puuttumisen avulla.

Taulukko 11. Terveyteen tyytyväisyyden keskiarvot ja terveyden edistämisen sisällölliset tavoitteet.

Terveyden edistämisen sisällöllinen tavoite	ka/kh	N	F	p
Liikunta	7,6/1,9	268	3,014	.083
Ravitsemus	8,1/1,5	86	9,902	.002*
Fyysiset asiat	6,4/1,9	44	12,085	.001*
Psyykkiset asiat	5,5/2,8	37	39,741	.000*
Laihdutus	7,0/1,7	27	1,202	.273
Muu	7,8/2,3	113	3,387	.049

*tilastollisesti merkitsevä ($p \leq 0,05$)

Miesten (58,6 %) ja naisten (52,6 %) enemmistö halusi edistää terveyttään tulevaisuudessa liikunnan avulla. Myös suuri osa 15-20 vuotiaista (21,4 %), ammattikorkeakouluopiskelijoista (16,1 %) ja itsensä ei-masentuneeksi arvioineista (41,9 %) oli valinnut liikunnan. Yhtä suuri osuus naisista ja miehistä halusi edistää terveyttään ravitsemuksen avulla (17 %). Nuorimmat vastaajat ilmoittivat eniten liikuntaa koskevia tavoitteita (21,4 %), mutta myös psyykkisistä oireista/ sairauksista eroon pääsemisessä (5 %) oli nuorimmilla suurin osuus. Sekä opiskelijoilla, että työssä käyvillä nuorilla liikuntaa koskevat vastaukset painottuivat. (Taulukko 12.)

Nuoret, jotka olivat arvioineet itsensä ei-masentuneeksi (42 %) tai lievästi masentuneeksi (6,7 %) ilmoittivat haluavansa parantaa terveyttään liikunnan avulla. Itsetuntonsa normaaliksi tai vahvaksi arvioineilla nuorilla vastaukset painottuivat liikuntaan ja ravitsemukseen. Koetun terveyden perusteella liikunnan osuus terveyden edistämässä tulevaisuudessa oli kaikissa koetun terveyden luokissa suurin. Ravitsemuksen avulla terveyttään halusivat edistää vain hyvään koettuun terveyteen kuuluvat. (ks. Taulukko 12.) Tilastollinen tarkastelu osoitti, että sukupuolella ja fyysisillä asioilla/sairauksilla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p = .009$) siihen kuinka nuoret halusivat edistää terveyttään. Samoin voitiin nähdä yhteys ikäluokan ja psyykkisten asioiden/sairauksien välillä ($p = .005$). Elämäntilanne ei merkitsevästi yhdistynyt minkään tulevaisuuden terveyden tavoitteen kanssa. Itsetunnolla ja liikunnalla ($p = .008$), psyykkisillä asioilla/sairauksilla ($p = .000$) ja laihduttamisella ($p = .005$) oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Itsetunto ($p = .000$) liittyi tilastollisesti merkitsevästi myös psyykkisiin oireisiin, samoin kuin koettu terveys ($p = .000$).

Taulukko 12. Terveyden edistämisen sisällöllisten tavoitteiden jakautuminen taustatietojen ja koetun terveyden suhteen (%).

	Lii- kunta	Ravitse- mus	Fyysinen	Psyykinen	Laihdu- tus	Muu	N
Sukupuoli							
<i>p</i>	.240	.949	.009	.541	.370	.765	495
nainen	52,6	17,4	10,6	7,9	6	23,2	
mies	58,6	17,2	3,1	6,3	3,9	21,9	
Ikäluokka							
<i>p</i>	.040	.249	.185	.005	.401	.165	496
15-20	21,4	6,5	4,2	5,2	1,8	11,9	
21-25	20,4	7,1	2	1,4	2	7,1	
>26	12,5	3,8	2,6	0,8	1,6	3,8	
Elämäntilanne							
<i>p</i>	.089	.237	.640	.178	.310	.201	496
opisto	11,5	3	2,7	2,6	2	6,3	
lukio	10,7	3,2	1,6	2,2	1,4	6	
amk	16,1	5	1,8	1,4	1,2	5,6	
yliopisto	8,1	2,6	1	0,8	0,8	2	
työssä	7,7	3,4	1,6	0,4	1	2,8	
RBDI							
<i>p</i>	.008	.192	.256	.000	.005	.107	496
ei masennusta	41,9	14,3	5,8	2,6	2,8	17,7	
lievä	6,7	1,6	1,8	1,2	1,2	1,8	
keskivaikea	4,4	1	0,6	2	1,4	1,6	
vaikea	1	0,4	0,6	1,6	0	1,6	
RSES							
<i>p</i>	.158	.087	.564	.000	.432	.584	496
normaali	7,9	11,8	1,2	3,2	1,2	3,4	
vahva	46,2	15,5	7,7	4,2	4,2	19,4	
Koettu terveys							
<i>p</i>	.012	.010	.192	.000	.080	.670	494
hyvä	42,3	15	5,5	2,4	3,4	16,2	
keskiverto	9,1	2	2,8	3,6	2	5,1	
huono	2,6	0,4	0,4	1,4	0	1,6	

tilastollisesti merkitsevät *p*- arvot (≤ 0.05) taulukossa tummennettuina 5.5 Yhteenvedo tuloksista

Vastaajista valtaosa oli opiskelijoita ja enemmistö oli naisia. Vastaajista suurin osa oli 15-20 vuotiaita. Nuorten enemmistöllä ei ollut itsearviointin perusteella henkisen hyvinvoinnin ongelmia ja he olivat arvioineet itsetuntonsa keskimääräistä vahvemmaksi.

Miesten ja naisten enemmistö koki terveytensä hyväksi. Eniten terveytensä huonoksi kokevia oli 15-20 vuotiaissa. Ammatillisen opiston opiskelijoista yli puolet koki terveytensä hyväksi ja parhaimmaksi terveytensä kokivat yliopisto-opiskelijat. Itsensä vaikeasti masentuneeksi arvioineista nuorista hieman alle puolet koki terveytensä huonoksi. Keskimääräistä vahvemman itsetunnon omaavaksi itsensä arvioineista nuorista neljä viidennestä koki terveytensä hyväksi ja alle kaksi prosenttia huonoksi. Koetun terveyden osalta tilastollisesti merkitseviksi yhteyksiksi taustatietojen suhteen osoittautuivat ikä, elämäntilanne, itsetunto ja masentuneisuus. Sukupuolen ja koetun terveyden välillä ei tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tullut esiin.

Vastaajat pitivät terveyttään keskimäärin varsin tärkeänä. Naiset pitivät terveyttään tärkeämpänä kuin miehet. Vanhimmat vastaajat, yli 26-vuotiaat, pitivät terveyttään tärkeimpänä. Työsäkävät ja yliopisto-opiskelijat pitivät terveyttään yhtä tärkeänä. Vähiten tärkeänä terveyttään pitivät ammattiopistossa opiskelevat nuoret. Itsensä ei- masentuneeksi arvioineet ja vahvan itsetunnon omaavaksi arvioineet pitivät terveyttään lähes yhtä tärkeänä. Vähiten tärkeää terveys oli itsensä vaikeasti masentuneeksi arvioineilla. Kaikilla nuorten taustatiedoilla oli tilastollisesti merkitsevä yhteys terveyden tärkeyden kanssa eli terveys koettiin tärkeäksi taustatiedoista riippumatta.

Nuoret olivat terveytensä keskimäärin melko tyytyväisiä. Miehet olivat tyytyväisempiä kuin naiset. Itsearviointin perusteella itsensä masentuneeksi tuntevat nuoret eivät olleet terveyteensä niin tyytyväisiä kuin muut. Kaikkein tyytymättömmimpiä olivat vaikeasti masentuneeksi arvioineet. Ammattiopistossa opiskelevat olivat terveyteensä tyytymättömmimpiä ja yliopisto-opiskelijat tyytyväisimpiä. Normaalin itsetunnon omaavaksi itsensä arvioineet nuoret eivät olleet terveytensä niin tyytyväisiä kuin muut. Vastaajien keskimäinen ikäluokka, 21-25 vuotiaat, oli terveyteensä tyytyväisin. Terveystyytyväisyys ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä sukupuoleen, mutta yhteys kaikkiin muihin taustatietoihin oli havaittavissa.

Terveys on tulosten perusteella nuorille tärkeä asia. Koetun terveyden kaikilla tasoilla terveys arvioitiin tärkeäksi. Hyväksi koettu terveys, terveyden tärkeänä pitäminen ja terveyteen tyytyväisyys ovat yhteydessä toisiinsa. Terveys nähtiin tärkeänä, vaikka terveytensä huonoksi kokee neet vastaajat eivät olleet siihen tyytyväisiä. Koetun terveyden ja terveyteen tyytyväisyyden sekä masentuneisuuden ja itsetunnon välillä havaittiin voimakasta yhteyttä. Koettu terveys selittää noin puolet terveyteen tyytyväisyydessä esiintyvistä vaihtelusta.

Tulevaisuuden terveyden edistämistä koskevat vastaukset painottuivat liikuntaan ja ravitsemukseen. Naisten tavoitteet terveyden edistämiseksi liittyivät tilastollisesti merkitsevästi fyysisiin asioihin. Nuorimmat vastaajista (15-20v) halusivat edistää terveyttään vaikuttamalla psyykkisiin asioihin/sairauksiin. Elämäntilanne (opiskelu, työssäkäynti) ei ollut yhteydessä minkään tulevaisuuden terveyden tavoitteen kanssa. Masennuksella ja liikunnalla oli merkitsevää yhteyttä siten, että ei-masentuneeksi itsensä arvioineet tai lievästi- ja keskivaikeasti masentuneeksi itsensä arvioineet nuoret halusivat edistää terveyttään liikunnan avulla. Ei-masentuneeksi itsensä arvioineet halusivat edistää terveyttään psyykkisiin asioihin/sairauksiin vaikuttamalla ja laihduttamalla. Vaikeasti masentuneeksi arvioineet nuoret halusivat edistää terveyttään psyykkisiin asioihin/sairauksiin vaikuttamalla. Itsetunnon vahvoiksi itsensä arvioineiden nuorten tavoitteena tulevaisuuden terveyden edistämiseksi oli psyykkisiin asioihin/sairauksiin keskittyminen. Koettu terveys yhdistyi tilastollisesti merkitsevästi psyykkisiin asioihin.

6. POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata nuorten näkemyksiä terveydestään ja sen edistämisestä sekä taustatekijöiden yhteydestä nuorten näkemyksiin. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa ja toteutettaessa nuorten terveyden edistämistoimintaa, sekä kehitettäessä nuorille tarkoitettuja palveluita. Pohdinnassa tarkastellaan tutkimuksen tuloksia suhteessa aiempaan nuorten terveystutkimukseen ja kuvataan johtopäätöksiä sekä käsitellään tutkimuksen luotettavuuteen ja eettisyyteen liittyviä kysymyksiä.

6.1 Keskeisten tulosten tarkastelua

Tässä tutkimuksessa pääosa nuorista koki terveytensä hyväksi. Ruotsalaisessa tutkimuksessa Wiklund ja kumppaneiden (2012) tulokset olivat samansuuntaisia ja osoittivat nuorten kokevan terveytensä hyväksi, vaikka heillä olisi ollut oireitakin. Tämän tutkimuksen nuoret pitivät terveyttä tärkeänä, Larssonin (2012) aiemman tutkimuksen tavoin. Tuloksista havaittiin, että terveys voidaan arvioida tärkeäksi, vaikka kokemus terveydestä olisi keskinkertainen tai huono. Arviot terveyden tärkeydestä nousivat iän myötä. Tämä tutkimus tuo siten uutta tietoa terveyden tärkeydestä.

Taustatietojen perusteella tämän tutkimuksen nuorimmilla vastaajilla (15-20 v) oli heikoimmat arviot koetusta terveydestä. Aiemmissa tutkimuksissa on saatu tästä poikkeavia tuloksia. Herman, Hopman ja Sabiston (2015) havaitsivat tutkimuksessaan, että vanhemmilla tytöillä oli suurempi todennäköisyys huonompaan koettuun terveyteen, myös koettu mielenterveys oli vanhemmilla tytöillä muita alhaisempi. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu taustatekijöiden olevan yhteydessä nuorten näkemyksiin terveydestä. Melko selvänä on nähty iän ja koetun terveyden välinen yhteys, jossa iän myötä arviot koetusta terveydestä laskevat. (Rathmann ym. 2015, Cavallo ym. 2015, Naicker ym. 2013, Bauldry ym. 2012, Friberg ym. 2012, Jerden ym. 2011.) Kun tarkasteltiin terveyteen tyytyväisyyttä, havaittiin iän ja terveyteen tyytyväisyyden välillä merkitsevä yhteys, joskin korkeimmat arviot antoivat 21-25 vuotiaat, joka oli tämän tutkimuksen keskimäinen ikäluokka.

Tässä tutkimuksessa saatu tieto siitä, että miehet kokivat terveytensä paremmaksi vahvistaa aiemmissa tutkimuksissa saatuja tuloksia. Luopa ym. (2014) tuloksissa pojat kokivat terveytensä tyttöjä paremmaksi. Myös Saabin ja Klingerin (2010) tutkimus toi esiin, että huonompi koettu terveys liittyi tyttöihin. Sukupuolen ja koetun terveyden välistä yhteyttä pidetään vahvana. Miehet kokevat terveytensä yleensä naisia paremmaksi ja nuorilla tilanne on samankaltainen (Bauldry ym. 2012 Wiklund ym.2012, Cavallo ym. 2015, Herman ym. 2015). Terveyden tärkeyttä tarkasteltaessa naisten havaittiin pitävän terveyttä miehiä tärkeämpänä. Miehet olivat terveyteensä myös tyytyväisempiä. Terveyteen tyytyväisyyden arviot ovat linjassa koetun terveyden arvioiden kanssa.

Tulosten perusteella ammattiopistossa opiskelevat nuoret arvioivat terveytensä huonommaksi kuin muut nuoret. Aiempien tutkimustulosten mukainen korkeamman koulutuksen ja paremman koetun terveyden välinen yhteys tuli esiin. Bauldryn ja kumppaneiden (2012) ja Bauldryn (2014) tutkimuksissa koulutuksen havaittiin nostavan koetun terveyden arvioita ja collegetutkinnon suorittaneet arvioivat terveytensä paremmaksi kuin muut. Suomalaisessa Kouluterveyskyselyssä vastaavia tuloksia on saatu verrattaessa koetun terveyden arvioita ammattiopiston opiskelijoiden ja lukio-opiskelijoiden välillä, jossa lukiolaiset ovat arvioineet koetun terveytensä ammattiopistolaisia paremmaksi (Luopa ym.2014). Työssä käyvillä ja yliopisto-opiskelijoilla oli muita korkeimmat arviot terveyden tärkeydestä ja he olivat terveyteensä yhtä tyytyväisiä.

Tässä tutkimuksessa ne nuoret, jotka arvioivat itsensä vaikeasti masentuneeksi, antoivat koetusta terveydestä ja terveyteen tyytyväisyydestä alhaisemmat arviot. Aiemmin mielenterveyden yhteyksiä terveyden kokemiseen on havaittu muun muassa Adamin ym. (2011) ja Naickerin ym. (2013) tutkimuksissa. Tulosten perusteella huonon koetun terveyden ja masennusoireiden välillä havaittiin tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ja nuoruuden masennuksella oli yhteyksiä kaikkiin muihin sosiaalisiin, demografisiin ja terveystuloksiin, fyysistä aktiivisuutta lukuun ottamatta. Vaikutuksia olivat muun muassa masennuksen uusiutuminen, oireiden vakavuus ja huonoksi koettu terveys (Naicker ym. 2013). Tässä tutkimuksessa itsearviointin perusteella masentuneet olivat myös terveyteensä vähemmän tyytyväisiä, mutta he pitivät terveyttään kuitenkin melko tärkeänä.

Koetun terveyden ja terveyteen tyytyväisyyden nähtiin tässä tutkimuksessa korreloivan vahvasti keskenään, terveyteen tyytyväisyys laskee koetun terveyden laskiessa. Myös masentuneisuuden ja itsetunnon välinen korrelaatio oli voimakasta. Tutkimuksen tulokset lisäävät tietoa terveyden tärkeydestä ja terveyteen tyytyväisyydestä sekä niiden suhteesta koettuun terveyteen, sillä aiempaa tutkimusta tästä näkökulmasta ei ole. Kun terveyteen tyytyväisyyden ajatellaan osoittavan elämänhallintaa, voidaan tämän tutkimuksen tulosten perusteella olettaa, että itsensä masentuneeksi arvioineilla nuorilla elämänhallinta on muita heikompaa. Aiemmin Pietilän (1994) väitöskirjassa elämänhallinta on nähty tärkeänä henkisen hyvinvoinnin osatekijänä.

Tulevaisuuden terveyden kannalta liikunta, ravitsemus ja psyykinen hyvinvointi vaikuttavat tulosten perusteella olevan nuorille keskeisiä alueita, joiden suhteen terveyttä halutaan edistää. Tässä tutkimuksessa nuorten tavoitteet tulevaisuuden terveyden suhteen olivat kahdensuuntaisia. Nuoret tuntuivat toisaalta haluavan eroon oireista tai sairauksista ja toisaalta lisää terveyttä liikunnan ja terveellisen ruokavalion avulla. Terveyteen tyytyväisillä vastaajilla tavoitteena oli edistää terveyttä ravitsemuksella, fyysisiin ja psyykkisiin asioihin vaikuttamalla. Terveytensä hyväksi kokevat halusivat edistää terveyttä ravitsemuksen avulla. Woodgaten ja Leachin (2010) tutkimuksessa nuoret kokivat terveyden edistämisen olevan tasapainoilua tekemisen ja tekemättä jättämisen välillä.

Nuoret halusivat tulosten mukaan päästä eroon fyysisistä sairauksista ja oireista, joita olivat muun muassa iho-ongelmat, jalka-, niska- ja selkävaivat sekä verenpaine ja astma. Luopa ja kumppanit (2014) ovat havainneet, että nuorten keskuudessa niska- ja hartiavaivat ovat melko yleisiä ja niitä esiintyy noin kolmanneksella lukio-opiskelijoista. Liikunnan lisäämisestä sekä terveellisestä ruokavaliosta ja osittain tähän liittyen laihtumisesta oli vastauksissa lukuisia mainintoja. Tuloksissa näkyvät terveyden edistämisen perustana pidetyt liikunta ja terveellinen ruokavalio (McDade ym. 2011, de Sousa 2014). Nuoret ovat kokeneet terveyden olevan paljolti fyysistä: aktiivisuutta ja kykyä tehdä erilaisia asioita (Woodgate & Leach 2010, Crondahl & Eklund 2012, Thing & Ottesen 2013).

Fyysinen puoli terveyden edistämisen tavoitteissa korostuu myös tässä aineistossa. Inaktiivisuuden on todettu aiemmissa tutkimuksissa lisäävän riskiä matalampaan koettuun terveyteen (Kantomaa 2010, Herman ym. 2015). Nuoret voivat tuntea olevansa melko liikkumattomia tai

inaktiivisia ja siksi tavoitteena on lisätä liikuntaa. Terveyteensä tyytyväiset nuoret eivät valinneet esimerkiksi liikuntaa terveyden edistämisen tavoitteeksi, vaan psyykkiset asiat, joten voi olla että he liikkuvat ja ovat aktiivisia ja sen vuoksi heidän tarpeensa terveyden edistämässä ovat toisenlaisia. Useat nuoret halusivat parantaa psyykkistä terveyttään. Mainintoja siitä oli vajaa puolet fyysisiin asioihin verrattuna. Mielialalla on suuri merkitys nuoren elämässä, sillä tuohon elämänvaiheeseen kuuluu paljon stressiä, joka voi laskea mielialaa. Aikaisemman tutkimuksen mukaan masentuneisuuden vaikutuksina terveyteen oli huonompi koettu terveys pitkällä aikavälillä (Naicker ym. 2013), mikä on merkittävää nuoren tulevaisuuden kannalta.

Terveyden edistämässä ohjaus on pitkään keskittynyt liikuntaan ja ravitsemukseen. Nuorten vastausten painottuminen näihin osa-alueisiin voi ilmentää terveyden edistämässä vallitsevaa käytäntöä. Vaikka nuoret mahdollisesti tunnistavat terveyden laaja-alaisuuden, se ei tule näkyviin heidän puheissaan tai terveystavoitteissaan. Woodgaten ja Leachin (2010) tutkimuksessa havaittiin, että nuorten puhe terveydestä ja sen edistämisestä oli rajautunut näihin alueisiin. Myös de Sousa ym. (2014) tutkimuksessa todettiin, että nuoret tietävät mitä terveenä oleminen edellyttää.

Tässä tutkimuksessa oli yllättävää, että päihteiden käyttö ei juuri tullut esille nuorten tulevaisuuden terveystavoitteissa. Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan (Luopa ym. 2014) päivittäin tupakoivien osuus ja humalahuominen onkin kääntynyt laskuun 2010- 2013 välisenä aikana. Tupakoivien osuudesta tässä aineistossa ei ole tietoa. Tämän tutkimuksen vastaajat eivät kenties koe tupakointia ongelmaksi tai toisaalta sen lopettamista terveyttään edistäväksi. Päihteiden käytön kartoittaminen voisi olla jatkossa hyödyllistä.

Vastaajista 24 halusi laihtua edistääkseen terveyttään. Laihtuminen voi itsetunnon kautta vaikuttaa nuoren elämään ja voi siten edistää terveyttä. Luopan ja kumppaneiden mukaan (2014) ylipainoisten nuorten määrä on Suomessa nousussa ja peruskoululaisista pojista viidennes on ylipainoisia. Itä-Suomessa ylipainoisten osuus on 16 % asettuen maan keskitasolle. Ylipainon ja lihavuuden on katsottu madaltavan koettua terveyttä (Bauldry ym. 2012, Cui ym. 2014). Osalla nuorista oli mielestään terveyden suhteen hyvä nykytilanne, eivätkä he kokeneet tarvetta edistää terveyttään tulevaisuudessa millään erityisellä tavalla.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyyteen liittyy huolellisuus ja tarkkuus tutkimuksen toteuttamisessa sekä tutkittavien anonymiteetti. Tässä opinnäytetyössä sitouduttiin noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä, joka on edellytyksenä eettisesti hyväksyttävälle, luotettavalle ja uskottavalle tutkimukselle. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2016). Tutkimus on raportoitu noudattaen Itä-Suomen yliopiston Hoitotieteen laitoksen kirjallisen työn ohjetta (2012). Tutkimusta koskevista eettisistä kysymyksistä tässä tarkastellaan tutkimukseen osallistujien osalta anonymiteettiä ja vapaaehtoisuutta. Aineiston osalta tarkastellaan aineistonkeruuta, tallennusta, säilyttämistä sekä hävittämistä. Raportoinnin osalta otetaan kantaa tulosten julkaisemiseen.

Tutkittavien anonymiteetin säilyttäminen on tutkimuksessa keskeistä, se tarkoittaa muun muassa sitä, ettei kerättyjä tietoja luovuteta ulkopuolisille (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013). Aineistoon oli pääsy ainoastaan tutkijalla ja se säilytettiin salasanalla lukitussa tietokoneessa. Alkuperäinen aineisto on kuntakokeiluhankkeen hallussa. Tutkimuksen valmistuttua aineisto tullaan hävittämään asianmukaisesti. Tämän tutkimuksen aineisto kerättiin pääosin sähköisenä kyselynä, eikä tutkimukseen vastanneita aineistonkeruuvaiheessa yksilöity. Yksittäisen vastaajan tietoja ei siten voida yhdistää vastauksiin. Opinnäytetyön tekijä ei ollut osallisena aineistokeruussa, vaan sai käyttöönsä aineiston, jossa oli koottuna vastaajien tiedot. Tutkimukseen osallistuminen oli tutkittaville vapaaehtoista. Osallistujilta ei pyydetty suostumusta, mutta kyselyyn vastaaminen voidaan tulkita tietoiseksi suostumukseksi (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013). Kuntakokeilu hanke sai kohdeorganisaatioilta asianomaiset luvat aineistonkeruuta varten, joten erillistä tutkimuslupaa tai eettisen toimikunnan lausuntoa ei tätä opinnäytetyötä varten ollut tarpeen hankkia. Tuloksia raportoidaan ryhmätasolla, jolloin tutkittavien yksittäiset vastaukset eivät tule raportissa julki.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa otetaan yhtäältä huomioon koko tutkimuksen luotettavuus ja toisaalta mittariin ja mittaamiseen liittyvät tekijät. Arviointiin kuuluu myös tuloksiin ja johtopäätösten luotettavuuteen liittyviä tekijöitä. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa keskitytään tämän tutkimuksen osalta mittarin luotettavuuteen.

Mittarin validiteettia voidaan arvioida sisältövaliditeetin, rakennevaliditeetin ja kriteerivaliditeetin avulla. Sisältövaliditeetti kertoo siitä, kuinka onnistuneesti käytetyt käsitteet on kyetty operationalisoimaan mitattaviksi muuttujiksi (Nummenmaa 2009, 362.). Sisältövaliditeettia pyrittiin vahvistamaan mittarin esitestauksella, josta vastasivat tutkimusryhmän jäsenet. Kuntako-keilutyöntekijöiden (17) kanssa käytyjen keskusteluiden ja 14 nuoren ryhmätapaamisten perusteella mittariin tehtiin muutoksia. Mittarin tilastollinen esitestaus tehtiin erään ammattikorkeakoulun opiskelijaryhmälle (N=54), joka vahvisti mittarin tilastollista toimivuutta. (Kainulainen & Juutinen 2017.)

Rakennevaliditeetti kertoo mittarin teoreettisesta rakenteesta, eli siitä, kuinka hyvin mittari kattaa teoreettisesti tutkittavan asian. Tämä on tärkeää uusien mittareiden kohdalla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Rakennevaliditeettiin ei tässä yhteydessä voida ottaa kantaa, sillä opinnäytetyössä käsiteltiin ainoastaan mittarin terveyttä koskevia muuttujia (n=4). Kriteerivaliditeettia oli pyritty mittarin kehitysvaiheessa vahvistamaan valitsemalla osamittareiksi olemassa olevia ja hyväiksi havaittuja mittareita, kuten koettu terveys, Rosenbergin itsetuntotesti ja Raitasalon modifioima Beckin masennustesti (Kainulainen & Juutinen 2017).

Mittarin reliabiliteetti kertoo mittarin kyvystä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Jos tutkimusilmiötä mitataan uudestaan samalla mittarilla eri aineistossa, reliabelilla mittarilla tulosten tulisi olla samansuuntaisia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Tässä tutkimuksessa kehitettyä mittaria käytetään ensimmäistä kertaa, joten mahdolliset myöhemmät tutkimukset voivat osoittaa mittarin pysyvyyttä. Myös vastaavuus ja sisäinen johdonmukaisuus, jota voidaan mitata Cronbachin alfa-kertoimella, kertovat mittarin reliabiliteetista. Koko mittarin osalta Cronbachin α oli .803 (Kainulainen & Juutinen 2017). Uudella mittarilla Cronbachin α :n suositellaan olevan vähintään 0.70 (Kankkunen & Vehviläinen – Julkunen 2013), joten voidaan päätellä mittarin olevan sisäisesti johdonmukainen.

Tutkimustulosten sisäinen validiteetti kertoo siitä, että tulokset johtuvat nimenomaan tutkimusasetelmasta, eivätkä esimerkiksi vastaajien valikoitumisesta. Tutkimuksen ulkoinen validiteetti kertoo siitä, voidaanko saatuja tuloksia yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen joukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) Tähän vaikuttavat muun muassa otanta ja otoskoko. Naiset olivat tässä aineistossa yliedustettuina. Naisten suurempaa osuutta aineistossa voinee selittää se, että naiset suorittavat ammattikorkeakoulututkinnoista sekä yliopistojen alemmista ja

ylemmistä korkeakoulututkinnoista noin 60 %. (Tilastokeskus 2014.) Tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia voitaneen pitää suuntaa antavina kuopiolaisiin opiskeleviin ja työssäkäyviin nuoriin nähden (Kainulainen & Juutinen 2017).

Mikäli kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään sisällönanalyysiä vaikkapa vain avoimen kysymyksen analyysiin, kuten tässä tutkielmassa, Kyngäs ym. (2011) suosittavat sisällönanalyysin luotettavuuden arviointia. Luotettavuutta tulisi arvioida samoin kuin tutkimuksen reliabilitteettia ja validiteettia muutoin. Tässä tutkimuksessa avoimen kysymyksen sisällön analyysin osalta luotettavuutta on pyritty parantamaan kuvaamalla sisällön erittelyä, analyysiä ja luokittelua, sekä tuomalla raporttiin esimerkki luokittelun rakentumisesta.

6.4 Päätelmät ja jatkotutkimusaiheet

Tämä pro gradu –tutkielma tuotti tietoa nuorten näkemyksistä terveydestään, taustatietojen yhteydestä siihen sekä nuorten tavoitteista tulevaisuuden terveyden edistämiseksi. Lisäksi tutkimuksen avulla saatiin uutta tietoa koetun terveyden ja terveyteen tyytyväisyyden välisistä yhteyksistä. Tutkitun tiedon avulla voidaan kehittää nuorten terveyttä edistävää toimintaa ja nuorille tarjottavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita. Tuotettua tietoa voidaan hyödyntää nuorten terveyden edistämisen suunnittelussa. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset.

1. Suuri osa nuorista koki itsensä terveiksi, terveys koettiin tärkeäksi ja terveyteen oltiin pääasiassa tyytyväisiä
2. Taustatekijöillä kuten ikä, sukupuoli ja koulutus oli yhteyttä koettuun terveyteen ja terveyden subjektiiviseen arviointiin
3. Koetun terveyden ja terveyteen tyytyväisyyden välinen korrelaatio oli voimakasta
4. Henkisen hyvinvoinnin yhteys koettuun terveyteen ja terveyteen tyytyväisyyteen oli voimakasta
5. Nuorten tavoitteet tulevaisuuden terveyden suhteen painottuivat liikuntaan ja ruokavalioon

Tässä tutkimuksessa kuvattiin nuorten käsityksiä terveydestä heidän omana kokemuksenaan kolmesta näkökulmasta. Tulevaisuudessa olisi tärkeää tutkia nuorten näkemyksiä terveydestä

laadullisten menetelmien avulla, mikä voisi syventää ymmärrystä nuorten terveydestä subjektiivisena kokemuksena. Terveyden edistämisen suunnittelussa ja toteuttamisessa tulisi muistaa henkisen hyvinvoinnin osuus terveyden kokemisessa ja terveyteen tyytyväisyydessä. Jatkossa olisi tärkeää kehittää mittaria ja arvioida sen luotettavuutta. Kohdejoukkona voisivat olla sekä sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelevät ammattilaiset, että nuoret, jolloin saataisiin laajempaa tietoa ja käyttökokemuksia mittarista. Mittaria kehitettäessä tavoitteeksi oli asetettu nopeus ja helppokäyttöisyys. Lisäksi olisi merkittävää sisällyttää mittariin kysymyksiä, joita voidaan hyödyntää nuorten terveyttä edistävän toiminnan kehittämisessä.

LÄHTEET

- Aalto A-M, Elovainio M, Kivimäki M, Uutela A & Pirkola S. 2012. The Beck Depression Inventory and the General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the Gold standard. *Psychiatry research* 197(1-2) 163-171.
- Adam EK, Chyu L, Hoyt LT, Doane LD, Boisjoly J, Duncan GJ, Chase-Lansdale PL & McDade TW. 2011. Adverse adolescent relationship histories and young adult health: Cumulative effects of loneliness, low parental support, relationship instability, intimate partnership violence and loss. *Journal of Adolescent health* 49(278-286).
- Allen C, McNeely C & Orme J. 2016. Self-rated health across race, ethnicity and immigration status for US adolescents and young adults. *Journal of adolescent health*. 58 (47-56).
- Autio M, Eräranta K & Myllyniemi S.(toim.) 2008. Polarisoitua nuoruus? Nuorten elinolot – vuosikirja 2008. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 84, Nuorisosiain neuvottelukunta, julkaisuja 38, Hakapaino Oy, Helsinki.
- Atkins R, Bluebond-Langner M, Read N, Pittsley J & Hart D. 2010 .Adolescents as Health Agents and Consumers: Results of a pilot study of the Health and health-related of Adolescents living in a high-poverty Urban Neighborhood. *Journal of Pediatric Nursing* 25(5) 382-392.
- Bauldry S. 2014. Conditional health-related benefits of higher education: an assessment of compensatory versus accumulative mechanisms. *Social science & medicine* 111 (94-100).
- Bauldry S, Shanahan MJ, Boardman JD, Miech RA & Macmillan R. 2012. A life course model of self-rated health through adolescence and young adulthood. *Social science & medicine* 75 (1311-1320).
- Breidablik H-J, Meland E & Lydersen S. 2009. Self-rated health during adolescence: stability and predictors of change (Young-HUNT study, Norway). *European Journal of Public Health* 19(1), 73-78.
- Burns N & Grove S. 2009. The practise of nursing research. Appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th Edition. Saunders, Elsevier. St.Louis, Missouri.
- Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M & Koskinen S. (toim.) 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi- tutkimus venäläis-, somalialais-, ja kurditaustaisista Suomessa. THL. Raportti 61.
- Cavallo F, Dalmasso P, Ottova-Jordan V, Brooks F, Mazur J, Välimaa R, Gobina I, de Matos MG & Raven-Sieberer U. 2015. Trends in self-rated health in Europe and North-America. *The European Journal of Public Health* 55 Issue suppl 2, 13-15.
- Cron Dahl K & Eklund L. 2012. Perceptions on health, well-being and quality of life of Balkan Roma adolescents in West Sweden. *Romani Studies* 5, Vol. 22(2), 153–173.
- Cui W, Zack MM & Wethington H. 2014. Health related quality of life and body mass index among US adolescents. *Qual Life Res* 23, 2139-2150.

- Galan I, Boix R, Medrano MJ, Ramos P, Rivera F, Pastor-Barriuso M & Moreno C. 2013. Physical activity and self-reported health status among adolescents: a cross-sectional population based study. *BMJ open* 2013:3.
- Geller J. & Srikameswaran S. 2000. Assessment of Shape- and Weight-Based Self-Esteem in Adolescents. *International Journal of Eating disorders*. 28(3) 339-345.
- De Grande H, Vandenheele H, Gadeyne S & Deboosere P. 2014. Health status and mortality rates of adolescents and young adults in the Brussels-Capital Region: differences according to region of origin and migration history. *Ethnicity & Health* 19(2), 122-143.
- ETENE. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunta. 2013. Lapsuuden ja nuoruuden etiikka sosiaali- ja terveystieteillä. Verkkojulkaisu <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3455-9>.
- Elinder L, Sundblom E & Rosendahl KI. 2010. Low physical activity is a predictor of thinness and low self-rated health: gender differences in a Swedish cohort. *Journal of adolescent health*. 48(481-486).
- Friberg P, Hagquist K & Osika W. 2012. Self-perceived psychosomatic health in Swedish children, adolescents and young adults: an internet-based survey over time. *BMJ Open*.(2)e000681.
- Haake N & Nikula T. 2011. Osallisuus, luottamus ja elinympäristö. Terveystieteiden edistämisen kansalaiskysely. Terveystieteiden edistämisen keskuksen julkaisuja 1/2011. Trio-Offset, Helsinki.
- Herman K, Hopman W & Sabiston C. 2015 Physical activity, screen time and self-rated health and mental health in Canadian adolescents. *Preventive Medicine* 73,112-116.
- Hoitotieteiden laitoksen kirjallisen työn ohje. 2012. Huoliteltu ulkoasu – jäsentynyt sisältö. [https://www2.uef.fi/documents/1009628/1010099/Hoitotieteiden+laitoksen+kirjallisen+ty%C3%B6n+ohjeet+\(1.0_2012\).pdf/e2a0ab04-b2d7-4365-8599-5c7fb2ecea3](https://www2.uef.fi/documents/1009628/1010099/Hoitotieteiden+laitoksen+kirjallisen+ty%C3%B6n+ohjeet+(1.0_2012).pdf/e2a0ab04-b2d7-4365-8599-5c7fb2ecea3).
- Honkinen P-L. 2009. Nuorten koherenssin tunne: mittaaminen, ennustavat tekijät, seuraukset. Turun yliopisto. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkuensis*. Sarja C. sähköinen versio ISBN 978-951-29-3902-2. Luettu 30.10.2016.
- Hutton K, Nyholm M, Nygren JM & Svedberg P. 2014. Self-rated mental health and socioeconomic background: a study of adolescents in Sweden. *BMC Public Health* 14:394.
- Huttunen J. 2015. Mitä terveys on? Terveystieteiden edistämisen keskuksen julkaisuja. Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903. Luettu 20.7.2016.
- Härkönen P. 2012. Elämään tyytyväisyys ja terveys. Voimavarasuuntautunut ikääntyvien henkilöiden seuranta tutkimus. Oulun yliopisto. Väitöskirja. *Juvenes print, Tampere*. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526200163.pdf>. Luettu 9.7.2016
- Ide B, Dingmann C, Cuevas E & Meehan M. 2010. Psychometric Testing of the FACES III with Rural Adolescents. *Journal of family social work*. 13(5) 410-419.

Innokylä.2016. Toimintamallit. Mun Elämä – 3X10D™ Elämänpyörä &3X10D™ -kysely. <https://www.innokyla.fi/web/malli2454853>. Luettu 10.11.2016.

Innokylä. Elämänpyörä- kuva. <https://www.innokyla.fi/web/verstas1918709/elamanhallinnan-3x10d-arviointi>. Haettu 10.4.2017.

Jaari A. 2004. Itsetunto, elämänhallinta ja arvot. Korrelatiivinen tutkimus Morris Rosenbergin itsetunto käsitteen taustasta suomalaisilla työikäisillä. Helsingin yliopisto. Väitöskirja. Helsinki.

Jerden L, Burell G, Stenlund H, Weinehall L & Bergström E. Gender differences and predictors of self-rated health development among Swedish adolescents.2011. Journal of Adolescent Health.48, 143-150.

JB I. 2014.Joanna Briggs Institute. JBI Reviewers' manual.2014 edition. <http://joanna-briggs.org/assets/docs/sumari/reviewersmanual-2014.pdf>. Luettu 23.11.2017.

Jylhä M. 2009. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social science & medicine 69 (307-316).

Järvikoski A. 1996. Sisäinen elämänhallinta ja sosiaaliset paineet. Teoksessa Raitasalo R. (toim.) 1996. Elämänhallintaa etsimässä. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. Kelan omatarvepaino, Helsinki.

Kainulainen S. 1998. Elämäntapahtumat ja elämään tyytyväisyys eri sosiaalikuokissa. Kuopion yliopisto. Väitöskirja. Kuopion yliopiston painatuskeskus. Kuopio.

Kainulainen S. 2016.Haastattelu 17.11.2016. Erityisasiantuntija. DIAK-ammattikorkeakoulu. Julkaisematon lähde.

Kainulainen S. & Juutinen A-M. 2017. Nuoren elämäntilanteen hahmottaminen 3 X 10 D™ -mittarilla. <https://unlimited.hamk.fi/hyvinvointi-ja-sote-ala/nuoren-elamantilanteen-hahmottaminen-3x10d-mittarilla/>. Luettu 10.2.2017.

Kankkunen P. & Vehviläinen – Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. SanomaPro, Helsinki.

Kantomaa M. 2010.The role of physical activity on emotional and behavioural problems, self-rated health and educational attainment among adolescents. University of Oulu. Dissertation. Juvenes print, Oulu.

Koskenvuo K. 2015. Masennuksesta mittaa. Kelan tutkimusblogi. <http://www.kela.fi/tutkimusblogi>. Luettu 12.3.2017.

Kyngäs H, Elo S, Pölkki T, Kääriäinen M & Kanste O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 23 (2) 138-148.

Käypä hoito –suositus. 2016. Depressio. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50023> Luettu 20.8.2016.

- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Väitöskirja. Kopijyvä Oy, Kuopio.
- Larsson M, Sundler A & Ekebergh M. 2012. Beyond self-rated health: The adolescent girl's lived experience of health in Sweden. *The Journal of school nursing* 29(1) 71-79.
- Lindström M, Modén B & Rosvall M. 2014. Country of birth, parental background and self-rated health among adolescents: a population based study. *Scandinavian Journal of Public Health* 42 (743-750).
- Luopa P, Kivimäki H, Matikka A, Vilkki S, Jokela J, Laukkarinen E & Paananen R. 2014. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-2013. Kouluterveyskyselyn tulokset. THL. Raportti 25.
- Lämsä A-L. 2009. Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä. Lasten ja nuorten syrjäytyminen sosiaalihuollon asiakirjojen valossa. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Oulu University Press. Oulu.
- Matikka A, Luopa P, Kivimäki H, Jokela J & Paananen R. 2014. Maahanmuuttajataustaisten 8. ja 9. -luokkalaisten hyvinvointi. Kouluterveyskysely. THL. Raportti 26.
- Mazur J, Dzileska J, Zawadzka D, Tabak I & Małkowska-Szkutnik A. 2016. Subjective health of adolescents from families in receipt of social assistance. *Journal of Public Health* 137 (106-112).
- McDade T, Chyu L, Duncan G, Hoyt L, Doane L & Adam E. 2011. Adolescents' expectations for the future predict health behaviors in early adulthood. *Social science and medicine*. 73, 391-938.
- Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Tutkijalaitos. International Methelp Ky. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- Mittelmark M & Bauer G. 2016. The meanings of salutogenesis. Teoksessa Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, Bauer G, Pelikan J, Lindström B & Espnes G. 2016. *The Handbook of Salutogenesis*. Springer, Open access.
- Moksnes U, Espnes G & Haugan G. 2014. Stress, sense of coherence and emotional symptoms in adolescents. *Psychology & Health*. 29(1) 32-49.
- MOT.Kielitoimiston sanakirja. 2017. <https://mot-kielikone-fi.ezproxy.uef.fi:2443/mot/uef/netmot.exe?motportal=80>. Luettu 17.3.2017.
- Myllyniemi S.(toim.) 2014. Ihmisarvoinen nuoruus. Nuorisobarometri. Nuorisoasiain neuvottelukunnan julkaisuja nro 51. Juvenes print. Verkkojulkaisu ISBN 978-952-5994-76-6 (PDF).
- Myllyniemi S (toim.). 2015. Arjen jäljillä. Nuorisobarometri. Nuorisoasiain neuvottelukunnan julkaisuja nro 54. Grano Multiprint Oy.
- Naicker K, Galambos NL, Yiye Z, Senthilselvan A & Colman I. 2013. Social, demographic and health outcomes in the 10 years following adolescent depression. *Journal of Adolescent Health* 52, 533-538.

Pietilä A-M. 1994. Elämänhallinta ja terveys. Pitkittäistutkimus pohjoissuomalaisilla nuorilla miehillä. Oulun yliopisto. Väitöskirja. Oulun yliopiston monistus ja kuvakeskus, Oulu.

Pietilä A-M, Kangasniemi M & Halkoaho A. 2016. Perspectives on salutogenesis of scholars writing in Finnish. Teoksessa Mittelmark M, Sagy S, Eriksson M, Bauer G, Pelikan J, Lindström B & Espnes G. 2016. The Handbook of Salutogenesis. Springer, Open access.

Polit DF & Beck CT. 2004. Nursing research. Principles and methods. 7th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia. Pennsylvania.

Proctor CL, Linley PA & Maltby J. 2008. Youth life satisfaction: a review of the literature. *Journal of Happiness Studies* 10(583-630).

Purjo T. 2014. Arvot ovat ihmisen toiminnan perusta. Tampere University Press. Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.

Quon E. & McGrath JJ. 2014. Subjective socioeconomic status and adolescent health: A meta-analysis. *Health Psychology* 33(5) 433-447.

Raitasalo R. 2007. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86. Helsinki.

Rathmann K, Ottova V, Hurrelmann K, de Looze M, Levin K, Molcho M, Elgar F, Gabhainn SN, van Dijk JP & Richter M. 2015. Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: A multilevel analysis in 27 welfare states. *Maturitas* 80, 414-420.

Richter M, Moor I & van Lenthe FJ. 2012. Explaining socioeconomic differences in adolescent self-rated health: the contribution of material, psychosocial and behavioural factors. *Journal of Epidemiol Community Health* 66 (691-697).

Ridder M de, Heuvelmans M, Visscher T, Seidell J & Renders C. 2010. We are healthy so we can behave unhealthily: A qualitative study of the health behaviour of Dutch lower vocational students. *Health Education*, Vol.110(1) 30-42.

Rosenberg M. 1989. Society and the adolescent self-image. Revised edition. Middletown, Connecticut. Wealeyan University Press. USA.

Saab H & Klinger D. 2010. School differences in adolescent health and wellbeing: findings from the Canadian health behaviour in school-aged children study. *Social science & medicine* 70(850-858).

SOTKANet.fi. Indikaattoripankki. <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko?indicator=s04rtjbSMwQA®ion=szaqAAA=&year=sy4rszbS0zUEAA=&gender=t>. Luettu 22.2.2017.

Sousa ZA de, Silva J da & Ferreira M. 2014. Knowledge and practices of teenagers about health: implications for the lifestyle and self care. *Escola Anna Nery* 18(3) 400-406.

- Spencer G. 2013. The healthy self and risky young other: young peoples` s interpretations of health and health-related risks. *Health, Risk & Society* 15(5) 449-462.
- Ståhl T & Rimpelä A. (toim.). 2010. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. THL. Yliopistopaino, Helsinki.
- Suominen S, Helenius H & Blomberg H. 1996. Koherenssin tunne koetun terveydentilan enustajana. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. 1996 (33)7-15.
- SVT.2015. Suomen virallinen tilasto: Oppilaitosten opiskelijat ja tutkinnot. Verkkojulkaisu. ISSN=1798-7644.2015. Liitetaulukko 2. Tutkintotavoitteisen koulutuksen opiskelijat ja suoritettut tutkinnot koulutussektorin ja sukupuolen mukaan 2015. Helsinki.
http://www.stat.fi/til/opiskt/2015/opiskt_2015_2016-11-29_tau_002_fi.html. Luettu 17.3.2017.
- Thing LF & Ottesen LS. 2013. Young people` s perspectives on health, risks and physical activity in a Danish secondary school. *Health, Risk & Society*.15(5) 463-477.
- Tikkanen K. 2012. 15-20 vuotiaiden nuorten toivo, sen ylläpitäminen ja vahvistaminen. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. *Acta electronica universitatis Tamperensis* 1175. ISBN 978-951-44-8736-1 (pdf). Luettu 6.3.2017.
- THL. 2014. Hyvinvointi ja terveyserot. Koettu terveys. <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys/koettu-terveys>. Luettu 20.8.2016.
- Thórararinsdóttir K & Kristjánsson K. 2014. Patients` perspectives on person-centered participation in healthcare: a framework analysis. *Nursing ethics* 21(2), 129-47.
- Tilastokeskus. 2014. http://www.stat.fi/artikkelit/2014/art_2014-09-29_002.html?s=0. Luettu 14.2.2017.
- TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 20.7.2016.
- Umaña-Taylor AJ, Updegraff KA, White RM, Herzog MJ, Pflieger JC & Madden-Derdich D. 2011. Developing and Testing a Measure of Social Support With Mexican-Origin Pregnant Adolescents and Their Mother Figures. *Hispanic Journal of Behavioural sciences*.33(3) 377-397.
- Uutela A. 1996. Ulkoinen ja sisäinen elämänhallinta ja sairauskäyttäytyminen. Teoksessa Raitasalo R. 1996. Elämänhallintaa etsimässä. Kansaneläkelaitos. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia. Kelan omatarvepaino, Helsinki.
- Välimaa R. 2000. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä ja ER-Paino Ky, Lievestuore.
- Wang Y-P & Gorenstein C. 2013. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II: a comprehensive review. *Revista Brasileira de Psiquiatria* (35)4.

Wiklund M, Malmgren-Olsson E-B, Öhman A, Bergström E & Fjellman-Wiklund A. 2012. Subjective health complaints in older adolescents are related to perceived stress, anxiety and gender: a cross-sectional school study in Northern Sweden. *BMC Public Health*.12,993.

Woodgate RL & Leach J. 2010. Youths' perspectives on the determinants of health. *Qualitative health research* 20(9), 1173-1182.

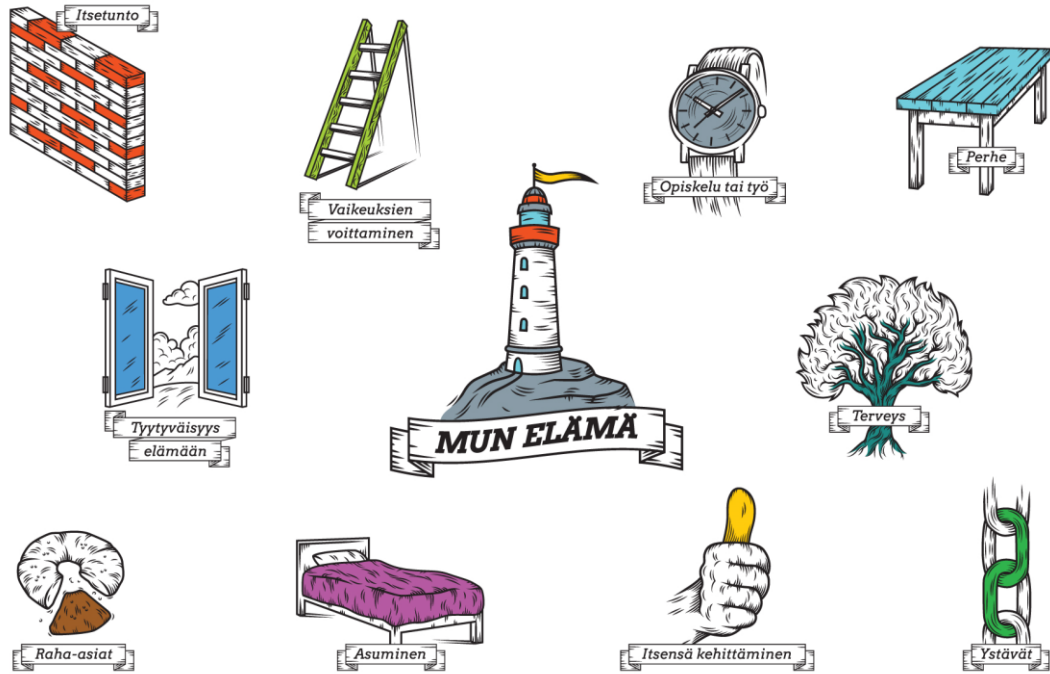
WHO.1948. Terveiden määritelmä <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>. Luettu 20.7.2016.

WHO.2016. Ottawa charter. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> Luettu 20.7.2016.

Tiedonhaku tietokannoista

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
Cinahl	(adolescen* OR "young people" OR " young adult*" OR youth) AND ("self rated" OR "self as-sessed" OR "self perceived" OR sub-jective) AND health OR "health status"	Vertaisarvioitu Abstrakti saatavilla 2010-2016	203	4
PubMed	(adolescen* OR "young people" OR " young adult*" OR youth) AND ("self rated" OR "self as-sessed" OR "self perceived" OR sub-jective) AND health OR "health status"		901	19
Scopus	(adolescen* OR "young people" OR " young adult*" OR youth) AND ("self rated" OR "self as-sessed" OR "self perceived" OR sub-jective) AND health OR "health status" AND satisf*		98	3
Medic	nuor* AND terv*		181	1
Manuaalihaku				3
Yhteensä				30

TÄRKEYS - TYYTYVÄISYYS - TULEVAISUUS



Kuva 1. 3 X 10 D Elämänpyörä (lähde: Innokylä)

Esimerkki avoimen kysymyksen analyysistä

Vastaus	Luokka
Enemmän kuntoilua Haluan liikkua enemmän Liikunnalla Liikunnan lisäys Käyn lenkillä ja jumppaan Urheilemalla	Liikunta
Ravitsevalla ruualla Ruokavalion parantaminen Ravitsemus Syödä terveellisemmin Vähemmän herkkuja Lisää kasviksia	Ruokavalio
Ei olisi vatsavaivoja Astma pois Hiustenlähdölle stoppi Hammaslääkärillä käynti Selän kuntoon saaminen Niskakivut pois	Fyysiset asiat/oireet/sairaus
Ahdistus pois Otan rauhallisesti, en stressaa Masennuksesta ylipääsy Mielen terveydessä parantamisen varaa Terapia Saada apua ahdistukseen	Psyykkiset asiat/oireet/sairaus
Karistaa muutaman kilon Laihduttamalla Voisin laihduttaa Pudottaa painoa Haluan laihtua	Laihdutus
Säännöllinen unirytm Tupakoinnin lopettaminen Terveelliset elämäntavat Ylläpitää terveyttä Miksi pitää parantaa Kokonaisuudessaan paremmaksi	Muu

Tutkimusten laadunarvioinnin kriteerit Joanna Briggs Instituutin (JBI) laadunarvioinnin kriteerien mukaan A. kuvailevalle tutkimukselle/tapaussarjalle B. järjestelmälliselle katsaukselle ja C. laadulliselle tutkimukselle

A. Kuvaileva tutkimus/tapaussarja

Arviointikriteeri	K	E	?	n/a
1. Perustuiko tutkimus satunnaistettuun tai näennäisesti satunnaistettuun otantaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Olivatko otoksen hyväksymiskriteerit määritetty selkeästi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Oliko sekoittavat tekijät tunnistettu ja todettiin niiden käsittely?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Arvioitiinko tulokset käyttäen objektiivisia kriteerejä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Jos ryhmiä vertailtiin keskenään, oliko niiden kuvaus riittävä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Oliko seurantajakso riittävän pitkä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Olivatko tutkimuksen keskeyttäneiden tulokset kuvattu ja sisällytetty analyysiin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Oliko tulokset mitattu luotettavasti?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Käytettiinkö soveltuvia tilastollisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

B. Järjestelmällinen katsaus

Arviointikriteeri	K	E	?
1. Onko katsauksen kysymys selvästi ja yksiselitteisesti esitetty?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oliko hakustrategia asianmukainen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Olivatko käytetyt tiedon lähteet riittäviä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Olivatko sisäänottokriteerit asianmukaiset verrattuna tutkimuskysymykseen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Olivatko tutkimusten arviointikriteerit asianmukaiset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Toteuttiko tutkimusten kriittisen arvioinnin itsenäisesti vähintään kaksi arvioijaa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Käytettiinkö tietojen uuttamisvaiheessa menetelmiä virheiden minimoimiseksi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Käytettiinkö tutkimustulosten yhdistämisessä asianmukaisia menetelmiä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tukevatko tutkimusten tulokset tehtyjä suosituksia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ovatko linjaukset lisätutkimuksista asianmukaiset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Kommentteja (mukaan lukien syy hylkäykseen):

C. Laadullinen tutkimus

Arviointikriteeri	K	E	?	n/a
1. Onko kuvattu filosofinen näkökulma ja tutkimusmetodologia yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Onko tutkimusmetodologia ja tutkimuskysymys tai tavoitteet yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Onko tutkimusmetodologia ja aineiston keruumenetelmät yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Onko tutkimusmetodologia ja aineiston esittäminen ja analyysi yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Onko tutkimusmetodologia ja tulosten tulkinta yhtenevät?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Onko tutkijan kulttuurinen tai teoreettinen asemointi ilmaistu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Onko tutkijan vaikutus tutkimukseen ja päinvastoin kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ovatko osallistujat ja heidän äänensä asiaankuuluvasti kuvattu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Onko tutkimus toteutettu noudattaen nykyisiä eettisiä periaatteita ja onko tarvittava eettisen toimikunnan hyväksyntä hankittu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Perustuvatko tutkimuksen johtopäätökset analyysiin ja tulosten tulkintaan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kokonaisarviointi: Hyväksy Hylkää Lisätietoja tarvitaan

Liitetaulukko 1. Nuorten koettu terveys (asteikko 1-5) ja taustatiedot (f, %) N= 702.

Taustatieto	Hyvä	Melko Hyvä	Keskita-soinen	Melko huono	Huono	yht%
Sukupuoli						
nainen	163(23,3)	187(26,7)	113 (16,1)	27 (4)	3 (0,4)	70,5
mies	99 (14,1)	64 (9,1)	35 (5,0)	7 (1)	2 (0,3)	29,5
Ikäluokka						
15-20	116(16,5)	112 (16)	77 (11)	25 (3,6)	4 (0,6)	47,6
21-25	97 (13,8)	89 (12,7)	43 (6,1)	6 (0,9)	0 (0)	33,5
>26	49 (7,0)	51 (7,3)	28 (4,0)	4 (0,6)	1 (0,1)	18,9
Elämäntilanne						
opisto	56 (8,0)	54 (7,7)	63 (9,0)	13 (1,9)	4 (0,6)	27,1
lukio	65 (9,3)	56 (8,0)	25 (3,6)	14 (2,0)	0 (0)	22,8
amk	48 (8,3)	68 (9,7)	26 (3,7)	6 (0,9)	1 (0,1)	22,6
yliopisto	43 (6,1)	40 (5,7)	13 (1,9)	2 (0,3)	0 (0)	14
työssä	40 (5,7)	34 (4,8)	21 (3,0)	0 (0)	0 (0)	13,5
RBDI						
ei masennusta	253(36,0)	195(27,8)	67 (9,5)	4 (0,6)	0 (0)	73,9
lievä	7 (1,0)	36 (5,1)	30 (4,3)	4 (0,6)	1 (0,1)	11,1
keskivaikea	2 (0,3)	19 (2,7)	38 (5,4)	17 (2,4)	0 (0)	10,8
vaikea	0 (0)	2 (0,3)	13 (1,9)	10 (1,4)	4 (0,6)	4,1
RSES						
normaali itsetunto	7 (1,0)	33 (4,7)	47 (6,7)	25 (3,6)	4 (0,6)	16,5
vahva itsetunto	255(36,3)	219(31,2)	101 (14,4)	10 (1,4)	1 (0,1)	83,5

Liitetaulukko 2. Terveystyytyväisyyden (asteikko 1-10) jakautuminen (%) N=702

Terveystyytyväisyys	N	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Yht.
Sukupuoli													
Nainen	496	0,6	0,4	1,1	2,7	2,7	4,0	4,6	12,3	16,7	19,2	6,4	70,7
Mies	206	0,7	0	0,6	0,4	0,7	1,3	2,1	3,4	7,7	6,8	5,6	29,3
Ikäluokka													
15-20v	331	1,1	0,1	1,1	1,6	2,0	2,8	8,3	8,3	11,0	10,1	5,7	47,1
21-25v	237	0	0	0,3	1,1	1,3	1,7	4,1	4,1	9,0	9,8	4,4	33,7
>26v	135	0,1	0,3	0,3	0,6	0,1	0,7	3,3	3,3	4,4	6,1	1,8	19,2
Elämäntilanne													
Opisto	190	1,0	0,1	0,7	3,3	0,7	2,1	2,4	4,1	6,5	5,1	2,7	27,0
Lukio	159	0,1	0,1	0,3	0,6	1,4	1,3	1,7	3,8	4	6,1	3,1	22,6
Amk	159	0,1	0	0,1	0,4	0,9	1,0	0,9	3,8	7	5,8	2,6	22,6
Yliopisto	97	0	0,1	0,1	0,3	0,3	0,4	0,9	2,1	3,3	4,4	1,8	13,8
Työssä	98	0	0	0,4	0,6	0,1	0,4	0,9	1,7	3,6	4,6	1,7	13,9
RBDI pisteet													
ei masennusta	518	0	0	0,4	0,9	0,7	1,7	3,7	11,5	19,5	23,8	11,5	73,7
lievä masennus	80	0,1	0,1	0,3	0,1	0,7	1,1	1,6	2,8	2,4	1,6	0,4	11,4
keskivaikea mas.	75	0,1	0,1	0,3	1,7	1,6	1,6	1,3	1,0	2,3	0,7	0	10,4
vaikea masennus	30	1,0	0,1	0,7	0,6	0,4	0,9	0,1	0,3	0,1	0	0	4,3
RSES pisteet													
normaali itsetunto	116	1,0	0,3	1,0	1,8	1,8	2,3	1,8	2,0	2,6	1,6	0,3	16,5
vahva itsetunto	587	0,3	0,1	0,7	1,4	1,6	3,0	4,8	13,7	21,8	24,5	11,7	83,5

Liitetaulukko 3. Terveyden tärkeyden (asteikko 0-10) jakautuminen muuttujittain (%) N=702

Terveyden tärkeys	N	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Yht.
Sukupuoli													
Nainen	495	0,1	0,4	0,3	0,3	0,4	1,3	0,9	4,0	7,7	12,3	42,9	70,5
Mies	207	0,3	0,3	0,1	0,1	0,1	1,1	0,3	2,1	5,8	6	13,1	29,5
Ikäluokka													
15-20v	332	0,4	0,6	0,1	0,3	0,4	1,6	0,6	3,6	7,5	7,7	24,5	47,2
21-25v	237	0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,9	0,6	1,7	4,3	6,7	19,1	33,7
>26v	134	0	0	0,1	0	0	0	0	0,9	1,7	3,8	12,5	19,1
Elämäntilanne													
Opiston	190	0,3	0,6	0	0,4	0,3	1,1	0,6	2,0	5,3	4,1	12,5	27,2
Lukio	159	0,1	0	0,1	0	0,3	0,7	0,3	1,6	2,7	3,7	13,1	22,6
Amk	159	0	0,1	0,3	0	0	0,3	0,3	1,4	2,7	4,7	12,8	22,6
Yliopisto	97	0	0	0	0	0	0,1	0	0,4	1,4	3,0	8,8	13,8
Työssä	97	0	0	0	0	0	0,1	0	0,7	1,4	2,7	8,8	13,8
RBDI pisteet													
ei masennusta	519	0	0	0	0	0,1	1,1	0,6	3,7	9,8)	14,2	44,2	73,8
lievä masennus	80	0	0,1	0,1	0	0	0,3	0,3	1,1	1,3	2,1	6	11,4
keskivaikea mas.	74	0	0,3	0	0,3	0,4	0,4	0,3	1,0	1,4	1,7	4,7	10,5
vaikea masennus	30	0,4	0,3	0,3	0,1	0	0,6	0	0,3	1	0,1	1,1	4,3
RSES pisteet													
normaali itsetunto	116	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,9	0,4	1,3	2,8	2	7,3	16,5
vahva itsetunto	587	0	0,3	0,1	0	0,3	1,6	0,7	4,8	10,7	16,2	48,8	83,5

Liitetaulukko 4. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset

	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset	Tekijä(t), lähde ja maa
Adam EK, Chyu L, Hoyt LT, Doane LD, Boisjoly J, Duncan GJ, Chase-Lansdale PL, McDade TW. (2011) Yhdysvallat	Tutkittiin nuorena ihmissuhdehistoriassa tapahtuneiden haitallisten tapausten ja nuoren aikuisen terveyden välisiä yhteyksiä.	N=10000 18 -27 v.	pitkittäistutkimus	Huonon koetun terveyden ja masennusoireiden välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys. Huonoksi koettu terveys oli yhteydessä yksinäisyyteen, parisuhdevä-kivaltaan ja menetyksiin. Yksinäisyys ennusti masennusta mutta ei vaikutuksia yleiseen terveyteen.	5/9
Allen CD, McNeely CA, Orme JG. (2015) Yhdysvallat	Tutkittiin koetun terveyden ja 4 terveystekijän (BMI, krooniset sairaudet, toiminnallinen vajavaisuus, masennusoireet) välisiä suhteita nuorilla ja nuorilla aikuisilla eri rodut, etninen tausta ja maahanmuuttaja-tausta huomioiden.	N=1. 17934 N=2.13192 N=3.13666 N=4.14231 11 -34 v.	poikittais- ja pitkittäistutkimus	Terveystekijät selittävät koetun terveyden vaihtelusta yhtä paljon kaikilla roduilla ja etnisillä ryhmillä sekä eri maahanmuuttajasukupol-villa. Ryhmien välillä ei ollut eroa poikki-leikkaustutkimuksessa eikä pitkän aikavälin tarkastelussa. Koettu terveys soveltuu moninai-suustutkimuksiin (diversity) väestö-tason tutkimuksissa.	8/9
Bauldry S, Shanahan MJ, Boardman JD, Miech RA, Macmillan R.(2012)Yhdysvallat	Tutkittiin ja testattiin koetun terveyden elämäntapa- ja elämäntapain soveltuvuutta myöhäis-lapsuudesta varhaisaikuisuuteen	N=10375 13-32v.	pitkittäistutkimus	Tytöillä huonompi koettu terveys kuin pojilla, muilla roduilla huonompi koettu terveys kuin val-koihoisilla ja paremmin koulutettu-jen vanhempien ja kahden vanhemman perheessä lapsilla parempi ko-ettu terveys. Koetussa terveydessä lievää alentu-mista iän myötä. Varhaisiän vaikeudet, fyysinen kal-toinkohtelu, lihavuus, tupakointi, inaktiivisuus ja humalajuominen alentavat koettua terveyttä, koulutus nostaa koettua terveyttä.	8/9

Bauldry S. (2014) Yhdysvallat	Tutkittiin collegetutkinnon läpäisemisen vaikutuksia nuorten aikuisten koettuun terveyteen ja sen vaihteluihin, mallin testaus.	N=10170 24-34v.	poikittaistutkimus	Collegetutkinnon suorittaneet arvioivat koetun terveyden merkittävästi paremmaksi kuin muut. Korkeampi koulutuksesta on enemmän terveyteen liittyviä hyötyjä hyvistä taustoista tuleville nuorille kuin huonoista taustoista. Huonoista taustoista tulevat eivät huomaa collegetutkinnosta terveydelle koituvia hyötyjä tai ne ovat mitättömiä.	8/9
Cavallo F, Dalmaso P, Ottava-Jordan V, Mazur J, Välimaa R, deMatos IG, Raven-Sieberer U.(2015)	Tutkittiin nuorten koettua terveyttä ja verrattiin sitä maan, iän ja sukupuolten välillä niillä, jotka arvioineet vuosina 2003 -2006 ja 2010 koetun terveytensä erinomaiseksi.	N= yli 10000/ maa 11-15v.	trendianalyysi	Eurooppalaisilla nuorilla koetun terveyden trendi osoittaa kehitystä parempaan viime vuosikymmenen aikana. Valtaosassa maita terveys arvioitiin paremmaksi 2002 -2006 välisenä aikana kuin vuosikymmenen jälkipuoliskolla. Tytöt arvioivat terveytensä jatkuvasti huonommaksi kaikissa maissa Ikää myöten koettu terveys laskee.	8/9
Cui W, Zack MM, Wethington H.(2014)Yhdysvallat	Tutkittiin terveyteen liittyvän elämänlaadun erojen suuruutta BMI: n mukaan nuorisossa ja koko väestössä sukupuolittain.	N=6000 12-17v.	poikittaistutkimus	Normaalipainoisten ja lihaviin välillä huomattavia eroja koetussa terveydessä (huono koettu terveys 18% lihavat versus 5% normaalipainoiset). Kaikilla yhtä paljon sairauspäiviä, toimintarajoituksia. Pojilla parempi koettu terveys ja koettu mielenterveys (myös lihavilla pojilla).	7/9
de Grande H, Vandenheede H, Gadeyne S, Deboosere P.(2014) Belgia	Tutkittiin koetun terveyden ja kuolleisuuden esiintymisen alkuperämaan, maahanmuuttohistorian ja koulustaustan suhteen nuorilla ja nuorilla aikuisilla Brysselin pääkaupunkialueella.	N=283688 15-34v.	pitkittäistutkimus	Terveydessä oli merkittäviä eroja kansallisuuksien välillä ja II sukupolven maahanmuuttajilla huonompi kuin I-polven. Koulutuksella merkittävä rooli terveyden ja kuolleisuuden eroissa erityisesti nuorilla aikuisilla.	9/9

				Maahanmuuttajatausta on merkittävämpi kuolleisuuden kannalta kuin alkuperämaa.	
Elinder LS, Sundblom E, Rosendahl KI.(2010) Ruotsi	Tutkittiin vapaa-ajan fyysistä aktiivisuutta ja painoa 15-vuotiailla ja koettua terveyttä 3 vuotta myöhemmin.	N=2689 15v ja 18v	pitkittäistutkimus	Poikien laihuutta ennusti 2-4 viikkotunnin liikkuminen, tytöillä riski oli pienempi ja tuli merkitseväksi <2h/vko liikkumisella. Fyysinen aktiivisuus ei ennustanut lihavuutta/ylipainoa. Merkitsevä riski alhaiselle koetulle terveydelle oli pojilla jotka liikkuvat <4 h/vko. Fyysinen aktiivisuus pitää yllä terveellistä painoa ja on tärkeä koetulle terveydelle tulevaisuudessa pojilla.	5/9
Friberg P, Hagquist C, Osika W.(2012) Ruotsi	Tutkittiin koettua psykosomaattista terveyttä ruotsalaisilla nuorilla ja analysoitiin erilaisia näytteitä verkkosivujen kautta.	N=140000 10-24v	pitkittäistutkimus (5 vuoden seuranta)	Vanhemmilla teini-ikäisillä tytöillä enemmän psykosomaattisia oireita kuin pojilla. Vuotta 2007 ja 2010 verrattaessa molemmilla sukupuolilla hiukan parempi terveys aiemmassa mittauksessa. Tytöt olivat ylliedustettuina kyselyssä ja ilmoittivat useammin notkahduksen koetussa psykososiaalisessa terveydessä. Tytöt ilmoittivat huonompaa koettua terveyttä koko tutkimusjakson ajan Ongelmien huippu oli 16 -18 vuotiailla ja naisilla. Mitä vanhempi oli, sitä huonompi oli koettu terveys molemmilla sukupuolilla.	8/9
Galan I, Boix R, Medrano MJ, Ramos P, Rivera F, Pastor-Barioso P, Moreno C.(2013) Espanja	Tutkittiin kohtalaisesta-reippaaseen fyysisen aktiivisuuden ja koetun terveydentilan välistä yhteyttä nuorisoväestössä.	N=21811 11-18v.	poikittaistutkimus	Fyysisen aktiivisuuden lisääntyessä yhteys terveysindikaattoreihin oli suurempi.	8/9

				<p>Havaittiin lineaarinen trendi koetun terveyden ja oireiden välillä ja elämään tyytyväisyyden kanssa naisilla.</p> <p>Koetun terveyden ja terveystodennäköisyyden yhteys fyysiseen aktiivisuuteen oli suurempi miehillä ja kaikissa luokissa hyötyjä nähtiin jo vähäisestäkin fyysisestä aktiivisuudesta, etenkin miehillä.</p>	
Herman KM, Hopman WM, Sabiston CM (2015) Kanada	Tutkittiin kanadalaisten nuorten ruutuajan ja fyysisen aktiivisuuden yhteyksiä koettuun terveyteen ja koettuun mielenterveyteen.	N=7725 12-17v.	poikittaistutkimus	<p>Inaktiivisilla oli kaksinkertainen todennäköisyys alle optimin olevaan koettuun terveyteen ja inaktiivisilla tytöillä oli 30 % suurempi todennäköisyys alle optimin olevaan koettuun mielenterveyteen.</p> <p>Ne joilla ruutuajaa >2h/viikko oli 30 % suurempi todennäköisyys huonompaan terveyteen ja 30- 50 % mielenterveyteen.</p> <p>Vanhemmilla tytöillä oli suurempi todennäköisyys alle optimin olevaan koettuun terveyteen, myös koettu mielenterveys oli alhaisempi vanhemmilla tytöillä.</p>	7/9
Hutton K, Nyholm M, Nygren JM, Svedberg P (2014)Ruotsi	Tutkittiin ruotsalaisten nuorten sosioekonomisen taustan ja koetun mielenterveyden välisiä yhteyksiä.	N=948 11-13v ja 14-16v.	poikittaistutkimus	<p>Tytöt arvioivat mielenterveytensä merkittävästi huonommaksi kuin pojat sekä nuorempien että vanhempien ryhmässä. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei havaittu sukupuolten välillä perheiden varallisuus, vanhempien siviilisäätö tai maahanmuuttotilanne huomioiden.</p> <p>Tytöillä (11-13v) kohonnut riski alhaiseen mielenterveyteen jos perheen varakkuus oli keskitasoa ja pojilla (14-16v) jos perheen varakkuus oli alhainen.</p>	7/9

Jerden L, Burell G, Stenlund H, Weinehall L, Bergström E. (2011) Ruotsi	Tutkittiin koetun terveyden kehittymistä tytöillä ja pojilla nuoruuden aikana.	N=1046 12-13v.	pitkittäistutkimus /kohortti	Hyvää koettua terveyttä ilmoitti 7:llä ja 9: llä luokalla pienempi osa tytöistä kuin pojista. Yleisesti tytöillä matalampi terveyteen liittyvä voimaistuminen poikiin verrattuna joka säilyi 7 lk-> 9lk:lle Molemmilla sukupuolilla terveyteen liittyvä voimaistuminen liittyi hyvään/korkeaan koettuun terveyteen. Tytöjen korkea koettua terveyttä edelsivät positiiviset koulukokemukset ja pojilla hyvä koti-ilmapiiiri.	8/9
Kantomaa M.(2010) Suomi	Tutkittiin liikunnan yhteyksiä nuorten tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöihin, koettuun terveyteen ja koulumenestykseen.	N=9432 15-16v.	kohorttitutkimus	Vähäinen liikunta, tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöt sekä vanhempien alhainen sosioekonominen asema liittyi huonoon koettuun terveyteen.	9/9
Larsson M, Sundler AJ, Ekebergh M.(2012) Ruotsi	Tutkittiin ruotsalaisten nuorten tyttöjen koettua terveyttä ilmiönä.	N=15 13-19v.	fenomenologinen tutkimus	Nuoren tytön terveys on monimutkainen elämään sisään kudottu ilmiö. Terveys ilmenee merkityksellisissä yhteyksissä ja suhteessa toisiin sekä kyvyssä hallita elämää. Terveys muotoutuu jokapäiväisessä elämässä ja voidaan ymmärtää hyvin voimisenä joka aiheuttaa tekoja ja toimintaa.	5/9
Lindström M, Moden B, Rosvall M.(2014) Ruotsi	Tutkittiin ruotsalaisten nuorten eroja syntymämaan ja vanhempien syntymämaan ja huonon koetun terveyden välillä.	N=9791 15-16v.	poikittaistutkimus kysely	Euroopan ulkopuolella syntyneillä pojilla oli suurempi todennäköisyys huonoon koettuun terveyteen verrattuna Ruotsissa syntyneisiin poikiin tai poikiin joiden toinen vanhempi oli syntynyt Ruotsissa. Huonon koetun terveyden taustalla olevissa tekijöissä on sukupuoli-eroja.	8/9

Luopa P, Kivimäki H, Matikka A, Vilkki S, Jokela J, Laukkarinen E, Paananen R.(2014) Suomi	Kuvattiin nuorten hyvinvoinnissa tapahtuneita muutoksia 2000-2013 välisenä aikana	N= yli 100000 14-20v.	kysely	Nuoret kokivat terveyden paremmaksi kuin vuosituhaten alussa, pojilla parempi koettu terveys kuin tytöillä. Ammattiin opiskelevilla huonompi koettu terveys kuin lukiossa opiskelevilla.	8/9
Matikka A, Luopa P, Kivimäki H, Jokela J, Paananen R.(2014) Suomi	Kuvattiin kouluterveyskyselyn aineistossa maahanmuuttajataustaisten nuorten hyvinvointia	N= 96462 14-20v.	kysely	Ensimmäisen-polven maahanmuuttajatytöt kokivat terveytensä huomommaksi kuin muut nuoret. Toisen polven maahanmuuttaja tytöt ja monikulttuuristen perheiden tytöt kokivat terveytensä yhtä hyväksi. Ensimmäisen polven maahanmuuttajapojista 21% koki terveytensä keskitasoiseksi/huonoksi kun muilla pojilla 11-16%.Maahanmuuttajataustaisilla ja monikulttuuristen perheiden nuorilla yleisemmin useita päivittäisiä sairausoireita.	8/9
Mazur J, Dzielska A, Zawadzka D, Tabak I, Mal-kowska-Szkutnik A.(2016) Puola	Valittuja subjektiivisen terveyden näkökulmia nuorilla jotka asuivat sosiaaliapua/ei-sosiaaliapua saavissa perheissä.	N=1812 13-18v.	poikittaistutkimus	Nuoret, jotka asuivat sosiaaliapua saavissa, ilmoittivat paljon matalampaa tyytyväisyyttä terveyteen ja korkeampaa haittaa/epämukavuutta.	
McDade TW, Chyu L, Duncan GJ, Hoyt LT, Doane LD, Adam EK.(2011) Yhdysvallat	Tutkittiin ovanko tulevaisuuden odotukset kahden teki-jän osalta (elää 35 vuoden ikään + päästä collegeen)yh-teydessä terveyttä tukeviin terveystapoihin pitkällä aikavälillä.	N=10142 18-26v.	pitkittäistutkimus	Jos nuori ajatteli pääsevänsä collegeen, tai elävänsä 35 vuotiaaksi, hän todennäköisesti harrasti enemmän liikuntaa ja tupakoi vähemmän nuoren aikuisena. Vanhempien alempi koulutustaso oli yhteydessä nuoren alempiin odotuksiin molemmista (college+35v), naisilla suuremmat odotukset kuin miehillä. Oletetut mahdollisuudet (päästä collegeen, elää 35 vuotiaaksi) nousivat iän myötä, USA:ssa syntyneillä oli	8/9

				<p>suuremmat odotukset elää 35-vuotiaiksi.</p> <p>Ne, jotka ajattelivat elävänsä 35 v:ksi söivät harvemmin pikaruokaa ja tupakoivat vähemmän. Sosioekonominen ympäristö saattaa muovata yksilön terveystyötyymistä.</p>	
Naicker K, Galambos NL, Zeng Y, Senthilselvan A, Colman I.(2012) Kanada	Määriteltiin ja kuvattiin sosiaalisia ja demografisia terveystuloksia kanadalaisten nuorten masennuksesta (10 vuoden seurantajakson aikana).	N=1027 16-17v. ja 26-27v.	pitkittäistutkimus (10 vuoden seuranta)	<p>Nuoruuden masennuksella oli vaikutuksia kaikkiin muihin paitsi fyysiseen aktiivisuuteen.</p> <p>Vaikutuksia, jotka kestivät 10 vuoteen saakka oli masennuksen uusiutuminen, oireiden vakavuus, migreeni, huono koettu terveys, alhainen sosiaalisen tuen taso.</p> <p>Nuorten masennus ei vaikuttanut merkittävästi työllisyyteen, tulotason siviilisäätöön tai koulumenestykseen.</p>	9/9
Quon EC, McGrath JJ.(2014)	Tutkittiin perusteellisesti ja määrällisesti subjektiivisen sosioekonomisen statuksen ja terveystulosten välisiä yhteyksiä.	N=44 artikkelia	meta-analyysi	<p>Yleisesti subjektiivinen sosioekonominen status oli yhteydessä terveyden nuoruudessa.</p> <p>Yhteyden vahvuus vaihteli terveystuloksesta riippuen, suurimmat vaikutukset olivat mielenterveyteen, koettuun terveyteen ja yleisiin oireisiin. Käsitys taloudellisista paineista yhdistyi vahvimmin nuorten terveyteen.</p>	7/10
Rathmann K, Ottova V, Hurrelmann K, de Looze M, Levin K, Molcho M, Elgar F, Gabhainn SN, van Dijk J, Richter M. (2015)	Tutkittiin onko terveyden makrotason määrittäjät (kansantulo, terveystulot, tuloerot, sosiaaliturva) yhteydessä terveyteen ja sosioekonomiseen terveyden epätasa-arvoon nuorilla 27 hyvinvointivaltiossa.	N=134632 11-15v	vertaileva poikittais tutkimus	<p>Nuorilla niissä maissa, jossa on korkeammat tuloerot ja liberaalimpi sosiaaliturva, oli enemmän terveysoireita ja vahvempi yhteys sosioekonomisen statuksen ja makrotason määrittäjien välillä.</p> <p>Kansantulo ja terveystulot eivät olleet yhteydessä oireisiin.</p>	8/9

Richter M, Moor I, van Lenthe FJ.(2012) Saksa	Tutkittiin materiaalien, psykososiaalisten ja käyttäytymistekijöiden vaikutusta nuorten koetun terveyden selittämisessä.	N=7274 11-15v.	kysely	Verrattaessa nuoria hyvin varakkaista ja vähävaraisista taustoista, todennäköisyys keskinkertaiseen/huonoon koettuun terveyteen nousi 1,5 kertaiseksi vähävaraisilla pojilla ja kaksinkertaiseksi vähävaraisilla tytöillä. Materiaaliset tekijät vaikuttivat eniten eroihin koetussa terveydessä.	8/9
Ridder KAA, Pape K, Johnsen R, Holmen TL, Westin S, Björngaard JH.(2013) Norja	Estimoitiin nuorten koulun keskenjättämisen riskiä, jotka johtuivat kroonisesta somaattisesta sairaudesta, somaattisista oireista, psykologisesta stressistä, keskittymisvaikeuksista, unetomuudesta tai ylipainosta ja arvioitiin perheen vaikutusta terveyden ja koulun keskeyttämisen yhteyteen	N=8950 13-21v.	prospektiivinen tutkimus	Kaikki tutkitut terveyden ulottuvuudet yhdistyivät vahvasti koulun keskeyttämiseen. Kun vanhempien sosioekonominen asema otettiin huomioon, riski koulun keskeyttämiseen vaihteli 3,6 %-11,7%:iin. Nuoren terveysongelmat ovat markkereita koulun keskeyttämiseen vanhempien SES: ta riippumatta.	8/9
Roustit C, Campoy E, Banhy E, King G, Parizot I, Chauvin P.(2011) Ranska	Tutkittiin yhteyttä perheen itseilmoitetun sosiaalisen ympäristön ja koetun terveyden välisiä yhteyksiä nuorilla aikuisilla, sekä arvioitiin perheen toimimisen merkitystä selittämässä yhteyttä perheen hajoamisen ja koetun terveyden välillä.	N=1006 18-37v.	pitkittäistutkimus kysely	Tulokset tukevat lapsuuden perheen negatiivisen sosiaalisen ympäristön ja nuoren aikuisen koetun terveyden välillä olevaa yhteyttä.	7/9
Saab H, Klinger D.(2010) Kanada	Arvioitiin oppilastason ja koulutason tekijöiden ja oppilaiden terveys- ja hyvinvointitulosten välistä suhdetta ja estimoitiin vaihtelua jokaisen oppilas ja koulutustason välillä kolmessa valitussa terveyteen liittyvässä tuloksessa.	N=9670 11-15v.	kysely	Sekä yksilö- että koulutekijät olivat yhteydessä opiskelijan terveyteen. Sukupuoli, perheen varallisuus ja perherakenne, akateemiset saavutukset ja naapurusto olivat merkittäviä oppilastason ennustajia. Ongelmaikäyttö oli merkittävä koetun terveyden ja terveysoireiden ennustaja. Koettu terveys liittyi parempaan kokemukseen ympäristöstä, perheen	8/9

				varallisuudesta, akateemisista saavutuksista ja siihen että asui molempien vanhempien kanssa.	
Vie TL, Hufthammer KO, Holmen TL, Meland E, Breidablik HJ.(2014) Norja	Kartoitettiin koetun terveyden stabiiliutta nuoruudesta varhaisaikuisuuteen ja tutkittiin koetun terveyden ja biologisen dysregulaation välistä yhteyttä.	N=9141 ka 15,9v	prospektiivinen tutkimus	Koettu terveys säilyi muuttumattomana suurella osalla vastaajista, vain 3% muutti vastausta. Nuoruuden koettu terveys ennusti allostaa-tista kuormaa nuorilla aikuisilla. Koetun terveyden pysyvyys nuoruudesta varhaisaikuisuuteen ja sen yhteys allostaa-tiseen kuormaan ajan kuluessa tuo esiin että koetun terveyden edistämiseksi tehdyt toimet aikaisin elämässä voivat olla ehkäisemässä kuolleisuutta aikuisväestössä.	8/9
Wiklund M. Malmgren-Olsson E-B, Öhman A, Bergström E, Fjellman-Wikström A. (2012) Ruotsi	Tutkittiin ruotsalaisten vanhempien nuorten stressiä, mielenterveyttä ja oireita.	N= 16-18v.	poikittaistutkimus kysely	Suuri osa pojista ja tytöistä ilmoitti terveysvaivoja ja stressiä. Tytöistä kaksin-kolmikertainen määrä poikiin verrattuna ilmoitti oireita(päänsärky, väsymys...). Koulun asettamia paineita koki 63% tytöistä ja 38% pojista. Koettu stressi korreloi vahvasti ilmoitettujen oireiden kanssa. Mielenterveyden ongelmat ja oireet ovat läsnä nuoruudessa. Vaikka olisi paljon oireita, pääosa nuorista arvioi terveytensä hyväksi.	8/9
Woodgate RL & Leach J. (2010) Kanada	Tutkittiin kanadalaisten nuorten käsityksiä terveydestä heidän elämäntilanteessaan.	N=71 12-19v.	etnografia	Vaikka nuorilla on laaja käsitys terveydestä, joka sisältää useanlaista terveyttä fyysisen terveyden lisäksi, elintapatekijät kuten terveellinen ravinto ja liikunta dominoivat nuorten puhetta terveydestä. Tulokset osoittavat että tutkijoiden ja terveystiikan asiantuntijoiden käsitys terveydestä ei ole yhteneväinen nuorten käsityksen kanssa.	9/10