

KUNTATYYPIN MUKAISET EROT NUORTEN HYVINVOINNISSA JA TERVEYDESSÄ

JOHDANTO

Viime aikoina on useissa tutkimuksissa saatu viitteitä alueellisen erilaistumisen kasvusta maassamme (Kainulainen & al. 2001; Viljanen 2001). Stakesin Kahtiajakautuva Suomi? -tutkimuksessa (Kainulainen & al. 2001) kunnat jakautuivat kuntalaisten hyvinvoinnin suhteen kolmeen pääryhmään, joiden väliset erot olivat kasvussa. Kaupunkikuntiin kasautui materiaalista hyvinvointia keskimääräistä enemmän, mutta niissä esiintyi myös psykososiaalisia ongelmia enemmän kuin muualla. Harvaan asutulle maaseudulle tyypillistä oli puolestaan huono elintaso ja psykososiaalisten ongelmien yleisyys. Kolmannen ryhmän muodostivat kaupungin läheisen maaseudun kunnat, joita luonnehtivat kohtuullinen elintaso ja vähäiset psykososiaaliset ongelmat.

Hyvinvoinnin paikallista vaihtelua on tutkittu lähinnä kokonaisten alueiden tai ryhmien tasolla. Esimerkiksi Kahtiajakautuva Suomi? -tutkimuksessa (Kainulainen & al. 2001) aineistona olivat kuntatason rekisteritiedot. Kuntatasoisista tuloksista ei kuitenkaan voi suoraan johtaa päätelmiä kuntalaisten hyvinvoinnista. Esimerkiksi bruttokansantuote mittaa huonosti eri maiden välisiä hyvinvointieroja, sillä korkea BKT voi kuvastaa ohuen kansanosan vaurautta samaan aikaan, kun suurin osa maan väestöstä saattaa elää köyhyydessä. Samoja ongelmia voi liittyä myös kuntatasoon. Kuntatason hyvinvointi-indikaattorit saattavat kuvastaa pienen, mutta valtakunnallisissa tilastoissa hyvin näkyvän ihmisjoukon ongelmia. Näiden niin sanottujen ekologisten yhteyksien erittelemiseksi pidemmälle kuntatiedot on yhdistettävä samojen kuntien väestöä edustavaan yksilöaineistoon.

Nuoruus on monella tavalla erityinen elämäntapa, joten nuorten ikäluokkien tarkasteleminen erikseen aikuis- ja ikääntyvästä väestöstä on perusteltua. Yhtäältä lapsuudessa ja nuoruudessa luodaan myöhempien elämäntapavaiheiden hyvin-

voinnin pohja (ks. Rahkonen & Lahelma 1998), toisaalta etenkin kouluiässä hyvinvoinnin yksilöllisiä eroja tasoittaa yhtenäisen peruskoulun läpikäyminen (ks. West 1997). Esimerkiksi Stakesin tutkimuksen (Kainulainen & al. 2001) kuntatason hyvinvointi-indikaattorit eivät kuvaa suoraan nuorille tunnusomaisia elinoloja eivätkä myöskään heidän hyvinvointiaan.

Myös lasten ja nuorten hyvinvointiongelmien alueellisten erojen on väitetty kasvavan, minkä arvellaan johtuvan siitä, että lapsiperheiden arki on entistä vaikeampi. Kun kovemmat elinolot keskittyvät alueellisesti, tämän olettaisi näkyvän myös lasten ja nuorten hyvinvoinnin eroina (ks. Bardy & al. 2001; Järventie & Sauli 2001). Kouluterveyskyselyssä on todettu alueellisia eroja nuorten elinoloissa, terveydessä ja terveyskäyttäytymisessä (<http://www.stakes.fi/hyvinvointi/ted/kuntaerot/muutokset/index.html>).

Valtaosa lasten ja nuorten hyvinvointia käsittelevistä aiemmista tutkimuksista koskee joko alueellista vaihtelua laajemmin (esim. Åkerblom & al. 1985; Räsänen & al. 1991; Rimpelä & al. 1995) tai rajautuu yksittäisiin kuntiin tai alueisiin (esim. Karvonen & Rimpelä 1997; Karisto & Montén 1997). Pääosin näissä tutkimuksissa on ollut kyse alueellisten erojen kuvailusta. Asuinpaikan kaupungistuneisuuden yhteyttä psykososiaaliseen hyvinvointiin on niin ikään tutkittu (esim. A. Rimpelä & al. 1990; M. Rimpelä & al. 1990; Karvonen 1988). Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan nuorten koettu terveys, jota mitattiin muun muassa käsityksellä omasta terveydentilasta, väsymyksellä, aamupirteydellä ja oireisuudella, ei ollut 1980-luvulla yhteydessä asuinalueeseen eikä nuoren asuinpaikan kaupungistumisasteeseen (M. Rimpelä & al. 1990). Tupakointi ja alkoholin käyttö yleistyivät sen sijaan asuinpaikan kaupungistuneisuuden myötä (A. Rimpelä & al. 1990), mutta liikunnan harrastus ei näytä olevan yhteydessä kaupungistuneisuuteen (Hämäläinen & al. 2002). Huumeiden käy-

tössä puolestaan on suuria kaupunkien välisiä eroja, mutta ne eivät ilmeisesti ole yhteydessä kunnan kaupunkimaisuuteen (Luopa & al. 2000). Kaupungistumisasteen ja siten myös kuntatyyppin mukaista vaihtelua siis todennäköisesti on jonkin verran, mutta sekä erojen suunta että voimakkuus riippunevat hyvinvoinnin osa-alueesta.

Nuorten hyvinvoinnin alueellisten erojen tutkimiseksi tarvitaan asetelmaa, jossa voidaan yhdistää kuntatason ja yksilötason aineistoja ja jossa samanaikaisesti tutkitaan useita erilaisia hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Tällaisia tutkimuksia nuorten hyvinvoinnin eroista ei Suomessa ole aikaisemmin tehty. Myös kansainvälisiä tutkimusta on verraten vähän, mikä johtuu tutkimusasetelman erityisluonteesta. Isossa-Britanniassa hyvinvoinnin alueellista erilaistumista on tutkittu paljon, mutta sikäläisen aluerakenteen erityisyydestä johtuen tulokset soveltuvat huonosti Suomeen. Lisäksi valtaosa kansainvälisistä hyvinvointitutkimuksista koskee aikuisväestöä. Nuoria kattavat tutkimukset puolestaan rajoittuvat usein vain johonkin kapeaan hyvinvoinnin osa-alueeseen, kuten tupakointiin (esim. Frohlich & al. 2002), terveyskäyttäytymiseen (Ecob & Macintyre 2000) tai teiniraskauksiin (McLeod 2001).

Tässä tutkimuksessa kunnat ryhmitellään Kah-tiajakautuva Suomi? -tutkimuksen (Kainulainen & al. 2001) luokituksen mukaan maaseutumaisuus-kaupunkimaisuus-asteikolla. Kouluterveyskyselyn aineistosta saadaan useita yksilötason indikaattoreita hyvinvoinnin eri osa-alueilla. Tässä asetelmassa tutkitaan, onko nuorten hyvinvoinnissa samanlaisia eroja kuin aikuisilla kuntatyyppin mukaan ja ovatko mahdolliset erot samanlaisia kuin kuntatason hyvinvointitutkimuksessa (Kainulainen & al. 2001) todettiin. Toisin sanoen tarkoitus on tutkia, näkyykö hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen yläasteikäisten nuorten elinoloissa, terveydessä tai elämäntavoissa. Tutkimus on osa Kuntaerotutkimusta, jossa analysoidaan nuorten hyvinvoinnin paikallisia eroja ja niiden muutosta sekä niitä selittäviä kunta- ja yksilötekijöitä (<http://www.stakes.fi/hyvinvointi/ ted/kuntaerot/index.html>).

AINEISTO

Tutkimuksen aineistona ovat Kouluterveyskyselyyn vuosina 1999–2000 osallistuneet 321 kuntaa, joista oli yli 70 vastaajaa. Tarkemmat tiedot

kyselystä ja sen toteuttamisesta ovat osoitteessa www.stakes.fi/kouluterveys. Aineistosta poistettuihin alle 70 vastaajan kunnat (n = 39) olivat pääosin pieniä maalaiskuntia. Niiden vastaajat (n = 2 104) eivät eronneet hyvinvointikysymysten suhteen tutkimusaineistosta. Poikkeus oli perheen koulutustaso, joka oli poistetuissa aineistossa matalampi kuin tutkimusaineistossa.

Kuntien osallistuminen Kouluterveyskyselyyn perustui niiden omaan ilmoitukseen kiinnostuksesta. Alle 70 vastaajan kuntien poistamisen jälkeen tutkimusaineistossa oli 86 prosenttia niistä kunnista, joissa oli peruskoulun yläaste. Yli 20 000 asukkaan kunnista tutkimukseen eivät osallistuneet Järvenpää, Kirkkonummi, Nurmi-järvi, Tuusula, Turku, Kouvola ja Kuusankoski.

Luokkakysely oli kunnissa tarkoitettu kaikkien yläasteiden kahden ylimmän luokan kaikille oppilaille. Vastaajat (n = 95 201) olivat 14,3–16,2-vuotiaita (ks. tarkemmin Rimpelä & al. 1995; Luopa & al. 2000). Kyseessä oli siis kunnassa ja koulussa kyseisen ikäluokan totaalitytötutkimus. Poissaolojen ja muiden syiden vuoksi vastausprosentit kouluissa olivat tavallisimmin 85–90 prosenttia. Kun koko maassa näissä ikäluokissa oli noin 60 000 nuorta, tämän tutkimuksen yksilöaineisto kattoi noin 80 prosenttia kyseisistä kahdesta ikäluokasta.

Kouluterveyskyselyn aineistoon lisättiin Kah-tiajakautuva Suomi? -tutkimuksen mukainen kuntatyyppimuuttuja, jonka avulla voitiin tarkastella hyvinvoinnin yhteyttä nuoren asuinkunnan tyyppiin (ks. Kainulainen & al. 2001).

MUUTTUJAT JA MENETELMÄT

Nuorten hyvinvoinnin osa-alueista tutkittiin elinoloja, sosiaalisia suhteita, terveyskäyttäytymistä ja terveydentilaa. Erik Allardtin (1980) jaottelua seuraten terveys- ja elinolomittarit kuvaavat lähinnä elintasoja, kun sosiaaliset suhteet asetuvat yhteisyyssuhteiden ulottuvuudelle. Terveyskäyttäytymistä tarkastellaan tässä lähinnä sosiaalisten ongelmien näkökulmasta, joskin myös muunlainen tyyppittely on mahdollinen (ks. esim. Karvonen & al. 2000).

Hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia kuvattiin seuraavien kahdenkymmenen tunnusluvun avulla: *Elinoloja* tutkittiin perheen koulutustasolla, perherakenteella, perheen taloudellisella tilanteella (nuoren oma arvio) ja työttömyydellä sekä nuo-

Taulukko 1. Hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia kuvaavien muuttujien (vastanneiden lukumäärä) luokat, keskiarvot ja keskiarvoikkeamat

Ulottuvuus	Mittari (n)	Luokat	Keskiarvo (-poikkeama)
Elinolot	Isän tai muun huoltajan koulutusaste (88 866) (-> peruskoulu)	1-4	2,73 (1,00)
	Vanhempien työttömyys (94 720) (-> molemmat vanhemmista työttöminä)	1-3	1,37 (0,57)
	Perheen taloudellinen tilanne (94 895) (-> paljon talousvaikeuksia)	1-4	2,09 (0,73)
	Perherakenne (94 655) (-> uusperhe/yksinhuoltaja)	1-2	1,23 (0,42)
	Viikoittaiset käyttövarat (93 590) (-> alle 7 mk)	1-8	4,22 (1,80)
Sosiaaliset suhteet	Läheisten ystävien määrä (94 920) (-> ei ystäviä)	1-4	2,13 (1,05)
	Vanhempien tietämys viikonlopun vietosta (94 695) (-> useimmiten eivät tiedä)	1-3	1,45 (0,59)
	Perheateriat (95 757) (ei syödä aterialla)	1-3	1,79 (0,72)
	Koulukiisaaminen (96 629) (-> kiusattu useita kertoja viikossa)	1-4	1,43 (0,70)
	Yhteistyö koulussa, summaindeksi (96 157) (-> paljon ongelmia)	3-12	4,88 (1,55)
Terveyskäyttäytyminen	Tupakointi (95 646) (-> tupakoi päivittäin)	1-5	2,52 (1,62)
	Alkoholin käytön useus (96 390) (-> juo viikoittain)	1-5	2,81 (1,42)
	Tosi humalakertojen määrä (96 640) (-> yli 10 kertaa)	1-5	2,57 (1,55)
	Huumaavien aineiden kokeilu (96 240) (-> yli 4 kertaa)	0-3	0,40 (0,87)
	Hasiksen kokeilu (95 880) (-> yli 4 kertaa)	1-4	1,17 (0,59)
	Vapaa-ajan liikunta (96 119) (-> ei lainkaan)	1-7	3,38 (1,51)
	Särkylääkkeiden käyttö (96 816) (-> käyttää)	1-2	1,53 (0,50)
Terveystila	Koettu terveys (95 672) (-> melko tai erittäin huono)	1-4	1,96 (0,73)
	Lääkärin toteama pitkäaikaissairaus (96 485) (-> kyllä)	1-2	1,10 (0,30)
	Lääkärin toteama astma (96 543) (-> kyllä)	1-2	1,06 (0,24)
	Lääkärin toteama allerginen nuha (96 620) (-> kyllä)	1-2	1,20 (0,40)
	Päivittäiset psykosomaattiset oireet (97 431) (-> 4 tai useampia oireita)	0-3	0,51 (0,85)
	Viikoittaiset psykosomaattiset oireet (97 431) (-> 4 tai useampia oireita)	0-4	1,77 (1,56)
	Beckin masentuneisuusskaala (97 026) (-> vaikea masennus)	0-36	3,17 (4,58)

ren käyttövaroilla. *Sosiaalisia suhteita* kartoitettiin kysymyksillä, jotka koskivat ystävyysuhteita, suhteita vanhempiin ja koulukiisaamista. Koululoista mitattiin erikseen sosiaalisia suhteita opettajiin ja koulukavereihin. *Terveyskäyttäytymisestä* tutkittiin tupakointia, alkoholin, huumaavien aineiden käyttöä sekä varsinaisten huumeiden osalta hasiksen tai marihuanan käyttöä. Lisäksi tutkittiin vapaa-ajan liikunnan harrastusta ja särkylääkkeiden käyttöä. *Terveyttä* kuvaavat mittarit olivat koettu terveys, lääkärin toteama haittaava pitkäaikaissairaus, astma, allerginen nuha, koetut oireet ja Beckin skaalalla mitattu masentuneisuus. Muuttujien määritelmät ja jakaumat ilmenevät taulukosta 1, ja ne on kuvattu tarkemmin liitteessä 1.

Kuntatyyppimuuttuja oli viisiluokkainen ja perustui edellä mainittuun tutkimukseen. Sen perusteella erotettiin kaupunkikeskukset (35 kuntaa, 45 431 vastaajaa), kaupunkimaiset kunnat

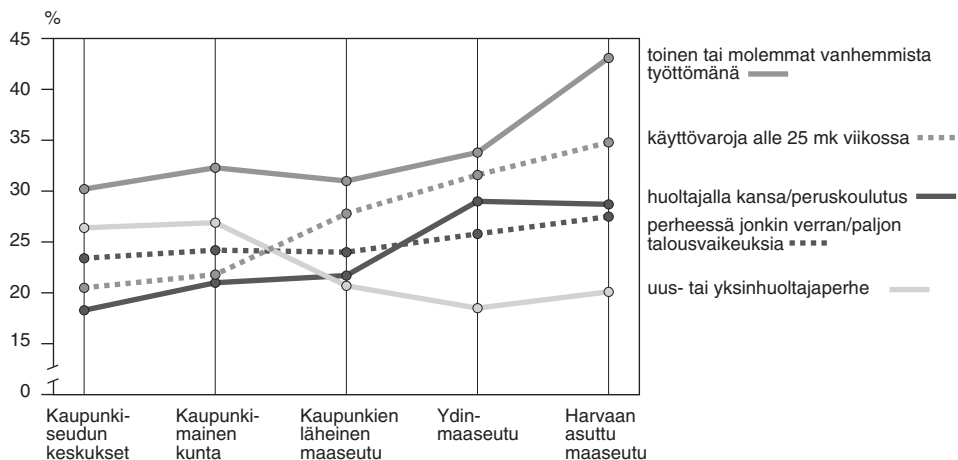
(9 kuntaa, 3 354 vastaajaa), kaupunkien läheinen maaseutu (94 kuntaa, 20 960 vastaajaa), maaseudun ydinalueet (111 kuntaa, 17 935 vastaajaa) ja harvaan asuttu maaseutu (73 kuntaa, 9 751 vastaajaa).

Hyvinvoinnin ja kuntatyyppin pareittaista yhteyttä tutkittiin sukupuoliryhmittäisten ristiintaulukoiden avulla. Lisäksi tutkittiin logistisen regressioanalyysin avulla, selittääkö kuntatyyppi nuorten hyvinvointia sen jälkeen, kun sosiaalisen taustan (eli siis elinolojen) erot eri kuntatyypeissä asuvien nuorten välillä on vakioitu.

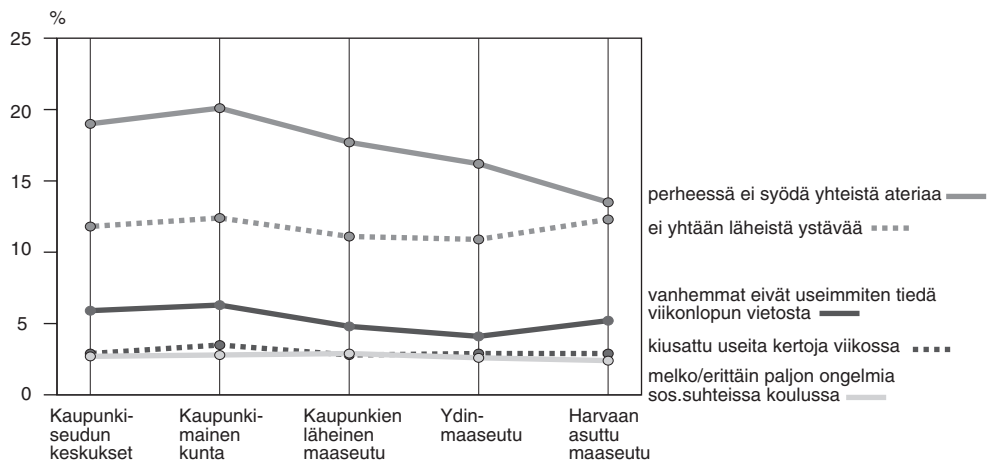
KUNTATYYPIN YHTEYS NUOREN HYVINVOINTIIN

Aineiston suuruudesta johtuen yhteyksien tilastollinen testaus ei ollut mielekäästä, sillä vähäisetkin erot tulivat tilastollisesti erittäin merkitseviksi. Koska yhteyksissä ei ollut eroja sukupuolten

Kuvio 1. Elinolot kuntatyyppin mukaan



Kuvio 2. Sosiaaliset suhteet kuntatyyppin mukaan



välillä, oheisissa kuvioissa (kuviot 1–4) havainnollistetaan hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien yhteyksiä kuntatyyppiin tytöt ja pojat yhdistettynä.

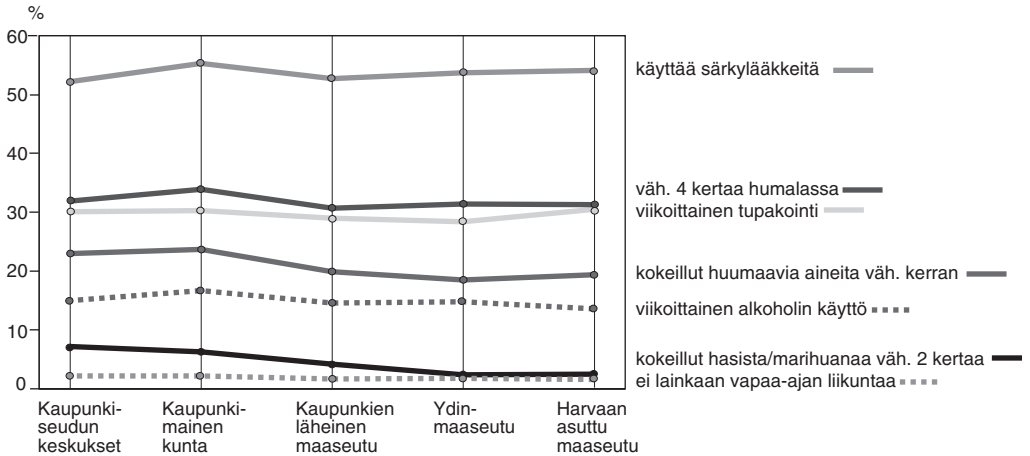
Nuorten elinolot vaihtelivat voimakkaasti kuntatyyppin mukaan (kuvio 1). Viikoittaiset käyttövoroat vähenivät maaseutumaisiin kuntatyyppihin siirryttäessä. Myös perheen talousvaikeudet ja etenkin työttömyyskokemukset olivat keskimääräistä yleisempiä harvaan asutulla maaseudulla asuvilla nuorilla. Kun 43 prosenttia syrjäseudun lapsista ilmoitti, että molemmat tai toinen vanhemmista oli edeltävän vuoden aikana ollut työttömänä tai pakkolomalla, kaupunkikeskuksissa vastaava osuus oli 30 prosenttia.

Myös perherakenne vaihteli kuntatyypeittäin

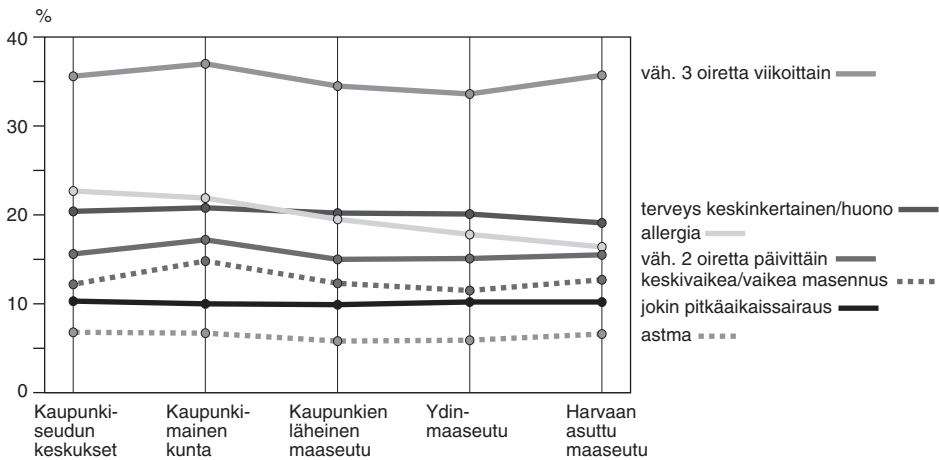
(kuvio 1). Kaupunkikunnissa reilu neljäsosa nuorista oli uus- ja yksinhuoltajaperheistä, kun maaseutumaisissa kunnissa vastaava perhemuoto oli noin joka viidennellä nuorella. Huoltajan koulutusaste väheni kunnan maaseutumaisuuden kasvaessa ja asukastiheyden vähentyessä. Vajaa viidennes kaupunkikeskuksissa asuvista nuorista tuli perheestä, jossa isällä tai muulla huoltajalla oli vain peruskoulutus. Peruskoulutettujen osuus oli suurin (29 %) harvaan asutulla ja ydinmaaseudulla.

Sosiaalisiin suhteisiin ja kouluoloihin liittyvät kuntatyyppin mukaiset erot olivat vähäisiä (kuvio 2). Poikkeus oli perheen yhteinen ateriointi, joka oli sitä harvinaisempaa, mitä kaupunkimaisemmassa kuntatyyppissä nuori perheineen asui. Kau-

Kuvio 3. Terveyskäyttäytyminen kuntatyyppin mukaan



Kuvio 4. Terveys kuntatyyppin mukaan



punkimaisissa kunnissa 20 prosentissa perheistä ei syöty yhteistä ilta-ateriaa ja harvaan asutulla maaseudulla vastaava osuus oli 14 prosenttia.

Terveyskäyttäytymismuutujista vain huumaavien aineiden ja hasiksen tai marihuunan kokeilu vaihtelivat kuntatyyppin mukaan (kuvio 3). Huumaavien aineiden kokeilu oli hieman yleisempää kaupunkikeskuksissa (23 % vastanneista) ja kaupunkimaisissa kunnissa (24 %) kuin muissa kuntatyypeissä (kuvio 3). Ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla kokeilijoita oli 19 prosenttia vastanneista. Huumaaviksi aineiksi luokiteltiin myös imppaaminen sekä pillereiden ja alkoholin sekakäyttö, mikä osittain tasoittaa kuntatyyppien välistä vaihtelua. Näiden aineiden käyttö on tyy-

pillistä maaseutukuntien nuorille. Kun tarkasteltiin erikseen hasiksen tai marihuunan kokeiluja, ero oli suurempi: kaupunkiseudun keskuksissa hasista tai marihuanaa useita kertoja kokeilleiden osuus oli yli kaksinkertainen (7 %) haja-asutusalueisiin verrattuna (3 %). Tupakoinnin, alkoholin käytön ja humalakertojen kuntatyyppin mukaista vaihtelua oli vähän. Myöskään vapaa-ajan liikunnan harrastus tai särkylääkkeiden käyttö eivät vaihdelleet kuntatyyppin mukaan.

Terveys ei juuri vaihdellut kuntatyyppin mukaan (kuvio 4). Terveytensä huonoksi tai keskinkertaiseksi kokevien osuus, useita oireita päivittäin tai viikoittain kokevien osuus, keskivaikeaa tai vaikeaa masennusta potevien osuus sekä lääkärin to-

teamaa haittaavaa pitkäaikaissairautta ja astmaa sairastavien osuus olivat käytännössä yhtä yleisiä kaikista kuntatyypeistä tulevilla nuorilla.

Lääkärin toteamaa allergiaa sairastavien osuus vaihteli johdonmukaisesti kuntatyypeittäin siten, että erilaiset allergiat olivat yleisimpiä kaupunkikeskuksissa (23 %) ja vähenivät kunnan maaseutumaisuuden myötä ja olivat harvinaisimpia harvaan asutulla maaseudulla (16 %).

KUNTATYYPPI HYVINVOINNIN SELITTÄJÄNÄ

Vaikka kuntatyyppin suora, siis pareittainen yhteys nuorten sosiaalisiin suhteisiin, terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen olisi vähäinen, asuinkunnan tyyppi saattaa silti selittää nuoren sosiaalisia suhteita, terveyttä tai terveyskäyttäytymistä, kun eri kuntatyypeissä asuvien nuorten perhetaustan erot on otettu huomioon. Asuinkunnan tyyppin vähäinen yhteys sosiaalisiin suhteisiin, terveyteen tai terveyskäyttäytymiseen voi johtua nuorten elinolojen voimakkaasta yhteydestä asuinkunnan tyyppiin, jolloin todellinen yhteys peittyi näiden väliin tulevien tekijöiden alle. Tämän selvittämiseksi nuorten hyvinvoinnin yhteyttä kuntatyyppiin tutkittiin logistisen regressiomallin avulla vakioimalla ensin sukupuoli ja luokka-aste, minkä jälkeen malliin lisättiin askeltavasti taustatekijät (perherakenne, nuoren arvio perheen taloustilanteesta ja perheen koulutus) ja viimeisenä malliin pakotettiin asuinkunnan tyyppi.

Asuinkunnan tyyppi oli heikossa, mutta tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä useimpiin nuorten sosiaalisia suhteita, terveyttä ja terveys-tottumuksia kuvaaviin muuttujiin (taulukko 2). Voimakkain yhteys kuntatyyppiin oli perheen yhteisessä aterioinnissa, allergisessa nuhassa, huumaavien aineiden kokeilussa sekä etenkin hasiksen tai marihuanan kokeilussa. Kun elinolojen erot oli otettu huomioon, perheen yhteisen aterian puuttuminen oli harvinaisempaa harvaan asutulla maaseudulla kuin vertailuryhmän olleissa kaupunkikeskuksissa. Myös allerginen nuha oli vähäisintä harvaan asutulla maaseudulla asuvien nuorten keskuudessa ja yleistyi asuinkunnan kaupungistuessa. Huumaavien aineiden kokeilu oli yleistä kaupunkikeskuksissa ja kaupunkimaisissa kunnissa asuvilla ja vähäistä maaseutukuntatyypeissä asuvilla. Hasiksen tai marihuanan kokeilu oli samalla tavoin yhteydessä kuntatyyppiin kuin huumaavien aineiden kokeilu, mutta yhteys

oli selvästi voimakkaampi: harvaan asutulla ja ydinmaaseudulla asuvien nuorten riski kokeilla näitä aineita oli vain noin kolmasosa kaupunkikeskusten ja kaupunkimaisten kuntien nuorten vastaavasta riskistä.

Sosiaalisia suhteita kuvaavista muuttujista koulukiusaaminen ja kouluyhteistyö sekä terveysmuuttujista lääkärin toteama haittaava pitkäaikaissairaus ja päivittäisireilu eivät olleet tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä nuoren asuinkunnan tyyppiin.

Aineiston suuren koon vuoksi malleissa vähäisetkin erot tulivat tilastollisesti merkitseviksi. Kun sisällöllisen merkittävyyden rajana käytetään (tilastollisen merkitsevyyden ohessa) vähintään 10 prosentin eroa vertailuryhmästä (OR pienempi kuin 0.90 tai suurempi kuin 1.11), voidaan nuorten sosiaalisia suhteita, terveyttä ja terveyskäyttäytymistä ryhmitellä kuntatason erilaistumiskehityksen mukaan seuraavasti:

Kaupunkimaisissa kunnissa asuvien nuorten vanhemmat tiesivät harvemmin lastensa viikonlopun vietosta kuin maaseutunuorten vanhemmat. Kaupunkinuorilla oli lisäksi allergista nuhaa useammin ja he kokeilivat huumaavia aineita sekä hasista tai marihuanaa yleisemmin kuin maaseutunuoret (taulukko 2). Myös astman poteminen oli kaupunkimaisissa kunnissa asuvilla nuorilla yleisempää kuin lähimaaseudun ja maaseudun ydinalueiden nuorilla.

Kaupunkimaiset kunnat eivät kuitenkaan ryhmittyneet keskenään täysin samalla tavoin sen enempää terveyskäyttäytymisen kuin terveydenkään suhteen. Viikoittainen alkoholin käyttö ja masentuneisuus olivat nimittäin tyypillisempiä kaupunkimaisissa kunnissa asuville nuorille kuin kaupunkikeskusten nuorille.

Kaupunkien lähellä ja maaseudun ydinalueilla asuville nuorille oli tyypillisempää astman harvinaisuus kuin muissa kuntatyypeissä asuville nuorille (taulukko 2). Muiden maaseutunuorien tapaan huumaavien aineiden ja marihuanan tai hasiksen kokeilu oli vähäisempää ja allergiset nuhat harvinaisempia kuin kaupunkilaisnuorilla. Vanhemmat myös tiesivät yleisemmin nuorten viikonlopun vietosta maaseutumaisissa kuin kaupunkimaisissa kuntatyypeissä. Kaupunkien läheisen maaseudun nuorilla taas hasiksen tai marihuanan kokeilu oli tavallisempaa kuin muulla maaseudulla.

Harvaan asuttu maaseutu poikkesi selvimmin muista kuntatyypeistä (taulukko 2). Siellä asu-

Taulukko 2. Asuinkunnan tyyppien yhteys (odds ratio) terveyskäyttäytymistä ja terveyttä kuvaaviin muuttujiin logistisissa malleissa (vakioitu sukupuoli, luokka-aste, perherakenne, perheen taloustilanne, perheen työllisyystilanne, perheen koulutus). Tilastollisesti merkitsevät yhteydet koko asuinkuntamuuttujaan lihavoitu, vertailuryhmästä 95 %:n luottamusvälin perusteella poikkeavat ryhmät alleviivattu

	Kaupunki- keskukset (vertailu- ryhmä)	Kaupunki- maisiet kunnat	Kaupunkien läheinen maaseutu	Maaseudun ydinalueet	Harvaan asuttu maaseutu	khiin ¹ neliön muutos (df 4)
Sosiaaliset suhteet						
Ei läheisiä ystäviä	1,00	1,10	<u>0,94</u>	<u>0,90</u>	1,03	-20,5
Vanhemmat eivät useimmiten tiedä viikonlopun vietosta	1,00	1,11	<u>0,84</u>	<u>0,71</u>	<u>0,85</u>	-72,0
Perheessä ei syödä yhteistä ateriaa	1,00	1,08	0,93	0,86	<u>0,69</u>	-145,1
Kiusattu koulussa useita kertoja viikossa	1,00	1,21	1,03	1,04	1,03	-3,4
Melko/erittäin paljon ongelmia sosiaalisissa suhteissa koulussa	1,00	1,09	0,93	0,97	0,82	-8,1
Terveyskäyttäytyminen						
Viikoittainen tupakointi	1,00	1,02	<u>0,96</u>	<u>0,94</u>	1,00	-11,9
Viikoittainen alkoholin käyttö	1,00	<u>1,14</u>	0,96	0,99	<u>0,88</u>	-25,2
Vähintään neljä kertaa humalassa	1,00	<u>1,10</u>	0,97	1,02	1,00	-10,6
Kokeillut huumaavia aineita ainakin kerran	1,00	1,04	<u>0,87</u>	<u>0,79</u>	<u>0,81</u>	-129,3
Kokeillut hasista/marihuanaa vähintään kaksi kertaa	1,00	0,91	<u>0,61</u>	<u>0,34</u>	<u>0,35</u>	-630,0
Vapaa-ajan liikunta harvemmin kuin kerran viikossa	1,00	0,91	0,95	0,96	<u>0,87</u>	-13,9
Terveys						
Käyttää särkylääkkeitä	1,00	<u>1,11</u>	1,02	<u>1,05</u>	<u>1,05</u>	-14,4
Koettu terveys keskinkertainen/huono	1,00	1,02	0,99	0,96	<u>0,87</u>	-23,4
Lääkärin toteama pitkäaikais-sairaus	1,00	0,97	0,98	1,00	0,95	-2,3
Astma	1,00	0,99	<u>0,87</u>	<u>0,88</u>	0,95	-21,0
Allerginen nuha	1,00	0,94	<u>0,84</u>	<u>0,75</u>	<u>0,68</u>	-256,9
Kaksi tai useampia oireita päivittäin	1,00	<u>1,11</u>	0,98	0,97	0,97	-7,6
Kolme tai useampia oireita viikoittain	1,00	1,05	0,97	<u>0,92</u>	0,99	-22,4
Keskivaikea tai vaikea masennus	1,00	<u>1,24</u>	1,06	<u>0,93</u>	1,00	-27,0

¹Muutos kuvaa asuinkuntatyyppi-muuttujan lisäämisen tuottamaa paranemista mallissa. Tilastollisesti merkitsevät arvot on lihavoitu.

vien nuorten perheissä yhteinen ateriointi oli tavallisempaa kuin muualla. Myös vapaa-ajan liikuntaa harrastettiin enemmän kuin muualla. Lisäksi alkoholin käyttö oli vähäisempää tässä kuntatyyppissä asuvilla nuorilla kuin kaupunkilaisnuorilla, tosin humalakertojen määrässä eroa ei ollut. Myös huumaavien aineiden sekä hasiksen tai marihuanan kokeilu ja allerginen nuha olivat harvaan asutulla maaseudulla asuvilla nuorilla, kuten muillakin maalaisnuorilla, vähäisempää kuin kaupunkilaisnuorilla.

Taulukkoon 3 on koottu yhteenveto nuorten

hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien kuntatyyppien mukaisesta vaihtelusta. Sosiaalisia suhteita, terveyttä ja terveyskäyttäytymistä kuvaavat tulokset perustuvat malleihin, joissa elinolojen kunnan mukainen vaihtelu on otettu huomioon.

POHDINTA

Aikuisten hyvinvointitutkimuksessa kunnat ryhmittäytyivät kolmeen suhteellisen selkeään toisistaan yhä enemmän eriytyvään pääryhmään (Kainulai-

Taulukko 3. Yhteenvedo hyvinvoinnin kuntatyyppin mukaisesta vaihtelusta

Kuntatyyppi	Hyvinvoinnin ulottuvuus		
	Elinolot ja sosiaaliset suhteet	Terveys	Sosiaaliset ongelmat
Kaupunkiseudun keskukset	perheessä korkea koulutustaso taloustilanne hyvä* vähän työttömyyttä perheessä paljon uus-/yksinhuoltajaperheitä vanhemmat eivät tiedä nuorten viikonlopun vietosta	paljon allergia-sairauksia	huumaavien aineiden kokeilu yleistä hasiksen/marihuanan kokeilu yleistä tupakointi yleistä
Kaupunkimaiset kunnat	taloustilanne hyvä* vähän työttömyyttä perheessä paljon uus-/yksinhuoltajaperheitä vanhemmat eivät tiedä nuorten viikonlopun vietosta	paljon allergia-sairauksia masennus ja oireilu yleistä	huumaavien aineiden kokeilu yleistä hasiksen/marihuanan kokeilu yleistä tupakointi yleistä alkoholin käyttö ja humalajuominen yleistä särkylääkkeiden käyttö yleistä
Kaupunkien läheinen maaseutu	taloustilanne hyvä* vähän työttömyyttä perheessä vähän uus-/yksinhuoltajaperheitä	vähän astmaa ja allergiaa	huumaavien aineiden kokeilu vähäistä tupakointi vähäistä
Ydinmaaseutu	perheessä matala koulutustaso taloustilanne huono* vähän uus-/yksinhuoltajaperheitä	vähän astmaa ja allergiaa vähän masennusta ja oireilua	huumaavien aineiden kokeilu vähäistä hasiksen/marihuanan kokeilu vähäistä tupakointi vähäistä
Harvaan asuttu maaseutu	perheessä matala koulutustaso taloustilanne huono* paljon työttömyyttä perheessä vähän uus-/yksinhuoltajaperheitä perheyhteisyys suuri	vähän allergiaa hyvä koettu terveys	huumaavien aineiden ja hasiksen/marihuanan kokeilu sekä alkoholin käyttö vähäistä vähän vapaa-ajan liikuntaa

*Taloustilanne kuvaa perheen talousvaikeuksien ja nuoren käyttövarojen yhdistelmää.

nen & al. 2001). Tämän tutkimuksen mukaan kuntatyyppin mukainen erottelu heijastuu *toistaiseksi* verraten vähän 14–16-vuotiaiden kuntalaisten terveyteen ja muuhun hyvinvointiin. Tämä tulos on merkittävä erityisesti siksi, että perheiden elinolossa oli selviä kuntatyyppin mukaisia eroja. Kaupunkikeskuksissa ja muissa kaupunkimaisissa kunnissa useat tunnusluvut – vanhempien koulutus, työmarkkina-asema ja arvio perheen taloudellisesta tilanteesta – viittasivat keskimääräistä korkeampaan elintasoon. Vastaavasti nämä tunnusluvut kertoivat huonommasta elintasosta etenkin maaseudun haja-asutusalueilla elävien nuorten perheissä.

Tutkimus perustui pääosin Kouluterveyskyselyn kahden perättäisen vuoden aineistoihin. Kouluterveyskysely on tehty kahden vuoden välein samoissa kunnissa ja kouluissa. Kun kahden pe-

rättäisen vuoden aineistot yhdistettiin, saatiin hyvin koko maata kattava aineisto. On huomattava, että Kouluterveyskysely ei perustu otokseen, vaan se pyritään tekemään kyselyyn ilmoittautuneissa kunnissa kaikilla yläasteilla kaikille 8. ja 9. luokkien oppilaille. Tästä seuraa, että tämän tutkimuksen aineistona ei ole kuntia, joissa ei ole lainkaan peruskoulun yläastetta. Lisäksi aineistosta on poistettu pienet kunnat, joissa vastaajia oli alle 70. Näin pienimmät kunnat on käytännössä suljettu pois tästä tutkimusasetelmasta. Toisaalta aineisto kattaa varsin hyvin koko maassa 5 000 asukkaan ja sitä suuremmat kunnat.

Hyvinvointia kuvaavat tiedot perustuvat oppilaiden vastauksiin luokkakyselyssä. Tutkimus kuvaa hyvinvointitilannetta kyselyajankohtana. Toistaiseksi tiedämme varsin vähän näin mitatun nuorten hyvinvoinnin pysyvyydestä kuntatasolla.

Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa olemme havainneet 14–16-vuotiaiden kyselytulosten yksilötasoisien luotettavuuden samanlaiseksi kuin vastaavissa aikuiskyselyissä. Tähän viittaavat esimerkiksi tässä tutkimuksessa perheitä kuvaavat tiedot, jotka sopivat hyvin yhteen kuntatasolla havaittujen hyvinvointierojen kanssa (Kainulainen & al. 2001). Havaintojen yhtäpitävyys kertoo samalla siitä, että tämänikäisillä on jo hyvä tuntuuma perheensä taloudellisiin olosuhteisiin ja vanhempiensa sosiaaliseen asemaan.

Tämän tutkimuksen tulokset nuorten terveyskäyttäytymisestä ja terveydestä vastaavat hyvin aikaisempia tutkimuksia. Esimerkiksi samanikäisten nuorten humalajuomisessa ei ole havaittu mainittavia alue-eroja (Lintonen 2001). Huume-kokeilut ja erityisesti kannabistuotteiden kokeilut vähenivät selvästi siirryttäessä kaupunkikeskuksesta harvaan asutulle maaseudulla. Selityksenä voi osaksi olla huume-kokeilujen nopea yleistyminen 1990-luvulla ensin pääkaupunkiseudulla ja myöhemmin kaupungeissa ja taajamissa. Tämä aalto on mahdollisesti vasta tulossa taajamiin ja maaseudulle. On myös mahdollista, että juuri tällaisissa ilmiöissä taajamat ja maaseutu ovat kouluikäisten lasten kannalta myös lähitulevaisuudessa turvallisempia yhteisöjä kuin kaupunkikeskukset.

Kaupunkilaislasten allergioiden (ja astman) yleisyys havaittiin myös tuoreessa pitkäaikaisairstavuuden muutoksia selittäneessä tutkimuksessa, jonka mukaan maaseudun ja kaupungin välinen ero syntyi vasta 1990-luvulla (Takala & al. 2001). Allergiat ja astma ovat kansainvälisesti katsoen tyypillisiä hyvän hygienian ja korkean elintason maille (ISAAC 1998). Allergiat näyttävät siis olevan ”hyvinvointisairauksia”, joiden esiintyvyyttä osin selittävät diagnostiikan tehokkuus ja hoitoon hakeutuminen.

Tarkasteltaessa perheiden aineellisia elinoloja ne olivat maaseudulla selvästi huonommat kuin kaupungeissa. Perherakennetta ja vanhemmuutta kuvaavat muuttajat kertovat puolestaan päinvas-taisista eroista. Miksi nuorten elinolojen erot eivät näy heidän hyvinvointi-indikaattoreissaan kuntatasolla?

Nuoret elävät ja ovat eläneet samanaikaisesti monissa eri kehitysympäristöissä, ja heitä on tuettu koko maan kattavilla palveluilla. Perheen lisäksi tärkeitä kehitysympäristöjä ovat muun muassa päivähoito, koulu ja harrastukset. Kuntatyyppien mukaisten erojen vähäisyys voi johtua sii-

tä, että lasten hyvinvointia muokkaavat kehitysympäristöt ja palvelut yhdessä kykenevät edelleen torjumaan verraten hyvin yhden tai kahden kehitysympäristön (esimerkiksi perheen elinolojen tai lähiyhteisön) rapauttavia tekijöitä. Erityisesti päivähoito ja peruskoulu saattavat monessa tapauksessa tarjota tukea silloin, kun perheen ja muun lähiyhteisön resurssit ovat niukat.

Perheet rakentavat myös harkiten ”hyvinvointipuskureita”. Monet vanhemmat todennäköisesti tinkivät omasta hyvinvoinnistaan turvataksaan lapsilleen mahdollisimman hyvät psyykkiset ja sosiaaliset olosuhteet. Tämä näkyy esimerkiksi siinä, että vähävaraisetkin vanhemmat pyrkivät mahdollisuuksiensa mukaan suuntaamaan kulu-tusta lasten ehdoilla, lasten harrastusten ja tarpeiden mukaan (Sauli 1997).

Vaikka perheissä pyritään turvaamaan lasten hyvinvointia myös materiaalisesti, alueellinen erilaistuminen näkyi nuorten käyttövaroissa. Harvaan asutulla maaseudulla nuorilla oli käytössä viikossa keskimäärin yhdeksän markkaa (noin 1,5 euroa) eli noin neljänneksen vähemmän kuin kaupunkikeskuksissa asuvilla nuorilla. Kun keskimääräinen viikkoraha nuorilla oli noin 37 markkaa (noin 6,2 euroa), ero on suuri, olkoonkin, että hintataso lienee maaseudulla hieman alempi ja siten myös nuorten tosiasiallinen rahan tarve pienempi. Tulos kuvastaa myös sitä, että nuorten materiaallinen hyvinvointi riippuu selvästi myös perheen ja välillisesti asuinkunnan taloudesta.

Yksilötasolla nuoren elinolojen ja psykososiaalisen hyvinvoinnin yhteys on voimakas. Esimerkiksi niin ikään Kouluterveyskyselyyn pohjautuvan tutkimuksen (Kaltiala-Heino & al. 2001) mukaan nuorten masennusta selittävät kehitysympäristön epäjatkuvuutta ruokkivat tekijät, kuten perheen hajoaminen ja muuttaminen.

Alueiden väliseen erilaistumiseen on liitetty köyhyyskierteisiä tekijöitä (ks. Waitzman & Smith 1998), joista nuorten kohdalla olennaisin on epäilemättä valikoiva muuttoliike. Taantuvilta alueilta muuttavat nuoret valikoituvat koulutuksen mukaan. Toisaalta äskettäin koettu muutto lisäsi tyttöjen masentumisriskiä, kun muut elinolotekijät oli vakioitu (Kaltiala-Heino & al. 2001). Tämän tutkimuksen nuoret olivat vielä peruskouluissa, joiden oppilaat edelleen tulevat valtaosin koulun lähiympäristöstä. Koulujen profiloituessa ja kouluverkon harventuessa vanhemmat voivat kuitenkin useammin muuttaa varmis-

taakseen lapsensa koulu-uraa, ja toisaalta nuoret saattavat yhä useammin käydä jo yläasteiässä koulua toisella paikkakunnalla. Näin koulutukseen liittyvä muuttaminen voi lisääntyä.

Valikoiva muuttaminen on tulevaisuudessa yhä mahdollisempi nuorten hyvinvoinnin alue-eroihin vaikuttava tekijä. Kun yhtäältä muuttaminen voi valikoitua hyvinvoinnin mukaan ja toisaalta muuttaminen voi olla hyvinvointia vaarantava kokemus lapselle ja nuorelle, jatkossa olisi tarkemmin tutkittava lapsiperheiden ja nuorten muuttoliikkeen ankkuroitumista hyvinvoinnin ulottuvuuksiin, kuten terveyteen tai terveystottumuksiin. Varhaisen nuoruuden terveystottumukset ennakoivat aikuisiän koulutusuraa (Koivusilta 2000), joten koulutuksen mukaan valikoiva muuttoliike voi ilmetä myöhemmin myös terveyden alue-eroina.

Yksilötasolla kuntatyyppien yhteys hyvinvoinnin eri ulottuvuuksiin oli verraten vähäinen. Tämä pieni yhteys voi kuitenkin olla ”heikko signaali” idullaan olevasta samansuuntaisesta nuorten hyvinvoinnin eriytymisestä kuin koko kunnan väestöä kuvaavissa tunnusluvuissa. Toisaalta samankin kuntaryhmittymisen sisällä oli merkittäviä eroja: maaseutukunnat eroavat toisistaan, samoin kaupunkimaiset kunnat. Nuorten hyvinvoinnin suhteen kuntarakente ei siis – ainakaan vielä – pelkisty kolmeen pääluokkaan. Jatkossa onkin tutkittava tarkemmin esimerkiksi maaseudun sisäisiä eroja, sillä se, minkä tyyppisessä kunnassa nuori asuu, voi vahvistaa tai heikentää nuoren hyvinvointia eri tavoin maaseutunuorten keskenkin.

Tämä tutkimus mittasi 14–16-vuotiaiden hyvinvointitilannetta vuosituhatosen vaihtuessa.

KIRJALLISUUS

Allardt, Erik: Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Juva: WSOY, 1980

Bardy, Marjatta & Salmi, Minna & Heino, Tarja: Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Saarijärvi: Stakes, 2001

Ecob, Russel & Macintyre, Sally: Small area variations in health related behaviours; do these depend on the behaviour itself, its measurement, or on personal characteristics? *Health & Place* 6 (2000): 4, 261–274

Frohlich, Katherine L. & Potvin, Louise & Gauvin, Lise & Chabot, Patrick: Disentangling context from composition. *Health & Place* 8 (2002), 155–166

Hämäläinen, Pauliina & Lintonen, Tomi & Rimpelä, Matti: Sosiodemografisten taustatekijöiden ja terveyskäyttäytymisen yhteydet 16-vuotiaiden liikunnan

Tutkimuksen yksilöaineistona olevat nuoret syntyivät 1980-luvun puolivälissä ja tulivat kouluikään juuri silloin, kun 1990-luvun taloudellinen lama oli vaikeimmillaan. Samanaikaisesti vastuu hyvinvointipalveluista siirtyi valtiolta kunnille. Valtionohjauksen poistuessa kuntien hyvinvointipolitiikat ovat varsin suurella todennäköisyydellä alkaneet eriytyä.

Tämän tutkimuksen mukaan laman mahdolliset hyvinvointivaikutukset ovat olleet nuorten kannalta pääosin samanlaisia koko maassa. On mahdollista, että laman aiheuttamia eroja tulee näkyviin, kun 1980-luvun lopussa ja 1990-luvulla syntyneet lapset kasvavat murrosikäen. Kuntien välisistä eroista hyvinvointipolitiikassa ja erityisesti perhe- ja lapsipolitiikassa ei toistaiseksi ole käytettävissä sellaista tietoa, jota voisi yhdistää tämän tutkimuksen aineistoon. On kuitenkin mahdollista, että edellä kuvatut puskurit perheissä ja muissa kehitysyhteisöissä heikkenevät ja samalla myös palvelujen laatu eriytyy niin, että vähitellen myös lasten ja nuorten hyvinvoinnissa alkaa näkyä mitattavissa olevia eroja.

Suomi on toistaiseksi onnistunut tarjoamaan nuorilleen varsin samanlaista hyvinvointia kuntatyyppistä riippumatta. Samalla kun tämän tutkimuksen päätulos voidaan tiivistää toteamalla, että kuntatyyppien välillä ei ole mainittavia eroja nuorten hyvinvoinnissa, on syytä lisätä päätelmään sana ”vielä”. Monet prosessit antavat aiheen ennakoida tällaisia eroja tulevaisuudessa. Siksi on tärkeää jatkuvasti seurata nuorten hyvinvoinnin kehityksen yhteyksiä yleisempään paikallis- ja aluekehitykseen.

harrastamiseen. *Liikunta & Tiede* 39 (2002): 1, 41–46

ISAAC (The International Study of Asthma and Allergies in Childhood Steering Committee): Worldwide variation in the prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. *Lancet* 351 (1998): 9111, 1225–1232

Järventie, Irmeli & Sauli, Hannele: Eriarvoinen lapsuus. Helsinki: WSOY, 2001

Kainulainen, Sakari & Rintala, Taina & Heikkilä, Matti: Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Saarijärvi: Stakes, 2001

Kaltiala-Heino, Riittakerttu & Rimpelä, Matti & Rantanen, Päivi & Laippala, Pekka: Adolescent depression: the role of discontinuities in life course and social support. *Journal of Affective Disorders* 64 (2001), 155–166

Nuorten hyvinvointia kuvaavat muuttujat määriteltiin seuraavasti:

Elinolot: Isän tai muun huoltajan koulutustaso luokiteltiin yliopisto- tai korkeakoulututkinnon suorittaneisiin, lukion tai lukion ja ammatillisen koulutuksen suorittaneisiin, peruskoulun ja ammatillisen koulutuksen hankineisiin sekä vain kansa-, kansalais- tai peruskoulun käyneisiin. Jos isän koulutustieto puuttui, koulutustaso määriteltiin äidin koulutuksen perusteella. Vanhempien työttömyyden perusteella perheet jaettiin seuraavasti: kumpikaan vanhemmista ei ollut ollut työttömänä, toinen ollut työttömänä, molemmat olleet työttömänä (edeltävän vuoden aikana). Perheen taloudellisen tilanteen luokitus perustui nuorten arvioon: erittäin hyvä, melko hyvä, jonkin verran talousvaikeuksia, paljon talousvaikeuksia. Perherakenteen mukaan vastaajat ryhmiteltiin ydinperheistä tuleviin ja uus- tai yksinhuoltajaperheistä tuleviin. Nuoren käyttövarojen osalta ryhmiä oli kahdeksan: yli 200 mk, 101–200 mk, 60–100 mk, 40–59 mk, 25–39 mk, 15–24 mk, 8–14 mk ja alle 7 mk.

Sosiaaliset suhteet: Läheisten ystävien määrän mukaan nuoret jaoteltiin neljään ryhmään: useita läheisiä ystäviä, kaksi, yksi tai ei läheisiä ystäviä. Mallissa analysoitiin niitä, joilla ei ollut ystäviä. Vanhempien tietämys viikonlopusta jakaantui kolmeen ryhmään: tietävät aina (missä nuori viettää perjantai- ja lauantai-illat), tietävät joskus sekä useimmiten eivät tiedä, joista viimeinen ryhmä oli selitettävänä monimuuttujamallissa. Perheen kiinteyttä mitattiin perheen yhteisellä aterioinnilla, joka jaettiin kolmeen luokkaan: perhe syö yhteisen aterian, perhe ei syö yhtä aikaa tai perheessä ei syödä varsinaista aterialla ollenkaan (mallinusr ryhmä). Koulukiusaamisen useutta koskevia ryhmiä oli neljä: lukukauden aikana ei kiusattu lainkaan, kiusattu harvemmin, kiusattu noin kerran viikossa tai kiusattu useita kertoja viikossa, jota käytettiin selitettävänä muuttujana mallissa. Koulun sosiaalisia suhteita mitattiin yhteistyö koulussa -summamuuttujalla, joka perustui 3-osioiseen kysymyssarjaan. Pieni arvo tarkoitti sitä, ettei nuori raportoinut vaikeuksia yhdessäkään osioista (työskentely ryhmissä, tuleminen toimeen koulukavereiden tai opettajien kanssa), ja suuri sitä, että kaikilla osa-alueilla vaikeuksia oli erittäin paljon. Vähintään yhdeksän pistettä muuttujalla saaneilla nuorilla tulkittiin olevan melko tai erittäin paljon ongelmia kaikilla kolmella osa-alueella.

Terveyskäyttäytyminen: Vastaajat ryhmiteltiin tupakoinnin useuden mukaan viiteen ryhmään: tupakoimaton, lakossa tai lopettanut, tupakoi harvemmin kuin viikoittain, vähintään kerran viikossa tai tupakoi useammin tai päivittäin. Mallinnusta varten yhdistettiin päivittäin ja viikoittain tupakoivat. Alkoholin käytön useuden mukaan muodostettiin ryhmät seuraavasti: ne, jotka eivät käyttäneet alkoholia, harvemmin kuin kerran kuussa juovat, noin kerran kuussa juovat, pari kertaa kuukaudessa juovat ja useammin tai viikoittain juovat. Humalajuomiskertojen mukaan vastaajat luokiteltiin seuraavasti: ei koskaan, kerran, 2–3 kertaa, 4–10 kertaa ja useammin kuin 10 kertaa tosi humalassa olleisiin. Malleissa analysoitiin viikoittain alkoholia käyttäviä ja vähintään neljä kertaa humalassa olleita. Huumaavien aineiden kokeilun kysymyksessä luettiin joukko huumaavia aineita (esim. tinneri, marihuana, hasis, lääkkeiden ja alkoholin käyttö yhdessä) ja yhdistettiin näitä koskevat tiedot neliluokkaiseksi muuttujaksi: ei kokeillut koskaan huumaavia aineita, kokeillut kerran, kokeillut 2–4 kertaa, kokeillut 5 kertaa tai useammin. Mallissa selitettävänä oli kerran tai useammin huumaavia aineita kokeilleet. Varsinaisten huumeiden kokeilua mitattiin marihuanan tai hasiksen kokeilulla, joka luokiteltiin vastaavalla tavalla kuin yleinen huumaavien aineiden kokeilu. Vapaa-ajan liikuntakysymys kattoi vähintään puoli tuntia kestävät liikuntakerrat. Kysymyksen seitsemän luokkaa olivat seuraavat: useita kertoja päivässä, noin kerta päivässä, 4–6 kertaa viikossa, 2–3 kertaa viikossa, noin kerran viikossa, harvemmin, ei lainkaan. Mallissa analysoitiin niitä, jotka harrastivat liikuntaa harvemmin kuin viikoittain. Särkylääkkeiden käyttö oli yhdistelmä kahdesta kysymyksestä, jotka kuvasivat lääkkeiden käyttöä päänsärkyyn ja johonkin muuhun särkyyn. Vastaajat jaettiin lääkkeitä käyttämättömiin ja lääkkeiden käyttäjiin.

Terveystila: Koettu terveydentila luokiteltiin erittäin hyvään, melko hyvään, keskinkertaiseen ja melko tai erittäin huonoon. Näistä viimeinen luokka oli mallissa selitettävänä. Lääkäriin toteaman a) pitkäaikaisen sairauden, vian tai vamman, b) astman ja c) allergisen nuhan (tai heinänuhan) mukaan vastaajat ryhmiteltiin terveisiin ja näitä sairastaviin. Mallissa selitettävänä oli kunkin taudin sairastaminen. Psykosomaattisten oireiden raportointi jaettiin ensin päivittäisiin ja viikoittaisiin oireisiin, minkä jälkeen vastaajat ryhmiteltiin päivittäin tai lähes päivittäin toistuvan oireilun mukaan seuraavasti: ei päivittäisoireita, yksi oire, kaksi tai kolme oiretta, neljä tai useampia oireita. Noin kerran viikossa tai useammin toistuvat oireet jaoteltiin vastaavasti: ei viikoittaisia oireita, yksi oire, kaksi oiretta, kolme oiretta, neljä tai useampia oireita. Päivittäisoreista malleissa analysoitiin kahta tai useampia raportoitavia ja viikoittaisoreista kolmea tai useampia raportoitavia. Masennusta mitattiin 12-osioisella Beckin masennuskaalalla, jonka mukaan vastaajat ryhmiteltiin ei-masentuneisiin, lievästi masentuneisiin, keskivaikeasti masentuneisiin ja vaikeasti masentuneisiin.

Karisto, Antti & Montén, Seppo: Jakomästä Kulo-saareen. Pedagogisen eetoksen ja lukionkäynnin alue-vaihtelut Helsingissä. *Sociologia* 34 (1997): 2, 99–112

Karvonen, Sakari: Kaupungistuminen ja nautinto-aineiden käyttö nuorilla. S. 103–112. Teoksessa: Kan-nas, Lasse & Miilunpalo, Seppo (toim.): Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1988. Jyväskylä: Lääkintö-hallitus, 1988

Karvonen, Sakari & Rimpelä, Arja: Urban small area variation in adolescents' health behaviour. *Social Science and Medicine* 45 (1997): 7, 1089–1098

Karvonen, Sakari & Hermanson, Elina & Sauli, Hannele & Harris, Hanna (toim.): Lasten ja nuorten hyvinvointi 1990-luvulla. Helsinki: Stakes, 2000

Koivusilta, Leena: Health-related selection into edu-cational tracks. A mechanism producing socio-econ-omic health differences. Turku: Turun yliopisto, 2000

Lintonen, Tomi: Drinking patterns among Finnish fourteen year-olds from 1977 to 1999. Tampere: Uni-versity of Tampere, 2001

Luopa, Pauliina & Rimpelä, Matti & Jokela, Jukka: Huumeet ja koululaiset. Tuloksia Kouluterveyskyselyistä 1996–2000. Helsinki: Stakes, 2000

McLeod, Alice: Changing patterns of teenage preg-nancy: population based study of small areas. *British Medical Journal* 323 (2001), 199–203

Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero: Elämänkaari ja terveys. Tampere: Gaudeamus, 1998

Rimpelä, Arja & Karvonen, Sakari & Rimpelä, Mat-ti & Siivola, Matti: Nuorten terveystottumusten väes-töryhmittäiset erot ja elinolot 1977–1987. Helsinki: Lääkintöhallitus, 1990

Rimpelä, Matti & Karvonen, Sakari & Rimpelä, Ar-ja: Nuorten terveystapatutkimus: asuinalue, sosiaali-nen tausta ja koulunkäynti terveyttä säätelevinä muut-tujina. *Suomen Lääkärelehti* 45 (1990), 1946–1950

Rimpelä, Matti & Pohjanpää, Kirsti & Terho, P. & Pienmäki-Jylhä, P. & Poikajärvi, K.: Huumeet nuorten arjessa: Tutkimus sosiaalisesta altistumisesta huumeille 1991–1995 (Nuorten terveystapatutkimus, koko maa) ja huumeekokeiluista, toukokuu 1995 (Kouluterveys 1995 -tutkimus, Keski-Suomen lääni ja Turku). Hel-sinki: Stakes, 1995

Räsänen, Leena & Laitinen, S. & Strikkinen, R. & Kimppa, S. & Viikari, J. & Uhari, M. & Pesonen, E. & Salo, M. K. & Åkerblom, H. K.: Composition of diet of young Finns in 1986. *Annals of Medicine* 23 (1991), 72–80

Sauli, Hannele: Lapsen kulutus osana perheen kul-tusta. *Hyvinvointikatsaus* 1997: 4, 22–29

Takala, Pentti & Klaukka, Timo & Rahkonen, Os-si: Astma ja allergia selittävät lasten pitkäaikaissairas-tavuuden lisääntymisen. *Suomen Lääkärelehti* 56 (2001): 41, 4151–4155

Waitzman, Norman J. & Smith, Ken R.: Separate but lethal: the effects of economic segregation on mor-tality in metropolitan America. *Milbank Quarterly* 76 (1998), 341–373

West, Patrick: Health inequalities in the early years: is there an equalisation in youth? *Social Science and Medicine* 44 (1997): 6, 833–858

Viljanen, Ville: Huono-osaisuuden alueellinen kehitys 1990-luvulla: Laman ja sen jälkeisen talouskasvun vaikutukset. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 2001

Åkerblom, H. K. & Viikari, J. & Uhari, M. & Räsä-nen, Leena & Byckling, T. & al.: Atherosclerosis pre-cursors in Finnish children and adolescents. I General description of the cross-sectional study of 1980, and an account of the children's and families' state of health. *Acta Paediatrica Scandinavica* (1985): Supple-ment 318, 49–63.

ENGLISH SUMMARY

Sakari Karvonen & Matti Rimpelä: Differences in young people's well-being and health according to type of municipality (Kuntatyyppin mukaiset erot nuorten hyvinvoinnissa ja terveydessä)

Population surveys suggest that regional differences in well-being are increasing, with the gap between urban areas, rural areas in the vicinity of towns and cities and sparsely populated rural areas becoming ever wider. Covering a total of 95,201 schoolchildren aged 14–16, the School Health Survey 1999–2000 aimed to find out whether the regional differences observed in the well-being of the adult population also occurred in young people. Using a classification of five different

types of municipality (towns and cities, urban munic-ipalities, rural areas in the vicinity of towns and cities, core rural areas, and sparsely populated rural areas), dif-ferences in living conditions, social relations, health behaviour and health were examined by means of cross tabulation and logistic regression analysis. The living conditions of young people aged 14–16 differed widely by type of municipality, but there were no major dif-ferences with regard to social relations, health behav-iour or health. At the individual level, the association of type of municipality with different dimensions of well-being was marginal. At least so far the well-being of young people does not vary by type of municipality as sharply as it does in the whole population.

KEY WORDS:

Adolescents, well-being, health, municipalities, urban areas, rural areas, regional differences, School Health Survey, Finland