

Nuorten terveydenlukutaito tulevaisuutta ennakoivana tekijänä



Huolman, Marika

Kenenounis, Annika

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Nuorten terveydenlukutaito tulevaisuutta ennakoivana tekijänä

Huolman Marika
Kenenounis Annika
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syyskuu, 2010

Marika Huolman ja Annika Kenenounis

Nuorten terveydenlukutaito tulevaisuutta ennakoivana tekijänä

Vuosi 2010

Sivumäärä 54 (56)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Lostin (Lohja, Siuntio, Karjalohja, Inkoo) ja Karviaisen alueen (Vihti, Karkkila, Nummi-Pusula) yhdeksäsluokkalaisten terveystietämystä ja -käyttäytymistä, sekä kartoittaa näiden alueiden nuorten terveysasenteita ja niihin vaikuttavia tekijöitä.

Opinnäytetyö toteutettiin Internet-kyselytutkimuksena yhteistyössä Lostin ja Karviaisen alueen yläkoulujen kanssa (N=13). Tutkimus on osa Laurea Lohjan Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hankkeen Sydänpolku-osiota.

Opinnäytteen teoreettisessa viitekehyksessä kartoitetaan ja tarkastellaan suomalaisten nuorten terveyttä, terveystietämystä ja terveystietämiseen vaikuttavia tekijöitä, sekä terveydenhuollon ja koululaitoksen osuutta nuorten terveydenedistämässä.

Tutkimusmenetelmänä oli kyselytutkimus, ja asetettuihin tutkimusongelmiin haettiin vastaus-ta strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomake pohjautui aiemmin Sydänpolku-hankkeessa Lohjan yläkouluille tehtyyn kyselyyn ja se toteutettiin sähköisessä muodossa Digium-ohjelmistopalvelun kautta. Aineisto analysoitiin Word Excell 2007 taulukkolaskentaohjelman Pivot-taulukko-toiminnon avulla.

Vastauksia saatiin kaikista 13 koulusta. Vastaa- jien kokonaismäärän ollessa 1285 ja saatujen vastausten määrän ollessa 641, tutkimuksen vastausprosentiksi muodostui 49,8 %. Aineisto analysoitiin testaamalla viitekeh- yksestä esiin tulevia ennako- oletuksia ja vertaamalla tulok- sia Lohjalta Sydänpolku-hankkeessa aiemmin saatuihin tutkimustuloksiin sekä kansallisen Kou- luterveyskyselyn vuoden 2008 tuloksiin. Aineistosta tehtiin myös alueellista ja sukupuoltenvä- listä vertailua.

Tutkimuksessa saatiin paljon ajantasaista tietoa Lostin ja Karviaisen alueen 9-luokkalaisten terveystietoudesta, terveystietämystä, terveysasenteista sekä elämäntavoista. Tulosten mukaan Lostin ja Karviaisen alueen nuorista yli 60 % koki terveytensä hyväksi ja terveydellisiä riskitekijöitä tunnistettiin hyvin. Nuoret myös kokivat koulussa annettavan terveystiedon ope- tuksen tarpeelliseksi ja riittäväksi.

Tulokset olivat kaikkiaan hyvin samansuuntaisia Sydänpolku-hankkeen ensimmäisen kyselyn sekä kansallisen Kouluterveyskyselyn tuloksiin nähden. Alueen nuorten terveystietämyses- sä oli kuitenkin nähtävissä jo opinnäytetyön teoreettisessa viitekeh- yksessä esiin tulleita haas- teita, esimerkiksi tupakoinnin ja päihteiden käytön suhteen.

Tässä tutkimuksessa nuorista 41 % koki lisääntyneen terveystietäm- yksen vaikuttavan heidän terveystietämiseensä positiivisesti. 29 % vastaajista puolestaan ei kokenut tiedon lisää- tymisellä olevan vaikutusta terveydellisiin valintoihinsa. 30 % vastaajista ei osannut sanoa vaikuttaisiko terveystietäm- yksen lisääntyminen heidän käyttäytymiseensä.

Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotuksena esitetään näin ollen nuorten terveystietämisen ja terveystietämiseen yhteyden selvittämistä pidemmän ajanjakson kuluessa.

Asiasanat: nuoret, terveystieto, terveystietämisen opetus

Marika Huolman ja Annika Kenenounis

Young people's health literacy as a predictive factor for the future

Year 2010

Pages 54 (56)

The purpose of this study was to survey 9th graders of Lost (Lohja, Siuntio, Karjalohja, Inkoo) and Karviainen (Vihti, Karkkila, Nummi-Pusula) areas and their knowledge and health behavior factors as well as to identify health attitudes and factors influencing them.

The thesis was carried out by an internet survey in secondary schools of Lost and Karviainen districts. The study is a part of the Laurea Lohja research project: Proactive heart disease prevention. Total of 13 schools participated.

The theoretical part examines health of Finnish teenagers, their health behavior and influential factors. The role of public health service and school system in promoting young people's health was also dealt with.

The research method was a survey, and it was carried out with structured questionnaires. The questionnaire was based on the previous Lohja project for secondary schools. It was carried out by the Digium software company. The material was analyzed with Excel 2007 spreadsheet PivotTable feature.

Replies were received from all 13 schools. The number of replies was 641 from a target group of 1285. The study response rate was 49.8 %. The material was analyzed by testing pre-assumptions based on a frame reference and comparing earlier results to the Lohja project results as well as to the results of the national school health survey 2008. The material was also used to regional and gender comparisons.

The study gives a lot of updated information on 9th graders' knowledge, behavior and attitudes of health as well as life style. According to the results more than 60 % of young people considered their health to be good and they also recognized health risks. Teenagers also considered the school health information service important and sufficient.

The conclusions were very similar to the results of the inquiry obtained from the national school health survey and the first Lohja heart project. However, it was very clear that there were also some challenges for example regarding smoking and drug usage.

In this study 41 % of the teenagers experienced that the inquiry influenced their health behavior positively and 29 % of respondents felt that the increase in knowledge had no difference in their choices. The rest 30% of respondents could not say if this study would increase their knowledge of health behavior.

Teenagers' health education and a better understanding of their health behavioral patterns need further research.

Keywords: teenager, health, health education

SISÄLLYS

1	Johdanto	7
2	Nuorten terveyden riskitekijät ja ennaltaehkäisy	8
2.1	Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät	8
2.1.1	Korkea verenpaine.....	8
2.1.2	Tupakka ja alkoholi	9
2.1.3	Kolesteroli	10
2.1.4	Ylipaino.....	10
2.1.5	Diabetes	11
3	Nuorten terveystietoisuus ja terveydenlukutaito.....	11
3.1	Terveyttäyttyminen	12
3.2	Terveystietoisuus ja terveydenlukutaito	14
3.3	Koulun merkitys terveydenlukutaidon oppimisessa.....	16
3.4	Tutkittua tietoa nuorten terveystietoisuudesta	18
3.4.1	Kouluterveyskysely	19
3.4.2	Late - Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittämishanke.....	20
3.4.3	Strip-projekti	20
3.4.4	Euroopan terveet koulut -ohjelma	21
4	Tutkimuksen tarkoitus ja toteuttaminen	21
4.1	Tutkimuksen toteuttamisympäristö	22
4.2	Tutkimusmenetelmä	22
4.2.1	Tutkimusaineiston kerääminen.....	23
4.2.2	Aineiston analyysi.....	24
4.3	Tutkimuksen luotettavuus.....	24
4.4	Tutkimuksen eettisyys	25
4.5	Aikataulu	26
5	Tutkimuksen tulokset	26
5.1	Sydänpolku-hankkeen ensimmäisen kyselyn tulokset	26
5.2	Sydänpolku-hankkeen toisen kyselyn tulokset.....	28
5.3	Terveystiedot ja terveystiedon lähteet.....	30
5.4	Liikunta, lepo ja harrastukset	34
5.5	Ravitsemus.....	36
5.6	Päihteiden käyttö.....	40
5.7	Sosiaaliset suhteet.....	44
6	Pohdinta	47
6.1	Tulosten tarkastelua	47
6.2	Johtopäätökset.....	51
6.3	Opinnäytetyöprosessin arviointi.....	53
6.4	Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset	54

Lähteet	55
Kuviot	58
Taulukot	59
Liitteet.....	60

1 Johdanto

Sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisy perustuu suurelta osin elämäntapojen muutokseen. Elämäntavat muotoutuvat pitkälti jo lapsuus- ja nuoruusaikana, ja siksi olisikin tarpeellista ohjata väestöä omaksumaan terveelliset elämäntavat jo varhaisessa vaiheessa. Lapsena ja nuorena opitut tavat pyrkivät säilymään pitkälle aikuisuuteen saakka.

(Salminen & Kivelä 2003; Vakkila 2005.)

Liikunta- ja ravitsemustottumukset opitaan suurimmaksi osaksi kodin ja koulun kautta. Tupakkoinnille, liialliselle alkoholin- ja huumeidenkäytölle luodaan paljon paineita lasten ja nuorten ympärillä vallitsevasta sosiaalisesta ympäristöstä sekä median kautta. Myös ylipaino on lisääntynyt nuorilla tietokoneen ääressä istumisen sekä vähäisen liikuntamäärän myötä. (Salminen & Kivelä 2003; Vakkila 2005.)

Terveyskäyttäytymisen muodostuminen alkaa jo lapsuudessa ja siksi riskitekijöihin pitäisi pyrkiä vaikuttamaan jo varhaisessa vaiheessa. Suomessa kiinnitetään huomiota lasten ja nuorten terveyskäyttäytymiseen ja sitä on myös tutkittu paljon. Ohjauksella ja neuvonnalla onkin saatu aikaan hyviä tuloksia. Tavallisimpia ennaltaehkäisyn keinoja ovat erilaiset valistustoimenpiteet, joiden tarkoituksena on jakaa tietoa riskitekijöistä ja siitä, kuinka niihin voidaan vaikuttaa. Ennaltaehkäisyn ongelmana on motivoida elämäntapamuutokseen ne ihmiset, joilla ei vielä ole sairauden oireita. (Roine & Teikari 1998; Vakkila 2005.)

Tämän opinnäytetyön painopistealue on ennaltaehkäisyssä ja työ toteutettiin osana Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hankkeen Sydänpolku-osiota Laurea-ammattikorkeakoulussa Lohjalla. Hankkeen tarkoituksena on kehittää sydän- ja verisuonisairauksia sairastavien terveys- ja ohjauspalveluita Lohjan alueella. Tässä opinnäytetyössä tutkittiin ja tarkasteltiin nuorten terveystietämystä sekä elämäntapoja. Tutkimus rajattiin koskemaan Lostin ja Karviaisen alueen yhdeksäsluokkalaisia, koska tämä ikäryhmä on elämäntilanteessa, jolloin aletaan tehdä ensimmäisiä omia terveysvalintoja.

Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä Internet kyselykaavakkeella ja vastaukset analysoitiin Word Excell 2007 taulukkolaskentaohjelman Pivot-taulukkotoiminnolla. Tavoitteena oli saada lisätietoa nuorten asenteista ja tietämyksestä koskien terveyttä sekä niiden vaikutusta terveyskäyttäytymiseen. Tämän työn tuloksia vertailtiin sekä Sydänpolku-hankkeessa vuonna 2009 että kansallisessa Kouluterveyskyselyssä vuonna 2008 Uudeltamaalta saatuihin tuloksiin. Vastausten pohjalta tehtiin myös sukupuolten välistä, alueellista sekä ristiin vertailua.

Tutkimuksen tuloksia on mahdollista hyödyntää kyseisten koulujen opetussuunnitelmien kehittämisessä.

2 Nuorten terveyden riskitekijät ja ennaltaehkäisy

Monilla nuorilla on todettu samanaikaisesti koulunkäyntiin, sosiaaliseen kanssakäymiseen ja terveyteen liittyviä ongelmia. Tällöin varsinkin peruskouluikäisten kohdalla kodin ja koulun yhteistyön merkitys korostuu nuoren kasvun tukemisessa. Kaikki vanhemmat eivät osaa tai jaksa riittävästi tukea aikuistuvia nuoria. Varhaista puuttumista ja ennaltaehkäisyn näkökulmaa ajatellen opettajien valppaus sekä kouluterveydenhoitajien vastaanotot ovat kiistatoman tärkeitä. (Linnakangas & Suikkanen 2004.)

Lapsen ja nuoren sosiaalisen alkupääoman karttumiseen vaikuttavat suuresti kasvuympäristöstä tulevat arvot, asenteet ja normit. Jokaisella lapsella ja nuorella on yksilöllinen käsitys hyvästä terveydestä. Kun on puhe lapsesta ja nuoresta, on selvää että terveystietoutteen vaikuttavat omien kokemusten lisäksi vahvasti vanhempien esimerkki, näkemykset ja kokemukset terveydestä. Myös muut ympäristön suomat mahdollisuudet muovaavat terveyskäsitystä. Terveys ei koskaan voi olla tasa-arvoista, koska siihen vaikuttavat mm. yksilön ja koko perheen perinnölliset, aineelliset, kulttuuriset ja psykososiaaliset voimavarat. Nämä tekijät jakautuvat yksilöille epätasaisesti jo lapsuus- ja nuoruusvuosina. Lapsen saaman sosiaalisen alkupääoman katsotaankin koostuvan kasvuympäristön arvoista ja normeista, yhteisön sosiaalisesta tukiverkosta, sekä luottamuksesta. Erityisen tärkeää lasten ja nuorten terveydenedistämässä olisi kiinnittää huomiota kaikilta elämän alueilta tuleviin tekijöihin, jotka joko ylläpitävät tai kärjistävät terveyseroja. (Jakonen 2005; Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005.)

2.1 Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin kartoittamaan pääasiassa nuorten sydän- ja verisuonisairuksiin altistavia riskitekijöitä. Sydän- ja verisuonisairuksiin vaikuttavia yksittäisiä riskitekijöitä on tänä päivänä tunnistettu jo yli 200. Korkea kolesteroli, kohonnut verenpaine, tupakointi ja runsas alkoholinkäyttö ovat sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä, joiden vaikutuksesta sairastumisriskiin on runsaasti tutkittua tietoa. Sairastumisen riski on suurempi ihmisillä, joilla esiintyy useampi riskitekijä. Lisäksi tutkimuksin on osoitettu, että ihmisillä jotka sairastavat diabetesta, ovat ylipainoisia tai liikkuvat vähän, on lisääntynyt riski sairastua sydän- ja verisuonisairauteen. Korkea ikä, miessukupuoli ja perinnöllinen taipumus sairastua sydän- ja verisuonisairuksiin puolestaan ovat riskitekijöitä, joihin ei voida vaikuttaa. (Roine & Teikari 1998.)

2.1.1 Korkea verenpaine

Suurin osa kohonneesta verenpaineesta johtuu elintavoista. Riskitekijöinä ylipaino (etenkin keskivartalolihavuus), runsas ruokasuolan käyttö, runsas rasvojen käyttö (veren korkeat kolesteroliarvot), stressi, tupakointi, sokeriaineenvaihdunnan häiriöt, alkoholin liikkäyttö, vähäi-

nen liikunta ja perintötekijät ovat hypertensioon altistavia tekijöitä. Valtaosalla väestöstä verenpaine nousee myös iän myötä. Verenpaineen kohoaminen voi johtua myös muusta sairaudesta, tätä sekundaarista hypertensiota on noin viisi prosenttia väestön kohonneesta verenpaineesta. (Mustajoki 2009a.)

Korkean verenpaineen hoidossa hoitotavoitteeseen pyritään ennaltaehkäisyllä, elintapamuutosten ja lääkehoidon avulla. Hoito perustuu ensisijaisesti elämäntapamuutoksiin ja itsehoitoon. Painon pudottaminen, liikunnan lisääminen, tupakoinnin lopettaminen ja runsaan alkoholikäytön vähentäminen alentavat verenpainetta. Ruokavaliossa kiinnitetään erityistä huomiota suolan käytön vähentämiseen, vihanneksista saatavan kaliumin ja magnesiumin saannin turvaamiseen sekä lakritsituotteiden välttämiseen. Elintapamuutokset ja muu itsehoito ovat tärkeitä myös silloin kun kohonneeseen verenpaineeseen joudutaan aloittamaan lääkehoito. Hoitamattomana korkea verenpaine voi aiheuttaa kohde-elinvaurioita, koska se rasittaa vuosien mittaan valtimoita, sydäntä ja munuaisia. (Mustajoki 2009a.)

Normaaleina verenpaine arvoja pidetään jos systolinen ja diastolinen verenpaine ovat alle 130/85 mmHg. Tavoiteltava verenpaine on aikuisilla kuitenkin 120/80 mmHg. Verenpainetaudista puhutaan silloin, kun verenpaine arvot ovat toistuvasti kohonneet yli yleisen hoitotason ja aiheuttanut vähintään yhden kohde-elinvarion. Lääkehoito aloitetaan, jos verenpaine on kohonnut toistuvasti yli 160/100 mmHg. (Käypähoito 2005; Nikkilä 2007.)

2.1.2 Tupakka ja alkoholi

Päihteet vaikuttavat riskitekijöinä monella eri tavalla. Alkoholi ja sen aineenvaihdunta lisäävät elimistössä sympaattisen hermoston aktiivisuutta. Energiapitoinen alkoholi aiheuttaa myös ylipainon kertymistä, joka nostaa verenpainetta. Runsas alkoholin käyttö kasvattaa myös rytmihäiriöiden, sydämen vajaatoiminnan ja valtimotautiin sairastumisen riskiä. (Sydänliitto 2008b.) Alkoholin tuomat vaikutukset elimistöön alkavat jo nuorena ja alkoholista aiheutuvat terveysriskit ovat nuorilla kaksinkertaiset aikuisiin verrattuna. Näin ollen ennaltaehkäisyn merkitys juuri nuorten kohdalla korostuu. (Lamminpää 2004.)

Tupakkatuotteet lisäävät sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. Tupakan palaessa syntyy aina verisuonien seinämiä vaurioittavia tuotteita, jotka aiheuttavat verisuonten kalkkeutumista ja jäykistymistä. Tämä aiheutuu jatkuvasta tulehdusreaktiosta verisuonten seinämissä, joka puolestaan aiheuttaa veren LDL- kolesterolin nousua sekä HDL- kolesterolin laskua. Kalkkeutumisen myötä tupakointi lisää verihiutaleiden kerääntymistä ja takertumista toisiinsa, jolloin veri paakkuuntuu ja paksuntuu. (Sydänliitto 2008a.)

2.1.3 Kolesterol

Suurentunut veren kolesterolimäärä on yksi merkittävimmistä valtimotaudin riskitekijöistä. Valtimotaudissa elimistön verta kuljettavien valtimoiden sisäkalvon alle muodostuu kolesterolikertymiä eli ateromaplakkeja. Valtimoiden sisäkalvoon kertyneet ateromaplaakit aiheuttavat kasvaessaan ja sisäänpäin pullistuessaan valtimoiden ahtautumista. Pahimmillaan ne voivat tukkia koko valtimon. Herkimmin ahtautuvat sydämen sepelvaltimot, joiden tukkeutumisesta seuraa pahimmassa tapauksessa sydäninfarkti. (Mustajoki 2009b; Mustajoki 2009c.)

Kolesterolin haitallisuuteen vaikuttavat myös muut samanaikaiset valtimotaudin riskitekijät, kuten tupakointi, kohonnut verenpaine, ylipaino, vähäinen liikunta ja diabetes. Kolesterolin kertymiseen valtimoiden sisäkalvon alle menee vuosia, mutta sen kertyminen voi alkaa jo nuorena. Terveellinen vähärasvainen ravinto, normaalipainossa pysyminen, tupakoinnin lopettaminen ja liikunta alentavat kolesteroliarvoja. Ruokavaliassa tulisi kiinnittää erityistä huomiota tyydyttyneiden rasvojen määrään. HDL-kolesteroliin ei ruokavaliolla pystytä suoraan vaikuttamaan, mutta vyötärölihavuus ja vähäinen liikunta pienentävät veren HDL-kolesterolin määrää. Laihuttaminen ja liikunnan lisääminen vastaavasti nostavat HDL-kolesterolin määrää. (Mustajoki 2009b; Mustajoki 2009c.)

2.1.4 Ylipaino

Lihavuudella tarkoitetaan kehon normaalia suurempaa rasvakudoksen määrää. Liikaravasta suurin osa kertyy ihon alle, mutta rasvaa kertyy myös muualle kehoon, esimerkiksi vatsaonteloon. Lihavuus johtuu aina siitä että energiansaanti ruuasta on ollut pitkään suurempi kuin energiankulutus. Ruumiillisen työn ja arkiliikunnan väheneminen sekä lisääntynyt TV:n ja tietokoneen ääressä istuminen ovat vähentäneet ihmisten energiankulutusta. Kiireiseen elämäntyyliin liittyvä stressi, lyhentynyt yöuni ja erilaiset psyyken häiriöt altistavat myös lihavuudelle. Vastaavasti energiansaantia ovat lisänneet ruuan suuri rasvamäärä ja perheen yhteisten kotiaterioiden tilalle muodostunut napostelukulttuuri. Vanhempien lihavuudella ja elämäntavoilla onkin suuri merkitys lasten lihavuuteen jo varhaisessa lapsuudessa sekä myöhemmin aikuisena. (Mustajoki 2009d; Nuori Suomi 2008; Käypähoito 2005.)

Lasten ja nuorten lihavuuden hoito ja ennaltaehkäisy on haastavaa. Onnistunut hoito vaatii lapsen tai nuoren koko lähiympäristön sitoutumista ja yhteistyötä. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan lasten ja nuorten ylipaino on lisääntynyt 2-4-kertaiseksi kuluneen 25 vuoden aikana. Lasten ja nuorten energiansaanti ei ole erityisesti kasvanut, mutta perusliikunta on vähentynyt mm. television katselun ja tietokoneiden käytön lisääntyessä. (Mustajoki 2009d; Nuori Suomi 2008; Käypähoito 2005.) Liikunnan merkitystä sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisyssä ei myöskään voida ohittaa. Liikunnalla on tutkitusti terveyttä edistäviä vaikutuksia myös ilman ylipainoon liittyvää painonpudotusta tai painonhallintaa. Esimerkiksi sydä-

men ja hengityselimistön kohtuullinen rasittaminen ja näin saatu parempi kunto edesauttavat jo itsessäänkin alentamaan sydän- ja verisuonisairauksien syntymistä. (Martins ym. 2010.)

2.1.5 Diabetes

Diabetes on sairaus, jossa veren sokeripitoisuus on suurentunut eli puhutaan hyperglykemias-ta. Kohonnut veren sokeripitoisuus johtuu joko insuliinihormonin puutteesta, sen heikenty-neestä kudosaikukuksesta (insuliiniresistenssi) tai näiden kahden tekijän yhteisvaikutuksesta. Tyypin 1 diabetes aiheutuu haiman insuliinia tuottavien solusaarekkeiden tuhoutumisesta, josta seuraa insuliinin puute. Tyypin 2 diabeteksessa kyseessä on puolestaan insuliinin tehot-tomuus, mikä johtuu siitä, että insuliinin säätelemän sokerin siirtyminen verestä soluihin on häiriintynyt. Tällöin haima tuottaa insuliinia koko ajan enemmän ja solut väsyvät. (Mustajoki 2009e.)

Jos oireettoman henkilön veriplasman glukoosipitoisuus on pysyvästi yön paaston jälkeen yli 7,0 mmol/l tai glukoosirasituskokeen kahden tunnin arvo ylittää 11 mmol/l, on kyseessä dia-betes. Tulokset on tarkistettava vielä eri päivinä, jos diagnoosi perustuu vain jompaankum-paan edellä mainituista arvoista. Diabetes voidaan todeta myös henkilöllä jolla on diabetek-sen oireet (jano, suuret virtsamäärät, laihtuminen) satunnaisen glukoosiarvon ylittäessä 11 mmol/l. (Käypä hoito 2007a.) 1 tyypin diabeteksen oireita ovat laihtuminen, jano, väsymys sekä virtsamäärien lisääntyminen. 2 tyypin diabetes alkaa vähitellen ja saattaa kehittyä vuo-sia ennen sairauden diagnosointia ja sairaus löytyykin yleensä vahingossa. Aterioiden jälkeen saattaa esiintyä väsymystä ja ajan mittaan verensokerin kohotessa esiintyy virtsanerityksen lisääntymistä sekä janon tunnetta. (Mustajoki 2009e.)

Perimä ja elintavat vaikuttavat diabeteksen puhkeamiseen. Lapsen riski sairastua tyypin 1 diabetekseen 20 vuoden ikään mennessä on 5,3 % jos äidillä on tyypin 1 diabetes ja 7,8 % jos isällä on. Tyypin 1 diabetes ei ole nykytiedon valossa ehkäistävissä. Tyypin 2 diabeteksen sai-rastumisriski on puolestaan 40 % jos toisella vanhemmista on tyypin 2 diabetes. Molempien vanhempien sairastaessa riski on 70 %. Tyypin 2 diabeteksen todennäköisyyttä lisää ylipaino ja erityisesti keskivartalolihavuus, korkea ikä, raskausdiabetes, diabeteksen esiintyminen suvus-sa, vähäinen fyysinen aktiivisuus, kohonnut verenpaine sekä valtimosairaudet. Elintapamuu-tokset ovat ensisijainen keino vähentää 2 tyypin diabeteksen riskiä. (Käypähoito 2007.)

3 Nuorten terveystietäytyminen, terveystietoisuus ja terveydenlukutaito

Lasten ja nuorten terveystietäytymiseen on viime vuosina kiinnitetty yhä enemmän huomio-ta. Suomessa valtioneuvoston periaatepäätös linjaa Terveys 2015 -kansanterveysohjelman kautta koko väestölle tavoitteeksi pidemmän terveen eliniän, pienemmät terveyserot ja li-

sääntyneen tyytyväisyyden terveydenhuoltopalveluihin. Lapset ja nuoret on erityisesti huomioitu asettaen tavoitteeksi heidän terveytensä ja yleisen hyvinvointinsa parantuminen, sekä tupakoimattomuuden tukeminen ja huumausaineiden käytön vähentäminen. (Jakonen 2005.)

Terveyskäyttäytymiseen liittyy käsitteenä myös ns. terveyslukutaito, jolla tarkoitetaan oppimista; terveyttä koskevan tiedon ja taitojen oppimista ja niiden omaksumista, sekä yksilön terveysarvojen ja - asenteiden selkiytymistä. Terveystietoisuudella puolestaan tarkoitetaan nuorten terveyttä koskeva tiedon ja taidon lisääntymistä. Nuoren kasvaessa muotoutuvat myös terveyttä koskevat asenteet. Nuoren saavuttama terveyttä koskeva tieto ei kuitenkaan aina käänny taitavaksi terveyskäyttäytymiseksi. (Puuronen 2009; Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005.)

3.1 Terveyskäyttäytyminen

Tämän päivän lapset ja nuoret elävät erilaisessa tilanteessa kuin heidän vanhempansa ja iso-vanhempansa. Nykymaailma on kansainvälistynyt, yhteiskunnan arvot ja asenteet ovat muuttuneet ja elektroninen tiedonvälitys on yleistynyt. Itsemääräämisoikeus on korostunut, valinnan vapaus, yleinen stressi, kilpailu, kiire ja juurettomuus, sekä ympäristöongelmat ovat lisääntyneet. Kaikki nämä tekijät vaikuttavat lasten ja nuorten kasvuun ja terveyteen. (Laitakari 2000; Puuronen 2006, 15-16.)

Jatkuva nopea kehitys ja sitä kautta tuleva lisääntynyt informaation saatavuus ja laajuus asettavat lisähaasteita oppimiselle. Valtava tietomäärä ja sen hallinta, sekä tiedon oikeellisuuden arviointi on tästä syystä nykynuorille aikaisempia sukupolvia vaikeampaa. Tiedon saannin riittävydestä on nyt siirrytty ikään kuin ylitarjontaan. Tiedon hankinnan sijaan nuorten tulisi keskittyä saadun tiedon oikeellisuuden pohdintaan ja sen toiminnalliseen toteuttamiseen. Terveysosaaminen on siis ennen muuta kykyä omaksua ja soveltaa terveystietoutta, joka puolestaan vaatii omakohtaista arvopohdintaa. (Jakonen 2005; Puuronen 2006, 11-12.)

Nuorten terveyskäyttäytyminen rakentuu psyykkisten ja fyysisten osatekijöiden lisäksi myös suhteesta omaan sosiaaliseen lähiyhteisöön ja vallitseviin nuorisokulttuureihin. Laajimmillaan sitä voidaan ajatella sovellettavan myös aina yhteiskunnan arvoihin sekä sosiaalistumista koskeviin yhteiskunnallisiin odotuksiin asti. On kuitenkin hyvä huomioida, että sosiaaliset suhteet ja sosiaaliset ympäristöt voivat olla nuorelle hyvän terveyden ymmärtämisen muodostumista tukevia, mutta myös hämärtäviä tekijöitä. (Puuronen 2009.)

Nuorten terveyskäyttäytymiseen vaikuttaa osaltaan myös perheen sosioekonominen asema. Viime vuosina on maailmanlaajuisesti alettu ymmärtää, että nuorten terveyskäyttäytymisellä ja opituilla elämäntavoilla on suora yhteys tulevaisuuden aikuisten ja koko väestön hyvinvointiin. Etenkin Euroopassa tutkitaan nyt jatkuvasti nuorten terveystietoa ja käyttäytymistä ja

mm. Euroopan Unioni rahoittaa monia hankkeita ja panostaa näin nuorison sekä varhaisaikuis-ten hyvinvointiin. Parhaillaan meneillään olevassa Teenage-projektissa esimerkiksi pyritään lisäämään tietoa ja vähentämään sosioekonomisten erojen vaikutusta nuorten keskuudessa. Projektissa pyritään vaikuttamaan nuorten fyysiseen aktiivisuuteen, ruokavalioon ja tupakointiin sekä alkoholinkäyttöön viidessä EU-maassa. (Johansen, Rasmussen & Madsen 2006; van Lenthe ym. 2009.)

Viime vuosien tutkimuksin onkin osoitettu, että sosioekonominen epätasa-arvo ja tämän aiheuttamat lisääntyneet terveydelliset riskitekijät vaikuttavat jopa 30-50%:lla nuorista terveydentilaan nykyhetkellä sekä tulevaisuudessa. Esimerkiksi riski epäterveellisiin ruokatottumuksiin on suurempi alemmissa sosiaaliluokissa tai jos perheessä on työttömyyttä, alkoholismia tai muita ongelmia. Alkoholien, tupakan ja huumeiden käyttöön taas vaikuttaa eniten nuoren sosiaaliset suhteet, kaveripiiri ja kouluympäristö. Sosioekonomiselta taustaltaan heikommassa asemassa olevien nuorten elämässä kaveripiirin ja koulun merkitys korostuu. Näiden nuorten terveystietämiseen ja -tottumuksiin voidaan positiivisesti vaikuttaa lisäämällä kouluympäristöstä saatavaa terveystietoutta ja antamalla nuorille tarvittavaa tukea. (Johansen, Rasmussen & Madsen 2006; van Lenthe ym., 2009.)

Tutkittaessa nuorten terveystietämistä kiinnostavaa on, missä määrin tietty riskikäyttäytyminen liittyy nuoruuteen rajojen ja elämänhallinnan kokeilua sisältävänä elämänvaiheena, ja missä määrin käyttäytyminen aiheuttaa pysyvää asenteiden ja toiminnan muutosta. Eniten tutkimuksia aiheesta löytyykin koskien nuorten tupakointia, alkoholin ja huumeiden kokeilua ja kulutusta. Etenkin nuorten tupakointia on tutkittu Euroopassa paljon, mm. ESFA (European Smoking prevention Framework Approach) tukee jatkuvasti hankkeita ja tutkimuksia nuorten tupakoinnin vähentämiseksi monissa eri Euroopan maissa. (de Leeuw ym. 2008; Johansen, Rasmussen & Madsen 2006; Mercken ym. 2009.)

Merckenin ym. (2009), sekä Rainion ja Rimpelän (2008) tekemissä tutkimuksissa on osoitettu, että sosiaaliset suhteet, kaveripiiri ja vanhempien sekä sisarusten esimerkki vaikuttavat osaltaan paljonkin siihen, alkaako nuori tupakoida ja jääkö se tavaksi. Selvitykset kertovat, että nuoret valitsevat kaveripiirinsä usein samoja käyttäytymistapoja edustavien nuorten keskuudesta ja riskikäyttäytyminen on yleisempää alhaisen sosioekonomisenperhetaustan omaavilla nuorilla.

Suomessa Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa on asetettu tavoitteeksi että 16-18-vuotiaista nuorista tupakoisi enintään 15 %. Tavoitteeseen pääsemiseen tarvitaan tiedon ja asenteiden muokkaamista niin nuorien kuin perheidenkin keskuudessa. Suomessa vuonna 2005 tehdyn selvityksen mukaan vanhempien asettama tupakointikielto tai nuoren kannustaminen tupakoimattomuuteen vaikuttavat huomattavasti riskikäyttäytymisen vähenemiseen ja esiintyvyyteen, vaikka vanhemmat itsekin tupakoisivat. Sallivasti tai välinpitämättömästi suh-

tautuvien vanhempien lapset puolestaan tupakoivat huomattavasti enemmän ja useammin. (Rainio & Rimpelä 2008.)

Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös kuudessa Euroopan maassa tehdyssä tutkimuksessa, jonka mukaan ikätovereiden esimerkki vaikuttaa eniten nuorten tupakoinnin aloittamiseen ja jatkuvuuteen. Tupakoinnin lopettaneiden nuorten keskuudessa kaveripiirin epäsuotuisa vaikutus väheni, tupakoinnin aiheuttamat haitat huomattiin paremmin ja uskottiin tupakoinnin lopettamisen pysyvyyteen. (Dijk ym. 2007.) Hollannissa 2008 tehdyn perheille suunnatun tutkimuksen mukaan nuorena tupakointi ja positiivinen asenne tupakkaan eivät suoraan ennakoineet jatkuvaa tupakointia pidemmällä aikavälillä. Varhainen tupakointi kuitenkin näyttäisi vaikuttavan kokonaistupakointia lisäävästi juuri siinä syntyvien positiivisten asenteiden kautta. (de Leeuw ym. 2008.)

3.2 Terveystietoisuus ja terveydenlukutaito

Käsite terveydenlukutaito on vielä vakiintumaton ja sillä on erilaisia määritelmiä. WHO nosti käsitteen esiin 2000-luvulla ja se liittyy WHO:n huoleen terveyden- ja hyvinvoinnin epätasaisesta jakautumisesta, sekä ajatukseen lukutaidon ja terveyden välisestä yhteydestä. Maailmanlaajuisesti ajateltuna heikko kielitaito ja lukutaidottomuus vaikuttavat elintason, taloudelliseen eriarvoisuuteen, koulutusmahdollisuuksiin sekä sairastavuuteen. Lukutaidottomuuden, sosioekonomisen hyvinvoinnin ja terveyden välillä on siis kiistaton yhteys. Terveydenlukutaidontasoa pidetäänkin eri terveystietoisuuden ja toimivan vuorovaikutuksen mittarina ja sillä voidaan arvioida terveystietoisuuden muuntumista terveystietoisuudeksi. (Jakonen 2005; Leskinen & Koskinen-Ollonqvist 2000.)

Lukutaidon merkitys yhteiskunnassa selviytymiseen, koulutukseen ja myöhemmin työllistymiseen on selvästi havaittavissa. Heikko lukutaito on este opiskelulle ja vaikuttaa myös nuoren itseluottamuksen ja itsearvostuksen kehittymiseen. OECD:n 1990-luvulla tekemien kansainvälisten tutkimusten mukaan joka neljäs aikuinen ei saavuta työssä ja elämässä selviytymiseen tarvittavaa lukutaidon minimitasoa. Suomessa väestön lukutaidontaso on kuitenkin yleisesti ottaen hyvä ja suomalaiset nuoret ovat kansainvälisissä lukutaitotutkimuksissa olleet menestyksekkäitä. Myös suomalaisten aikuisten lukutaito on todistettu hyväksi, mutta meilläkin kotien sosioekonomiset taustat näkyivät nuorten oppimistuloksissa. Erot olivat kuitenkin OECD:n keskiarvoja pienempiä. On kuitenkin huomioitava, että koulutustason ja sosioekonomisten tekijöiden taustalla voi olla myös luki- tai oppimisvaikeutta. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005.)

Lukutaitoa voidaan määritellä myös laajemmin. Tällöin puhutaan perinteisen lukutaidon lisäksi kuvan, tietotekniikan, median, ympäristön, kulttuurin, perinteen, taiteen ja tieteen, moraalien sekä arvojen lukutaidosta. Tällöin määritelmä on kuitenkin lähempänä yleissivistyksen

käsitettä. Laajemmassa mielessä terveydenlukutaidolla tarkoitetaan myös lasten ja nuorten kykyä ja harjaantumista vuorovaikutukseen. Hyvän terveydenlukutaidon saavuttanut nuori osaa hyödyntää saamaansa tietoa, tunnistaa eri riskitekijöitä ja hankkia tarvitsemaansa uutta tietoa. Nuoren saavuttamaa terveydenlukutaitoa kuvastavat hänen kognitiiviset ja sosiaaliset taitonsa. Nämä taidot määrittelevät nuoren kyvyn, edellytyksen ja motivaation saavuttaa, ymmärtää ja osata myös käyttää saamaansa terveystietoa hyväkseen. Niinpä terveydenlukutaidon oppiminen perustuu samoille periaatteille kuin lukutaidon oppiminenkin, ja vuorovaikutuksella on siinä suuri merkitys. Se että tänä päivänä pystymme itse hakemaan terveystietoa esimerkiksi Internetistä muuttaa myös palvelujärjestelmäämme ja asettaa sille uusia haasteita. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005; Leskinen & Koskinen-Ollonqvist 2000; Warsell 2004.)

Terveydenlukutaitoa on luokiteltu kolmeen eri tasoon yleisen lukutaidon tavoin. Tasot ovat perus-, toiminnallinen- ja kriittinen terveydenlukutaito. Perusterveydenlukutaito tarkoittaa yksilön olemassa olevia terveystietoja. Toiminnallinen terveydenlukutaito on terveystietojen lisäksi taitoa ja valmiuksia soveltaa tietoa uusissa tilanteissa. Kriittinen terveydenlukutaito taas sisältää edellisten taitojen lisäksi vielä yksilön kyvyn kriittiseen pohdintaan ja hyvien terveysvalintojen tekemiseen. Näillä tasoilla kuvattuna on terveydenhuoltohenkilöstön ehkä helpompi valita kunkin yksilön terveysneuvontaan sopivaa lähestymistapaa. Usein ei kuitenkaan ole tarpeen erotella toiminnallista ja kriittistä terveydenlukutaitoa, sillä yhdessä ne muodostavat toiminnallisen terveydenlukutaidon. Voidaan ajatella, että elämäntilanteiden muuttuessa myös terveydenlukutaidon painopistealueet vaihtuvat. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005.)

Terveydenlukutaidolla tarkoitetaan myös kykyä lukea ja ymmärtää erilaista terveystietoa kuten lääkkeiden käyttö- tai hoito-ohjeita, tai kykyä osata hakeutua tarvitsemansa terveydenhuoltopalvelun piiriin. Pyrkimällä parempaan terveydenlukutaidon oppimiseen edesautetaan nuorison terveysosaamisen kehittymistä. Tällaiseen kehitykseen tarvitaan kuitenkin opetuksen lisäksi myös yksilön kykyä omaksua ja soveltaa terveystietoja - ja taitoja jokapäiväisessä elämässä. Terveydenlukutaito on myös yksilön valmiutta selviytyä terveyteen liittyvistä asioista ja taitoa toimia terveydenhuoltojärjestelmässä. Eri tutkimuksin on osoitettu, että heikon terveydenlukutaidon omaavilla henkilöillä on niukat tiedot omasta terveydentilastaan ja sairauksiensa hoidosta sekä sen vuoksi heikompi terveys. He myös käyttävät muuta väestöä vähemmän ehkäiseviä palveluja ja heillä on hyvän terveydenlukutaidon omaaviin verrattuna enemmän sairaalakäyntejä. Meillä Suomessa heikko terveydenlukutaito voi liittyä huonoon kielitaitoon (esimerkiksi maahanmuuttajat), yleiseen lukutaidon heikkouteen tai riittämättömään terveysopetukseen/neuvontaan. Ongelmat voivat myös liittyä terveysneuvonnan toteutukseen tai siinä ilmeneviin vuorovaikutusongelmiin. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisikin huomioida, että lapset ja nuoret ja heidän vanhempansa ovat terveydenlukutaitoltaan hyvinkin erilaisia. Terveydenlukutaidon kehittyminen on siis jatkuva elinikäinen pro-

sessi, ja vuosien varrella nuoren edistyessä paranevat myös hänen kykynsä hallita, jäsentää ja ymmärtää terveyteensä vaikuttavia tekijöitä ja tilanteita. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005; Leskinen & Koskinen-Ollonqvist 2000; Hoitotyön vuosikirja 2003, 124-131.)

Terveydenlukutaitoa voidaan tarkastella myös metaforana. Tällöin käsitteellä kuvataan yksilön tietoja, taitoja ja itseluottamusta toimia sekä oman että ympäröivän yhteisön terveyden hyväksi. Esimerkkinä voidaan mainita omien elämäntapojen muuttaminen ja sitä kautta läheisten tai ympäristön elinoloihin vaikuttaminen. Hyvä terveydenlukutaito on myös kykyä ja valmiutta tunnistaa oman elimistön ja ympäristön viestejä, sekä kykyä toimia oman terveyden edistämiseksi. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005.)

3.3 Koulun merkitys terveydenlukutaidon oppimisessa

Lasten ja nuorten kohdalla koulu nähdään erityisen tärkeänä terveyden edistämiseen keskittyvänä organisaationa, koska se tavoittaa lähes kaikki lapset ja nuoret vähintään yhdeksän vuoden ajan. Kouluilla on lakisääteinen velvoite kehittää oppilaiden ja kouluyhteisön terveyttä opetussuunnitelmatyön avulla. (Lerssi, Sundström, Tervaskanto-Mäentausta, Väistö, Puusniekka, Markkula & Pietikäinen 2008.)

Terveydenlukutaidon perusta luodaan lapsuudessa ja nuoruusvuosina. Terveyteen liittyviä asioita opitaan kodin lisäksi myös koulussa, eri terveydenhuollon kontakteissa sekä muissa sosiaalisissa yhteisöissä. Suomessa terveystieto saatiin oppiaineeksi kouluihin vuonna 2002 ja silloin alkoi myös opetussuunnitelmien ja terveystiedon oppikirjojen työstö sekä opettajien täydennyskoulutus. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005; Vertio 2003, 106-107.)

Koulun terveystiedon opetuksen tehtävä on tasoittaa terveydenlukutaidon lähtökohtaeroja suomalaisten lasten ja nuorten elämässä, sekä lisätä terveyden tasa-arvoa väestötasolla. Suomessa koululaitoksen roolia lasten ja nuorten terveydenlukutaidon oppimisessa on pyritty vahvistamaan mm. koululakiuudistuksella, joka lisäsi terveystieto-oppiaineen perusopetukseen, lukioon ja ammatillisiin oppilaitoksiin. Kouluterveydenhuollon lähtökohtana on, että koululainen on itsenäinen asiakas. Jos kyseessä on alaikäinen lapsi, huomioidaan tietysti myös perheen mukanaolo. Kouluterveydenhoitajan ja muun ammattihenkilöstön on lapsia ja nuoria kohdatessaan aina huomioitava heidän perhetaustansa ja yhteistyö vanhempien kanssa. Koululaisten terveydenlukutaidon oppimisen edellytyksiin liittyy olennaisesti myös kouluyhteisöjen oma terveyttä edistävä toimintakulttuuri. (Jakonen 2005; Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005.)

Terveystiedon opetus on integroitu osaksi yleissivistävää opetusta ja sen katsotaan tänä päivänä olevan yleissivistystä siinä kuin historian tai luonnontieteidenkin. Terveysopetus kuuluu siis koululaitoksen tehtäviin. Suomessa terveystiedon opetuksen tavoitteet, sisällöt ja arviointiperusteet on määritelty valtakunnallisessa opetussuunnitelmassa. Painopistealueet ovat oppilaiden terveystietojen ja -taitojen, terveellisten elämäntapojen, ja terveystottumusten

vahvistamisessa. Opetussisältöjä ovat mm. kansantaudit, tavallisimmat tartuntataudit ja sairaudet, oireiden tunnistaminen ja itsehoito, sekä keskeiset terveydenhuolto- ja hyvinvointipalvelut. Lisäksi lapsille ja nuorille opetetaan perustietoa eri sairauksista. Opetuksella pyritään lisäämään nuorten valmiuksia ottaa vastuuta omasta käyttäytymisestään ja toimimaan sekä oman että toisten terveyden edistämiseksi. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005; Hoitotyön vuosikirja 2003, 124-131.)

Terveystiedon opetuksessa jokainen kunta ja koulu määrittelevät oman opetussuunnitelmansa perustuen valtakunnalliseen suunnitelmaan, huomioiden samalla paikalliset erityistarpeet ja kulttuurin. Vaikka terveystiedon opetusvastuu on terveystietoon pätevöityneellä opettajalla, on myös koululääkärin ja -terveydenhoitajan tärkeää osallistua terveyden- ja sairaanhoidon asiantuntijoina opetuksen suunnitteluun, oppimateriaalin arviointiin sekä opetukseen. Tärkeintä lasten ja nuorten terveystietämisessä on kuitenkin se, että opetussuunnitelman tavoitteet ja sisällöt toteutuisivat käytännön opetuksessa ja näkyisivät sekä koulun toimintakulttuurissa, että kodin ja kouluterveydenhuollon kanssa tehtävässä yhteistyössä. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005; Hoitotyön vuosikirja 2003, 124-131.)

Yleisesti toteutuva perustason terveysneuvonta on asiantuntijakeskeistä ja sairaus- ja ongelmalähtöistä. Asiantuntijalähtöiselle toiminnalle on tyypillistä neutraali tiedonsiirto asiantuntijalta asiakkaalle, esimerkkinä kouluterveydenhoitajan antama neuvonta riskiryhmään kuululle tupakoivalle tai ylipainoiselle koululaiselle. Perustason neuvonnan tavoitteena on saavuttaa käyttäytymisen muutos. Tiedon sekä toimintaohjeiden antamisessa painotetaan ongelmaa ja sen poistamiseksi vaadittua toimintaa. Tällöin ei useinkaan huomioida lapsen tai nuoren elämää kokonaisuutena. Terveystietäminen pohjautuu näin behavioristiselle oppimiskäsitykselle ja terveydenlukutaidon oppiminen jää yleensä pintaoppimisen tasolle. Kuitenkin vaikkapa elämäntapamuutoksia, terveystietäytymisen paranemista, tai hoitoon sitoutumista tavoiteltaessa, on pelkkä tiedon lisääminen osoittautunut tehottomaksi. Toiminnallisen terveydenlukutaidon tasolla puolestaan pyritään terveysneuvonnan asiakaslähtöisyyteen. Yhdessä oppiminen ja lapsen ja nuoren voimavarojen huomioiminen auttavat nuorta sisäistämään asiaa. Asiakaslähtöisessä terveysneuvonnassa perusajatuksena on asiantuntijan taitojen yhdistäminen lapsen ja nuoren tuomien kysymysten ja ongelmien ratkaisemiseen. Asiakaslähtöinen neuvonta lähtee lapsen tai nuoren tasolta ja toteutetaan hänen ikäkauteensa ja elämäntilanteeseensa sopivalla tavalla. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005.)

Tärkeää on myös painottaa vanhemmille, että terveydenlukutaidon aakkoset lapsi oppii kotonaan. Kouluterveydenhuollon tehtävänä ja keskeisenä sisältönä puolestaan on tukea lasten ja nuorten terveystietojen ja -taitojen kehittymistä, tarjota psykososiaalista tukea, sekä vaikuttaa mahdollisuuksien mukaan nuoren terveysvalintojen taustalla oleviin ympäristö- ja yhteisöllisiin tekijöihin. Terveystietäminen on oltava lapsen ja nuoren kokemusmaailmaan sopivaa ja ymmärrettävää. Asiantuntijoiden on lisäksi tiedostettava, että nuoren valintojen ja käyt-

täytymisen taustalla ovat useimmiten aivan muut kuin terveysnäkökohdat. Terveydenedistämisen toteutumisen kannalta olennaista onkin juuri se, että lapsi ja nuori voivat keskustelun ja uuden tiedon avulla löytää perusteluja käyttäytymisen tai toiminnan muutoksille. Tätä kautta voidaan luontevasti tukea lasten ja nuorten terveyttä edistäviä valintoja. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005.)

Tavoitteena paremman terveydenlukutaidon saavuttamisessa on varmistaa lasten ja nuorten persoonallinen kasvu ja kehitys, jossa terveys ja sen vaaliminen kuuluvat osana elämään. Tämä vaatii tulevaisuudessa lisääntyvää yhteistyötä vanhempien ja koulu yhteisön välille. Yhteistyön tehostamisella ja toimintamallien kehittämällä voidaan saada aikaan muutosta. Koulu-terveydenhuollon toimintakäytäntöjä on lisäksi jatkuvasti kriittisesti arvioitava ja kehitettävä. Uusien asiakaslähtöisten toimintamallien kehittäminen ja käyttöönotto edellyttävät kuitenkin yhteiskunnallisesti riittävää resursointia ja koulutuksen lisäämistä. Terveysneuvonnasta pitäisi siirtyä enemmän toiminnallisen terveydenlukutaidon kehittämiseen. Toimivamman terveyskasvatuksen seurauksena toivotaan väestön itsehoidon paranevan ja sairastuvuuden sekä terveyspalvelujen tarpeen vähenevän. Hyvillä tuloksilla on myös kansanterveydellinen ja - taloudellinen näkökulma. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005.)

3.4 Tutkittua tietoa nuorten terveyskäyttäytymisestä

Nuorten terveyskäyttäytymisestä löytyy runsaasti tutkittua tietoa. Suomessa laajin ja kattavin tutkimus on Stakesin vuosittain toteuttama Kouluterveyskysely (Taulukko 1). Muita aiheeseen liittyviä tutkimuksia ovat lasten ja nuorten terveysseurannan kehittämishanke-Late, sepelvaltimotaudin riskitekijöiden interventioprojekti Strip sekä Euroopan terveet koulut-projekti (Taulukko 1). Laurea-ammattikorkeakoulussa Lohjalla vuonna 2008 aloitetussa Ennakoiva hoito ja tulevaisuus -hankkeen Sydänpolku-osiossa kartoitettiin sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ja niiden ennaltaehkäisyä tutkimalla nuorten terveyskäyttäytymistä Lohjan alueella. Vuonna 2009 hankkeessa toteutettiin ensimmäinen kyselytutkimus Lohjan alueen yhdeksäsluokkalaisille. Tässä opinnäytetyössä hankkeessa vuonna 2009 saatuja tuloksia esitellään Sydänpolku-hankkeen nimellä.

Tämä opinnäytetyö toteutetaan osana Sydänpolku-hanketta ja tutkimuksen tarkoituksena on saada lisää tutkimusnäyttöä yhdeksäsluokkalaisten terveydenlukutaidosta, laajentamalla kyselytutkimus koskemaan Lohjan yläkoulujen lisäksi koko Lohjan ja Karviaisen alueen yhdeksäsluokkalaisia. Tutkimuksessa kartoitettiin nuorten terveystietoutta, asenteita ja elämäntapoja. Tämän tutkimuksen tuloksia verrataan Sydänpolku-hankkeen ensimmäisen vaiheen tuloksiin sekä Kouluterveyskyselyn vuoden 2008 Uudenmaanläänin tuloksiin.

Tutkimuksen nimi	Aika	Tutkimuksen tarkoitus	Tulokset
Kouluterveyskysely, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama	Vuosittain tehtävä, eri lääneihin kohdistuva	8. ja 9. luokkalaisten sekä lukion 1. ja 2. luokkalaisten elin- ja kouluoloja, terveyttä ja terveyskäyttäytymistä ja terveysosaamista kartoittava tutkimus	Tuloksia käytetään opetuksen laadun parantamiseen ja kehittämiseen sekä ajantasaisen tiedon saamiseksi nuorten terveydestä
Lasten ja nuorten kehittämishanke-Late, Kansanterveyslaitoksen käynnistämä	Alkanut vuonna 2006 ja jatkuu edelleen	Tavoitteena saada aikaan valtakunnallinen lasten ja nuorten terveysseurantajärjestelmä	Hanke on edelleen kesken, vastaava kehittämishanke, Opte on aloitettu vuoden 2008 alusta koskien opiskeluterveydenhuoltoa
Strip- projekti, seipältaimotautin riskitekijöiden interventioprojekti. Toteuttajana toimii Turun Yliopiston sydäntutkimuskeskus.	Alkanut vuonna 1990 7kk ikäisten lasten (N=1062) ja heidän vanhempensa tutkimuksella ja heitä tutkitaan ja seurataan edelleen	Tavoitteena on puuttua valtimokovettumataudin riskitekijöihin ajoissa. Tutkittava ryhmä on jaettu neuvonta- ja seurantaryhmiin	Tutkimuksen tuloksissa on nähtävissä positiivinen vaikutus neuvontaa saaneilla, mm. kolesteroliarvot ovat olleet alhaisempia kuin seurantar ryhmällä. Projektin perusteella on tehty mm. suositus yleiseen käyttöön liittyen rasvattoman maidon ja kasviöljylisän käytöstä 12 kk iästä alkaen
Euroopan terveet koulut - ohjelma, WHO:n aluetoimiston, EU:n ja Euroopan neuvoston kansainvälinen yhteistyöohjelma	Suomi liittyi mukaan tutkimukseen 1993	Tarkoituksena on kouluyhteisöjen terveyden edistämistoiminnan ja terveysopetuksen kehittäminen kansallisten tavoitteiden mukaisesti	Tutkimuksella on erilaisia hankkeita vuosittain ja tulosten perusteella kehitetään oppilaiden kouluviihtyvyyttä, koulun ja kodin välistä yhteistyötä sekä terveysopetusta

Taulukko 1: Nuorten terveyskäyttäytymisestä tehtyjä tutkimuksia

3.4.1 Kouluterveyskysely

Kouluterveyskysely on valtakunnallisesti toteutettava kysely, jonka avulla on kerätty jo vuodesta 1995 alkaen laajalti tietoa 8. ja 9. luokkalaisten ja lukion 1. ja 2. vuosikurssien elin- ja kouluoloista, terveydestä ja terveystottumuksista, terveysosaamisesta sekä oppilas- ja opiskelijahuollosta. Vuodesta 2008 alkaen kyselyä on tehty myös ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoille. Kouluterveyskyselyjen tulokset ovat tärkeitä työkaluja, joiden avulla opetusta ja toimintaa voidaan kehittää tarpeiden mukaan. Kysely tuottaa säännöllisesti tietoa nuorten hyvinvoinnista. Tietoa saadaan valtakunnallisesti ja kunta- sekä koulukohtaisesti.

Kyselyyn osallistuu Suomessa 97,5 prosenttia kunnista joissa on yläaste tai lukio. Kyselyä tehdään eri lääneihin tiettyinä vuosina; parillisina vuosina Etelä-Suomen, Itä-Suomen ja Lapin lääneissä ja parittomina vuosina Länsi-Suomen ja Oulun lääneissä sekä Ahvenanmaalla. Kyselyn tulokset toimivat terveyttä ja hyvinvointia edistävän toiminnan suunnittelussa ja arvioinnissa. (Lerssi ym. 2008.)

3.4.2 Late - Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittämishanke

Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittämishankkeen Laten tavoitteena on saada aikaan valtakunnallinen lasten ja nuorten terveysseurantajärjestelmä, joka perustuu neuvoloiden ja kouluterveydenhuollon keräämiin tietoihin. Hanke käynnistyi Kansanterveyslaitoksessa vuonna 2006 ja jatkuu edelleen. Lisäksi vuoden 2008 alusta aloitettiin vastaava kehittämishanke Opte, joka toteutetaan opiskeluterveydenhuollossa. Hankkeen ensimmäisessä vaiheessa testataan terveystiedon keruuta Vantaan ammattiopistossa (Varia) ja tehdään selvitys opiskeluterveydenhuollon terveystarkastusten sisällöistä ja toteuttamisesta. (Mäki & Laatikainen 2007.)

3.4.3 Strip-projekti

Sepelvaltimotaudin riskitekijöiden interventioprojekti Strip, on tällä hetkellä johtava lapsiin suunnattu ehkäisevän kardiologian tutkimus maailmassa. Tavoitteena tässä Turun yliopiston sydäntutkimuskeskuksen pitkäkestoisessa projektissa on puuttua valtimokovettumataudin riskitekijöihin ajoissa, jo tutkittavien lasten varhaislapsuudesta alkaen. Tutkimus on selkeästi osoittanut sydän- ja verisuonitautiin sairastumisen riskin liittyvän lapsuusajan elintapojen oppimiseen sekä siihen, että lapsuusiässä alkanut verisuonien seinämien muutosprosessi vaikuttaa aikuisena herkemmin sairastuneisuuteen. (Strip-projekti 2008.)

Tutkimus alkoi vuonna 1990 seitsemän kuukauden ikäisten (N=1062) lasten ja heidän perheidensä tutkimuksella. Lapsia ja perheitä tutkitaan ja seurataan aina lasten aikuisuuteen saakka. Tutkittava joukko on jaettu neuvonta- ja seurantaryhmään. Tutkimuksen tuloksissa on näkyvissä positiivinen vaikutus neuvontaa saaneilla, mm. kolesteroliarvot ovat olleet alhaisempia kuin seurantaryhmällä, joten neuvonnan ja tiedotuksen tärkeys tulee tässä esille. (Strip-projekti 2008.)

Projektista on saatu paljon hyviä tuloksia, joiden perusteella suositus on Suomessa otettu yleiseen käyttöön. Suositus antaa ohjeita liittyen rasvattoman maidon ja kasviöljyilisän käytöstä 12 kuukauden iästä alkaen. Kehitettäessä neuvoloiden, koulujen ja muun terveydenhuollon neuvontamenetelmiä ja arvioitaessa niiden vaikuttavuutta, projektin tuloksia on sovellettu ja sovelletaan laajasti. Tutkimukseen osallistuvat nuoret ovat nyt jo aikuisiän kynnyksellä. Tavoitteena on, että nuoret ohjauksen avulla noudattaisivat edelleen suositusten mukaista ruokavaliota, joka sisältää vain vähän tyydyttyynyttä rasvaa sekä on vähäsuolainen ja sisältää

kohtuullisesti hiilihydraatteja. Yksilöllisen ohjauksen keskeisiä tavoitteita ovat myös lihavuuden ehkäisy, liikunnan tärkeyden esille tuominen sekä ehkäistä tupakoinnin aloittamista. Tarkoituksena on lisäksi jatkossa selvittää projektin aikana annetun neuvonnan vaikutuksia liikuntaan, veren rasva-arvoihin, verenpaineeseen, ravintoaineiden saantiin, tupakointiin, sepelvaltiotaudin riskitekijöiden kasautumiseen, valtimoiden seinämien paksuuteen ja laajentumiskykyyn sekä luustossa tapahtuviin muutoksiin. (Strip-projekti 2008.)

3.4.4 Euroopan terveet koulut -ohjelma

Euroopan terveet koulut -ohjelman tavoitteena on edistää koulu yhteisön terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia kokonaisvaltaisesti sekä kehittää terveysopetusta. Ohjelmassa on mukana noin 50 peruskoulua eri puolilta Suomea. Euroopan terveet koulut -ohjelma on WHO:n alue toimiston, EU:n ja Euroopan neuvoston kansainvälinen yhteistyöohjelma, jossa ovat mukana lähes kaikki Euroopan maat. Suomi liittyi mukaan vuonna 1993. Ohjelman tarkoituksena on edistää koulu yhteisöjen terveyttä sekä kehittää terveysopetusta kansallisten koulutus- ja terveyspoliittisten tavoitteiden suuntaisesti. Suomessa painopistealueena vuosina 2003-2005 oli valtakunnallinen opetussuunnitelman perusteiden uudistaminen sekä ja terveystiedon opetuksen sisällöllinen kehittäminen. (Terveyden edistämisen keskus 2009b.)

Terve ja turvallinen koulu on hyvä pohja elämään, se edesauttaa nuorten kasvua niin terveydellisesti, kasvatuksellisesti, yhteiskunnallisesti sekä ympäristöön liittyvänä. Turvallinen koulu mahdollistaa lasten ja nuorten terveen kasvun ja kehityksen. Koulun yhtenä kasvatustavoitteena pidetäänkin terveyden edistämistä. Koulussa terveyden edistämiseen katsotaan sisältyvän ne keinot, joilla pyritään edistämään koulun ja sen lähiympäristön terveellisyttä ja turvallisuutta lisäten oppilaiden, opettajien ja muiden kouluissa työskentelevien terveyttä ja hyvinvointia. (Terveyden edistämisen keskus 2009a.)

4 Tutkimuksen tarkoitus ja toteuttaminen

Opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia ja selvittää Lostin (Lohja, Siuntio, Karjalohja, Inkoo) ja Karviaisen (Vihti, Karkkila, Nummi-Pusula) alueen yhdeksäsluokkalaisten terveystietoutta ja käyttäytymistä, sekä saada tietoa näiden alueiden nuorten terveystietoisuudesta ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksella pyritään selvittämään kyselyyn vastanneiden nuorten terveydenlukutaitotasoa. Kartoittamalla mistä nämä nuoret terveyteen liittyvää tietoa saavat, miten he tämän tiedon ymmärtävät ja toteutuvatko terveelliset elämäntavat käytännössä, voidaan saada tietoa alueen nuorten terveyttä vaarantavista riskitekijöistä. Tämä opinnäytetyö on rajattu koskemaan riskitekijöitä, joihin pystytään vaikuttamaan varhaisella ennaltaehkäisyllä ja elämäntapamuutoksilla.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Minkälainen on nuorten terveystietous ja mistä he tietoa saavat?
2. Vaikuttaako nuorten terveystietous heidän terveyskäyttäytymiseensä?
3. Mihin riskitekijöihin Lostin ja Karviaisen alueella tulisi kiinnittää huomiota?

4.1 Tutkimuksen toteuttamisympäristö

Laurea-ammattikorkeakoulussa Lohjalla aloitettiin vuonna 2008 Sydänpolku-hankkeen ensimmäinen vaihe. Hankkeeseen liittyen tutkittiin Lohjan alueen yhdeksäsluokkalaisten terveystietoutta ja terveyskäyttäytymistä. Tällöin tutkimus rajattiin koskemaan viittä Lohjan yläkoulua. Saatujen tulosten pohjalta heräsi kiinnostus jatkotutkimuksen tekemiseen. Tämän opinnäytetyön tehtävänä on käyttää aiemmin saatuja tutkimustuloksia hyödyksi sekä saada laajempaa tutkimusnäyttöä myös lähikuntien yhdeksäsluokkalaisten terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä.

Tähän opinnäytetyöhön liittyvään tutkimukseen kohderyhmäksi valittiin Lostin ja Karviaisen alueen yläkoulujen yhdeksäsluokkalaisten. Tutkimus rajattiin jo hankkeen ensimmäisessä vaiheessa koskemaan yhdeksäsluokkalaista, koska tämä ikäryhmä on vielä kokonaisuudessaan tavoitettavissa kotiseudullaan ja he ovat elämäntilanteessa, jolloin nuoret alkavat enemmän itse vaikuttaa omiin elämäntapoihinsa ja terveyteen liittyviin valintoihinsa.

Lohjan alueella on seitsemän yläkoulua: Harjun-, Anttilan-, Mäntynummen- ja Järnefeltin koulu, Källhagens skola, Sammatin vapaa kyläkoulu sekä Aleksis kiven koulu Siuntiossa. Karviaisen alueella on kuusi yläkoulua: Karkkilan yhteiskoulu, Nummi-Pusulän koulu, Vihdin yhteiskoulu, Kuoppanummen koulukeskus, Nummelanharjun koulu sekä Otalammen koulu. Tutkimuslupa saatiin tammikuussa 2010 kaikilta edellä mainittujen alueiden sivistystoimen johtajilta. Kysely lähetettiin kouluille Internet linkkinä 15.3.2010. Vastausaika kyselyyn oli alun perin varattu kolme viikkoa, mutta sitä jatkettiin koulujen pyynnöstä vielä kahdella viikolla. Saatua tutkimuslupa koski koko tutkimusjoukkoa (N=1285).

4.2 Tutkimusmenetelmä

Kyseessä on määrällinen tutkimus. Tutkimusmenetelmänä on kyselytutkimus, joka toteutettiin sähköisenä Internet-kyselynä (Liite 1). Kyselytutkimus oli sopivin vaihtoehto kohderyhmän ja tutkimusaineiston laajuuden vuoksi. Asetettuihin tutkimuskysymyksiin haettiin tietoa strukturoidulla kyselylomakkeella, johon oli mahdollista vastata molemmilla kotimaisilla kielillä. Tutkimusaineistosta kerätty tietoa sisältää välitöntä tietoa tutkimuskohteesta, oppilaasta. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 174-176; 188-190.)

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa keskeistä ovat aiemmat teoriat, päätökset aiemmista tutkimuksista sekä tehtävän tutkimuksen johtopäätökset. Tässä tutkimuksessa aineiston keruu suoritettiin määrällisenä tutkimuksena. Määrällisessä tutkimuksessa huomioitiin, että saatu aineisto on tarpeeksi laaja ja soveltuu numeeriseen mittaukseen. Kvantitatiivisen tutkimuksen tapaan määriteltiin tutkimusjoukko, johon saadut tulokset perustuvat. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2004, 136,175.)

4.2.1 Tutkimusaineiston kerääminen

Kyselytutkimuksen etuna on laajan tutkimusaineiston keräämisen mahdollisuus sekä se, että tutkimusjoukolta voidaan kysyä monia asioita. Tutkijalle tämä menetelmä on tehokas ja luotettava, koska se on aikaa säästävää ja aineisto voidaan nopeasti käsitellä, tallentaa ja analysoida. Kyselytutkimukseen liittyy kuitenkin myös heikkouksia, jotka vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. (Hirsijärvi ym. 2004, 190.)

Internet-kysely on nopea tapa kerätä tietoa, mutta sitä voidaan käyttää vain silloin, kun tutkimusjoukko on riittävän edustava. Internet-kysely on helppo toteuttaa tietyille tutkimusryhmille, esimerkiksi juuri nuorille kouluopetukseen integroituna. Menetelmän ongelmaksi voi kuitenkin muodostua huono vastausprosentti, joka liittyy vastaajan mielenkiintoon kyseistä asiaa kohtaan. Tutkija voi näissä tapauksissa joutua muistuttamaan kyselyyn vastaamisesta. (Hirsijärvi ym. 2004, 191; Heikkilä 2004, 69.)

Kyselylomake laadittiin mahdollisimman selvästi ja siten, että kysymykset ovat selvästi ymmärrettävissä eikä tuloksin mahdollisuutta ole. Lomakkeessa käytettiin spesifejä ja lyhyitä kysymyksiä tarkkojen vastausten saamiseksi. Kysymyksissä käytettiin monivalintavaihtoehtoja, jolloin lomake oli helposti täytettävissä. Monivalintavaihtoehtoja käytettiin myös, jottei vastaajille välitettäisi ennako-odotuksia kysymyksiin nähden. (Hirsijärvi ym. 2004, 197-199.)

Tässä tutkimuksessa tarkoituksena oli kartoittaa Lostin ja Karviaisen alueen yhdeksäsluokkalaisten terveyttä ja elintapoja. Kysymykset jaettiin kahdeksan pääotsakkeen alle (Taulukko 2). Terveys pääotsakkeen kysymykset kartoittivat nuorten tämän hetkistä terveydentilaa ja elintapoja. Harrastus ja liikunta pääotsakkeen kysymyksillä haettiin tietoa nuorten fyysisestä aktiivisuudesta ja harrastusten monimuotoisuudesta. Ravitsemukseen liittyvillä kysymyksillä kartoitettiin nuorten ruokailutottumuksia. Päihdeosion kysymykset liittyvät tupakan ja alkoholin hankintaan ja käyttöön, ja lisäksi kysyttiin nuorten sosiaalisista suhteista painottaen nuoren ja vanhempien vuorovaikutusta ja kaveripiiriin merkitystä nuoren terveyskäyttäytymiseen. Rahankäyttöä tarkastelevilla kysymyksillä selvitettiin, paljonko nuorilla on rahaa käytössään ja mihin he rahansa pääsääntöisesti kuluttavat. Terveystiedon lähteitä osiossa selvitettiin, mistä nuoret saavat terveyteen liittyvää tietoa. Kyselyn viimeinen osa-alue liittyy

nuorten mahdollisiin sukurasitteisiin ja tietämykseen sydän- ja verisuonitautien riskitekijöistä sekä siihen, kuinka niitä voi ennaltaehkäistä.

Kysymyksen numero	Kysymysten aihealueet
1 - 3	Terveys
4 - 8	Harrastukset ja liikunta
9 - 19	Ravitsemus
20 - 25	Päihteet
26 - 33	Sosiaaliset suhteet
34 - 35	Rahankäyttö
36-39	Terveystiedon lähteet
40- 46	Terveyskysely

Taulukko 2: Kysymykset aihealueittain

4.2.2 Aineiston analyysi

Kyselyllä saatu tutkimusaineisto tallennettiin Digium-ohjelmistoon ja analysoinnissa käytettiin Word Excell 2007 taulukkolaskentaohjelman Pivot-taulukkotoimintoa. Tehtyjen kaavioiden ja taulukoiden avulla tuloksista voitiin tehdä sukupuoli ja asuinpaikkakohtaisia vertailuja. Aineisto analysoitiin pääasiassa yhteenvetoina ja prosenttiosuuksina eri vastausvaihtoehtojen suhteen. Aineistosta tehtiin myös ristiintaulukointia joidenkin kysymysten osalta. Koulujen välistä vertailua ei aineistosta tehty koulujen ja vastaajien yksityisyyden suojaamiseksi.

Varsinaisia avoimia kysymyksiä ei kyselylomakkeessa ollut, mutta neljässä kysymyksessä vastaajille annettiin mahdollisuus kertoa monivalintavaihtoehtojen lisäksi täydentäviä lisätietoja. Nämä vastaajien antamat tiedot eivät antaneet uutta informaatiota vaan täydensivät jo olemassa olevia vaihtoehtoja. Lisäksi kyseiset vastaukset sisälsivät osittain epäasiallisia vastauksia.

4.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuudessa tulee huomioida saatujen tulosten luotettavuus ja että ne vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Erätuuli, Leino & Yliluoma 1994, 98). Tässä tutki-

muksessa tulosten luotettavuus ja paikkansapitävyys on varmistettu sillä, että tutkimusryhmäksi valittiin koko 9- luokkalaisten ikäryhmä Lostin ja Karviaisen alueelta. Kyseessä on siis totaalitytökimus. Tutkimusryhmän valintaan vaikutti osaltaan juuri tulosten saaminen mahdollisimman kattaviksi ja merkityksellisiksi tutkittavan ilmiön yhteydessä (Paunonen, Vehviläinen-Julkunen 1998, 44). Tutkimuksen luotettavuuteen kuuluu oleellisesti myös tutkimustulosten yleistettävyyttä sekä tulosten edustavuus kyseisestä kohderyhmästä (Paunonen ym. 1998, 121).

Luotettavuuteen vaikuttaa osaltaan myös nuorten suhtautuminen tutkimukseen, eli se vastaavatko he kysymyksiin rehellisesti ja huolellisesti. Myös se, miten onnistuneita vastausvaihtoehtoja heidän mielestään ovat, sekä se mikä vastaajien tietotaso aihealueesta on, vaikuttavat tulosten luotettavuuteen. Vaikka kyselylomake laadittiin mahdollisimman toimivaksi, on kyselykaavakkeen laajuuden ja kysymysten asettelun vuoksi mahdollista etteivät kaikki vastaajat välttämättä ymmärtäneet kysymyksiä samalla tavalla. Kyselyn vapaaehtoisuus saattoi myös vaikuttaa vastaajamäärään, joka osaltaan vaikuttaa tutkimuksen luotettavuuteen. (Hirsjärvi ym. 2004, 190.) Kysely tehtiin yhdeksäsluokkalaisten, joten tutkimuksen tuloksista käy ilmi vain nuorten näkökulma asioista. Perheiden ja kouluympäristön toimijoiden näkökulma jäi näin tästä tutkimuksesta kokonaan puuttumaan. Tutkimuksessa huomioitiin, että myös vastaajien ikä ja asenteet saattoivat vaikuttaa vastausten luotettavuuteen. Koska tutkimusryhmänä olivat nuoret, oli luotettavuudessa huomioitava myös epäasiallisten vastausten mahdollisuus.

Vuonna 2009 tehdystä tutkimuksesta kysely lähetettiin viidelle Lohjan yläkoululle. Tuolloin vastauksia saatiin kolmelta koululta. Tuolloinkin vastausaika pidennettiin ja kouluihin oltiin useasti yhteydessä. Tässä tutkimuksessa vastausajan riittävyys pyrittiin huomioimaan jo etukäteen, ja vastausaika oltiin valmiita jatkamaan tarvittaessa. Yhteydenotoissa kouluihin kävi ilmi, että kyselyyn vastaaminen vaatii kouluilta ylimääräistä resursointia ja suunnittelua, vaikka innostusta osallistumiseen löytyisikin. Edellä mainittujen seikkojen perusteella tutkimukseen ei odotettu 100 prosentista vastaajamäärää.

4.4 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys huomioitiin opetusministeriön asettaman tutkimuseettisen neuvottelukunnan ja Suomen akatemian tiedeyhteisön laatimien ohjeiden mukaan. Tutkimuksen toteutuksessa noudatettiin eettistä tapaa ja hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluu mm. rehellisyys kaikissa tutkimuksen vaiheissa, huolellinen tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi. (Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003.)

Tutkimuksessa huomioitiin kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuus, sekä se millaista tietoa nuorille tutkimuksesta annetaan. Tiedonhankinnassa ja käytetyissä tutkimus- ja arviointimenetelmissä noudatettiin eettisiä ohjeistuksia. Aineiston säilytyksessä huomioidaan vastaajien

yksityisyyden takaaminen, aineiston luottamuksellinen tallentaminen ja hävittäminen. (Hirsijärvi ym. 2004, 23-27.)

Tavoitteena oli saada tutkimustuloksia, jotka ovat hyödyllisiä nuorten terveydelle ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Tutkittaessa pyrittiin myös huomioimaan mahdolliset tutkimuksessa aiheutuvat riskit suhteessa tutkimuksella saatuun tieteelliseen hyötyyn. (Etene 2009.) Tässä tutkimuksessa tuloksia esitellään yhteenvetoina, eivätkä yksittäisten henkilöiden tai koulujen tiedot tule missään vaiheessa esille.

4.5 Aikataulu

Tutkimus toteutettiin sähköisellä Internet-kyselyllä maaliskuun 2010 aikana. Koulujen rehtoreihin oltiin yhteydessä helmikuussa ja tavoitteena oli sopia jokaiselle koululle yhteyshenkilö, joka toteuttaisi kyselyyn vastaamisen esimerkiksi terveystiedon tai tietotekniikan opetuksen yhteydessä. Kaikilta kouluilta saatiin yhteyshenkilö, joka mahdollisti oppilaille kyselyyn vastaamisen mahdollisuuden. Vastausaikaa kyselyyn oli varattu kolme viikkoa, mutta sitä jatkettiin vielä kahdella viikolla koulujen toiveiden mukaisesti. Aineisto analysoitiin kevään ja kesän 2010 aikana.

5 Tutkimuksen tulokset

Tutkimuksen tuloksia on tarkasteltu ennaltaehkäisyn ja riskitekijöiden näkökulmasta. Tehty tutkimus ja sen tulokset ovat osa Laurea-ammattikorkeakoulussa Lohjalla vuonna 2008 aloitettua Sydänpolku-hanketta, jossa toteutettiin vuonna 2009 vastaava kyselytutkimus Lohjan alueen viidelle yläkoululle. Tämän työn tuloksia vertailtiin sekä Sydänpolku-hankkeessa vuonna 2009 että kansallisessa Kouluterveyskyselyssä vuonna 2008 Uudeltamaalta saatuihin tuloksiin. Vastausten pohjalta tehtiin myös sukupuolten välistä ja alueellista sekä ristiin vertailua.

5.1 Sydänpolku-hankkeen ensimmäisen kyselyn tulokset

Vuonna 2009 tehdyn Sydänpolku-hankkeen kyselyn analysointivaiheessa vertailtiin saatuja tuloksia valtakunnallisen Kouluterveyskyselyn Uudenmaan alueen tuloksiin. Lohjan alueella kyselyyn vastanneista suurin osa koki terveytensä hyväksi, kun taas valtakunnallisessa kyselyssä koettiin terveyden olevan kohtalainen tai huono. Vastajista tytöt tunsivat terveytensä paremmaksi kuin pojat toisin kuin Kouluterveyskyselyssä, jonka mukaan tytöt tunsivat terveytensä huonommaksi kuin pojat. Saatujen vastausten perusteella voitiin siis todeta kyselyyn vastanneiden Lohjan yhdeksäsluokkalaisten kokevan terveytensä paremmaksi verrattuna valtakunnalliseen tasoon. (Fallenius, Huolman, Kenenounis, Korhonen & Luukkanen 2009.)

Liikuntaa ja harrastuksia kartoittavasta osiosta saaduista vastauksista käy ilmi, että suurin osa Lohjan alueen yhdeksäsluokkalaisista harrasti liikuntaa vähintään suositusten mukaisesti. Vain noin 13 prosenttia vastaajista harrasti liikuntaa kerran viikossa tai harvemmin. Kouluterveyskyselyn mukaan jopa 52 prosenttia yläkoulujen 8. ja 9. luokkalaisista harrastaa liian vähän liikuntaa. Tuloksia vertailtaessa voidaan siis todeta lohjalaisnuorten liikkuvan runsaasti. Vastaajista yli puolet myös nukkui kouluviikon aikana suositusten mukaisesti 8 tuntia tai enemmän. Kuitenkin lähes 29 prosenttia tunsu itsensä väsyneeksi jokaisena kouluaamuna. Valtakunnalliseen Kouluterveyskyselyyn verrattaessa luku on suuri. Kouluterveyskyselyn mukaan 17 prosenttia yläkoulun 8. ja 9. luokkalaisista kokee itsensä väsyneeksi päivittäin. (Fallenius ym. 2009.)

Ravitsemus-osiosta saadut vastaukset ovat suurelta osin samansuuntaisia kuin Kouluterveyskyselyssä. Kouluterveyskyselyn mukaan epäterveellisten välipalojen syönti on lisääntynyt viimeisen kahden vuoden aikana. Kouluruokailuun osallistumisessa ja eri aterianosien syömisessä tulokset olivat lähes identtisiä aikaisempien tutkimusten kanssa. Kouluterveyskyselyn mukaan 90 prosenttia pojista ja 80 prosenttia tytöistä söi kouluruokaa päivittäin ja yläkoululaisten ravitsemus- ja hyvinvointihankkeessa vastaava luku oli 71 prosenttia. Lohjan alueen yläkouluissa kouluruokaa söi aina tai silloin tällöin 95 prosenttia vastanneista. Yläkoululaisten ravitsemus- ja hyvinvointihankkeen mukaan suuri osa tunsu kuitenkin jääneensä koululounaan jälkeen nälkäiseksi, kun taas tässä kyselyssä kävi ilmi, että lähes 90 prosenttia vastaajista sai syödä tarpeekseen. (Fallenius ym. 2009.)

Päihteiden käyttöä tarkastelevasta osiosta saatujen vastausten perusteella voitiin päätellä, että Lohjan alueen yhdeksäsluokkalaisten päihteiden käyttö oli samansuuntaista kuin keski-vertu Uusimaalaisen nuoren. Näyttää kuitenkin siltä, että valvonnan kiristymisestä ja kampanjoinnista huolimatta vastaajiemme tupakan ja alkoholin hankinta on edelleen melko- tai erittäin helppoa. Alaikäisten päihteiden hakijana toimivat yleisimmin kaverit. Kavereiden päihteiden käyttöön liittyvään kysymykseen saatiin vastauksia, jotka vahvistivat jo tutkittua tietoa siitä, että nuorten kaveripiirillä on paljon merkitystä päihteiden käyttöön. Useimmat vastaajien kavereista käyttivät päihteitä. (Fallenius ym. 2009.)

Nuorten tupakointi oli Lohjalla yleisempää kuin Uudellamaalla yleensä. Samoin alkoholin käyttö ja humalahakuinen juominen olivat Lohjalla huomattavasti yleisempiä kuin Uudenmaan 9-luokkalaisilla yleensä. Huumeiden käytöstä saatiin selville, että 43 nuorelle (N=239) oli tarjottu huumeita, ja 16 nuorta oli huumeita kokeillut. (Fallenius ym. 2009.)

Sosiaalisia suhteita tarkasteltaessa kävi ilmi, että Lohjan alueen 9-luokkalaisilla oli ystäviä enemmän kuin valtakunnalliseen Kouluterveyskyselyyn osallistuneilla keskimäärin. Pojilla oli määrällisesti enemmän ystäviä, mutta selkeästi vähemmän sellaisia, joiden kanssa voi keskustella luottamuksellisesti asioistaan. Tytöt kokivat itsensä yksinäisemmiksi, vaikka vain kaksi

heistä ilmoitti, ettei omaa yhtään läheistä ystävää. Lukumääräisesti poikien osuus oli suurempi ryhmässä, jossa ei ollut yhtään läheistä ystävää. Huolestuttavan suuri määrä 30 oppilasta; pojista 19 ja tytöistä 11 (N= 240) oli vailla sellaista ystävää, jonka kanssa voisi keskustella luottamuksellisesti kaikista asioista. (Fallenius ym. 2009.)

Rahan käyttöä tarkasteltaessa voidaan todeta Lohjan alueen 9-luokkalaisten käyttörahan määrän olevan hieman alhaisempi kuin Uudenmaan Kouluterveyskyselyyn vastanneilla. Uudenmaan yhdeksäluokkalaisista n. 30 prosentilla oli käytössään yli 17 euroa rahaa viikossa. Lohjan alueen 9-luokkalaisten 34 prosentilla oli käytössään 1-10 euroa viikossa ja reilulla 15 prosentilla 16-20 euroa viikossa. Eniten rahaa kyselyyn vastanneet 9-luokkalaisten käyttivät makeisiin ja virvoitusjuomiin, vaatteisiin ja kenkiin. 47 prosenttia lohjalaisista vastaajista laittoivat käyttörahansa säästöön. (Fallenius ym. 2009.)

Terveystiedon tunnit koettiin vastaajien keskuudessa tärkeiksi tai ainakin jokseenkin tärkeiksi ja terveyteen liittyvää tietoa oli koulusta saatu vastaajien mielestä tarpeeksi. Vastaukset olivat risteäviä Kouluterveyskyselyyn, jossa oppilaat eivät kokeneet terveystiedon tunteja tarpeellisiksi. Vastaajista tyttöjä kiinnosti enemmän terveystiedon tunnit kuin poikia, kuten valtakunnallisessakin kyselyssä. (Fallenius ym. 2009.)

5.2 Sydänpolku-hankkeen toisen kyselyn tulokset

Tässä tutkimuksessa kyselylomake lähetettiin seitsemälle Lostin alueen yläkoululle sekä kuudelle Karviaisen alueen yläkoululle keväällä 2010. Yksi kouluista ei pystynyt toteuttamaan kyselyyn vastaamista sähköisesti, joten heille järjestettiin mahdollisuus vastata paperiversiolla. Paperille kirjattuja vastauksia saatiin yhdeksän, ja nämä tulokset vietiin sähköisen linkin kautta aineistoon.

Vastauksia saatiin kaikista 13 koulusta. Lostin alueen yläkoulujen yhdeksäluokkalaisten kokonaismäärä oli 660 ja Karviaisen alueen 625 (N=1285). Tutkimuksen tulokset esitellään prosentiosuuksina yksittäiseen kysymykseen vastanneiden kokonaissummasta. Tyhjät vastaukset jätettiin huomioimatta. 7 oppilasta ei ilmoittanut mitä koulua he käyvät ja yksi ilmoitti asuinpaikakseen alueeseen kuulumattoman kaupungin, joten nämä vastaukset on vähennetty Lostin ja Karviaisen välisissä vertailuissa.

Aineistosta saatiin vastaukset kaikkiin asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Seuraavassa tulokset on esitelty lyhyesti kunkin tutkimuskysymyksen alla ja kuviot sekä yksityiskohtaiset vertailut löytyvät eriteltynä aihealueittain.

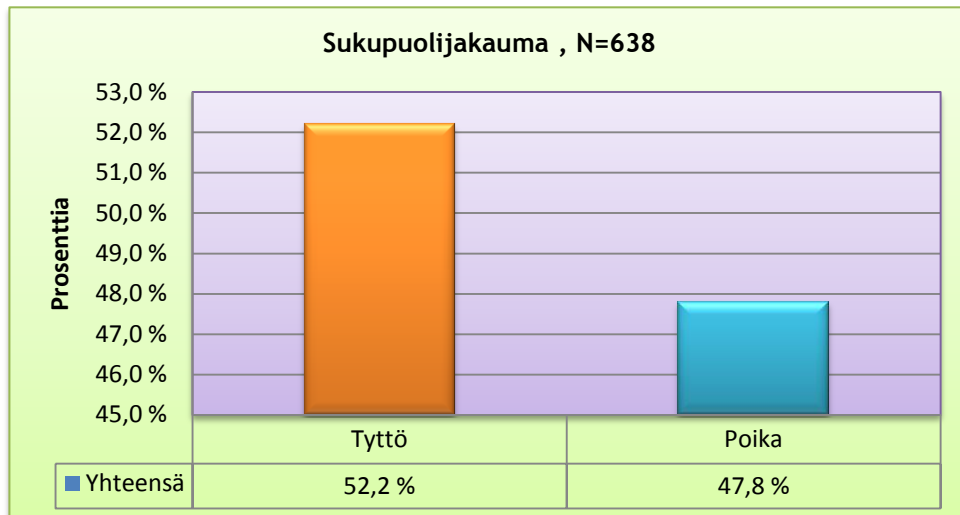
Ensimmäisellä tutkimuskysymyksellä haluttiin saada tietoa nuorten terveystietoudesta ja siitä mistä he terveyteen liittyvää tietoa saavat. Vastaajat tunnistivat hyvin terveydellisiä riskiteki-

jöitä. Vastajat olivat koulussa saaneet mielestään tarpeellista tietoa terveyteen liittyen ja terveystiedon opetus koettiin positiivisesti. Koulussa saadun terveystiedon lisäksi tietoa saatiin parhaiten netistä, vanhemmilta sekä televisiosta.

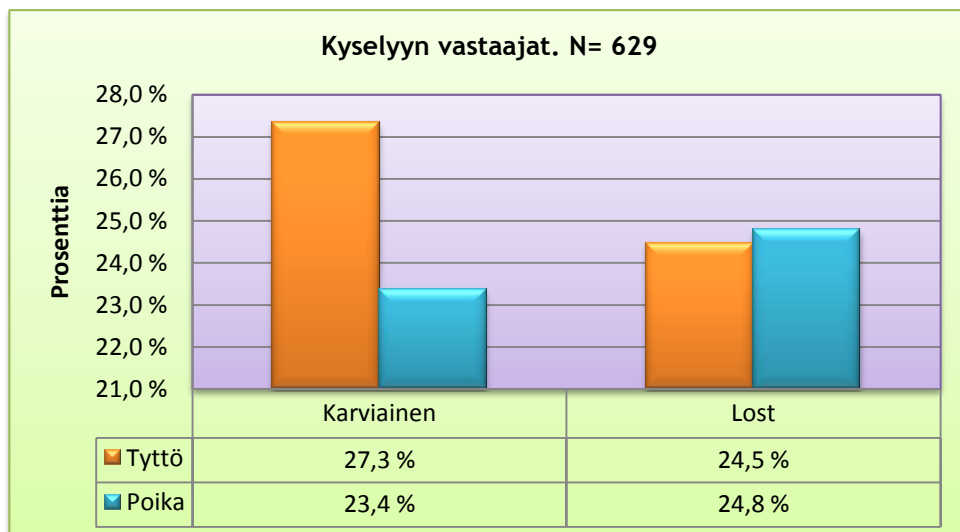
Toisella tutkimuskysymyksellä selvitettiin nuorten terveystietouden ja terveyskäyttäytymisen yhteyttä. Vastaajien kokemus lisääntyneen terveystietämysten vaikutuksesta terveyskäyttäytymiseen pohjautuu nuorten omaan näkemykseen asiasta. Vastaajista tytöt kokivat terveystiedon vaikuttavan terveyskäyttäytymiseensä enemmän kuin pojat. Kolmannes vastaajista ei osannut sanoa vaikuttiko lisääntynyt terveystietämys heidän terveyskäyttäytymiseensä. Vastaajista ne, jotka pitivät koulun terveystietoa tärkeänä, kokivat lisääntyvän terveystiedon vaikuttavan terveyskäyttäytymiseensä enemmän kuin ne, jotka pitivät terveystiedon opetusta turhana. Ravitsemus, päihde ja liikunta osioista saadut tulokset tukevat nuorten hyvää tietämystä terveydellisistä riskitekijöistä ja vastaajista ne, joilla oli terveelliset elämäntavat myös kokivat terveytensä muita paremmaksi.

Kolmannella tutkimuskysymyksellä haluttiin saada tietoa riskitekijöistä, joihin Lostin ja Karviaisen alueella tulisi kiinnittää huomiota. Saatujen tulosten mukaan kyseisen alueen nuoret ovat liikunnallisesti aktiivisia. Vastaajista suurin osa harrasti liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa ja kerran viikossa liikkumista pidettiin liian vähäisenä. Painoindeksien mukaan ylipainosta kärsi vain 10 % vastaajista. Lisääntynyt ylipaino ja liikkumattomuus eivät siis tämän tutkimuksen mukaan ole alueella riskitekijöitä. Terveellisiä ruokailutottumuksia mietti ja noudatti suurin osa vastaajista. Nuoret kiinnittivät huomiota ruoan vähärasvaisuuteen, suolan käyttöön ja pikaruokaa syötiin harvoin. Päihdeosioista kävi ilmi vastaajien tietävän hyvin tupakan terveydelliset haitat ja ne, jotka tupakoivat eivät tunteneet itseään terveiksi. Tupakkaa pidettiin kuitenkin terveydellisistä riskitekijöistä vähäisimpänä. Vastaajista tytöt tupakoivat hiukan poikia useammin. Päihdekäyttäytymisestä saatiin lisäksi selville, että humalahakuinen juominen on alueella keskimääräistä uusimaalaista nuorta yleisempää. Nuorten nauttimat alkoholimäärät olivat suuria ja kolmannes vastaajista joi alkoholia vähintään kaksi kertaa kuukaudessa.

Kyselyyn vastasi kaikkiaan 641 oppilasta (N=1285), joten vastausprosentiksi muodostui 49,8 %. Kyselyn vastaajista 52,2 % (333 kpl) oli tyttöjä ja 47,8 % (305 kpl) oli poikia, kolme vastaajaa ei ilmoittanut sukupuoltaan (Kuvio 1). Karviaisen alueelta vastauksia saatiin yhteensä 319, tytöt 27 % ja pojat 23 %. Lostin alueelta vastauksia saatiin 310, joista 25 % oli tyttöjä ja 25 % poikia (Kuvio 2).



Kuvio 1: Vastaajien sukupuolijakauma

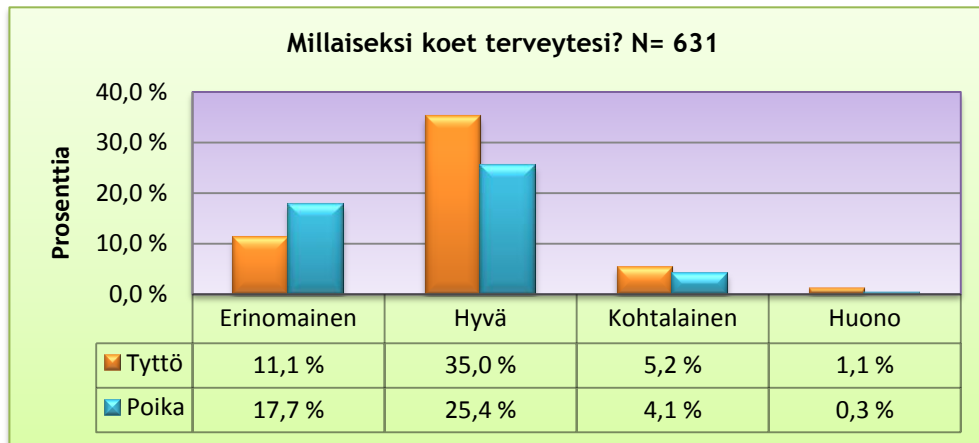


Kuvio 2: Kyselyyn vastanneet kuntayhtymittäin

5.3 Terveystiedot ja terveystiedon lähteet

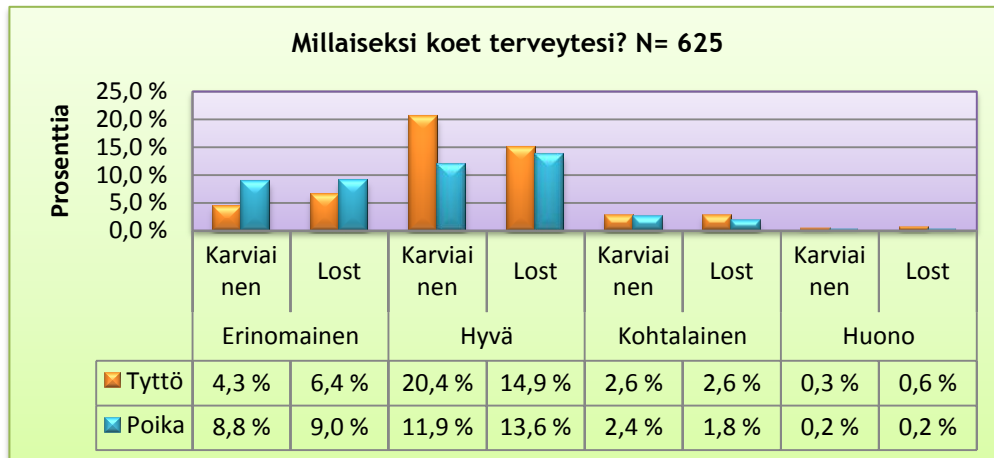
Aihealueen tarkoituksena oli selvittää, millaiseksi nuoret kokevat terveytensä ja kuinka paljon nuorilla on tietoa terveellisistä elämäntavoista. Lisäksi selvitettiin oppilaiden mielipiteitä terveystiedon opetuksesta ja sen tärkeydestä sekä sitä millaista tietämystä nuorilla on sydän- ja verisuonitauteihin liittyvistä riskitekijöistä.

Kyselyyn vastanneista 9-luokkalaisista 60 % koki terveytensä hyväksi, 29 % koki sen olevan erinomainen, 9 % kohtalainen ja terveytensä huonoksi koki runsas prosentti vastaajista. Kokonaisuutena tytöt kokivat terveytensä hieman paremmaksi kuin pojat (Kuvio 3).



Kuvio 3: Kokemus omasta terveydestä

Lostin ja Karviaisen välisessä vertailussa tulokset olivat samansuuntaisia; Karviaisen alueella terveytensä hyväksi koki 32 % ja Lostin alueella 28,5 % nuorista. Erinomaiseksi terveytensä Karviaisen alueella koki 13 %, kun Lostin alueella vastaava luku oli 15 %. Kohtalaiseksi terveytensä arvioi 5 % ja huonoksi puoli prosenttia Karviaisen alueen vastaajista. Lostin alueen vastaajista terveytensä koki kohtalaisena 4,5 % vastaajista ja huonona hieman alle prosentti. Tytöt kokivat kokonaisuutena terveytensä paremmaksi kuin pojat. Alueellisesti verrattuna Karviaisen alueen tytöt kokivat terveytensä jopa 5,5 % Lostin tyttöjä paremmaksi (Kuvio 4).

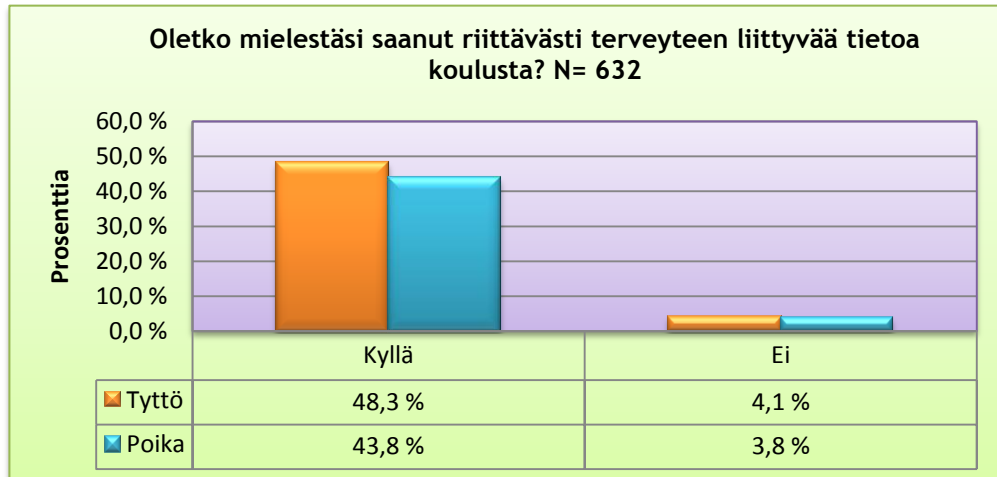


Kuvio 4: Kokemus terveydestä, kuntayhtymien ja sukupuolten välinen vertailu

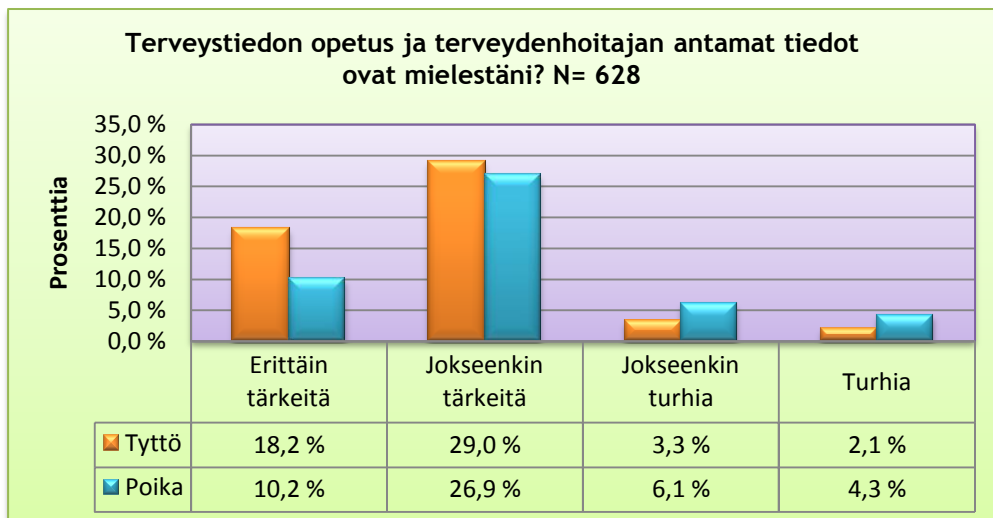
Sukupuolten välisissä vertailuissa saadut tulokset ovat yhteneväisiä hankkeen ensimmäiseen kyselyyn nähden, myös silloin tytöt kokivat terveytensä paremmaksi kuin pojat.

Kyselyn mukaan nuoret saivat terveyteen ja hyviin elämäntapoihin liittyen mielestään parhaiten tietoa netistä, vanhemmilta, kouluterveydenhoitajalta sekä televisiosta. Tulokset olivat täysin vastaavia hankkeen ensimmäisen kyselyn tuloksien kanssa.

Kyselyyn vastanneista 92 % koki saavansa koulussa riittävästi tietoa terveyteen liittyvistä asioista (Kuvio 5). Vastanneista 56 % koki terveystiedon tunnit ja terveydenhoitajalta saadut tiedot jokseenkin tärkeiksi ja 28,5 % erittäin tärkeiksi (Kuvio 6). Jälleen vastaukset olivat samansuuntaisia kuin hankkeen ensimmäisen kyselyn tulokset.

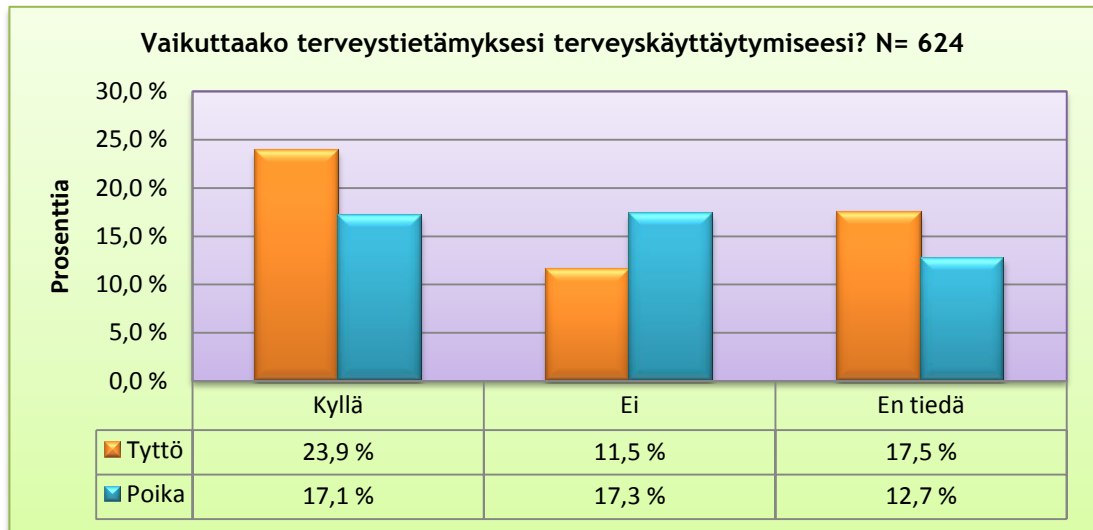


Kuvio 5: Vastaajien kokemus koulusta saadun terveystiedon opetuksen riittävydestä

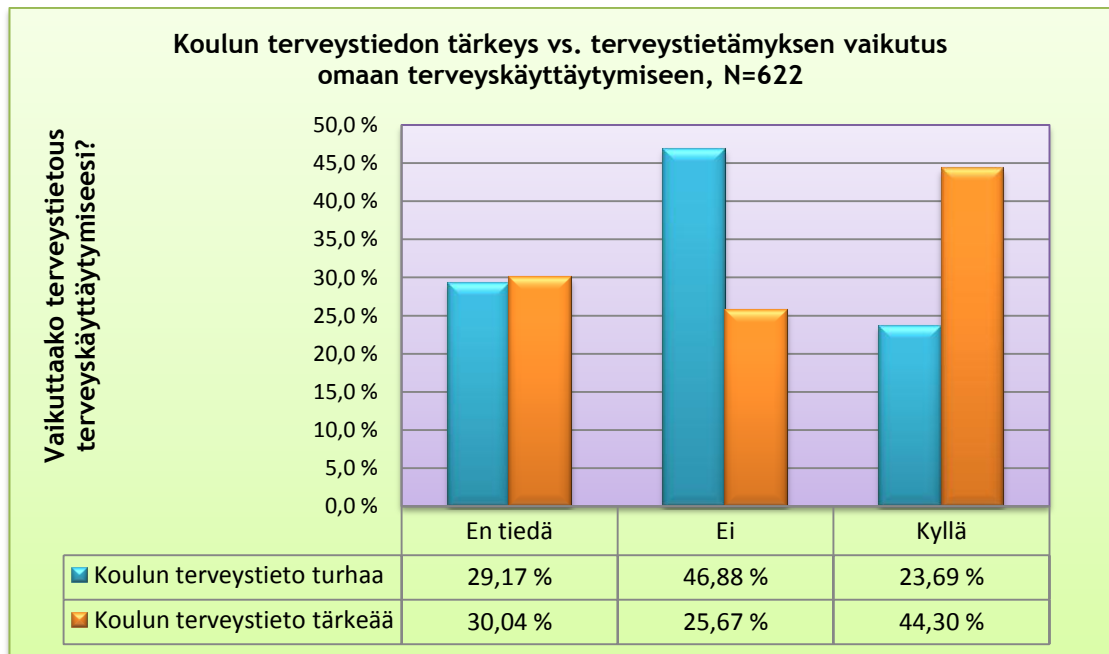


Kuvio 6: Vastaajien kokemus koulusta saadun terveystiedon tärkeydestä

Tässä tutkimuksessa kartoitettiin myös vaikuttaako nuorten terveystietämys nuorten terveyskäyttäytymiseen. Vastanneista 41 % koki terveystietämyksen vaikuttavan terveyskäyttäytymiseensä ja 29 % ei kokenut tiedolla olevan merkitystä omaan terveyskäyttäytymiseensä. Miltei kolmas osa vastanneista ei tiennyt, tai ei osannut sanoa, vaikuttaako terveystietämys heidän terveyskäyttäytymiseensä. Tytöt kokivat tiedon vaikuttavan enemmän käyttäytymiseensä kuin pojat, mutta toisaalta poikia useampi tyttö kuitenkin vastasi, ettei tiedä vaikuttaako tieto käyttäytymiseen (Kuvio 7). Vastaajista ne jotka kokivat terveystiedon vaikuttavan terveyskäyttäytymiseensä, kokivat myös terveystiedon opetuksen tärkeäksi (Kuvio 8).



Kuvio 7: Terveystiedon vaikutus terveyskäyttäytymiseen



Kuvio 8: Koulun terveystiedon tärkeys vs. terveystiedon vaikutus terveyskäyttäytymiseen

Tutkimuksessa selvitettiin, mistä sydän- ja verisuonitautien riskitekijöistä kyselyyn vastanneet nuoret olivat koulussa tietoa saaneet. Eniten tietoa oli saatu tupakoinnin ja alkoholin haitoista, ravitsemuksesta, liikunnan tärkeydestä sekä diabeteksestä. Vastaukset olivat samansuuntaisia kuin hankkeen ensimmäisessä kyselyssä, tosin silloin ylipainosta oli saatu enemmän tietoa kuin diabeteksestä, mutta muuten tietoa oli saatu samoista riskitekijöistä kuin nyt.

Kyselyyn vastanneista 20 %:lla oli todettu jokin sydän- ja verisuonitautien riskitekijä. Eniten oli todettu ylipainoa, korkeaa verenpainetta sekä korkeaa kolesterolia. Vastaukset olivat hiukan eriäviä aikaisemman tutkimusaineiston kanssa. Hankkeen ensimmäisen kyselyn tuloksissa

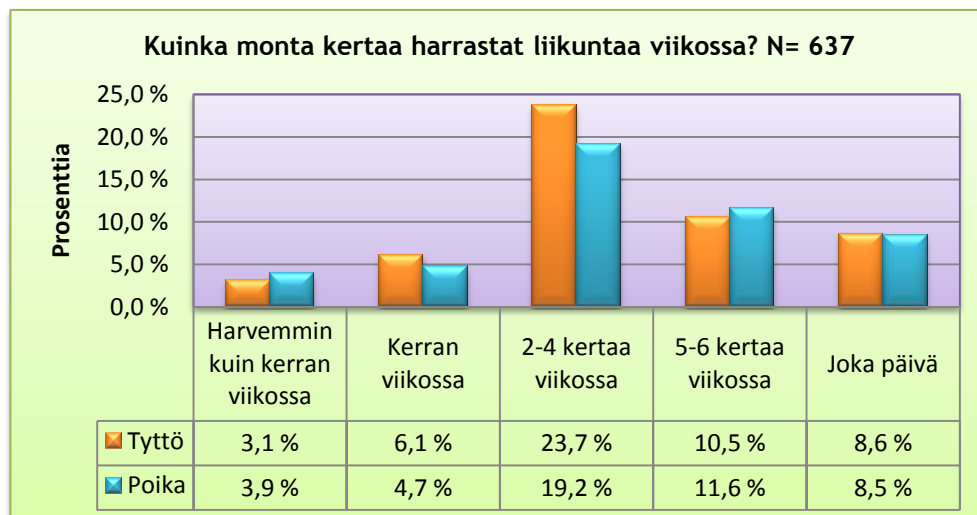
riskitekijöistä oli todettu ylipainon sekä kolesterolin lisäksi diabetesta. Suurimmalla osalla vastanneista ei ollut todettu mitään riskitekijää. Vastaaajista sukurasitteena korkea verenpaine oli 35 %:lla, korkea kolesteroli 26 %:lla, ylipaino 26 %:lla ja diabetes 22 %:lla.

Nuorilta kysyttiin myös sitä, tietävätkö he mitkä tekijät vaikuttavat sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden syntyyn. Vastauksista ilmeni, että ravitsemuksen, liikunnan ja alkoholin tiedettiin hyvin liittyvän kaikkiin riskitekijöihin. Tupakoinnin arveltiin liittyvän jokaiseen riskitekijään, mutta se oli vähiten painotettu jokaisen riskin kohdalla, vaikka sen haitoista koulussa oli saatu eniten tietoa. Ensimmäisessä kyselyssä tulokset olivat muuten samansuuntaisia, mutta silloin alkoholin liittymisestä riskitekijöihin tiedettiin vähemmän. Tupakoinnin liittyminen riskitekijöihin tiedettiin silloinkin, mutta jäi silti vähimmälle painolle kuten myös nyt.

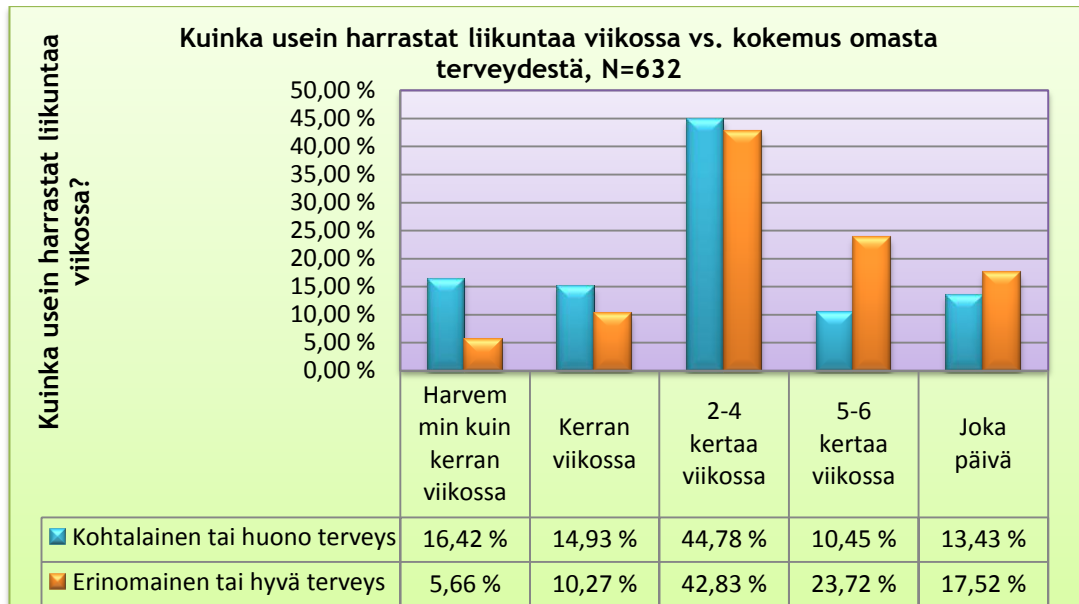
5.4 Liikunta, lepo ja harrastukset

Tässä osiossa nuorilta kysyttiin liikkumiseen, harrastamiseen ja lepoon liittyviä asioita. Osiossa kysyttiin myös mielipiteitä koululiikunnasta ja sen riittävydestä, sekä siitä mikä nuoria innostaa harrastamaan. Tulosten perusteella voidaan sanoa Lohjalta ja Karviaisen alueen nuorten olevan varsin aktiivisia liikunnan harrastajia.

Kyselyyn vastanneista nuorista 43 % harrastaa liikuntaa 2-4 kertaa viikossa ja 22 % liikkuu jopa 5-6 kertaa viikossa, joka päivä liikuntaa harrastaa 17 % vastaaajista (Kuvio 9). Tulokset ovat samansuuntaiset Lohjalta aiemmin saatuihin tuloksiin verrattuna. Huomionarvoista tuloksissa on kuitenkin se, että 2-4 kertaa viikossa liikkuvista nuorista lähes puolet ei kuitenkaan kokenut itseään terveeksi (Kuvio 10).



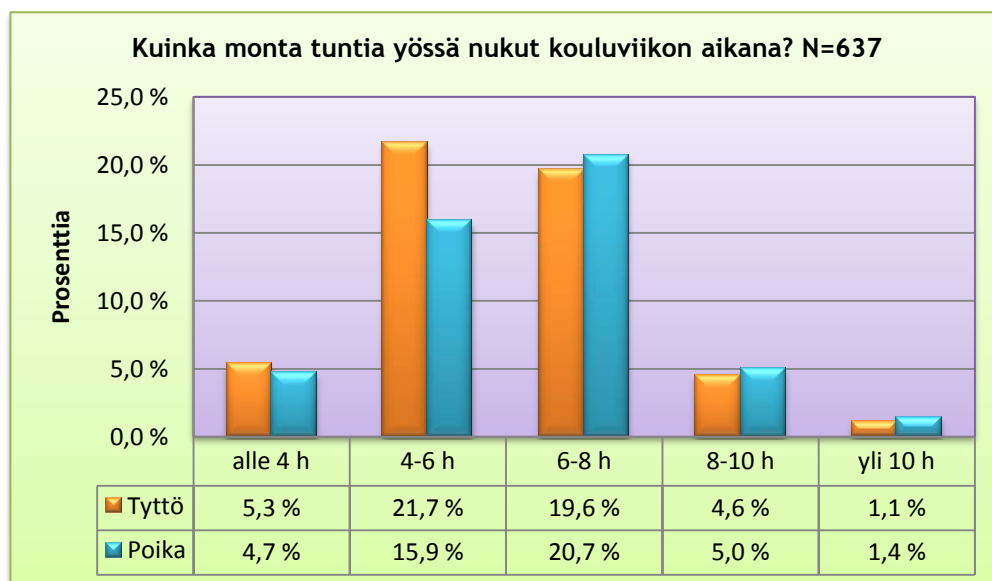
Kuvio 9: Viikoittainen liikunnan harrastaminen



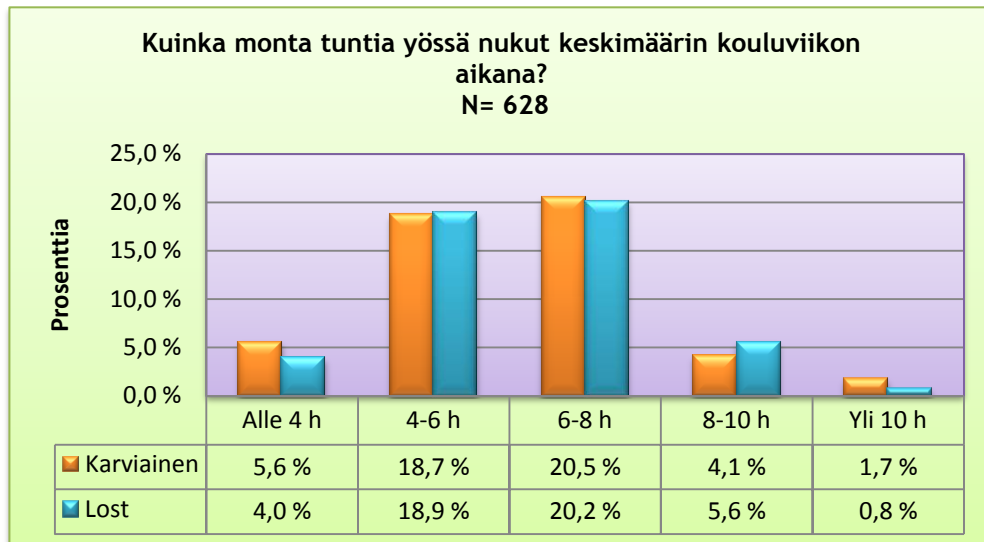
Kuvio 10: Viikoittainen liikunnan harrastaminen vs. kokemus omasta terveydestä

Tutkimuksen mukaan koululiikuntaa oli 61 % vastaajan mielestä riittävästi, ja 39 % vastaajaa piti koululiikunnan määrää liian alhaisena. Lohjalta saatujen aikaisempien tutkimustulosten mukaan vastaajat olivat 67 %:sti tyytyväisiä koululiikuntaan ja 33 % vastaajista olisi toivonut sitä olevan enemmän.

Uni ja lepo osiossa selvitettiin alueen nuorten yöunien riittävyyttä ja nuorten tuntemaa väsymystä. Vastaajista 40 % kertoo nukkuvansa 6-8 h yössä, ja 4-6 h yössä nukkuu 38 % vastaajista. Suositeltuja 8- 10 h yöunia nukkuu vastaajista vain hieman alle 10 % (Kuvio 11). Sukupuolten välille ei tuloksissa suurta eroa synny ja myös alueellisesti voidaan todeta, että Lostin ja Karviaisen nuoret nukkuvat kutakuinkin yhtä paljon (Kuvio 12).



Kuvio 11: Viikoittaisen yön pituus

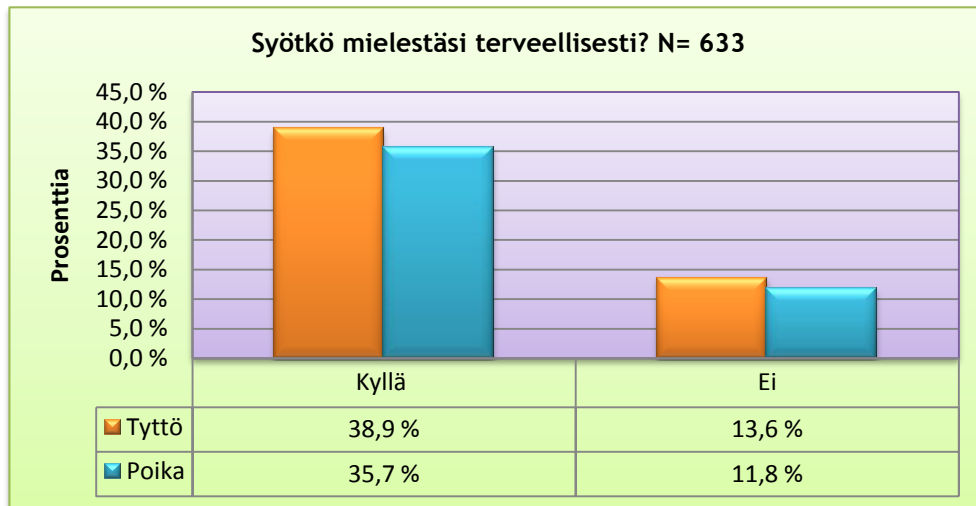


Kuvio 12: Viikoittaisen yön pituus, Lost/ Karviainen

5.5 Ravitsemus

Ravitsemusosiossa selvitettiin nuorten ruokailutottumuksia sekä sitä, miettivätkö nuoret ruuan terveellisyyttä ja vaikuttaako se heidän ravitsemusvalintoihinsa. Kyselyyn vastanneista 75 % koki syövänsä terveellisesti (Kuvio 13). 56 % vastanneista nuorista myös mietti onko heidän syömänsä ruoka terveellistä, ja 45 % ei miettinyt ruuan terveellisyyttä. Tytöt miettivät kokonaisuutena ruoan terveellisyyttä poikia enemmän (Kuvio 14). Vastaajista nuoret, jotka miettivät ruoan terveellisyyttä ja syövät mielestään terveellisesti, myös kokevat itsensä terveemmiksi (Kuvio 15).

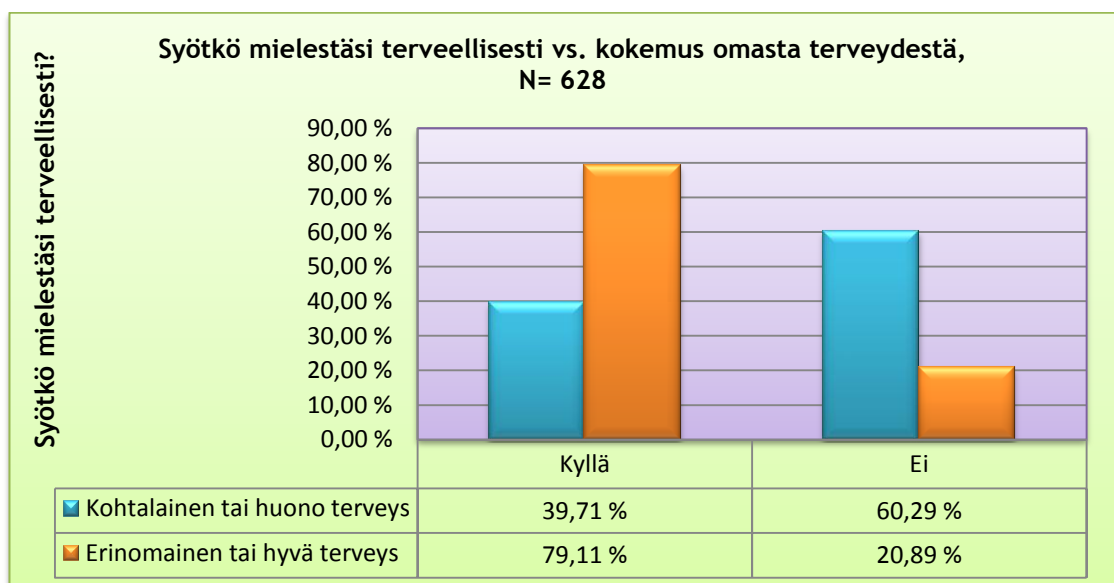
Vastaajista 44 % kertoi perheensä syövän yhdessä päivittäin, luku on suurempi kuin hankkeen ensimmäisessä kyselyssä, jolloin tulos oli 36 %. Vain 4 % ilmoitti nyt, ettei heidän perheensä syö ollenkaan yhdessä, kun hankkeen ensimmäisen kyselyn tuloksissa vastaava luku oli 5,5 %. Ulkona kertoi syövänsä muutaman kerran kuukaudessa tai harvemmin 81 % vastanneista ja yleisimpiä nautittuja ruokia silloin olivat ranskalaiset, hampurilaiset, pizza tai kebab. Aikaisemmissa tuloksissa ulkona syöminen oli hiukan yleisempää samalla aikavälillä (84 %).



Kuvio 13: Kokemus oman ruokavalion terveellisyydestä



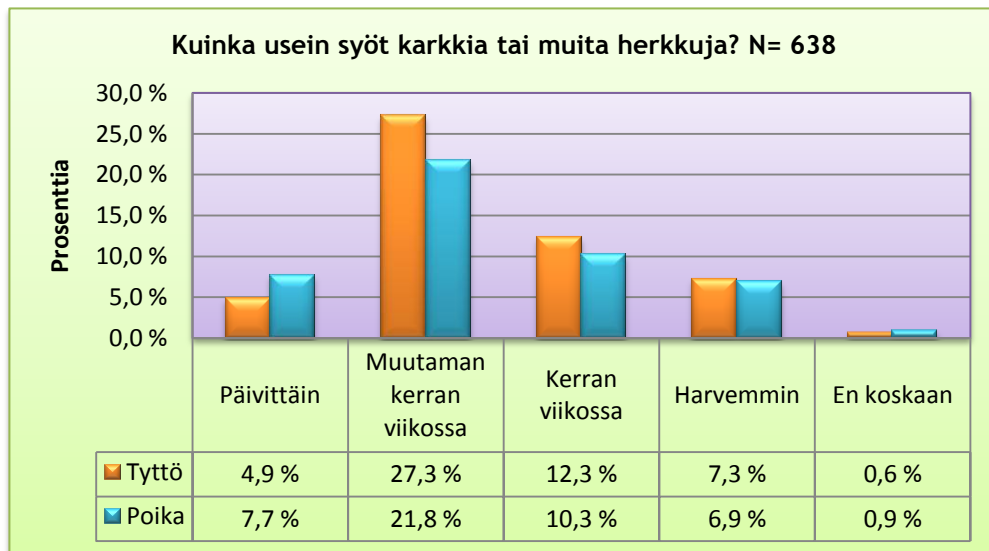
Kuvio 14: Ruoan terveellisyyden pohtiminen



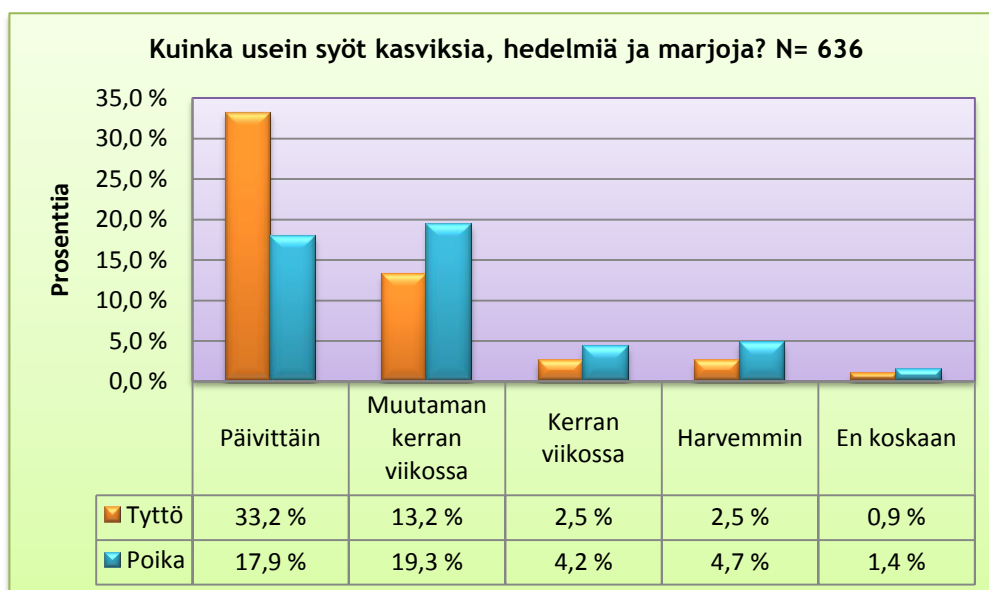
Kuvio 15: Ruoan terveellisyyden pohtiminen vs. kokemus omasta terveydestä

Vastaajista suurin osa kertoi syövänsä päivittäin neljä ateriaa; aamupalan, lounaan, päivällisen ja iltapalan. Kouluruokaa söi päivittäin 60 % vastaajista, ja silloin tällöin kouluruokaa söi 35 %. Vastaukset ovat samansuuntaisia kuin hankkeen viime vuoden kyselyssä. Kouluruoasta puolestaan piti 60 % vastaajista ja 40 % ei siitä pitänyt, vaikkakin suurin osa nuorista kertoi kuitenkin syövänsä koulussa lähes kaikki aterian osat. 91 % nuorista koki saavansa syödä riittävästi ruokaa koulussa, tämäkin tulos vastaa aiheesta aiemmin saatuja tuloksia.

Kyselyn mukaan karkkeja tai muita herkuja söi päivittäin tai muutaman kerran viikossa 62 % vastanneista (Kuvio 16). Sydänpolku-hankkeen v 2009 tuloksissa vastaava luku oli 57 %. Herkkujen syönti on siis lisääntynyt 5 %:lla edellisvuoteen nähden.



Kuvio 16: Karkkien ja herkkujen syönti



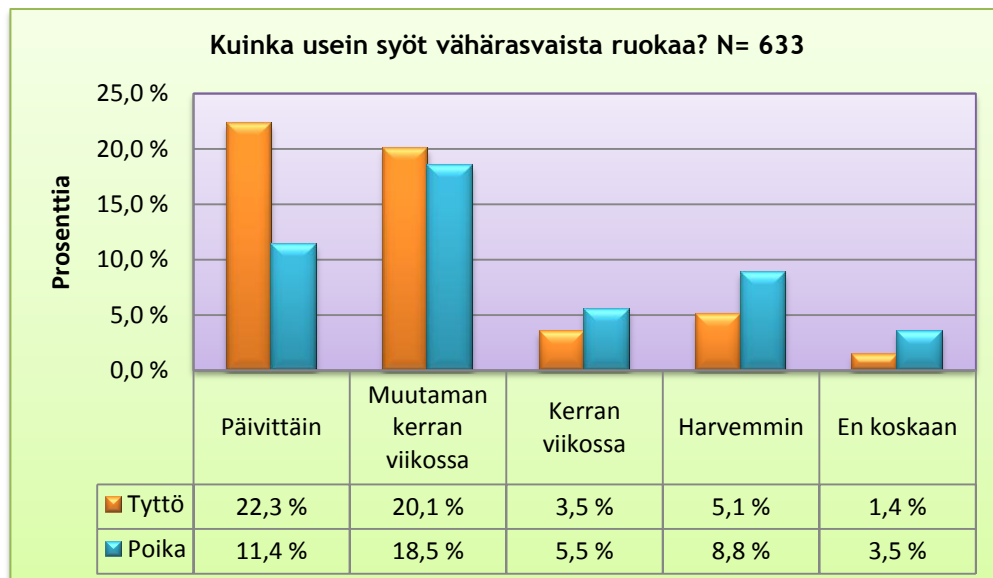
Kuvio 17: Kasvien hedelmien ja marjojen syönti

Kasviksia, hedelmiä ja marjoja söi nuorista päivittäin 51 % ja muutaman kerran viikossa 33 % (Kuvio 17). Sydänpolku-hankkeen ensimmäisen kyselyn tuloksissa päivittäin kasviksia, hedelmiä ja marjoja söi 50 % ja muutaman kerran viikossa 36 %, joten tulokset ovat jälleen hyvin samansuuntaiset.

Kysyttiin myös mitä muuta nuoret syövät ja juovat kouluruoan lisäksi. Yleisimpiä muita nautittuja ruoka-aineita olivat virvoitusjuomat sekä makeiset, joihin myös suurin vastaajien rahoista kului (65 %). Energia- ja virvoitusjuomia kertoi juovansa vastaajistamme päivittäin lähes 15 %, muutaman kerran viikossa 31 %, kerran viikossa 19 % ja harvemmin kuin kerran viikossa 30 %. Herkuttelusta saadut tulokset ovat kaikkiaan melko samansuuntaisia Sydänpolku-hankkeen v. 2009 tuloksiin nähden.

Yllättävää oli huomata, että vastaajat kiinnittivät huomiota ruoan rasvan laatuun. Vähärasvaista ruokaa ilmoitti syövänsä päivittäin 34 % ja muutaman kerran viikossa 39 %. Vastaajista 5 % puolestaan ilmoitti, ettei koskaan syö vähärasvaista ruokaa (Kuvio 18). Sydänpolku-hankkeen v 2009 tuloksissa vähärasvaista ruokavaliota ei koskaan noudattanut 3 % vastaajista.

Suolan käyttöön kiinnitettiin myös huomiota. Kysyttäessä lisäävätkö nuoret suolaa ruokaan, n. 70 % vastaajista ilmoitti, etteivät he lisää ruokaan suolaa. Sydänpolku-hankkeen v. 2009 tuloksissa vastaava luku oli 7 % suurempi. Tämän perusteella lisäsuolan käyttö on siis lisääntynyt nuorten keskuudessa. Lisäsuolan käyttäjistä 70 % tunsu silti itsensä terveeksi.

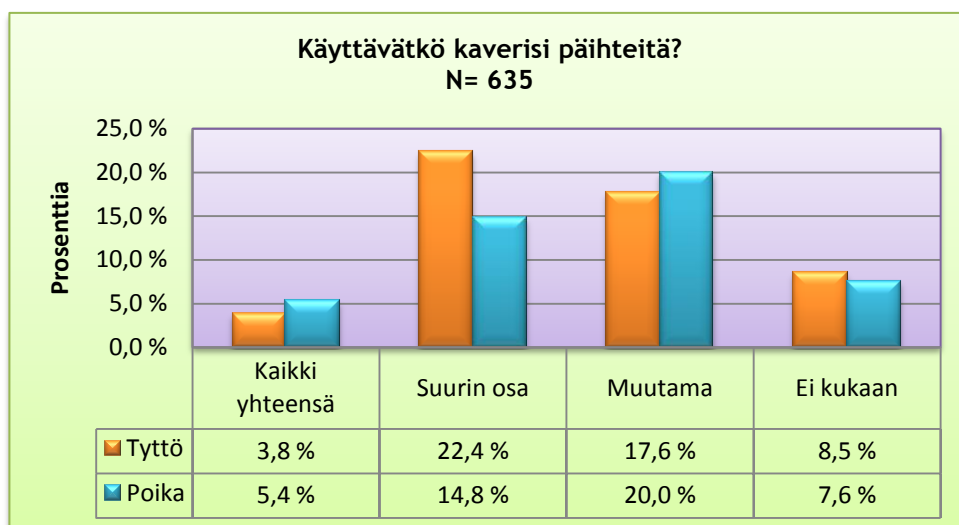


Kuvio 18: Vähärasvaisen ruoan syöntikerrat

5.6 Päihteiden käyttö

Päihdeosion kysymyksillä selvitettiin Lostin ja Karviaisen alueen 9- luokkalaisten päihteiden käyttöä, sekä sitä onko kaveripiirillä vaikutusta nuoren päihteiden käyttöön. Osiossa selvitimme myös nuorten tupakointia, sekä päihteiden käytön ja tupakoinnin säännöllisyyttä ja määrää.

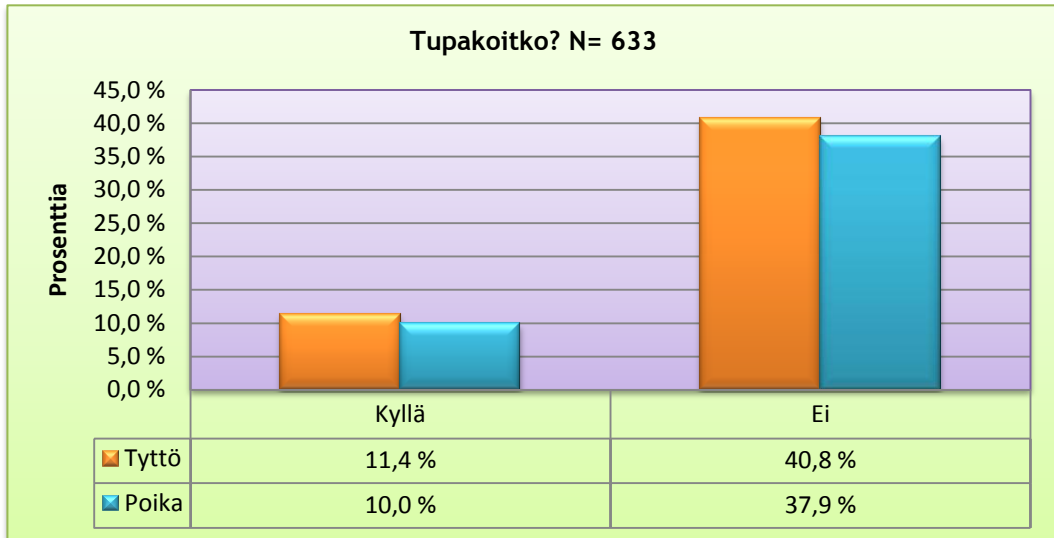
Vastaajista yhteensä 38 % kertoi muutamien kavereidensa käyttävän päihteitä. 37 % vastaajista vastasi suurimman osan kavereistaan käyttävän päihteitä, ja 16 % vastasi kavereiden olevan täysin päihdeettömiä. 9 %:lla nuorista oli kaveripiiri, jotka kaikki käyttivät päihteitä. Tyttöjen ystävät käyttivät päihteitä hieman enemmän kuin poikien kaveripiiri (Kuvio 19).



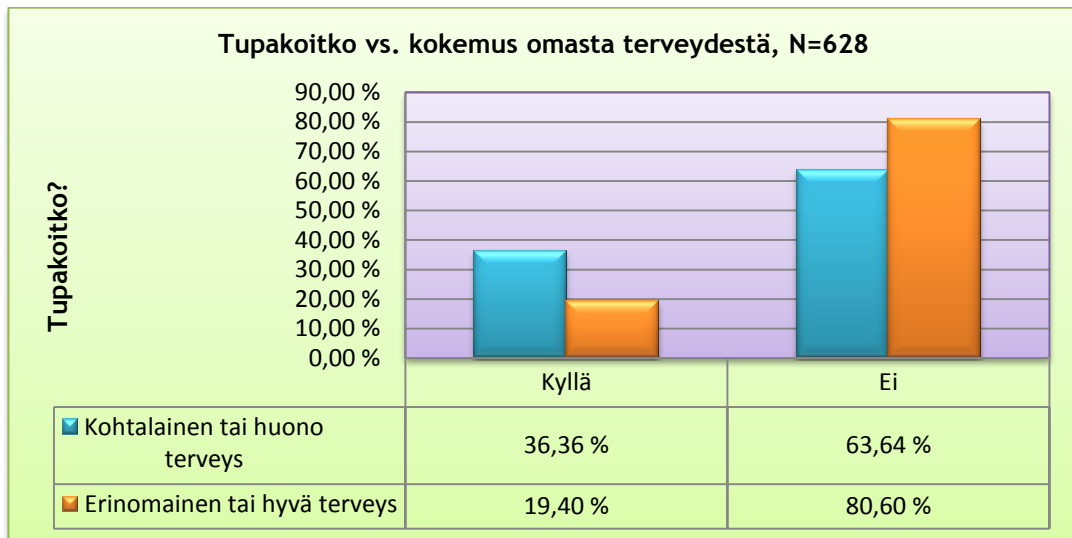
Kuvio 19: Kavereiden päihteiden käyttö

Sydänpolku-hankkeen ensimmäisissä tuloksissa v. 2009 Lohjan yläkoululaisista 46 % vastasi muutamien kavereiden käyttävän päihteitä ja 37 % vastasi suurimman osan kavereista käyttävän päihteitä. 17 % nuorista vastasi tuolloin kavereidensa olevan raittiita. Nuorten päihteiden käyttö näyttää siis tulosten osalta jatkuvan kutakuinkin samansuuntaisena kuin edellisellä vuonna.

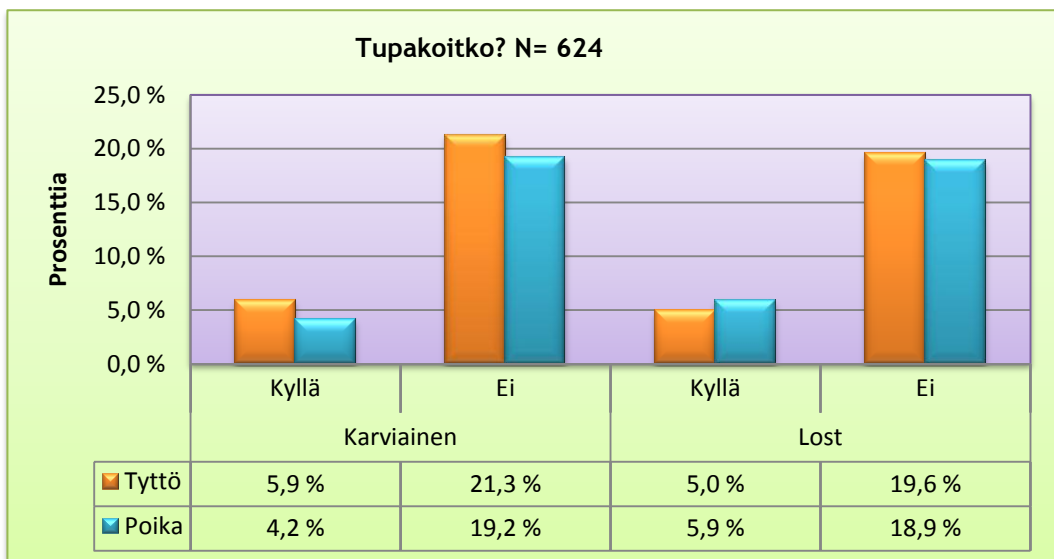
Vastaajista 21,5 % kertoi tupakoivansa ja 78,5 % vastasi, etteivät he tupakoi. Sukupuolierot tupakoinnissa olivat 1-2 % luokkaa (Kuvio 20). Lostin ja Karviaisen alueella tupakoinnin terveydelliset haitat tiedettiin hyvin ja tupakoivat nuoret eivät kokeneet itseänsä terveeksi (Kuvio 21). Lostin ja Karviaisen välillä ei nuorten tupakoinnissa suuria eroja ilmennyt. Sukupuoli vertailussa Karviaisen tytöt tupakoivat hieman poikia enemmän, kun taas Lostin alueella asia on päinvastoin (Kuvio 22). Vuonna 2009 Lohjan yläkoululaisista 17 % kertoi tupakoivansa päivittäin ja 83 % vastasi, etteivät he tupakoi. Sydänpolku-hankkeen viimevuotisissa tuloksissa pojat tupakoivat hieman tyttöjä enemmän.



Kuvio 20: Nuorten tupakointi



Kuvio 21: Tupakointi vs. kokemus omasta terveydestä

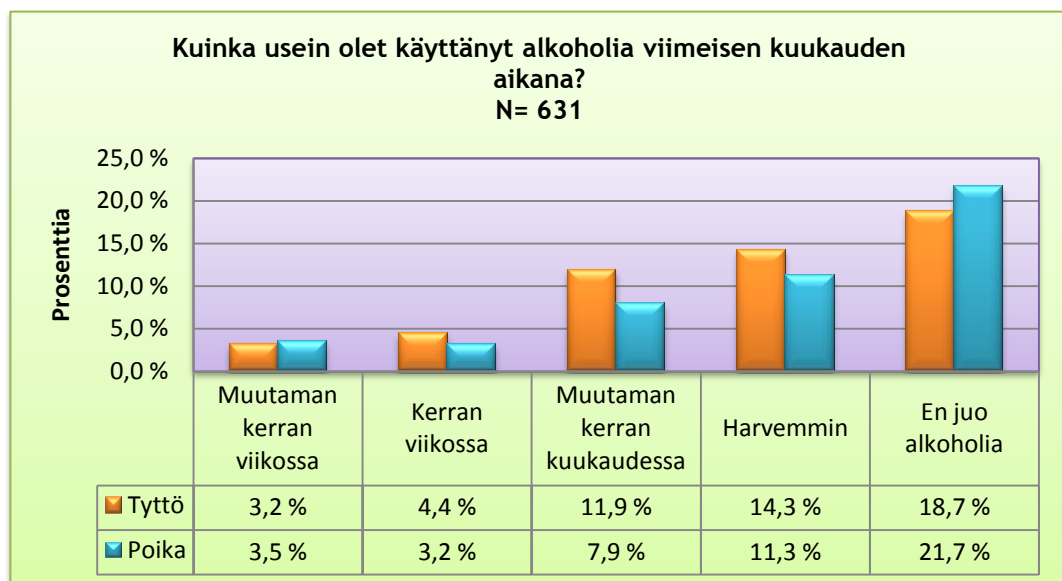


Kuvio 22: Tupakointi, Lost/ Karviainen

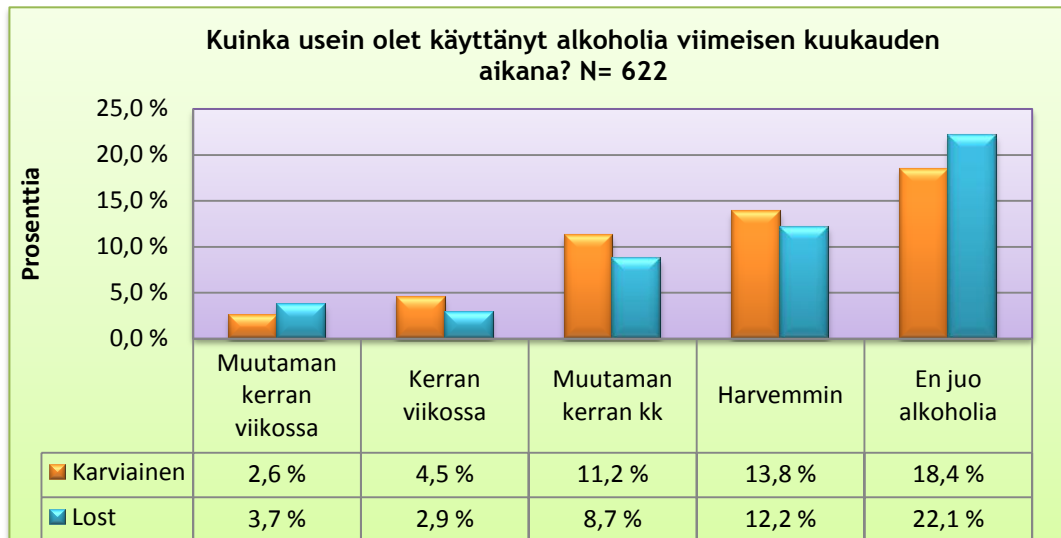
Vastaajista yhteensä 14 % kertoi juoneensa alkoholia vähintään kerran viikossa ja 20 % vastaajista kertoi käyttäneensä alkoholia muutamia kertoja viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa alkoholia käyttää 26 % vastaajista. Raittiiden osuus vastaajista oli n. 40 %. Sukupuolivertailussa voidaan todeta tyttöjen käyttävän alkoholia hieman poikia enemmän, ja täysin raittiista nuorista poikien osuus oli tyttöjen osuutta 3 % suurempi (Kuvio 23).

Sydänpolku-hankkeen ensimmäisen kyselyn tuloksissa taas viikoittain alkoholia käytti n. 12 % vastaajista, ja muutamia kertoja kuukaudessa alkoholia käyttäviä oli vastaajista 17 %. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa alkoholia käytti 22 % ja täysin raittiita nuoria oli 44 % vastaajista.

Verrattaessa Lostin ja Karviaisen nuorten kuukausittaista päihteiden käyttöä toisiinsa, voidaan huomata nuorten päihteiden käytön olevan samankaltaista molemmilla alueilla. Lostin alueen nuoret näyttäisivät kuitenkin kokonaisuutena juovan hieman harvemmin alkoholia kuukaudessa Karviaisen alueen nuoriin verrattuna (Kuvio 24). Kokonaisuutena voidaan todeta tähän kyselyyn vastanneiden käyttävän alkoholia melko samansuuntaisesti kuin v. 2009 kyselyyn vastanneet Lohjan yläkoululaiset.



Kuvio 23: Alkoholin käyttö edellisen kuukauden aikana



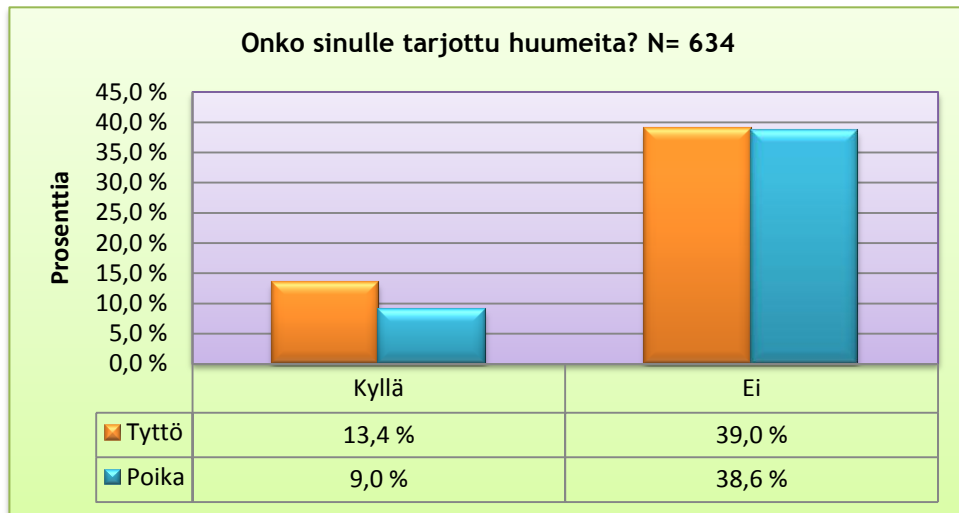
Kuvio 24: Alkoholin käyttö edeltävän kuukauden aikana, Lost/ Karviainen

Tupakan ja alkoholin hankinta näyttäisi valvonnan kiristymisestä huolimatta olevan alueen alaikäisille edelleen erittäin helppoa tai helppoa. Vastaajista 38,5 % kertoo alkoholin hankinnan olevan erittäin helppoa, ja 51 % kokee sen melko helpoksi. Tupakan hankinta on erittäin helppoa 56,5 %:lle vastaajista ja 36 % nuorista kokee sen melko helpoksi. Yleisimmin alkoholin hakijoina toimivat kaverit (68,5 %) ja satunnaiset hakijat (51,5 %), myös vanhemmat sisarusket auttavat alkoholin hankinnassa (25 %). Vanhemmiltaan alkoholia pihittää 15 % vastaajista ja vanhemmat hankkivat sitä 19 %:lle vastaajista.

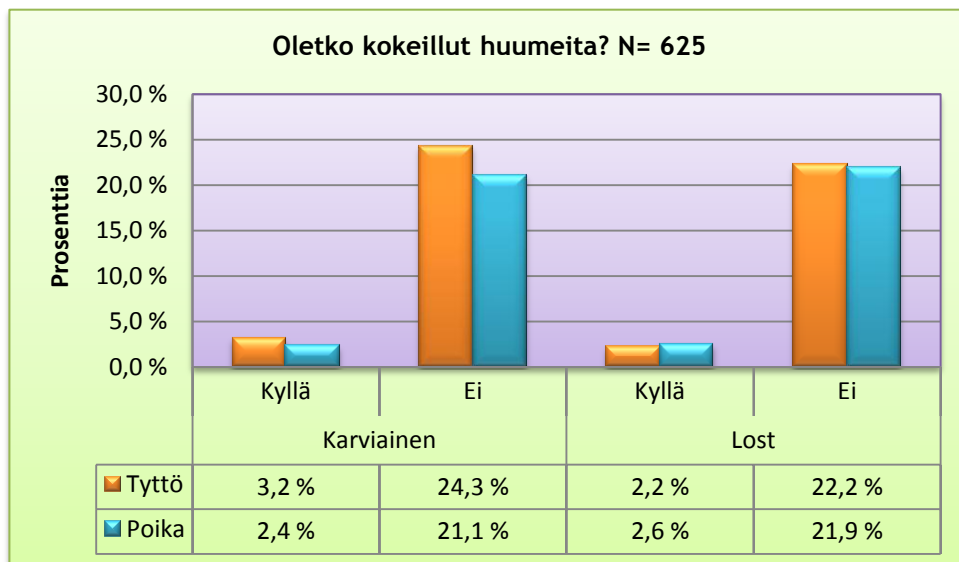
Alkoholijuomista suosituimpia ovat olut, siiderit ja muut miedot alkoholijuomat, mutta niiden rinnalla nuoret kertovat juovansa myös väkeviä alkoholijuomia (48 %). Tosihumalaan asti alkoholia viikoittain käyttää nuorista n. 9 % ja 1-2 kertaa kuukaudessa itsensä tosihumalaan juo 25 %. Nuorten käyttämät alkoholin kerta-annokset ovat tutkimuksen mukaan suhteellisen suuria. Yhden annoksen ollessa pullo olutta, siideriä tai muita mietoja juomia tai vastaavasti 4 cl vahvaa alkoholijuomaa, nuorten yleisin kerta-annos on 7-10 annosta (31 %) ja toiseksi yleisimmin juodaan 4-6 annosta (28 %).

Alueen nuorten huumeiden käyttöä tarkasteltaessa selvisi, että vastaajista 22,5 %:lle oli tarjottu huumeita, ja heistä 11 % kertoi niitä kokeilleensa. Työille huumeita oli tarjottu poikia useammin (Kuvio 25). Tytöt (6 %) myös olivat kokeilleet huumeita enemmän kuin pojat (5 %). 78 %:lle vastaajista huumeita ei ole koskaan tarjottu.

Alueellisessa vertailussa ei tässäkään osa-alueessa suuria eroja syntynyt. Karviaisen tytöt olivat kokeilleet huumeita prosenttien verran enemmän kuin Lost alueen tytöt. Poikien vastaavat luvut olivat keskenään suunnilleen samaa suuruusluokkaa asuinalueesta riippumatta (Kuvio 26).



Kuvio 25: Huumeiden tarjoaminen vastaajille

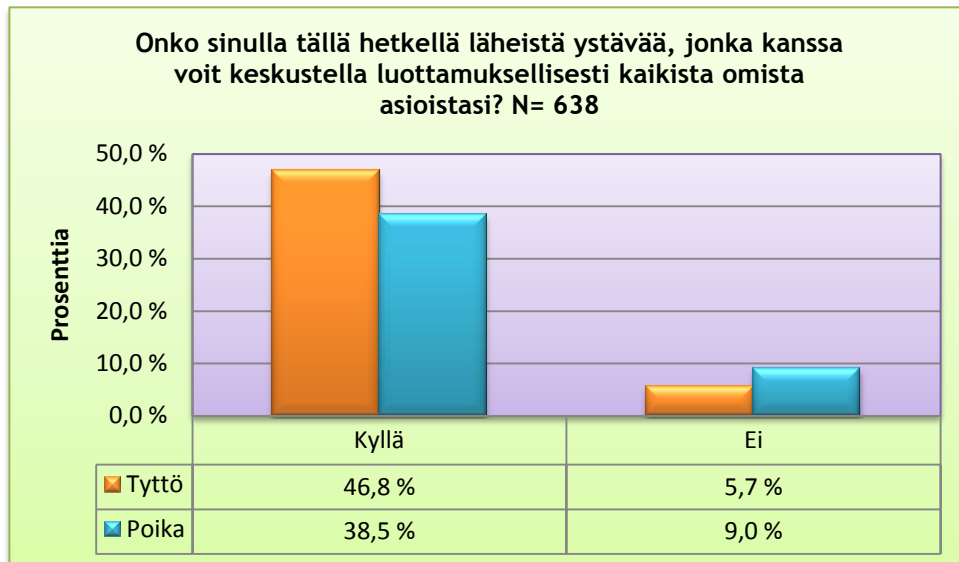


Kuvio 26: Vastaajien huumeiden kokeilu, Lost/ Karviainen

5.7 Sosiaaliset suhteet

Tässä osiossa terveystietojen selitysmalleista painotettiin erityisesti psykososiaalisia ja käyttäytymiseen liittyviä tekijöitä. Kyselyssä ei tiedusteltu perheen rakenteita tai perheen sosioekonomista asemaa.

Kyselyyn vastanneista yhteensä 85 % koki omaavansa läheisen ja luotettavan ystävän. Kuitenkaan lähes 15 %:lla vastaajista tällaista ystävää ei ollut (Kuvio 27).

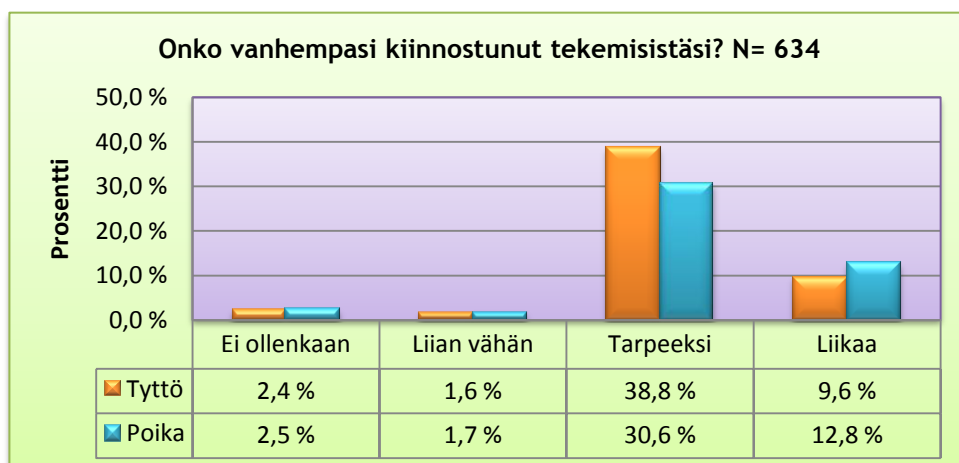


Kuvio 27: Läheisten ystävien määrä

Tulokset antavat viitteitä siitä, että tällä alueella pojat ovat hieman tyttöjä suuremmassa vaarassa syrjäytyä sosiaalisesti. Sydänpolku-hankkeen v. 2009 tulokset vahvistavat myös tätä oletusta.

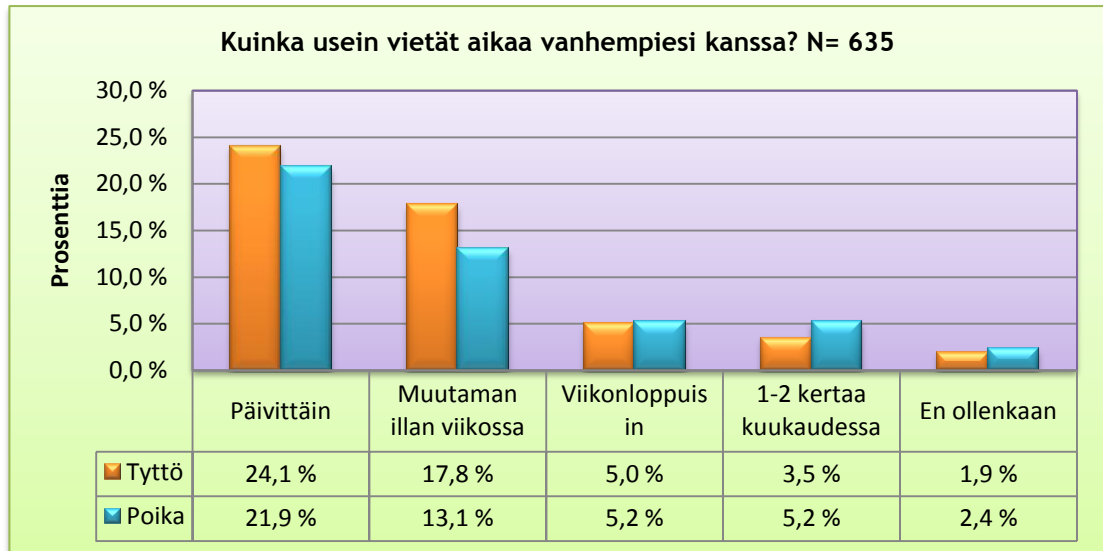
Sosiaalisten suhteiden osiossa haluttiin myös selvittää millaiset suhteet nuorilla on vanhempiinsa, ja ovatko vanhemmat kiinnostuneita heidän tekemisistään. Tulosten mukaan suurin osa nuorista (69 %) kokee vanhempiensa olevan tarpeeksi kiinnostunut heidän tekemisistään. Kuitenkin reilut 3 % nuorista myös tuntee saavansa liian vähän tai ei lainkaan huomiota vanhemmiltaan (Kuvio 28).

Sydänpolku-hankkeessa saadut v. 2009 tulokset vanhempien kiinnostuksesta olivat kuitenkin vielä 3 % tämän vuoden tuloksia korkeammat, reilun 6 %:n kokiessa vanhempien kiinnostuksen heitä kohtaan olevan puutteellista.

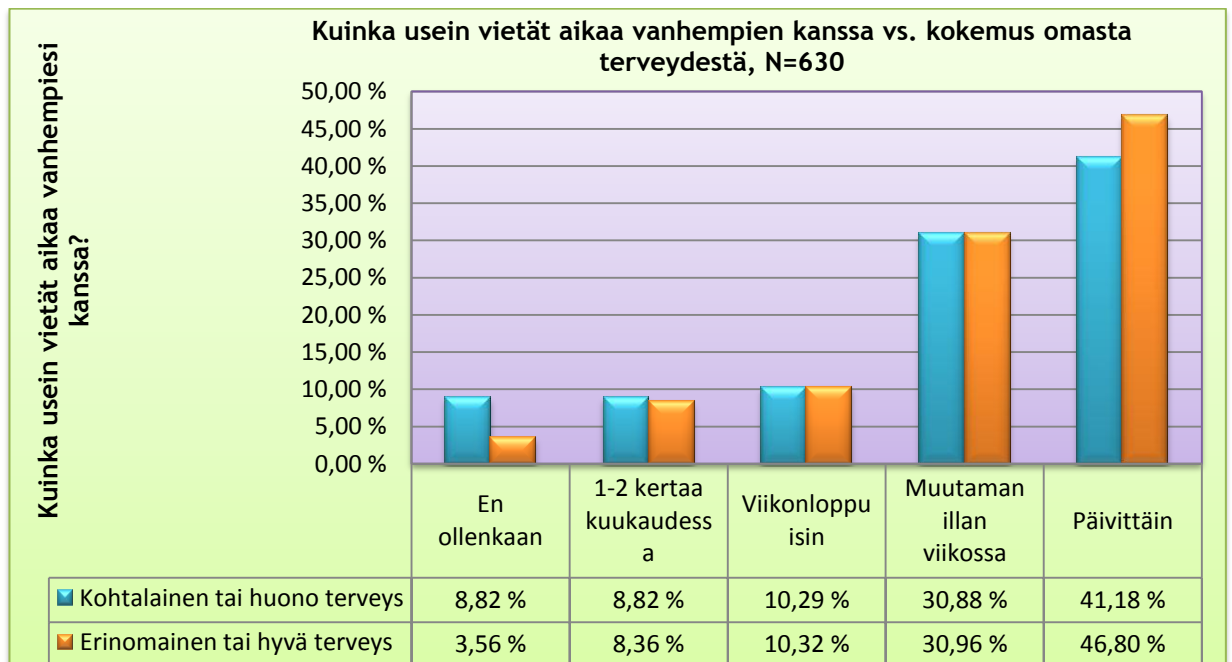


Kuvio 28: Vanhempien kiinnostus vastaajien asioihin

Nuorilta kysyttiin myös, viettävätkö he aikaa vanhempiensa kanssa. Päivittäin vanhempiensa kanssa aikaa vietti 46 % nuorista, ja hieman yli 4 % heistä vastasi, etteivät he vietä lainkaan aikaa vanhempiensa kanssa (Kuvio 29). Vastaajista ne, jotka viettivät päivittäin tai muutaman kerran viikossa aikaa vanhempiensa kanssa yhdessä ruokaillen tai aikaa viettäen, kokivat terveytensä paremmaksi kuin ne jotka eivät juuri vietä aikaa vanhempiensa kanssa (Kuvio 30). Tulos on edellisvuoden tulosta myönteisempi. Lohjalla v. 2009 12,5 % nuorista ei viettänyt lainkaan aikaa perheensä parissa.

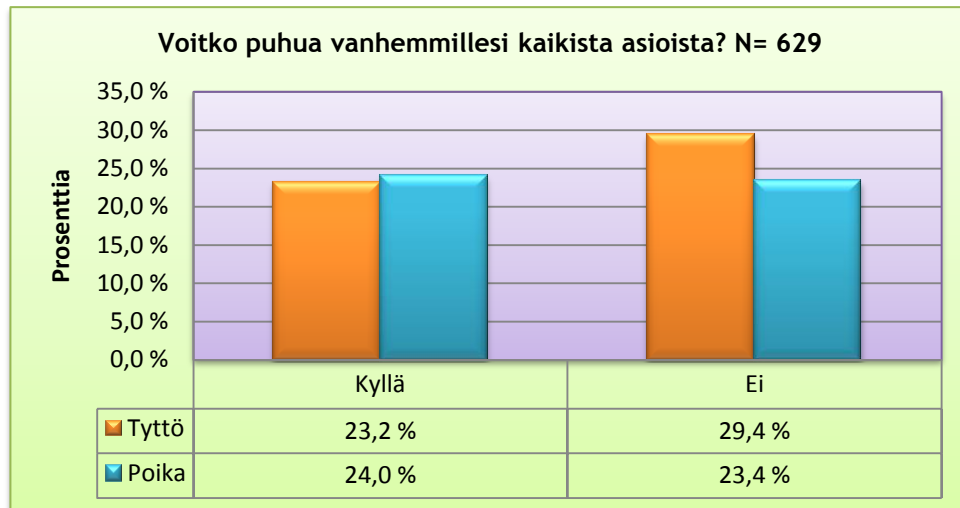


Kuvio 29: Vanhempien kanssa vietetty aika



Kuvio 30: Vanhempien kanssa vietetty aika vs. kokemus omasta terveydestä

Vastaajista 47 % koki voivansa puhua vanhemmilleen luottamuksellisesti kaikista asioista. Kuitenkin hieman suurempi osa nuorista, miltei 53%, kertoo ettei voi keskustella vanhempiensa kanssa luottamuksellisesti asioistaan (Kuvio 31). Sydänpolku-hankkeessa v. 2009 56 % koki suhteen vanhempiin olevan kunnossa. Tutkimusten tulokset ovat näin ollen melko yhteneväisiä.



Kuvio 31: Vastaajien kokemus siitä, voivatko puhua vanhemmilleen kaikista asioista

6 Pohdinta

6.1 Tulosten tarkastelua

Tässä luvussa esitellään Sydänpolku-hankkeen ensimmäisen ja toisen kyselyn tuloksia verrattuna Kouluterveyskyselyn Uudeltamaalta v. 2008 saatuihin tuloksiin. Tulosten vertailussa voidaan todeta Sydänpolku-hankkeen kyselyiden tulosten olevan varsin yhteneväisiä Kouluterveyskyselyn Uudenmaan alueelta saatuihin tuloksiin. Lostin ja Karviaisen alueella mitään yksittäistä esiin nostamisen arvoista riskitekijää ei tutkimuksessa ilmennyt. Tulokset vahvistivat jo teoreettisessa viitekehyksessä esiin tulleita riskitekijöitä sekä jo olemassa olevaa tietoa nuorten terveydestä tällä alueella.

Nuorten kokemus omasta terveydestään oli tässä tutkimuksessa kaikkiaan melko samansuuntainen kuin Kouluterveyskyselyssäkin saaduissa tuloksissa. Terveys koettiin Uudellamaalla enimmäkseen joko erinomaiseksi tai melko hyväksi, kuten Lostin ja Karviaisenkin alueella. Kouluterveyskyselyssä pojat kokivat terveytensä paremmaksi kuin tytöt. Sydänpolku-hankkeen molemmissa tuloksissa puolestaan tytöt kokivat terveytensä poikia paremmaksi. (Fallenius ym. 2008; Lerssi ym. 2008.)

Edukseen tämän tutkimuksen tuloksissa nousee vastaajien aktiivinen liikunnan harrastaminen. Vastaajista 82 % harrastaa liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa. Huomionarvoista tuloksissa on kuitenkin se, että 2-4 kertaa viikossa liikkuvista nuorista melko suuri osa ei kuitenkaan kokenut itseään terveeksi. Vastaajista suurin osa piti kerran viikossa liikunnan harrastamista liian vähäisenä. Liikunnan harrastaminen alueella on näin ollen Kouluterveyskyselyn tuloksiin nähden huomattavan paljon aktiivisempaa. Kouluterveyskyselyyn vastanneista liian vähän viikoittaista liikuntaa harrastavien määrä on jopa 53 % vastaajista. (Fallenius ym. 2008; Lerssi ym. 2008.) Teoreettisessa viitekehyksessä esiin tullut nuorten lisääntyvä ylipaino ja liikkumattomuus eivät siis tämän tutkimuksen mukaan Lostin ja Karviaisen alueella ole huolenaihe. Laskettaessa vastaajien painoindeksijä voitiin todeta suurimman osan vastaajista olevan normaalipainoisia. Ylipainoisia molemmista sukupuolista oli 10 %, alipainoisia tyttöjä oli 18 % ja pojista 14 %. Alueellisessa vertailussa vastaajilla ei todettu suuria eroja painoindeksissä.

Vastaajista omasta mielestään riittävästi (7-8 tuntia) öisin nukkuvat tunsivat itsensä terveemmäksi kuin alle 6 tuntia nukkuvat. Lostin ja Karviaisen alueella vastaajista 40 % nukkui 6-8 h yössä, miltei 40 % nukkui 4-6 h yössä, ja suositeltuja 8-10 h yöunia nukkui vastaajista vain hieman alle 10 %. (Fallenius ym. 2008.)

Ravitsemus osiossa tarkasteltiin nuorten ruokavalion terveellisyyttä. Tuloksista voidaan todeta että vastaajista nuoret, jotka miettivät ruoan terveellisyyttä ja syövät mielestään terveellisesti, myös kokevat itsensä terveemmiksi. Kaikkiin kolmeen tutkimukseen vastanneista nuorista suurin osa nautti kouluruoan lisäksi usein virvoitusjuomia ja makeisia. Päivittäin näitä epäterveellisiä välipaloja nautti Lostin ja Karviaisen alueen vastaajista miltei 13 %. Muutamia kertoja viikossa herkkuja söi n. v. 2008 vastaajista yli 50 % ja tähän kyselyyn vastanneista 49 %. Eniten syötyjä herkkuja olivat molemmissa vastausjoukoissa makeiset sekä virvoitus- ja energiajuomat. Uudellamaalla hedelmiä, ja makeita kahvileipiä sekä hampurilaisia syötiin harvemmin kuin kerran viikossa. Lostin ja Karviaisen alueella taas kasviksia, hedelmiä ja marjoja söi nuorista päivittäin jopa 51 % ja muutaman kerran viikossa 33 %. Tämä ryhmä koki myös itsensä muita terveemmäksi. (Fallenius ym. 2008; Lerssi ym. 2008.)

Tutkimuksen mukaan nuorten päihteiden käyttö ja tupakointi ovat Lostin ja Karviaisen alueen vastaajien keskuudessa melko samalla tasolla keskiverto uusimaalaisen nuoren kanssa. Kouluterveyskyselyssä v. 2008 pojista tupakoi päivittäin 20 % ja tytöistä 18 %, ja n. 30 % tupakoi harvemmin kuin päivittäin. Tupakoimattomia oli n. puolet ikäryhmästä (Lerssi ym. 2008.) Lostin ja Karviaisen alueella tupakoinnin terveydelliset haitat tiedettiin hyvin ja tupakoivat nuoret eivät kokeneet itseänsä terveeksi. Sydänpolku-hankkeen tutkimuksiin vastanneista tupakoi v. 2009 17 % ja tupakoimattomia oli 83 %. Nyt saaduissa tuloksissa 21,5 % nuorista ilmoitti tupakoivansa ja tupakoimattomia oli 78,5 % vastanneista. Sukupuolten välillä tupakoinnissa näyttäisi olevan pientä muutosta, tyttöjen tupakointi on lisääntynyt niin Lostin ja Karviaisen alueella, kuin Uudellamaalla yleensäkin. (Fallenius ym. 2008; Lerssi ym. 2008.)

Alkoholin käyttöä tarkasteltaessa saadut tulokset olivat jälleen melko yhdenmukaisia Kouluterveyskyselyn tuloksiin nähden. Lostin ja Karviaisen alueen nuoret käyttivät alkoholia melko samansuuntaisesti kuin Kouluterveyskyselyyn vastannut keskiverto uusimaalainen nuori. Nyt saaduissa tuloksissa vastaajista 14 % kertoi käyttävänsä alkoholia ainakin kerran viikossa. Kouluterveyskyselyn sukupuolten välisessä vertailussa uusimaalaisista tytöistä 10 % käytti alkoholia viikoittain, poikien luvun ollessa 12 %. Vastaavat luvut Lostin ja Karviaisen alueen nuorista olivat tytöt 8 % ja pojat 7 %. Täysin raittiita oli Kouluterveyskyselyyn vastanneista tytöistä 31 % ja pojista 33 %. Lostin ja Karviaisen alueella raittiita nuoria oli vastanneista tytöistä 19 % ja pojista 22 %. Kokonaan raittiiden nuorten osuus Lostin ja Karviaisen alueella on vähentynyt 4 % edellisvuodesta. (Fallenius ym. 2008; Lerssi ym. 2008.)

Humalahakuista juomista tutkittaessa saatiin selville, että Lostin ja Karviaisen seudun 9-luokkalaiset juovat hieman keskimääräistä uusimaalaista nuorta useammin itsensä tosihumalan asti. Kouluterveyskyselyn humalahakuisen juomisen tulosten ollessa 17 % kaikista vastaajista, Lostin ja Karviaisen 25 % on selvästi suurempi. Toinen eroavaisuus Kouluterveyskyselyyn löytyy muutaman kerran kuukaudessa alkoholia käyttävien nuorten määrästä joka puolestaan näyttäisi olevan Lostin ja Karviaisen alueella olevan hieman keskiverto uusimaalaisia nuoria pienempi. (Fallenius ym. 2008; Lerssi ym. 2008.)

Kartoitettaessa päihteiden käyttöä haluttiin myös tutkia kaveripiirin mahdollista vaikutusta nuorten päihteiden käyttöön. Vastaajista yhteensä 75 % kertoi suurimman osan tai muutaman ystävänsä käyttävän päihteitä. Runsaalla 9 %:lla vastaajista oli kaveripiiri jotka kaikki käyttivät päihteitä, toisaalta n.15 % nuorista omasi täysin raittiin kaveripiirin. Lostin ja Karviaisen alueen tyttöjen ystävät käyttivät päihteitä hieman poikien ystäviä enemmän.

Nuorten huumeiden käytöstä voidaan todeta, että nuoret kokeilevat huumeita Lostin ja Karviaisen alueilla samassa määrin kuin keskiverto uusimaalainen nuori. Kouluterveyskyselyn vastaajista n. 6,5 % on kokeillut huumeita, vastaavien osuukien ollessa tällä alueella tytöistä 6 % ja pojista 5 % (Lerssi ym. 2008).

Lostin ja Karviaisen alueen nuorten sosiaalisia suhteita tutkittaessa kiinnitettiin huomioita nuorten saavuttamiin luottamuksellisiin suhteisiin niin ystävien kuin vanhempienkin kanssa. Vastaajista ne, jotka viettivät päivittäin tai muutaman kerran viikossa aikaa vanhempiensa kanssa yhdessä ruokailien tai aikaa viettäen, kokivat terveytensä paremmaksi kuin ne jotka eivät juuri vietä aikaa vanhempiensa kanssa. Nuoret, joiden vanhemmat olivat kiinnostuneita heidän tekemisistään ja jotka kertoivat vanhemmilleen missä viettivät viikonloppuillansa, kokivat myös itsensä muita terveemmiksi. Saatujen tulosten mukaan 69 % alueen nuorista kokee vanhempiensa olevan riittävän kiinnostunut heidän asioistaan. 47 % vastaajista koki myös voivansa puhua vanhemmilleen kaikista asioista luottamuksella. 53 % nuorista taas il-

moitti, ettei heillä ollut tällaista suhdetta vanhempiinsa. Uudenmaan tuloksiin verrattuna tilanne oli lähes sama, myös Kouluterveyskyselyssä noin puolet nuorista vastasi voivansa puhua vanhemmilleen luottamuksella (Lerssi ym. 2008).

Kouluterveyskyselyn mukaan masennus ja ahdistuneisuus olivat yleisempiä niillä nuorilla, joiden vanhemmat eivät olleet selvillä nuortensa menemisistä. Kouluterveyskyselyyn verrattaessa Lohjalaisten 9-luokkalaisten nuorten vanhemmat tiesivät paremmin nuortensa viikonloppuiltojen viettopaikat. Kyselyn vastauksista kävi myös ilmi, että pojilla oli tyttöjä parempi keskusteluyhteys vanhempiinsa. Poikien osuus oli kuitenkin suurempi ryhmässä, joka ilmoitti että vanhemmat eivät ole lainkaan kiinnostuneita heidän tekemisistään ja lähes 13 prosenttia vastaajista ilmoitti, etteivät he vietä lainkaan aikaa vanhempiensa kanssa. (Fallenius ym. 2008; Lerssi ym. 2008.)

Tässä tutkimuksessa luottamuksellinen ystävyysuhde löytyi 85 %:lta vastaajista. Kuitenkin loput 15 % nuorista ilmoitti, ettei heillä ollut yhtään luotettavaa ystävää. Läheisen ystävän omaavat kokivat itsensä terveemmiksi suhteessa niihin, keillä ei ollut yhtään ystävää. Sukupuolten välisessä vertailussa saatiin selville poikien olevan tyttöjä yksinäisempiä. Vastaajista ne, jotka viettivät suurimman osan vapaa-ajastaan kavereidensa kanssa, tunsivat itsensä terveemmiksi kuin ne, jotka viettivät aikansa vanhempiensa kanssa. Pojista 9 % ilmoitti, ettei heillä ole yhtään ystävää, tyttöjen vastaavan luvun ollessa yli 3 % alhaisempi. Näin saatujen tulosten perusteella pojat ovat siis enemmän vaarassa syrjäytyä sosiaalisesti. Kouluterveyskyselyn tuloksissa tilanne oli kuitenkin vielä huolestuttavampi, tuolloin 14 %:lla vastanneista pojista ei ollut yhtään ystävää, ja tyttöjen luvun ollessa 6 % (Lerssi ym. 2008).

Tutkimuksessa kysyttiin myös nuorten rahankäytöstä ja kartoitettiin mihin he rahansa pääsääntöisesti käyttävät. Lostin ja Karviaisen alueella käyttörahaa oli nuorilla keskimäärin 10-20 € viikossa, ja he kokivat sen riittäväksi. Suurin osa vastaajista kulutti rahansa makeisiin ja virvoitusjuomiin (65 %). Muita isoja menoeriä olivat vaatteet ja kengät, ulkona syöminen, matkakulut ja lisäksi n. 47 % vastaajista laittoi rahansa säästöön. Myös Kouluterveyskyselyyn vastanneista 30 %:lla oli käytössään yli 17 € rahaa viikossa ja he kuluttivat sen niin ikään pääsääntöisesti makeisiin ja virvoitusjuomiin (Lerssi ym. 2008).

Nuorten saaman terveystiedon osalta voidaan todeta nuorten pitävän terveystiedon opetusta kaikkiaan hyödyllisenä ja he kokevat saavansa koulusta tarpeellisia terveyteen liittyviä tietoja. Vastaajista ne, jotka pitivät koulusta saatua terveystietoa tärkeänä, kokivat myös muita useammin itsensä terveemmiksi. Sydänpolku-hankkeen kyselyihin vastanneista 92 % koki saavansa terveystiedon tunneilta tarvitsemaansa informaatiota. Koulun tarjoama terveystiedon koettiin myös koko Uudellamaalla samaan tapaan. Terveystietoa pidettiin neutraalina oppiaineena, se ei ollut mieluisin aine, muttei epämieluisinkaan. (Fallenius ym. 2008; Lerssi ym. 2008.)

Terveydenlukutaidon toteutumista eli terveystietämyksen ja terveyskäyttäytymisen yhdistymistä kartoitettaessa näyttäisi siltä, että koko Uudellamaalla nuoret kokivat terveystiedon opetuksen positiivisesti ja että koulussa annettava opastus sai heidät pohtimaan omaa terveyttään. Kouluterveyskyselyn tuloksissa vastaajat kokivat opetuksen lisänneen heidän taitojaan sekä valmiuksiaan huolehtia omasta terveydestään. Sydänpolku-hankkeen kyselyihin vastanneista 41 % koki lisääntyneen tiedon vaikuttavan terveyskäyttäytymiseensä. (Fallenius ym. 2008; Lerssi ym. 2008.)

6.2 Johtopäätökset

Tutkimuksessa saatiin ajantasaista tietoa Lostin ja Karviaisen alueen 9-luokkalaisten terveystietoudesta, terveyskäyttäytymisestä ja terveysesenteistä. Lisäksi tutkimus antoi tietoa alueen nuorten elämäntavoista. Tutkimustuloksissa nuorten terveyskäyttäytymisessä oli nähtävissä jo opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä esiin tulleita haasteita. Saadut tulokset olivat samansuuntaisia Uudenmaan alueen Kouluterveyskyselyn sekä Sydänpolku-hankkeen ensimmäisen kyselyn kanssa.

Tutkimukseen vastanneista yli 60 prosenttia koki terveytensä hyväksi, ja lähes 30 prosenttia vastaajista koki terveytensä erinomaiseksi. Tytöt kokivat terveytensä paremmaksi kuin pojat. Tutkimustulosten mukaan alueen nuoret myös kokevat saavansa tarpeeksi terveystiedon opetusta koulussa ja he kokevat sen tarpeelliseksi.

Tulosten mukaan 9-luokkalaiset tiesivät hyvin sydän- ja verisuonitautien riskitekijät. Nuorista 20,4 prosentilla oli itsellään todettu jokin sydän- ja verisuonitautien riskitekijä, ylipainoa, kohonnutta verenpainetta sekä kohonneita kolesteroliarvoja. Tupakointia pidettiin eniten haitallisena ja sen haittavaikutuksista oli saatu eniten tietoa.

Tutkimuksessa saatiin paljon tietoa vastaajien päihteiden käytöstä. Vastaajista 21,5 % tupakoi, tytöt hiukan poikia enemmän. Alueellisesti Lostin ja Karviaisen välillä ei ilmennyt suurta eroa alkoholin käytössä tai tupakoinnissa. Tulokset olivat myös keskiverto uusimaalaiseen nuoreen verrattuna samalla tasolla. Tähän kyselyyn vastanneet tiesivät tupakoinnin terveyshaitat ja nuorista ne, jotka tupakoivat, eivät tunteneet itseään terveiksi. Alkoholin käyttö oli kaikkiaan vähäisempää kuin Uudellamaalla yleensä. Toisaalta humalahakuinen juominen oli alueella toistuvampaa kuin Uudellamaalla keskimäärin. Viikoittain alkoholia käytti 14,3 % vastaajista, Kouluterveyskyselyn tuloksen ollessa 22 %. Huumeiden käyttöä selvitetessä kävi ilmi, että 22,4 % le vastaajista oli tarjottu huumeita ja miltei 11 % kertoi kokeilleensa jotakin huumetta. Sukupuolten välisessä vertailussa tytöille tarjotaan huumeita poikia useammin, ja tytöt ovat myös kokeilleet huumeita enemmän. Lostin ja Karviaisen välille ei huumeiden tarjonnassa ja käytössä syntynyt suurta eroa.

Ravitsemusta käsittelevässä osiossa selvitettiin nuorten ruokailutottumuksia ja sitä, onko ruuan terveellisyydellä vaikutusta nuorten tekemiin ravitsemusvalintoihin. Vastanneista lähes 75 prosenttia koki syövänsä terveellisesti ja 55,5 prosenttia kiinnitti huomiota ravinnon terveellisyyteen. Tytöt miettivät ravinnon terveellisyyttä poikia enemmän. Vastaaajien perheissä ruokailtiin nyt yhdessä päivittäin useammin kuin Sydänpolku-hankkeen ensimmäisessä kyselyssä. Näyttäisi siis siltä, että Lostin ja Karviaisen alueella ei päde olettaus perheiden yhteisten ruokahetkien vähenemisestä. Tutkimustuloksissa kävi ilmi, että alueen nuorista 81 prosenttia söi pikaruokaa muutaman kerran kuukaudessa tai harvemmin. Nuorten suosimia pikaruokia ovat ranskalaiset perunat, kebab, pitsa ja hampurilaiset.

Suurin osa nuorista kertoi nauttivansa päivittäin neljä ateriaa ja kouluruokaa söi päivittäin 60 % vastaajista. Yhtä moni vastaajista piti kouluruokaa hyvänä ja reilut 40 % ei pitänyt kouluruoasta, vaikka söikin sitä. Tutkimuksessa kävi ilmi, että lähes 62 % alueen nuorista söi karkkeja ja herkkuja päivittäin tai muutaman kerran viikossa. Kasviksia, hedelmiä ja marjoja söi päivittäin vastaajista noin puolet. Virvoitus- ja energiajuomia joi päivittäin miltei 15 % vastaajista ja muutaman kerran viikossa 30,5 %. Kouluterveyskyselyn 2008 tuloksiin verrattuna tulokset ovat samansuuntaiset, myös uusimaalaisista yhdeksäsluokkalaisista yli puolet söi herkkuja kouluruoan lisäksi. Yleisimmin nautittiin makeisia ja virvoitusjuomia.

Ravinto-osiossa todettiin vastaajien kiinnittävän harvinaisen paljon huomiota ravintorasvojen laatuun. Vähärasvaista ruokaa kertoi syövänsä päivittäin tai vähintään muutaman kerran viikossa 72 % vastaajista. Yllättävää oli huomata, että nuoret kiinnittivät huomiota myös suolan käyttöön. Nuoret eivät kokeneet lisäsuolan käyttöä kuitenkaan terveydelliseksi riskiksi, sillä suurin osa ruokaansa suolaa lisäävistä koki terveytensä erinomaiseksi tai hyväksi.

Tutkimuksessa saatiin selville Lostin ja Karviaisen alueen nuorten olevan varsin aktiivisia harrastamaan liikuntaa. Liikuntaa harrasti 2-4 kertaa viikossa jopa 43 % vastaajista, 5-6 kertaa viikossa liikunta harrasti 22 % ja päivittäinkin yli 17 %. Liikunnan harrastaminen on alueella aktiivisempaa kuin Uudellamaalla yleensä. Koululiikunnasta pidettiin ja lähes 40 % nuorista toivoisi koululiikunnan lisäämistä.

Riittävää unta ja lepoa selvitettäessä saatiin selville, että suositeltuja 8-10 tunnin unia nukkuu vastaajista alle 10 prosenttia. Päivittäistä väsymystä tunsu yli 30 prosenttia vastaajista. Sukupuolten ja kuntayhtymien välisissä vertailuissa ei syntynyt suurta eroa.

Tutkimuksessa selvitettiin nuorten sosiaalisia suhteita ja suhdetta vanhempiin, joilla molemmilla aiemmin esitetyn teorian mukaan tiedetään olevan merkitystä nuoren terveydelle ja sen kehittymiselle. Myös läheisten ystävyysuhteiden merkitys nuorille on merkittävä. Vastaaajista lähes 15 prosentilla ei ollut yhtään läheistä ystävää, poikien ollessa tyttöjä yksinäi-

sempiä. Sosiaalisen syrjäytymisen vaara on tällä alueella pojilla suurempi, niin kuin myös Kouluterveyskyselyn tuloksissa.

Vanhempien kiinnostus nuortensa tekemisiin oli alueella hyvää, miltei 70 % vanhemmista oli kiinnostunut nuorten elämästä. Päivittäin vanhempiensa kanssa aikaa vietti miltei puolet nuorista. Vain reilut 3 % vastanneista koki vanhempiensa antavan heille liian vähän huomiota, ja 4,3 % vastaajista ei vietä lainkaan aikaa vanhempiensa kanssa. Vastaajista miltei puolet koki voivansa puhua asioistaan avoimesti vanhemmilleen, 53 % kertoessa, etteivät he voi luottamuksella keskustella vanhempiensa kanssa. Nämäkin tulokset ovat yhteneväisiä Kouluterveyskyselyssä Uudellamaalla saatuihin tuloksiin sekä Sydänpolku-hankkeen vuoden 2009 tuloksiin verrattuna.

6.3 Opinnäytetyöprosessin arviointi

Sydänpolku-hankeesta saadun teoreettisen tiedon ja tulosten pohjalta oli luontevaa ja mielekästä jatkaa prosessia opinnäytetyöksi. Lohjan alueen lisäksi tutkimus laajennettiin nyt koskemaan Lostin ja Karviaisen aluetta, ja oli kiinnostavaa saada laajempaa tutkimusnäyttöä nuorten terveyskäyttäytymisestä.

Tutkimuksen teoreettiseen viitekehukseen liittyvää kirjallisuutta oli saatavilla runsaasti. Aihe on ajankohtainen ja sitä tutkitaan paljon sekä Suomessa että kansainvälisesti. Käytettyä lähdekirjallisuutta oli runsaasti saatavilla ja se sisältää monipuolisia kirjoja, väitöskirjoja, Internet-lähteitä ja artikkeleita.

Toisen vaiheen kyselyä varten kyselykaavaketta muokattiin hieman tiiviimmäksi ja yhteensopivammaksi tulosten paremman verrattavuuden vuoksi. Samalla varmistettiin, että saatava informaatio vastaisi mahdollisimman hyvin asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Yhteistyö kouluihin sujui edellisvuotta paremmin ja siihen myös panostettiin nyt enemmän olemalla useasti sähköpostiyhteydessä kouluihin. Koulut olivat kiinnostuneita osallistumaan tutkimukseen myös tänä vuonna.

Kyselyn alkuperäistä vastausaikaa jatkettiin vielä kahdella viikolla kouluilta tulleiden toiveiden mukaisesti. Osa tutkimusluvan myöntäjistä myös halusi kysyttävän luvan vastaajien vanhemmilta kyselyyn osallistumiseksi. Tämä vaikutti osaltaan suunniteltuun aikatauluun.

Kouluista saatiin informaatiota siitä, että terveystiedon kyselyitä oli syksyllä ja talvella ollut runsaasti, eivätkä kaikki oppilaat näin ollen olleet halukkaita osallistumaan tutkimukseen. Palautetta saatiin myös kysymysten samankaltaisuudesta Kouluterveyskyselyyn nähden, kysymykset oli kuitenkin laadittu huolella juuri tulosten vertailun mahdollistamiseksi. Kevään

yhteishaku ajoittui myös osittain samaan aikaan kyselymme kanssa ja työllisti näin myös osaltaan yhdeksännen luokan opettajia.

Opinnäytetyöprosessi eteni hyvin ja saatu vastausprosentti ylitti odotukset. Omat projekti-työskentelytaidot ovat työtä tehdessä kehittyneet ja tutkimuksen tekemisen vaiheet ovat tulleet tutuiksi. Haasteellisinta prosessissa oli tulosten analysointi mutta toisaalta se oli myös mielekkäintä tutkimuksen teossa.

6.4 Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimustulokset antavat kuvan kyselyyn vastanneiden yhdeksäsluokkalaisten terveydestä, terveyskäyttäytymisestä ja -asenteista. Tulokset myös vahvistivat koulun merkitystä terveys-tiedon antajana. Ennaltaehkäisyn näkökulma ja varhaisen terveydenedistämisen tarve on siis hyvä huomioida jo opetussuunnitelmissa. Kysely tehtiin yhdeksäsluokkalaisille, joten tutkimuksen tuloksista käy ilmi vain nuorten näkökanta asioista. Perheiden ja kouluympäristön toimijoiden näkökulma jäi näin tästä tutkimuksesta kokonaan puuttumaan. Toisena jatkotutkimus- ja kehittämisehdotuksena nähdään nuorten terveyskasvatuksen ja terveyskäyttäytymisen yhteyden selvittäminen pidemmän ajanjakson kuluessa.

Lähteet

- de Leeuw, R., Engels, R., Vermulst, A. & Scholte, R. 2008. Addiction; Oct2008, Vol. 103 Issue 10, p1713-1721, 9p. Viitattu 18.5.2010.
<http://nelli.laurea.fi:2071/ehost/detail?vid=1&hid=10&sid=6b83e44d-b0b1-43c0-baa2-f3e77274ce8e%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=34168620>
- Dijk, F., Reubsat, A., de Nooijer, J. & de Vries, H. 2007. Nicotine & Tobacco Research; Sep2007 Supplement 3, Vol. 9, p495-504, 10p. Viitattu 18.5.2010.
<http://nelli.laurea.fi:2071/ehost/detail?vid=1&hid=10&sid=45cbc52a-1645-4375-b8db-7f1e2cad3fcc%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=27342596>
- Eräutuuli, M., Leino, J. & Yliluoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteessä. Kirjayhtymä Oy: Helsinki.
- Etene. 2009. Viitattu 20.3.2010.
http://www.tukija.fi/c/document_library/get_file?folderId=18753&name=DLFE-680.pdf
- Fallenius, H., Huolman, M., Kenenounis, A., Korhonen, J. & Luukkanen, S. 2009. , riskiryhmien kartoitus.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. EDITA: Helsinki.
- Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus
- Hoitotyön vuosikirja 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.
- Jakonen, S. 2005. Lasten ja nuorten terveydenlukupäätösten oppimisen tukeminen. Terveydenhoitaja 2005; 38(8); 24-27. Viitattu 20.3.2010.
- Jakonen, S., Tossavainen, K. & Vertio, H. 2005. Lasten ja nuorten terveydenlukupäätösten oppiminen - haaste terveysneuvonnalle ja - opetukselle. Lääkärilehti 2005;60(27-29):2891-2896. Viitattu 20.3.2010. http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/ltk/koti?p_haku=terveystietous
- Johansen, A., Rasmussen, S. & Madsen M. 2006. Scandinavian Journal of Public Health, Jan2006, Vol. 34 Issue 1, p32-40, 9p, 4 Charts, 1 Graph; DOI: 10.1080/14034940510032158; (AN 19541058) Viitattu 18.5. 2010.
<http://nelli.laurea.fi:2071/ehost/detail?vid=1&hid=10&sid=4d79faa0-e713-408b-9122-7720c895c0e4%40sessionmgr11&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=19541058>
- Käypähoito. 2005. Lasten lihavuus. Viitattu 20.3.2010.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/ltk/koti?p_haku=lasten%20lihavuus
- Käypä hoito. 2007. Diabeteksen käypä hoito-suositus. Viitattu 20.3.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50056>
- Laitakari, J. 2000. Nuoret ja terveystieteet; tulevaisuuden haasteet edellyttävät terveydenlukupäätöksiä. Liikunta ja tiede 2000; 37(1):4-8. Viitattu 20.3.2010.
- Lamminpää, A. 2004. Sairaalassa hoidetut lasten ja nuorten alkoholimyrkytykset -muutokset viime vuosikymmenten aikana. Suomen lääkäri-lehti. 2004;59(6):541-545,, Viitattu 20.3.2010.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/ltk/koti?p_haku=nuoret%20alkoholi
- Lerssi, L., Sundström, L., Tervaskanto-Mäentausta, T., Väistö, R., Puusniekka, R., Markkula, J. & Pietikäinen, M. 2008. stä toimintaan -kehittämishanke 2005-2007. Hankkeen loppuraportti

ti 2008. Stakes. Viitattu 20.3.2010. <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R17-2008-VERKKO.pdf>

Leskinen L. & Koskinen-Ollonqvist P. 2000. Terveystieteen lukutaito ja sen kehittäminen, Pasiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. Promo 15. 4-5/2000,22-25.

Linnakangas, S. & Suikkanen, A. 2004. Varhainen puuttuminen - Mahdollisuus nuorten syrjäytymisen ehkäisemisessä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004: 7. Viitattu 20.3.2010. http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/nayta/_julkaisu/1065877

Luopa, P., Harju, H., Puusniekka, R., Jokela, J., Kinnunen, T. & Pietikäinen, M. 2009. Koulu-terveys 2008. Etelä-Suomen lääninraportti. Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 7.6.2010. <http://info.stakes.fi/kouluterveys/tulokset/esuomi2008rap.pdf>

Martins, C., Silva F., Gaya, A., Aires L., Ribeiro, J. & Mota, J.2010. European Journal of Sport Science; Mar2010, Vol. 10 Issue 2, p121-127, 7p. Viitattu 18.5.2010. <http://nelli.laurea.fi:2071/ehost/detail?vid=1&hid=10&sid=c97c0a14-9eff-46b2-8733-7ea03082ef71%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=47992239>

Mercken, L., Snijders, T., Steglich, C. & de Vries, H.2009. Social Science & Medicine; Nov2009, Vol. 69 Issue 10, p1506-1514, 9p. Viitattu 18.5.2010. <http://nelli.laurea.fi:2071/ehost/detail?vid=1&hid=10&sid=59b6a405-265f-4b90-a6f8-af2f9f257535%40sessionmgr12&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=44856302>

Mustajoki, P. 2009a. Tietoa potilaalle: Valtimotauti (ateroskleroosi). Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.3.2010. http://nelli.laurea.fi:2056/ltk/ltk.koti?p_haku=valtimotauti

Mustajoki, P. 2009b. Tietoa potilaalle: Kolesterolit. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.3.2010. http://nelli.laurea.fi:2056/ltk/ltk.koti?p_haku=korkea%20kolesterolit

Mustajoki, P. 2009c. Tietoa potilaalle: Kohonnut verenpaine. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.3.2010. http://nelli.laurea.fi:2056/ltk/ltk.koti?p_haku=valtimotauti

Mustajoki, P. 2009d. Tietoa potilaalle: Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.3.2010. http://nelli.laurea.fi:2056/ltk/ltk.koti?p_haku=lihavuus

Mustajoki, P. 2009e. Diabetes. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 20.3.2010. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011&p_haku=diabetes

Mäki, P., Laatikainen, T., Koponen, P., Hakulinen-Viitanen, T & Late-työryhmä. 2008. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittämien. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 28/2008. Viitattu 20.3.2010. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b28.pdf

Nikkilä, M. 2007. Kohonneen verenpaineen diagnostiikka ja alkututkimukset. Lääkärikäsikirja. Viitattu 20.3.2010. http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/ltk/koti?p_haku=verenpaine

Nuori suomi. 2008. Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7- 18-vuotiaille. Viitattu 20.3.2010 [http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja\(kevyyt\)_08.pdf](http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuositus-kirja(kevyyt)_08.pdf)

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY: Juva.

Puuronen, A. 2006. Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö. Nuorisotutkimusverkosto: Tampere.

Puuronen, A. 2009. Nuorten terveys on sidoksissa sosiokulttuurisiin ryhmiin. Suomen lääkärilehti. 11/2009.

- Rainio, S. & Rimpelä, A. 2008. European Journal of Public Health; Jun2008, Vol. 18 Issue 3, p306-311, 6p. Viitattu 18.5.2010.
<http://nelli.laurea.fi:2071/ehost/detail?vid=1&hid=10&sid=b4a22a47-092e-4562-bc31-b5d6d6d08ec6%40sessionmgr4&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=33164421>
- Roine, R. & Teikari, M. 1998. Sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisy väestöön kohdistuvilla ohjelmissa. FinOHTA TAseloste 1/98. Viitattu 20.3.2010.
http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/E35A7B85-1CD6-438E-82F3-C367A94A5A4C/0/1998_Arviointiseloste_1.pdf
- Salminen, M. & Kivelä, S-L. 2003. Perheneuvonnan vaikutukset sepelvaltimotaudin riskitekijöihin lasten ja nuorten keskuudessa. Suomen lääkirilehti 45/2003. Viitattu 20.3.2010.
http://nelli.laurea.fi:2056/dtk/ltk/koti?p_haku=Perheneuvonnan%20vaikutukset%20sepelvaltimotaudin%20riskitekijöihin%20lasten%20ja%20nuorten%20keskuudessa.
- STAKES: Uudenmaan peruskoulut
<http://info.stakes.fi/kouluterveys/tulokset/uusimaa2008pk.pdf>
- STRIP- projekti. 2008. Turun yliopiston sydäntutkimuskeskus. Viitattu 20.3.2010.
<http://stripstudy.utu.fi>
- Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003. Viitattu 20.3.2010.
<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>
- Sydänliitto. 2008a. Miten tupakointi vaikuttaa sydämeen ja verenkiertoon? Viitattu 20.3.2010.
<http://www.sydanliitto.fi/tupakka>
- Sydänliitto. 2008b. Alkoholi. Viitattu 20.3.2010.
http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/alkoholi/fi_FI/alkoholi/
- Terveyden edistämisen keskus. 2009a. Euroopan terveet koulut - kohti lasten, nuorten ja koko kouluyhteisön terveyttä. Viitattu 20.3.2010. http://www.health.fi/index.php?page=toi_koulut
- Terveyden edistämisen keskus. 2009b. Perustietoa ohjelmasta. Viitattu 20.3.2010.
http://www.health.fi/index.php?page=toi_kou_perustietoa
- Vakkila, J. 2005. Lasten ja nuorten ravinto- ja liikuntatottumukset vaikuttavat terveydentilaan vielä aikuisenakin. Viitattu 20.3.2010. <http://www.mehilainen.fi/lasten-ja-nuorten-ravinto-ja-liikuntatottumukset-vaikuttavat-terveydentilaan-viel%c3%a4-aikuisenakin?loc=40&s>
- van Lenthe, F., de Bourdeaudhuij, I., Klepp, K-I., Lien, N., Moore, L., Faggiano, F., Kunst, A., E. & Mackenbach, J., P. BMC Public Health, 2009, Vol. 9, p1-10, 10p, 3 Charts; DOI: 10.1186/1471-2458-9-125; (AN 43226984) Viitattu 18.5.2010.
<http://nelli.laurea.fi:2071/ehost/detail?vid=1&hid=10&sid=e386dcda-837f-43e1-8e78-cfc4981554a7%40sessionmgr11&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=43226984>
- Warsell L. 2004. Pirstoutunut terveystieteiden edellyttää hyvää terveydenlukupolitoa. Pro-mo 2004, 32(2):10-2.
- Vertio H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus

Kuviot

Kuvio 1: Vastaajien sukupuolijakauma	30
Kuvio 2: Kyselyyn vastanneet kuntayhtymittäin.....	30
Kuvio 3: Kokemus omasta terveydestä	31
Kuvio 4: Kokemus terveydestä, kuntayhtymien ja sukupuolten välinen vertailu.....	31
Kuvio 5: Vastaajien kokemus koulusta saadun terveystiedon opetuksen riittävydestä	32
Kuvio 6: Vastaajien kokemus koulusta saadun terveystiedon tärkeydestä	32
Kuvio 7: Terveystiedon vaikutus terveyskäyttäytymiseen	33
Kuvio 8: Koulun terveystiedon tärkeys vs. terveystiedon vaikutus terveyskäyttäytymiseen ...	33
Kuvio 9: Viikoittainen liikunnan harrastaminen	34
Kuvio 10: Viikoittainen liikunnan harrastaminen vs. kokemus omasta terveydestä.....	35
Kuvio 11: Viikoittaisen yöunen pituus	35
Kuvio 12: Viikoittaisen yöunen pituus, Lost/ Karviainen.....	36
Kuvio 13: Kokemus oman ruokavalion terveellisyydestä	37
Kuvio 14: Ruoan terveellisyyden pohtiminen	37
Kuvio 15: Ruoan terveellisyyden pohtiminen vs. kokemus omasta terveydestä	37
Kuvio 16: Karkkien ja herkkujen syönti	38
Kuvio 17: Kasvisten hedelmien ja marjojen syönti	38
Kuvio 18: Vähärasvaisen ruoan syöntikerrat	39
Kuvio 19: Kavereiden päihteiden käyttö.....	40
Kuvio 20: Nuorten tupakointi	41
Kuvio 21: Tupakointi vs. kokemus omasta terveydestä	41
Kuvio 22: Tupakointi, Lost/ Karviainen	41
Kuvio 23: Alkoholin käyttö edellisen kuukauden aikana	42
Kuvio 24: Alkoholin käyttö edeltävän kuukauden aikana, Lost/ Karviainen.....	43
Kuvio 25: Huumeiden tarjoaminen vastaajille.....	44
Kuvio 26: Vastaajien huumeiden kokeilu, Lost/ Karviainen	44
Kuvio 27: Läheisten ystävien määrä	45
Kuvio 28: Vanhempien kiinnostus vastaajien asioihin	45
Kuvio 29: Vanhempien kanssa vietetty aika.....	46
Kuvio 30: Vanhempien kanssa vietetty aika vs. kokemus omasta terveydestä.....	46
Kuvio 31: Vastaajien kokemus siitä, voivatko puhua vanhemmilleen kaikista asioista.....	47

Taulukot

Taulukko 1: Nuorten terveystietoisuudesta tehtyjä tutkimuksia	19
Taulukko 2: Kysymykset aihealueittain	24

Liitteet

Liite 1: Kyselylomake 61

Liite 1: Kyselylomake

Hei!

Tämä kysely on osa Laurea Lohjan ammattikorkeakoulussa toteutettavaa opinnäytetyötä. Opinnäytetyön tavoitteena on kartoittaa Lohjan, Siuntion, Karkkilan, Nummi-Pusulän ja Vihdin alueen yhdeksäsluokkalaisten terveystietoutta ja -käyttäytymistä, sekä siihen vaikuttavia tekijöitä ja nuorten asenteita terveyteen liittyen.

Kyselyn tuloksia käytetään nuorten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä opiskelun ja opiskelijaterveydenhuollon kehittämiseksi.

Tutkimuksen tulokset valmistuvat kevään 2010 aikana. Niistä ei voi tunnistaa yksittäisten opiskelijoiden vastauksia. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Tammikuussa 2010

Marika Huolman
Annika Kenenounis

Sukupuoli:

- Nainen
 Mies

Asuinpaikka/kunta: _____

Koulu: _____

1. Millaiseksi koet terveytesi?

- Erinomainen
 Hyvä
 Kohtalainen
 Huono

2. Paino: _____

Pituus: _____

3a. Kuinka monta tuntia yössä nukut kouluviikon aikana?

- alle 4 h
- 4-6 h
- 6-8 h
- 8-10 h
- yli 10 h

3b. Nukutko mielestäsi riittävästi?

- Kyllä
- Ei

3c. Miten usein tunnet itsesi väsyneeksi kouluamuna?

- Joka päivä
- Silloin tällöin
- Harvemmin
- Ei koskaan

4. Kuinka usein liikut viikossa?

- Harvemmin kuin kerran viikossa
- Kerran viikossa
- 2-4 kertaa viikossa
- Yli 4 kertaa viikossa
- Joka päivä

5. Miksi harrastat liikuntaa?

- Koska se on mukavaa ja siitä tulee hyvä olo
- Tapaa kavereita
- Kohottaakseni kuntoa tai pysyäkseni kunnossa
- Painon hallitsemiseksi tai laihduttaakseni

6. Mikä innostaisi sinua liikkumaan enemmän?

- Harrastusmaksut halvemmaksi
- Enemmän aikaa
- Ystävä jonka kanssa harrastaisi
- Jos löytäisi oikean lajin
- Minulla ei ole tarvetta liikkua enempää

7a. Pidätkö koululiikunnasta?

- Kyllä
- Ei

7b. Onko koululiikuntaa mielestäsi riittävästi?

- Kyllä
- Ei

8a. Koulumatkasi pituus:

- alle 1 km
- 1-3 km
- 3-5 km
- yli 5 km

8b. Miten kuljet koulumatkasi?

- Autolla
- Bussilla
- Pyörällä
- Kävellen

9. Syötkö mielestäsi terveellisesti?

Kyllä

Ei

10. Montako ateriaa syöt päivässä? Voit valita useamman vaihtoehdon.

Aamupala

Välipala

Lounas

Välipala

Päivällinen

Välipala

Iltapala

11a. Syötkö koulussa kouluruokaa?

Silloin tällöin

Aina

Ei koskaan

11b. Onko kouluruoka mielestäsi hyvää?

Kyllä

Ei

11c. Mitä syöt kouluruokailussa? Voit valita useamman vaihtoehdon.

Salaattia

Pääruokaa

Jälkiruokaa

Leipää

Kaiken

11d. Saatko syödä tarpeeksi?

Kyllä

Ei

11e. Syötkö koulupäivän aikana muuta kuin kouluruokaa?

Hedelmiä

Vihanneksia

Voileipää

Karkkia

Munkkia

Muuta, mitä? _____

12. Syökö perheenne yhdessä?

Päivittäin

Muutaman kerran viikossa

Viikonloppuisin

Harvemmin

Ei ollenkaan

13a. Kuinka usein syöt ulkona?

Joka päivä

Muutaman kerran viikossa

Kerran viikossa

Muutaman kerran kuukaudessa

Harvemmin

En koskaan

13b. Mitä syöt, kun käyt ulkona syömässä?

Ranskalaisia/hampurilaisia

Pitsaa/kebabia

Salaattia

Täytettyjä patonkeja

Jotain muuta, mitä? _____

14. Mietitkö onko syömäsi ruoka terveellistä?

Kyllä

Ei

15. Kuinka usein syöt karkkia tai muita herkkuja?

Päivittäin

Muutaman kerran viikossa

Kerran viikossa

Harvemmin

En koskaan

16. Kuinka usein juot energiajuomia tai limonadia?

Päivittäin

Muutaman kerran viikossa

Kerran viikossa

Harvemmin

En koskaan

17. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä ja marjoja?

Päivittäin

Muutaman kerran viikossa

Kerran viikossa

Harvemmin

En koskaan

18. Kuinka usein syöt vähärasvaista ruokaa?

- Päivittäin
- Muutaman kerran viikossa
- Kerran viikossa
- Harvemmin
- En koskaan

19. Lisäätkö suolaa ruokaan?

- Kyllä
- Ei

20. Käyttävätkö kaverisi päihteitä?

- Kaikki
- Suurin osa
- Muutama
- Ei kukaan

21a. Tupakoitko?

- Kyllä
- Ei (siirry kysymykseen 22a)

21b. Kuinka monta tupakkaa poltat päivässä?

- 1-5
- 5-10
- yli 10

21c. Kuinka helppoa on hankkia tupakkaa?

- Erittäin helppoa
- Melko helppoa
- Melko vaikeaa
- Erittäin vaikeaa

21d. Kuka hankkii sinulle käyttämäsi tupakan?

- Vanhemmat sisaret
- Kaverit
- Vanhemmat
- Otan kotoa
- Satunnaiset hakijat

22a. Kuinka usein olet käyttänyt alkoholia viimeisen kuukauden aikana?

- Muutaman kerran viikossa
- Kerran viikossa
- Muutaman kerran kuukaudessa
- Harvemmin
- En juo alkoholia (siirry kysymykseen 24)

22b. Mitä juot?

- Siideriä
- Olutta
- Viiniä
- Muita mietoja alkoholijuomia
- Vahvoja alkoholijuomia

22c. Kuinka usein käytät alkoholia tosihumalaan asti?

- Kerran viikossa tai useammin
- Noin 1-2 kertaa kuukaudessa
- Harvemmin
- En koskaan

22d. Kuinka suuria määriä juot kerralla? Arvioi määrä kun 1 annos on pullo

siideriä tai olutta, lasi viiniä tai 4cl vahvaa alkoholijuomaa.

- 1-3
annosta
 3-6 annosta
 6-10 annosta
 Yli 10 annosta

22e. Kuinka helppoa on hankkia alkoholia?

- Erittäin helppoa
 Melko helppoa
 Melko vaikeaa
 Erittäin vaikeaa

23. Kuka hankkii sinulle käyttämäsi alkoholin?

- Vanhemmat sisaret
 Kaverit
 Vanhemmat
 Otan kotoa
 Satunnaiset hakijat

24. Onko sinulle tarjottu huumeita?

- Kyllä
 Ei

25. Oletko kokeillut huumeita?

- Kyllä
 Ei

26. Onko sinulla tällä hetkellä läheistä ystävää, jonka kanssa voit keskustella luottamuksellisesti kaikista omista asioistasi?

Kyllä

Ei

27. Tunnetko koskaan itseäsi yksinäiseksi?

Usein

Silloin tällöin

Harvemmin

En koskaan

28. Kerrotko vanhemillesi missä vietät perjantai- ja lauantai-iltasi?

Kyllä

Ei

29. Miten vietät vapaa-aikaasi? Valitse kaksi tärkeintä.

Yksin

Kavereiden kanssa

Harrastuksissa

Vanhempien kanssa

Netissä

Kaupungilla

30. Onko vanhempasi kiinnostunut tekemisistäsi?

Ei ollenkaan

Liian vähän

Tarpeeksi

Liikaa

31. Miten vietätte aikaa perheen kesken?

- Ruokaa valmistaen ja ruokailen
 - Yhdessä harrastaen
 - Elokuvia / televisiota katsellen
 - Pelejä pelaten
 - Kotiaskareissa
 - Sukuloiden
 - Lomamatkoilla
 - Jotenkin muuten, miten?
-

32. Kuinka usein vietät aikaa vanhempiesi kanssa?

- Päivittäin
- Muutaman illan viikossa
- Viikonloppuisin
- 1-2 kertaa kuukaudessa
- En ollenkaan

33. Voitko puhua vanhemillesi kaikista asioista?

- Kyllä
- Ei

34. Miten paljon rahaa sinulla on käytössäsi viikossa?

- 0 €
- 1 - 10 €
- 11 - 15 €
- 16 - 20 €
- 21 - 30 €
- 31 - 50 €
- 51 € tai enemmän

35. Mihin pääsääntöisesti kulutat saamasi rahat? Valitse viisi tärkeintä vaihtoehtoa.

- Makeiset, virvoitusjuomat
 - Kirjat ja lehdet
 - Video- ja tietokonepelit
 - Rahapelit
 - Urheiluvälineet
 - Musiikki
 - Kosmetiikka
 - Elokuvat
 - Vaatteet ja kengät
 - Ulkona syöminen
 - Liikuntaharrastus
 - Lahjat muille
 - Askartelutarvikkeet
 - Tupakka ja alkoholi
 - Laitan säästöön
 - Johonkin muuhun, mihin?
-

36. Oletko mielestäsi saanut riittävästi terveyteen liittyvää tietoa koulusta?

- Kyllä
- Ei

37. Valitse seuraavista ne vaihtoehdot, joista olet saanut tietoa koulussa:

- Monipuolisen ravitsemuksen merkityksestä
- Liikunnan merkityksestä terveyden edistämisessä
- Alkoholin haitoista
- Tupakoinnin haitoista
- Korkean verenpaineen ennaltaehkäisystä ja vaikutuksista
- Korkean kolesterolin ennaltaehkäisystä ja vaikutuksista
- Ylipainon ennaltaehkäisystä ja vaikutuksista
- Diabeteksestä

38. Terveystiedon opetus ja terveydenhoitajan antamat tiedot ovat mielestäsi

- Erittäin tärkeitä
- Jokseenkin tärkeitä
- Jokseenkin turhia
- Turhia

39. Mistä saat mielestäsi parhaiten tietoa terveyteen ja hyviin elämäntapoihin liittyen? Valitse korkeintaan kolme tärkeintä.

- Koulun opettajilta
- Televisiosta
- Netistä
- Kouluterveydenhoitajalta
- Kavereilta
- Vanhemmilta
- Lehdistä
- Koulukirjoista
- Muualta, mistä? _____

Seuraaviin kysymyksiin voit valita useampia vaihtoehtoja.

40. Onko sinulla jokin seuraavista sairauksista?

- Ei
- Korkea verenpaine
- Korkea kolesteroli
- Diabetes
- Ylipaino
- En tiedä

41. Onko vanhemmillasi, isovanhemmillasi tai sisaruksillasi todettu jokin

seuraavista sairauksista?

- Ei
- Korkea verenpaine
- Korkea kolesteroli
- Diabetes
- Ylipaino
- En tiedä

**42. Valitse ne vaihtoehdot, jotka mielestäsi vaikuttavat verenpaineen ko-
hoamiseen:**

- Suolan käyttö
- Liiallinen rasvan käyttö
- Riittämätön unen määrä
- Vähäinen liikunta
- Alkoholin käyttö
- Tupakointi

**43. Valitse ne vaihtoehdot, jotka mielestäsi vaikuttavat kolesterolin ko-
hoamiseen:**

- Suolan käyttö
- Liiallinen rasvan käyttö
- Riittämätön unen määrä
- Vähäinen liikunta
- Alkoholin käyttö
- Tupakointi

**44. Valitse ne vaihtoehdot, joilla mielestäsi voit ennaltaehkäistä diabetek-
seen sairastumista:**

- Suolan käyttöä vähentämällä
- Huomioimalla rasvan laatua ja määrää
- Nukkumalla enemmän
- Liikuntaa lisäämällä

- Alkoholin käyttöä vähentämällä
- Vähentämällä tai lopettamalla tupakoinnin

45. Valitse ne vaihtoehdot, jotka mielestäsi aiheuttavat painon nousua:

- Suolan käyttö
- Liiallinen rasvan käyttö
- Riittämätön unen määrä
- Vähäinen liikunta
- Alkoholin käyttö
- Tupakointi

46. Vaikuttaako terveystietämyksesi terveyskäyttäytymiseesi?

- Kyllä
- Ei
- En tiedä