

---

# **Nuorten terveyden edistäminen toiminnallisista menetelmistä**



Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutus

Hämeenlinna, syksy 2015

Marika Mäntylä

Janette Karlsson



HÄMEENLINNA  
Hoitotyön koulutus  
Terveydenhoitotyö

---

<b>Tekijät</b>	Marika Mäntylä & Janette Karlsson	<b>Vuosi</b> 2015
<b>Työn nimi</b>	Nuorten terveyden edistäminen toiminnallisien menetelmin	

---

## TIIVISTELMÄ

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli lisätä nuorten kiinnostusta oman terveyden edistämiseen toiminnallisien menetelmin eli ryhmätapaamisin. Opinnäytetyön tavoitteena oli antaa tietoa nuorille ravitsemuksen, liikunnan, tupakan, alkoholin, nuuskan, ruutuajan ja unen merkityksestä hyvinvointiin sekä kehittää terveydenhoitajaopiskelijoiden ryhmänohjaustaitoja.

Työn teoriaosuudessa perehdyttiin nuoruuteen elämänvaiheena, nuorten terveyden ja hyvinvoinnin tilanteeseen Suomessa sekä nuorten terveyden edistämiseen. Tässä opinnäytetyössä terveyden edistämisen osa-alueista käsiteltiin nuorten tupakointia, alkoholin ja nuuskan käyttöä, liikuntaa ja painonhallintaa, ravitsemusta, unta ja lepoa, sekä ruutuainaa. Myös opiskelijaterveydenhuollon roolia nuorten terveyden edistämässä käsiteltiin.

Yhteistyökumppanina toimivat Hämeen ammatti-instituutin yhden luokan oppilaat ja heidän opettajansa. Opinnäytetyö toteutettiin neljänä toiminnallisena ryhmätapaamisena. Luokan oppilaita oli kahdeksan ja he olivat iältään 16–22-vuotiaita.

Tutkimuskysymyksissä pohdittiin kuinka nuorten terveyttä voi edistää ryhmätapaamisten avulla ja millainen on yhden ammattikoulun luokan terveydentila. Opinnäytetyön johtopäätöksenä voidaan todeta, että nuorten terveyden edistäminen on haastavaa, sillä tarvitaan hyviä keinoja saada nuoret motivoitumaan ja kiinnostumaan omasta terveydestään, sekä sen edistämisestä. Useimmiten nuorena opitut tavat jatkuvat aikuisikään, ellei niihin puututa heti nuoruudessa.

**Avainsanat** Nuoret, terveys, hyvinvointi

**Sivut** 46 s. + liitteet 8 s.

HÄMEENLINNA  
Degree Programme in Nursing  
Public Health Nursing

---

<b>Authors</b>	Marika Mäntylä ja Janette Karlsson <b>Year</b> 2015
<b>Subject of Bachelor's thesis</b>	Improving Adolescent Health Promotion with Practice Based methods

---

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to increase the interest of young people in improving their own health with practice based methods, i.e. group meetings. The aim of this study was to give information to the young about nutrition, physical activity, tobacco, alcohol, snuff, screen time and sleep and how these have an effect on well-being and to develop group counselling skills of public health nurse students.

The thesis addresses adolescence as a stage of life, the situation of health and well-being of youth in Finland, as well as improving youth health. In this thesis areas of health improvement include smoking, use of alcohol and snuff, physical activity and weight management, nutrition, sleep and rest, as well as screen time and leisure time. The role of student health care was also discussed.

The students of one class and their teacher from the Häme vocational institute acted as partners. The thesis was carried out in four practice based group meetings. There were eight students between ages 16 and 22.

The study topics include how the health of adolescents can be promoted in the group meetings, and what is the state of health in one of the classes in the vocational institute. The conclusion is that improving the adolescent health is a challenging task, as best practices are needed to get the young motivated and interested in their own health and improving it. In most cases, the habits learned at a young age will follow to adulthood, if not intervened immediately in adolescence.

**Keywords** Adolescents, health, well-being

**Pages** 46 p. + appendices 8 p.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	NUORUUS ELÄMÄNVAIHEENA .....	2
3	NUORTEN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN TILANNE SUOMESSA .....	5
4	NUORTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	8
4.1	Tupakointi .....	9
4.2	Alkoholin käyttö.....	11
4.3	Nuuskan käyttö.....	13
4.4	Liikunta ja painonhallinta.....	15
4.5	Ravitseminen .....	18
4.6	Uni ja lepo .....	20
4.7	Ruutuaika .....	22
4.8	Opiskeluterveydenhuolto .....	23
5	TERVEYDENHOITAJA RYHMÄNOHJAAJANA .....	26
6	OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS.....	28
7	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ .....	28
8	TAPAAMISET .....	29
8.1	Ensimmäisen tapaamisen toteutus.....	29
8.2	Käsitteiden avaus ja tulokset.....	29
8.3	Toisen tapaamisen toteutus .....	31
8.4	Käsitteiden avaus ja tulokset.....	32
8.5	Kolmannen tapaamisen toteutus.....	32
8.6	Käsitteiden avaus ja tulokset.....	33
8.7	Neljännän tapaamisen toteutus.....	33
9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....	34
9.1	Osallistujien antama palaute.....	36
9.2	Yhteistyökumppanin antama palaute .....	37
9.3	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	37
9.4	Jatkotutkimukset ja kehittämissuhteet.....	38
	LÄHTEET .....	40
Liite 1	Ryhmätapaamisten suunnittelu	
Liite 2	Tupakka ja alkoholi tietovisa	
Liite 3	Henkilökohtainen palaute ja tietopaketti testeistä	
Liite 4	Palautekysely	

## 1 JOHDANTO

Suomalaista kouluterveydenhuoltoa on kehuttu kansainvälisesti. Neuvolatoiminnan ja kouluterveydenhuollon ansiosta suomalaiset lapset ja nuoret ovat kansainvälisesti verrattuna erittäin terveitä. Nuorten vanhempien terveys- ja hyvinvointieroilla on todettu olevan vaikutusta nuorten kehitysympäristöön ja on myös havaittu, että terveys ja hyvinvointi siirtyvät sukupolvelta toiselle. (Lapset, nuoret ja perheet 2014.)

Toisen asteen ammatillisissa oppilaitoksissa on mahdollisuudet tehdä paljon nuoren terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Tavoitteina kouluissa on muun muassa varmistaa onnistunut oppiminen, ehkäistä nuorten syrjäytymistä ja vähentää opiskelujen keskeytyksiä. Tutkimuksissa on huomattu ammattikoululaisilla olevan useammin epäterveellisiä terveystottumuksia kuin saman ikäisillä lukiolaisilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ammatillisessa koulutuksessa 2014.)

Opinnäytetyön teoriaosuudessa käsitellään nuoruutta elämänvaiheena, nuorten terveydentilaa Suomessa ja opiskeluterveydenhuollon merkitystä nuorten terveyden edistämässä. Keskeisenä aiheena on nuorten terveyden edistäminen, johon on tässä opinnäytetyössä liitetty nuorten tupakointi, alkoholin käyttö, nuuskaaminen, liikunta ja painonhallinta, uni, lepo, ravitsemus ja ruutu-aika.

Opinnäytetyön lopussa on kuvattu yhdelle Hämeen-ammattikoulun luokalle toteutetut toiminnalliset ryhmätapaamiset. Neljä toiminnallista tapaamista toteutettiin keväällä 2015. Jokaiseen tapaamiseen käytettiin noin kaksi tuntia aikaa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on lisätä nuorten kiinnostusta oman terveyden edistämiseen ja hyvinvointiin toiminnallisilla menetelmillä. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa nuorelle ravitsemuksen, liikunnan, alkoholin, tupakan, nuuskan, ruutuajan ja unen merkityksestä hyvinvointiin sekä kehittää terveydenhoitajaopiskelijoiden ryhmänohjaustaitoja. Tutkimuskysymyksissä pohdimme kuinka nuorten terveyttä voi edistää ryhmätapaamisten avulla. Lisäksi tarkastelemme yhden ammattikoulun luokan terveydentilaa.

## 2 NUORUUS ELÄMÄNVAIHEENA

Nuoruus on elämänkaaressa lapsuudesta aikuisuuteen siirtymisen vaihe. Nuoruus alkaa puberteetista eli murrosiästä ja päättyy nuoreen aikuisuuteen. Nuoruusikä on yleisesti ajoittunut ikävuosiin 13–22 ja se voidaan jakaa kolmeen osaan: varhaisnuoruuteen, keskinuoruuteen ja myöhäisnuoruuteen. Varhaisnuoruudessa fyysinen puberteetti ajoittuu ikävuosiin 12–14. Varhaisnuoruuden keskeisin kehitystehtävä on sopeutuminen omaan muuttuneeseen kehon kuvaan. Tämän ikäkauden aikana fyysiset kehon muutokset ovat suuria, koska muutosten ja kehityksen tahti on lähes yhtä voimakas kuin lapsen ensimmäisenä ikävuotena. (Kaltiala-Heino 2010, 107.)

Keskinuoruus käsittää 15–17-vuotiaat nuoret. Sen keskeisenä tehtävänä on saada nuori irrottautumaan riippuvuussuhteista omiin vanhempiin. Tällöin nuori hyödyntää omia ystävyys-suhteita, perheen ulkopuolisia ihanteita ja auktoriteetteja. Keskinuoruudessa itsenäistymiskehitys on alkanut, mutta itsenäistyminen on hyvin paljon psykologista eriytymistä. Tässä vaiheessa nuori tarvitsee tilaa itsenäistymiselle, mutta vanhempien tuki ja ohjaus ovat kuitenkin vielä tärkeässä roolissa. (Kaltiala-Heino 2010, 107.)

Suurimmat murrosikään liittyvät muutokset ovat jo keskinuoruuden vaiheessa ohi. Nuori totuttelee omaan muuttuneeseen kehoonsa ja etsii omaa identiteettiään. Kyseisenä ikä kautena nuoret ottavat useimmiten etäisyyttä omiin vanhempiinsa ja kaverit tulevat entistä tärkeämmiksi. Persoonallisuuden ja tunne-elämän kehityksen kannalta keskinuoruus on tärkeää aikaa. Persoonallisuus tarkoittaa pysyviä taipumuksia ajatella, tuntea ja käyttäytyä. (15–18-vuotias n.d.)

Myöhäisnuoruus alkaa 18 vuoden iästä, jolloin keskeinen kehitystehtävä on siirtyminen psykologiseen, sosiaaliseen ja taloudelliseen itsenäisyyteen, kohti aikuisuutta. Myöhäisnuoruuden katsotaan päättyvän 22-vuotiaana. Kyseisenä ikä kautena aikaisemmat kokemukset hahmottuvat kokonaisuudeksi naisena ja miehenä olemisesta. Nuori on jo irtautunut omista vanhemmistaan ja kykenee lähestymään vanhempiaan tasa-arvoisemmin. Nuoren kyky empatiaan lisääntyy ja hän ottaa paremmin toiset huomioon. Myöhäisnuoruutta voidaan kuvata identiteettikriisinä, koska tällöin nuori tekee valintoja, jotka vaikuttavat hänen tulevaan aikuisuuteen, kuten koulutuksen ja ammatin valitseminen. (Aalberg & Siimes 2007, 71; Marttunen 2010, 12; Rimpelä 2010a, 14; Aalto-Setälä 2010, 25; Kaltiala-Heino 2010, 107.)

Nuoruusiän loppupuolella jäsentyy aikuisen persoonallisuus, joka on tässä vaiheessa jo melko muuttumaton. Nuoruuden kehityksessä tapahtuu muutoksia keskushermostossa, ruumiillisessa kasvussa ja kehityksessä, hormonitoiminnassa sekä tunne-elämässä, ajattelussa, käyttäytymisessä ja ihmissuhteissa. Nuoruus on elämänvaihe, jonka keskeinen tehtävä on yksilön kehittyminen fyysisesti, psyykkisesti ja seksuaalisesti aikuiseksi. Se on tärkeä ikävaihe aikuisuuden terveyden kannalta. (Marttunen 2010, 12; Rimpelä 2010a, 14; Aalto-Setälä 2010, 25; Kaltiala-Heino 2010, 107.)

Puberteetti kestää noin 2–5 vuotta. Se on biologista ja fysiologista kehitystä, jonka aikana lapsesta kasvaa fyysisesti aikuinen. Puberteetti on näkyvimpiä biologisia ja sosiaalisia muutoksia ihmisen elämässä ja sen aikana myös sukupuolinen ja seksuaalinen kypsyminen alkavat. Tytöt ja pojat kasvavat ja kehittyvät eri tahdissa. Tyttöillä fyysinen kasvu ja rintojen sekä sukupuolielinten kehittyminen tapahtuvat samanaikaisesti, kun taas pojat kasvavat fyysisesti murrosiän jälkeenkin. Murrosikä muodostaa nuoruusiän alkuvaiheen, tytöillä vähän aikaisemmin kuin pojilla. Hormonitoiminnan lisääntyminen ja fyysinen kasvu muuttavat psyykkistä tasapainoa. Murrosikä onkin psykologista sopeutumista fyysisiin ja psyykkisiin muutoksiin. (Aalberg & Siimes 2007, 15–16.)

Tytöillä ensimmäiset murrosiän fyysiset merkit saattavat ilmetä jo kahdeksan vuotiaana ja toisilla vasta 13-vuotiaana. Tyttöillä murrosikä alkaa useimmiten rintojen aristamisella ja kasvamisella. Tämä kehitys kestää noin 3–5 vuotta. Rinnat kuitenkin muuttuvat ja muodostuvat koko loppuelämän ajan. Muita murrosiän merkkejä tytöillä ovat häpykarvoitus, kasvupyrähdys, kehon muotojen muuttuminen ja kuukautisten alkaminen. Kuukautiset alkavat useimmiten vasta kasvupyrähdysen jälkeen ja ovat merkinä naisen lisääntymiskyvystä, sekä kehon valmistautumisesta tulevaan raskauteen. (Aalberg & Siimes 2007, 15–16; Murrosikä 2015.)

Pojilla ensimmäisiä murrosiän merkkejä on kivesten kasvu, joka alkaa 9–13-vuotiaana. Noin vuosi kivesten kasvamisesta penis alkaa kasvaa. Kivekset ovat miesten sukupuolirauhaset joiden tehtävänä on tuottaa siittiöitä eli miesten sukusoluja. Poikien murrosikään kuuluu yölliset siemensyöksyt, ihokarvojen ja sukuelinten karvoituksen lisääntyminen sekä kasvupyrähdys. Parta alkaa kasvaa useimmiten vasta armeija-ikäisenä. Pojilla murrosikään kuuluu myös äänenmurros, jolloin äänen korkeus vaihtelee matalasta korkeaan. Murrosiässä tytöillä ja pojilla alkaa hiki haista. Iho ja hiukset rasvoittuu nopeammin kuin ennen. Lisäksi ihoon voi ilmestyä finnejä. (Murrosikä 2015.)

Fyysinen kasvu on nopeimmillaan tytöillä murrosiän keskellä ja pojilla murrosiän loppuvaiheessa. Tyypillinen merkki puberteetin saavuttamisesta on kasvupyrähdys, joka johtuu sukupuolihormonin erityksen alkamisesta ja kasvuhormonin erityksen lisääntymisestä. Poikien kasvunopeus voi olla hidasta ennen murrosikää jolloin pituutta tulee vain noin 3 cm vuodessa. Noin 14-vuotiaana poikien pituuskasvu nopeutuu ja pituutta saattaa kertyä jopa 12 cm vuodessa. Kasvupyrähdysen jälkeen pituuskasvua voi tulla pojilla vielä 3–5 vuoden ajan, kuitenkin vuosittain hidastuen. Lopullisen pituutensa pojat saavuttavat keskimäärin 18-vuotiaana. (Aalberg & Siimes 2007, 15–16; Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Pulkkinen & Ruoppila 2014, 144.)

Tytöillä pituuskasvu on myös vähäistä ennen murrosikää. Tyttöjen kasvupyrähdys tapahtuu keskimäärin 12-vuotiaana, poikia noin kaksi vuotta aikaisemmin. Tytöt kasvavat kasvupyrähdysen aikana noin 8–10 cm vuodessa. Pituuteen vaikuttavat perintötekijät. Vanhempien pituuksien perusteella laskettu odotuspituus ennustaa nuoren pituutta aikuisuudessa. (Aalberg & Siimes 2007, 15–16; Nurmi ym. 2014, 144.)

Nuoruusvuosina tapahtuu paljon fysiologisia sekä hormonaalisia muutoksia. Tällöin myös osalla nuorista ongelmakäyttäytyminen lisääntyy. Puberteettikäisillä pojilla testosteronitasot ovat yhteydessä aggressiivisuuteen, sekä dominoivuuteen kaveriryhmässä. Tytöillä taas estrogeenitasojen muutoksen on todettu liittyvän murrosikäisten tyttöjen aggressiivisuuteen. (Nurmi ym. 2014, 144–145.)

Ikäisiään aikaisemmin kehittyvien tyttöjen on havaittu käyttävän tupakkaa ja alkoholia enemmän kuin myöhemmin kehittyneet tytöt. Tähän vaikuttaa kehittyneiden tyttöjen ajanvietto vanhempien tyttöjen seurassa. Aikaisin kehittyneiden tyttöjen ja poikien on todettu myös kokevan enemmän kielteisiä tunteita, kuten masennusta ja vihamielisyyttä verrattuna keskimääräisesti kehittyviin ikätovereihin. (Nurmi ym. 2014, 144–145; Persoonallisuuden ja tunne-elämän kehitys n.d.)

Nuoruudessa nuori harjoittelee hallitsemaan ja sietämään omia tunteitaan. Tällöin on tärkeää oppia suhtautumaan epäonnistumisiin rakentavalla tavalla. Omien tunteiden hallinta parantaa omaa itsetuntoa. Oman aggression hallitukseen, nuoren tulisi sietää pettymyksen, ahdistuksen ja häpeän tunteita. (Nurmi ym. 2014, 144–145; Persoonallisuuden ja tunne-elämän kehitys n.d.)

Nuorelle on usein tärkeää olla jotain muuta kuin, mitä vanhemmat häneltä odottavat. Useinkaan valmiit mallit eivät ole sopivia, vaan halutaan keksiä jotain omaa. Nuoren käytös saattaa olla päinvastaista kun vanhemmat ovat toivoneet ja he voivat kauhistuttaa vanhempiaan erilaisilla mielipiteillään sekä pukeutumistyylyillään. Nuoruuteen kuuluu epävarmuus omasta ulkomuodostaan, jolloin nuori kokeilee erilaisia kampauksia ja tyyliä. Nuoret usein kaipaavat omaa tilaa päättää omista asioistaan, mutta tarvitsevat kuitenkin vielä vanhempien tukea päätöksiin. (Persoonallisuuden ja tunne-elämän kehitys n.d.)

Fyysinen kasvu ja psykologiset muutokset vaativat nuoren oman itsen uudelleen määrittelyä. Nämä muutokset vaikuttavat nuoren käsitykseen itsestään jolloin nuoren minäkuva muuttuu. Minäkuvan muutokseen vaikuttavat nopea kasvu ja aikuiseksi kehittyminen. Samoin puberteetti heijastuu siihen kuinka muut ihmiset havaitsevat nuoren ja miten häneen reagoidaan. Etenkin varhain tai myöhään puberteetin kokevat voivat saada erilaista kohtelua vanhemmilta vastakkaisen sukupuolen edustajilta. (Nurmi ym. 2014, 146, 160.)

Nuoren minäkuvaa määritteleviä tekijöitä ovat ihmisten palaute, ikätoverien hyväksyntä sekä koulu- ja urheilumenestys. Myös alakoulusta yläkouluun siirtyminen sekä stressaavat elämäntilanteet on katsottu vaikuttavan minäkuvan kehitykseen. Minäkuvalla on vaikutusta myös siihen, kuinka nuori toimii haastavissa ja vaikeissa tilanteissa. (Nurmi ym. 2014, 146, 160.)



### 3 NUORTEN TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN TILANNE SUOMESSA

Lapsuuden ja nuoruuden aikana omaksutaan tapoja, jotka määräävät aikuisiälle terveystottumuksia ja asenteita. Tällaisia ovat muun muassa liikuntatottumukset, sosiaaliset taidot, kyky kohdata ristiriitoja, rentoutumis- ja virkistytymistavat sekä suhteet piristeiden, tupakan ja huumaavien aineiden käyttöön. Lisäksi lapsuuden aikaisella ravitsemuksella on merkitystä verenkiertoelimistön sairauksien ja syövän syntyyn aikuisiässä. Nuoruudessa valitaan koulutus ja tehdään uravalintoja, jotka luovat perustaa aikuisiän terveydelle. Lasten ja nuorten terveydellisiä uhkia ovat liikunnan puute, lihavuus, tupakointi ja päihteiden käyttö. (Rajantie & Perheentupa 2005; Rimpelä 2010a, 14.)

Nuorten kuolleisuus on Suomessa pienimmillään ikävuosina 5–14, jonka jälkeen kasvu on voimakasta, etenkin pojilla. Tautikuolleisuus on kyseisessä iässä harvinaista ja yleisempiä kuolinsyitä ovatkin tapaturmat ja väkivalta. Nuorten kuolleisuus on pienentynyt viime vuosikymmeninä. Selittävänä tekijänä ovat tapaturmakuolleisuuden väheneminen, kuten liikennetapaturmat. Vuonna 2008 itsemurhiin kuoli 20–24 vuotiasta miehistä 59 ja 15–19 vuotiasta 22. Saman ikäisistä naisista itsemurhiin kuoli 11 ja 15–19-vuotiaista naisista 15. (Rimpelä 2010a, 14.)

Haittaavia pitkäaikaissairauksia esiintyy nuorilla 12–18-vuotialla noin kymmenesosalla. Tavallisimpia näistä ovat astma, allergia, laktoosi-intoleranssi ja diabetes. Keksimäärin jokaisella koululuokalla tai kurssilla on useampi pitkäaikaista terveysongelmaa poteva nuori. Mitä paremmin pitkäaikaissairaudet hoidetaan nuorena, sitä paremmin nuori selviytyy ikäkauteen liittyvistä kehitystehtävistä ja sitä terveempänä nuori pysyy aikuisena. (Rimpelä 2005.)

Nuorten niska-, hartia- ja alaselkäoireet sekä väsymys ovat lisääntyneet 1990-luvun puolivälistä lähtien. Niska-, hartia- ja alaselkäoireiden lisääntymistä selittävät osittain tietokoneiden ja muiden digitaalisten laitteiden käyttö. Väsymyksen taustalla ovat unirytmien muutokset, yleinen pahoinvoinnin lisääntyminen sekä myöhäinen internetin käyttö. Tytöt ovat oireilun riskiryhmässä ja heillä on viitteitä masennustyyppisen oireilun lisääntymisestä. (Rimpelä 2010a, 17.)

Huono-osaisuus kasautuu jo nuoruudessa ja liittyy huonoon terveyteen. Koulumenestys ja perhe ovat nuorilla avainasemassa. Väestöryhmien välisten terveyserojen syntyminen alkaa jo nuoruudessa ja jatkuu aikuisiälle. Tämä näkyy opintomenestyksen ja terveyden välisissä yhteyksissä. Terveysongelmat ja haitalliset tottumukset kasaantuvat nuoruudessa jo niihin ryhmiin, jotka sijoittuvat aikuisena alempiin koulutus- ja sosiaaliryhmiin. (Rimpelä 2010a, 23.)

Erilaiset indikaattorit viittaavat siihen, että nuoret ovat nykyään aiempaa kuormittuneempia kuin aikaisemmin. Mittareina ovat toimineet nuorten kokemat oireet sekä nukahtamisviive. Maailman terveysjärjestön, WHO:n, koululaistutkimuksessa on mitattu nuorten nukahtamisviivettä vuodesta 1990 lähtien. Nukahtamisviiveen nähdään olevan merkinä stressistä, huolista ja liian korkeasta

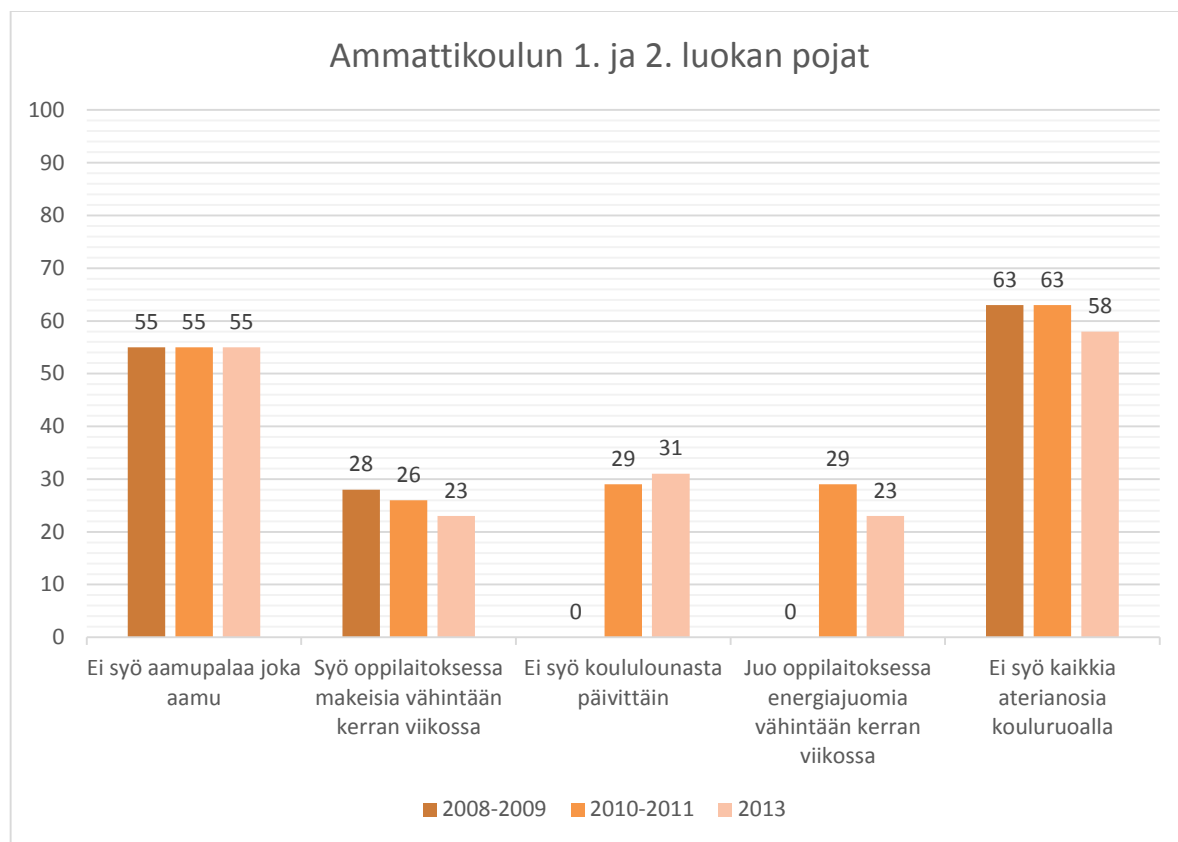
aktiivisuustasosta ennen nukkumaan menoa. Korkea aktiivisuuden taso estää ihmisen elimistöä siirtymästä lepotilaan. Aktiivisuustasoa lisääviä tekijöitä ovat lähelle nukkumaanmenoa ajoittuva liikunta ja intensiivinen tietokoneella pelaaminen. (Rimpelä 2010b, 99.)

Lisääntyneestä kuormituksesta ilmaisevat erilaiset stressioireet, kuten päänsärky, väsymys, hermostuneisuus ja mahakivut. Stressioireiden lisääntyminen heijastaa muutoksia nuorten arkipäivässä, arkipäivän rytmeissä, sekä ulkoa tulevista paineista, jotka vaikuttavat nuorten arkeen. Oireiden lisääntymiselle ei voida osoittaa yhtä yksittäistä selitystä. (Rimpelä 2010b, 99.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, THL:n, teettämä kouluterveyskysely kerää tietoa nuorten elin- ja kouluoloista, koetusta terveydestä, terveystottumuksista sekä opiskeluhuollosta. Kouluterveyskyselyn tuloksia hyödynnetään oppilaitoksissa ja kunnissa nuorten terveyden sekä hyvinvoinnin edistämiseksi. Kouluterveyskyselyä tehtiin vuoteen 2011 asti parillisina vuosina Etelä- Suomessa, Itä- Suomessa ja Lapissa. Parittomina vuosina kysely tehtiin muualla Manner-Suomessa ja Ahvenanmaalla. Vuodesta 2013 alkaen kouluterveyskysely tehdään samaan aikaan koko maassa kahden vuoden välein. Kyselyä ei tehty lainkaan vuonna 2012. (Kyselyn toteuttaminen 2015.)

Kouluterveyskyselyyn vastaa noin 200 000 peruskoulujen 8. ja 9. luokkalaista sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijat. Peruskouluissa tietoja on kerätty vuodesta 1996, lukioissa vuodesta 1999 ja ammatillisissa oppilaitoksissa vuodesta 2008 alkaen. Tässä opinnäytetyössä perehdytään ammattikoulun poikien vastauksiin vuosina 2008–2013. (Kouluterveyskysely 2015.)

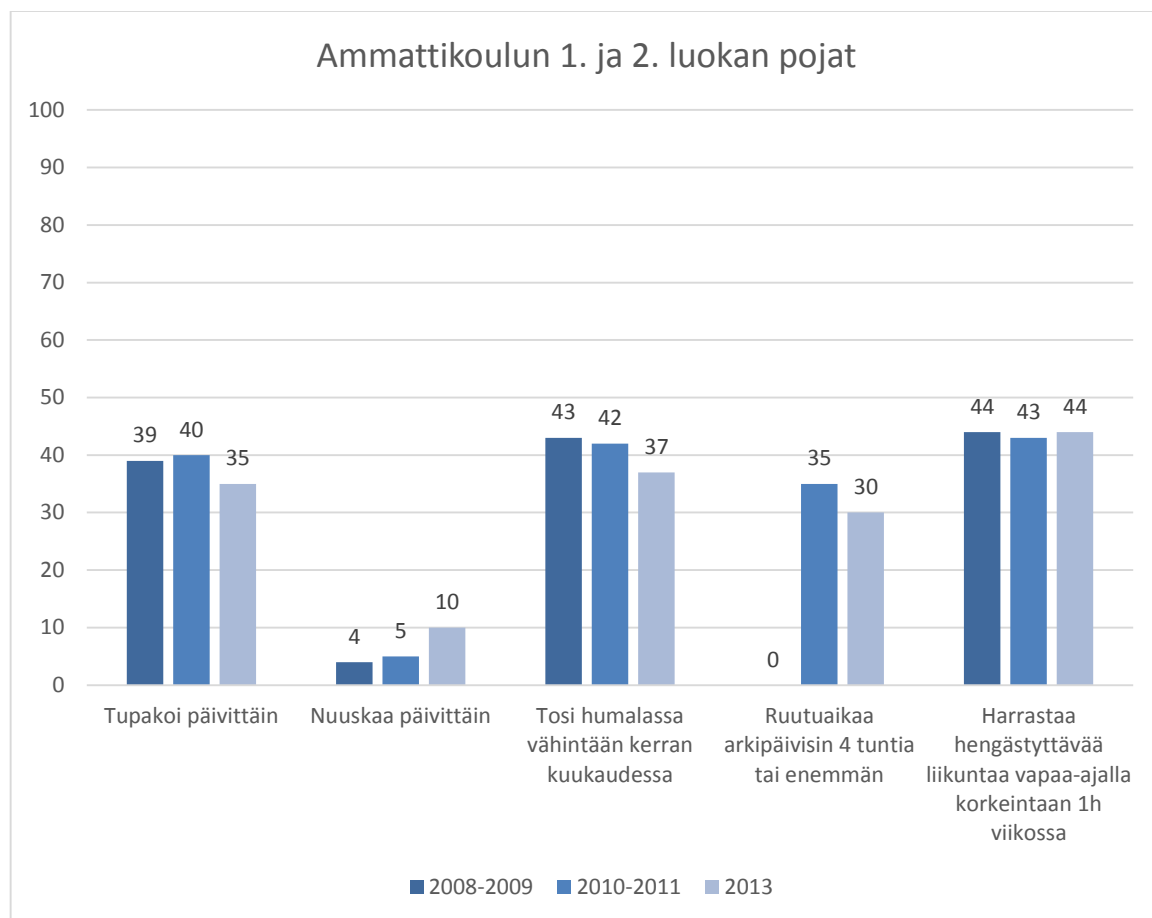
Kouluterveyskyselyn tuloksia verrattaessa vuosina 2008–2013, ilmenee, että ammattikoulun pojista yli puolet eivät syö aamiaista aamuisin (Kuvio 1.). Prosenttiosuus on pysynyt muuttumattomana vuodesta 2008 lähtien. Makeisten syönti on vähentynyt, mutta koululounaan syömättä jättäminen on lisääntynyt ammatillisten oppilaitosten poikien keskuudessa. Energiajuomien käyttöä ei tutkittu vuosina 2008–2009, mutta niiden käyttö on vähentynyt vuodesta 2010 alkaen. Kuviossa yksi on kuvattu tarkemmin poikien ruokailutottumuksia koulussa. Kuviossa oleva nolla tarkoittaa, ettei kyseistä asiaa ole tutkittu. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008/2009–2013a.)



Kuvio 1. Ammattikoulun 1. ja 2. luokan pojat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008/2009–2013a.)

Kouluterveyskyselyssä on kartoitettu tupakoinnin määrää ja nuuskan käyttöä. Kuviosta kaksi ilmenee tupakan polton vähentyneen, mutta edelleen jopa 35 % ammattikoulun pojista tupakoi päivittäin. Nuuskan käyttö on selvästi lisääntynyt ja vuonna 2013 nuuskaa käytti päivittäin joka kymmenes ammattikoulun poika. Nuuskan käyttö on kuitenkin paljon vähäisempää kuin tupakan poltto. Alkoholin käyttö sen sijaan on laskenut vuodesta 2008. Silti merkittävään humalaan itsensä joi vähintään kerran kuukaudessa 37 % nuorista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008/2009–2013b.)

Ruutuaikaa kertyi 30 %:lle nuorista arkipäivisin neljä tuntia tai enemmän vaikka sitä suositellaan enintään kaksi tuntia päivässä (Kuvio 2.). Ammattikoulun pojista vain alle puolet liikkuu suositusten mukaisesti. Kestävyyskuntoa voi parantaa liikkumalla viikossa vähintään 2 tuntia ja 30 minuuttia reippaasti tai 1 tunti ja 15 minuuttia rasittavasti. (Viikoittainen liikuntapiirakka 2009; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008/2009–2013b.)



Kuvio 2. Ammattikoulun 1. ja 2. luokan pojat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008/2009–2013b.)

#### 4 NUORTEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Tässä kappaleessa perehdytään terveyden edistämisen käsitteeseen. Opinnäytetyön nuorten terveyden edistämisen osa-alueiksi on valittu tupakointi, alkoholinkäyttö, nuuskan käyttö, liikunta ja painonhallinta, ravitsemus, uni ja lepo sekä ruutuaika ja vapaa-ajanvietto.

Terveyden edistämisen määrittely on todettu haastavaksi, sillä se käsittää laajan toimintakentän. Kansainvälisessä Ottawan asiakirjassa on tuotu esiin terveyden edistämisen laajuus ja moninaisuus. Ottawan asiakirjan mukaan terveyden edistäminen on terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittämistä, terveellisen ympäristön aikaansaamista, yhteisöjen ja henkilökohtaisten taitojen kehittämistä sekä terveyspalvelujen uudistamista. Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt terveyden ”täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi.” (Pietilä 2010, 15–16.)

Terveyden edistäminen käsitteenä on esiintynyt jo pitkään arkikielessä. Se on kuvattu tarkoittamaan toimintaa, joka tapahtuu ennen kuin taudin ehkäisy on

ajankohtaista. Maailman Terveysjärjestö aloitti 1970-luvun lopussa terveystoiminnan uuden vaiheen, jonka keskeiseksi teemaksi nousi Terveyttä Kaikille vuoteen 2000-ohjelma. Ohjelman tarkoituksena oli saada jokaiselle valtiolle terveystoiminnallinen toimintaohjelma, jossa korostuu yhteiskunnan ja sen kaikkien sektoreiden mahdollisuus väestön terveyden edistämiseksi. Tästä ohjelmasta kehittyi 1980-luvulla Terveyden edistämisen ohjelma, jota voidaan pitää tiettyinä terveystoiminnan toimintasuuntana. Näin sanapari ”Terveyden edistäminen” muuttui kansanomaisesta sanasta terveystoiminnalliseen keskusteluun, koulutukseen sekä tutkimus- ja kehittämistyöhön. (Rimpelä 2008, 23.)

1980-luvun lopussa alettiin kiinnittää yhä enemmän huomiota koulujen ja oppilaitosten mahdollisuuksiin edistää lasten ja nuorten terveyttä. Maailman terveystoiminnallisen järjestön toteutti Terveyttä edistävät koulut –verkoston, jonka tavoitteena on tukea ammattilaisia kehittämään ja ylläpitämään koulujen terveyden edistämistä kussakin maassa. Verkostoon kuuluu 43 maata Euroopassa. Suomi liittyi vuonna 1993 Euroopan Terveet Koulut –verkostoon, ja siihen on liittynyt tähän mennessä noin 40 koulua Suomesta. Verkosto on kehittänyt suomalaisten koulu yhteisöjen terveyttä tavoitteellisesti jo 20 vuotta. (Rimpelä 2008, 24; Schools for Health in Europe 2014–2020; Euroopan terveet koulut –verkosto n.d.)

Hoitotyön perustehtävänä on ihmisten terveydestä huolehtiminen. Hoitotyöntekijöiden tehtävänä on pyrkiä ohjauksen keinoin tukemaan autettavaa terveyden ymmärtämisessä ja terveysongelmien tunnistamisessa, ennakoinnissa ja ehkäisyssä. Toimintaa voidaan kutsua terveyden edistämiseksi, terveystoiminnaksi tai terveysneuvonnaksi. Terveyden edistäminen suuntautuu yksilöihin, ryhmiin ja koko yhteiskuntaan. Sitä säätelee terveydenhuoltolaki. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 184.)

Terveyden edistämistä harjoitetaan terveystoiminnallisen järjestelmän kaikilla osa-alueilla, etenkin perusterveydenhuollossa: neuvoloissa, työterveyshuollossa, terveydenhoitajien vastaanotoilla sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa. Terveyden edistäminen kuuluu osaksi jokapäiväistä hoitotyötä, joka vie paljon voimavaroja. (Leino-Kilpi ym. 2014, 187.)

### 4.1 Tupakointi

Tupakan ja alkoholin käyttökokeilut ajoittuvat usein puberteettikehitykseen ja nuoruusiän sosiaaliseen kehitykseen. Tupakoinnin on todettu lisääntyvän 15–21-vuotiaana ja on yleisintä 21-vuotiaana. Hyvin nuorena aloitetun tupakoinnin jatkuminen aikuisuuteen, selittyy osittain nopeasti syntyvällä riippuvuudella. (Kunttu, Komulainen, Makkonen & Pynnönen 2011, 180, 183.)

Tutkimusten mukaan 15-vuotiaana alkanut tapa juoda humalanhakuisesti, jatkuu usein aikuisikään. Useissa tutkimuksissa on myös havaittu, että tupakointi, humalajuominen ja huumausaineiden käyttö ovat yhteydessä toisiinsa. Varhaisen tupakoinnin aloittamisen tiedetään olevan yhteydessä huumausaineiden

käytön aloittamiseen. Alkoholien käyttö ja tupakoinnin jatkaminen ennakoivat myös huumeaineiden käyttöä myöhemmällä iällä. (Kunttu ym. 2011, 180, 183.)

Nuorten terveystapatutkimuksessa vuonna 2013 ilmenee, että 14-vuotiaista pojista 4 % ja saman ikäisistä tytöistä 6 % käytti tupakkatuotteita päivittäin. Tupakkatuotteiden päivittäinen käyttö lisääntyi 16-vuotiailla nuorilla. Tällöin pojista 16 % käytti tupakkatuotteita päivittäin ja saman ikäisten tyttöjen osuus oli 14 %. Tutkimuksen mukaan tupakkatuotteita käytti 18-vuotiaista pojista päivittäin 21 % ja tytöistä 18 %. Tupakkatuotteiden päivittäinen käyttö pysyi kuitenkin vähäisenä 12-vuotiailla. Nuorten terveystapa kyselyyn vastasi yhteensä 4158 nuorta. (Kinnunen, Lindfors, Pere, Ollila, Samposalo & Rimpelä 2013, 2, 20–21; Tupakka ja nuoren hyvinvointi 2012.)

Terveystapatutkimuksessa todettiin säännöllisen tupakoinnin alkamisikänsä nousseen tutkimusjakson, 1977–2013 aikana. Suurin osa nuorista ei kuitenkaan käytä lainkaan tupakkatuotteita. Nuoret tietävät tupakoinnista aiheutuvia vakavia haittoja, kuten keuhkosityövän. He kuitenkin mieltävät haitat aikuisuuteen kuuluviksi ja tupakoivien nuorten on vaikea nähdä itseään tupakoivana aikuisena. Tupakasta johtuvat monet haitat ilmenevät kuitenkin välittömästi tupakoinnin yhteydessä tai lähitulevaisuudessa. (Kinnunen, Lindfors, Pere, Ollila, Samposalo & Rimpelä 2013a, 2, 20–21; Tupakka ja nuoren hyvinvointi 2012.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden työhön sisältyy tupakoinnin puheeksi ottaminen lasten ja nuorten kanssa tehtävässä työssä, huomioiden ikävaiheen kehityksen, sekä kannustava palaute tupakoimattomuudesta. Tupakointikiellot nuorten kasvu- ja kehitysympäristössä sekä tupakkatuotteiden korkea hinta ja markkinointikiellot ovat hyviä lakisääteisiä keinoja ehkäistä nuorten tupakoinnin aloittamista. Sisä- ja ulkotilojen tupakointikiellot suojaavat nuoria passiiviselta tupakoinnilta. Tupakkatuotteiden myynti ja välitys alaikäisille on myös tärkeä keino ehkäistä nuorten tupakointia. (Ollila 2011.)

Nuorten tupakoinnin aloittamista ehkäiseviä tekijöitä ovat vanhempien, huoltajien ja nuorten kanssa työskentelevien kielteinen asenne tupakointiin sekä nollatoleranssi nuoren tupakointikokeiluihin, vaikkakin aikuiset itse tupakoisivat. Nuorten hyvä itsesäätelykyky ehkäisee tupakoinnin aloittamista. Itsesäätelykykyä voi myös harjoitella lisää ja vahvistaa. Tupakoinnin aloittamiselta suojaavia tekijöitä ovat lisäksi hyvä itseluottamus, kannustavat vanhemmat ja tupakoinnin kokeminen terveyttä vaarantavaksi. (Ollila 2011.)

Koulupohjaisilla ohjelmilla voidaan vaikuttaa tupakoinnin ennaltaehkäisyyn ja saavuttaa lyhytkestoisia tupakointia ehkäiseviä vaikutuksia ja siirtää tupakoinnin aloittamista myöhemmäksi. Pelkkä tupakointia koskevan tiedon annon ei ole koettu olevan kovin tehokasta nuorten tupakoinnin ennaltaehkäisyssä. Joukkotiedotusvälineitä hyödyntävillä ohjelmilla sekä tehokkailla kampanjoilla voidaan ehkäistä tupakoinnin aloittamista. Tupakkatuotteita myyville

henkilöille annettavat sakot ovat vähentäneet tupakkatuotteiden myymistä alaikäisille. (Ollila 2011.)

## 4.2 Alkoholin käyttö

Nuoruudessa alkoholikokeilut alkavat useimmiten 12–13 ikävuoden aikana. Vajaa puolet suomalaisista 16-vuotiasta nuorista juo alkoholia vähintään kerran kuukaudessa ja noin viidesosa juo itsensä humalaan kuukausittain. Viimevuosina nuorten alkoholin käytössä on ollut kuitenkin myönteistä kehitystä, sillä raittiiden määrä on lisääntynyt ja alkoholin käyttö sekä erityisesti humalakuinen juominen on vähentynyt enemmistön keskuudessa. (Hurre, Lintonen, Kivuruusu, Aro & Marttunen 2011, 278.)

Eurooppalaisiin nuoriin verrattuna suomalaisten nuorten alkoholin käyttö on humalakeskeisempää ja yleisempää kuin Euroopan maissa keskimäärin. Runsaasti päihteitä käyttävillä on usein enemmän ongelmia kuin vähemmän päihteitä käyttävillä nuorilla. Useimmille nuorille alkoholin käyttö voi olla pelkkää kokeilua, mutta osalle nuorista alkoholista voi tulla todellinen ongelma. (Hurre ym. 2011, 278.)

Nuorten alkoholin ja päihteiden käytön tutkimuksissa on tunnistettu monia riskitekijöitä, jotka ovat yhteydessä runsaaseen alkoholin käyttöön. Tekijät ovat jaoteltu kulttuurisiin ja yhteiskunnallisiin, yksilöön sekä sosiaaliseen vuorovaikutusympäristöön liittyviin tekijöihin. Kulttuurisia ja yhteiskunnallisia riskitekijöitä ovat alkoholin käyttöä suosiva lainsäädäntö, sosiaaliset normit, alkoholin saatavuus ja perheen taloudellinen huono-osaisuus. Yksilöön liittyviä ominaisuuksia ovat geneeissä oleva alttius alkoholin käyttöön sekä herkkyyys alkoholin vaikutuksille. (Hurre ym. 2011, 278.)

Sosiaaliseen ympäristöön liittyviä alkoholinkäytön riskitekijöitä nuorelle ovat perheenjäsenten ja ystävien alkoholin käyttö, vaikeat perheolosuhteet, riitely perheessä, vanhempien avioero, kielteinen suhtautuminen koulun käyntiin sekä ulkopuolelle joutuminen ystäväpiirissä. Myös ongelmakäyttäytymisen, tarkkaavaisuushäiriöiden, aggressiivisuuden, impulsiivisuuden ja heikon koulumenestyksen on todettu lisäävän päihteiden runsasta käyttöä. (Hurre ym. 2011, 278.)

Alkoholin käyttökertoja on eniten 28 vuoden iässä. Nuorten aikuisten työelämään siirtyminen, elämäntilanteen vakiintuminen ja perheen perustaminen sellittänevät alkoholin käytön vähentymisen vasta 28 ikävuoden jälkeen. Tärkeimmät vuodet päihteettömyyteen tai päihteiden käyttöön liittyvän neuvonnan ja päihdehaittojen ehkäisemisen kannalta ovat 13–21, mutta jatkuvat aina 28 ikävuoteen saakka. (Kunttu ym. 2011, 180–181.)

Päihteiden käytön aloittamisen syistä on kaksi eri mallia: syrjäytymismalli ja nuorisokulttuurinen malli. Syrjäytymismallin mukaan nuori aloittaa päihteiden

käytön, joko huonojen olosuhteiden tai muiden ongelmien vuoksi. Nuorisokulttuurisessa mallissa päihteet taas kuuluvat osaksi nuorten vapaa-ajan viettoa ja hauskanpitoa. Nuorisokulttuurisesta mallista voidaan tunnistaa neljä piirrettä, jotka liittyvät kokemusten etsintään. Piirteitä ovat seikkailun tavoitteelu, sosiaalisesti estotonta oloa tavoittelevat, kokemuksia metsästävät sekä tylsyyttä torjuvat nuoret. (Kunttu ym. 2011, 180–181.)

Yksi merkittävimmistä nuorten terveysuhista on humalajuominen. Humalajuomisen raja on seitsemän alkoholi annosta kerralla. Vuonna 2009 lukiolaisista miehistä vähintään kerran kuukaudessa hyvin humalaan itsensä joi 28 % ja ammatillisen koulutuksen miesopiskelijoista 43 %. Päihteet vaikuttavat nuorten hermostoon ja yksilökehitykseen erityisellä tavalla. Nuoret humaltuvat hitaammin kuin aikuiset, koska alkoholin humalluttava vaikutus kasvaa iän myötä. Myös krapula- ja vieroitusoireet ovat nuorilla lievempiä kuin aikuisilla. Tämä johtuu nuorten keskushermoston paremmasta sietokyvystä ja hitaammasta toleranssin kehittymisestä. Alkoholin sietokyky selittyy osittain sillä, että nuorten kehossa vesipitoisuus on korkeampi kuin aikuisen. (Kunttu ym. 2011, 181–183.)

Nuorten kokemattomuus voi kuitenkin olla vaaratekijä ja juominen aikuisten tapaan saattaa aiheuttaa vaarallisia yllätyksiä. Tällainen on esimerkiksi alkoholin verensokeria alentava vaikutus, joka vaikeuttaa aivojen energian saantia ja toimintakykyä. Tavallisin alkoholimyrkytyksen oire onkin verensokerin laskeminen. Verensokerin lasku on myös yleinen alkoholin aiheuttaman tajuttomuuden tai kuoleman syy, vaikka veren alkoholipitoisuus ei olisikaan korkea. (Kunttu ym. 2011, 181–183.)

Nuorten päihteiden käyttö voidaan kuvata prosessina. Alkoholin käyttö aloitetaan kokeilulla. Osa nuorista siirtyy raittiuden ja kokeiluvaiheen jälkeen säännölliseen ja sosiaaliseen päihteidenkäyttöön. Esimerkiksi humalajuominen ystäväryhmän kanssa voi olla säännöllistä, mutta myös sosiaalista päihteidenkäyttöä. Kun päihteiden käytöstä aiheutuu haitallisia seurauksia kuten esimerkiksi tapaturmia, toisen satuttamista tai riitoja, puhutaan ongelmakäytön vaiheesta. (Kunttu ym. 2011, 180.)

Nuoren saattaa itse olla vaikea tunnistaa haitallisten seurausten yhteyttä suuriin alkoholiannoksiin. Päihteiden ongelmakäyttö voi pitkään jatkuessaan johtaa päihteiden väärinkäytön vaiheeseen tai riippuvuuteen. Nuoren päihteidenkäytön prosessin suuntaa on kuitenkin mahdollista muuttaa varhaisen puuttumisen ja tuen avulla. Päihdekäyttöön puuttumisella nuori voidaan ohjata ongelmakäytöstä kohti päihteettömyyttä tai kohtuullista alkoholinkäyttöä. (Kunttu ym. 2011, 180.)

Alkoholinkäytöllä voi olla suuri vaikutus opinnoista suoriutumiseen ja myöhemmin myös työelämässä jaksamiseen. Nuorena aikuisena opituilla juomatottumuksilla on merkittävä vaikutus myöhemmin elämässä. Nuorena omaksuttu alkoholinkäyttö jatkuu usein samanlaisena aikuisuudessa. Tämän vuoksi alkoholinkäyttöä tulisi pohtia jo ammattiuran alkuvaiheessa eli opiskeluaikana.



Suurimmalle osalle alkoholia käyttävistä opiskelijoista alkoholi ei muodostu ongelmaksi, mutta noin yhdellä kymmenestä alkoholinkäyttö kuitenkin jatkuu runsaana opiskelujen jälkeen. (Kunttu ym. 2011, 301.)

### 4.3 Nuuskan käyttö

Nuuskan käyttö on lisääntynyt 1990-luvun alusta. Suomessa nuuskan myynti tai luovuttaminen on ollut kiellettyä vuodesta 1995. Nuuskaa käyttävät pääasiassa miehet. Suomalaisten 16-vuotiaiden poikien päivittäinen ja satunnainen nuuskan käyttö on kolminkertaistunut ja 18-vuotiaiden seitsenkertaistunut 30 vuodessa. (Nuuska 2014; Wickholm, Lahtinen, Ainamo & Rautalahti 2012.)

Myös Suomessa käytettävä ruotsalainen nuuska sisältää ainakin 2500 kemiallista yhdistettä. Noin puolet nuuskasta on tupakkaa, mutta sen lisäksi siinä on muun muassa raskasmetalleja sekä tuholais- ja kasvimyrkkyjen jätteitä. Vaikka nuuskassa on vähemmän haitallisia aineita kuin tupakassa, IARC eli kansainvälinen syöväntutkimuslaitos on havainnut, että nuuskassa on 28 eri karsinogeenia eli syöpää aiheuttavaa ainetta. (Nuuska 2014.)

Tupakanpolton terveysriskit tiedetään nykyään hyvin, mutta nuuskan haitoista tiedetään huomattavasti vähemmän, sillä pitkäaikaista käyttöä ei ole voitu seurata samoin kuin tupakoinnin vaikutuksia. Nuuskan terveyshaitat ovat kuitenkin samankaltaisia kuin tupakankin, mutta nikotiiniannos on keskimäärin suurempi nuuskan käyttäjillä. Tämä johtuu siitä, että nuuskassa on 20 kertaa enemmän nikotiinia kuin tupakassa ja lisäksi nuuskaa pidetään huulella yleensä pitkiä aikoja päivittäin. Nuuskan käyttäjillä nikotiiniriippuvuus onkin usein vaikeampi kuin tupakoivilla. (Nuuska 2014; Wickholm ym. 2012; Tupakka ja nuuska 2014; Sorvari, Laivisto & Pylkkänen 2013, 70.)

Nuuskaissa oleva nikotiini nostaa verenpainetta sekä sydämen sykenopeutta. Nikotiini supistaa verisuonia ja näin ollen lihasten verenkierto vähenee. Tämä lisää liikuntavammojen vaaraa ja hidastaa palautumista urheilusuorituksen jälkeen. Lisäksi nuuskalla on paljon haittavaikutuksia suun terveyteen. Se ärsyttää suun limakalvoja, aiheuttaa pysyviä syöpymisvaurioita ienrajoissa sekä löysyttää hampaiden kiinnityskudosta. Nuuskan käytön on todettu lisäävän suun, nenän ja nielun syöpiä. Lisäksi nuuskan käyttäjällä on suurentunut riski sairastua sepelvaltimotautiin tai saada tappava infarkti. Nuorena aloitettu nuuskan käyttö on melko uusi ilmiö, ja todellinen kuva sen vaikutuksesta kansanterveyteen ilmenevät vasta vuosikymmenien kuluttua. (Nuuska 2014; Wickholm ym. 2012.)

Savuton pääkaupunkiseutu- hanke tehti vuonna 2013 kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen: Nuorten käsityksiä ja kokemuksia nuuskasta ja nuuskan käytöstä - Nuuska nuorten maailmassa. Tutkimukseen osallistui 26 iältään 16–19-vuotiasta nuuskaa käyttävää poikaa. Puolet pojista opiskeli ammatillisessa oppilaitoksessa ja puolet lukiassa. Tutkimuksessa nuoret kuvasivat nuuskaavan nuoren hyvin positiivisena: hän harrastaa urheilua, menestyy koulussa ja on

suosittu. Mielikuvien nuuskaava nuori on rento, fiksu ja urheilullinen. Poikien mielikuva tupakoivasta nuoresta oli hyvin erilainen. He kokivat, että tupakoiva nuori ei harrasta liikuntaa, koulumenestys on heikkoa, hän käyttää liikaa päihkeitä sekä on piittaamaton omaa hyvinvointiaan kohtaan. (Salomäki & Tuisku 2013, 15.)

Tutkimukseen osallistuneiden poikien mielestä nuuska sopii tilanteeseen kuin tilanteeseen. Heidän olikin helpompaa kertoa tilanteita joihin nuuska ei sovinut kuten syömisen aikana, nukkumisen aikana, sairaana, työhaastattelussa tai kovien urheiluasuoritusten aikana. Nuoret myös ajattelevat, että nuuska on terveellisempää kuin tupakka. He kokevat saavansa nuuskan käytöstä hyötyjä: rentoutumista, tekemistä, piristystä ja tupakan korvausta. (Salomäki & Tuisku 2013, 17–18.)

Tutkimuksessa nuoret totesivat, että nuuskan käytön lopettaminen voisi tulla ajankohtaiseksi, jos nuuskan haitallisuudesta tulisi uutta tutkimustietoa tai mikäli nuori huomaisi itsessään selkeitä vakavia haittoja. Myös seurustelukomppanin kielteinen suhtautuminen koettiin kannustavaksi tekijäksi lopettamiseen. Tutkimuksessa poikien ehdotuksia nuuskan käytön vähentämiseksi olivat muun muassa: nuuskan tuonti Suomeen kiellettäisiin, tiukempi rajavalvonta, myynti lopetettaisiin kokonaan myös Ruotsissa, kouluissa olisi enemmän valistusta nuuskan vaaroista sekä tiukemmat säännöt nuuskan käytön suhteen. Nuuskan hallussapidosta ja käytöstä saisi sakot. (Salomäki & Tuisku 2013, 23–24.)

Nuuskan käytön lopettamiseen sopivat samat menetelmät kuin tupakoinninkin lopettamiseen. Nuuskan käyttäjää tulisi motivoida ajattelemaan nuuskan terveysvaikutuksia lopettamispäätöksen tueksi, sillä nuuskan käyttäjä ei välttämättä koe ympäristön painetta lopettamiseen. Nuoret tarvitsevat ikäryhmälleen sopivaa tukea nuuskan käytön lopettamiseen. (Sorvari, Laivisto & Pylkkänen 2013, 73–74.)

Nuorten nuuskakokeilut sekä nuuskan käyttö ovat lisääntyneet varsinkin urheiluvien, joukkuelajeja harrastavien poikien keskuudessa. Vanhemmat, nuorten parissa työskentelevät ja etenkin urheiluseurat ovat merkittävässä asemassa nuorten nuuskan käytön ennaltaehkäisemisessä sekä vähentämisessä. Nuuskakokeiluja ja nuuskankäytön aloittamista tulee ehkäistä ja lopettamista tukea. (Salomäki & Tuisku 2013, 32–33.)

Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ammattilaisilta kysyttiin, mitä keinoja he itse, heidän oppilaitoksensa tai alueen suun terveydenhuolto on käyttänyt nuorten nuuskaamisen ennaltaehkäisyssä ja nuuskaamiseen puuttumisessa. Ammattilaiset hyödynsivät kahdenkeskisiä kohtaamisia määräaikaistarkastuksissa sekä muilla vastaanotoilla. (Liimakka, Ollila, Ruokolainen, Sandström, & Heloma 2015, 49.)

Oppilaitoksissa toimenpiteet sisälsivät tupakoinnin ja nuuskaamisen kieltämisen, sekä mahdollisen sanktion kieltäessä. Lisäksi jotkin oppilaitokset järjestivät teemapäiviä tai koulutuksia, joissa nuuska oli yksi käsitellyistä aiheista. Suuren terveydenhuollon ammattilaiset antoivat nuorille valistusta vastaanottojen yhteydessä. Lisäksi he järjestivät oppilaitoksissa nuuskaa koskevan teemaviikon tai teemapäivän. (Liimakka ym. 2015, 49.)

Osa tutkimukseen haastatelluista terveydenhoitajista oli suorittanut tupakasta vieroittumisryhmien ohjaajakoulutuksen. Suurin osa koulutetuista oli pitänyt myös ryhmiä, joissa käsiteltiin kuitenkin pääasiassa tupakointia eikä niinkään nuuskaamista. Nuorten sitoutuminen ryhmiin koettiin haasteeksi, eikä nuuskaa käyttäville nuorille ollut tarjolla omia ryhmiä. Monet haastatelluista ammattilaisista työskentelivät moniammatillisissa tiimissä nuoren asioihin liittyen, mutta tämä yhteistyö koettiin toteutuvan paremmin muiden aiheiden kohdalla kuin nuuskaamisen. (Liimakka ym. 2015, 49–50.)

Terveydenhoitajat aloittavat usein keskustelun nuoren kanssa nuuskaamisesta mikäli nuori käyttää nuuskaa, tai ammattilainen epäilee sitä. Keskustelu aiheesta liittyy nuuskaamisen haittoihin, riippuvuuteen ja nuuskaamisen lopettamiseen. Lisäksi terveydenhoitajat ovat kiinnostuneita, mistä nuori saa nuuskaa ja kauanko sitä on käytetty. Nuorille saatettiin myös antaa materiaalia nuuskaan liittyen. Erilaiset esitteet, nettisivujen linkit tai materiaalin läpi käyminen yhdessä nuoren kanssa koettiin hyödylliseksi. Osa tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista koki kuitenkin, etteivät nuoret ole kiinnostuneita terveyshaittoja esittelevistä materiaaleista. (Liimakka ym. 2015, 51.)

#### 4.4 Liikunta ja painonhallinta

Lihavuudella tarkoitetaan rasvakudoksen liiallista määrää. Pituuskasvun päätäneiden nuorten kohdalla käytetään liikalihavuuden määrittelyssä painoindeksiä eli BMI:tä, joka tulee sanoista body mass index. Aikuisen lieväksi lihavuudeksi on määritelty BMI yli 25 ja merkittäväksi lihavuudeksi BMI yli 30. (Lihavuus laskuun 2012–2015, 16–17.)

Alle 18-vuotiaiden paino arvioidaan kasvu- ja painokäyrien perusteella. Tällöin ylipainon rajaksi on määritelty 20–40 % ylitys pituuspainon keskiarvosta. Lihavuuden rajana on yli 40 % ylitys. Suomalaisten lasten uudet kasvukäyrät julkaistiin syksyllä 2010. Kasvukäyrien julkaisun jälkeen Suomen terveyden ja hyvinvoinnin laitos on suositellut myös suomeen käytettäväksi BMI:tä yli 2-vuotiaiden lasten ja nuorten pituuden ja painon seurannassa. Kansainvälisissä tutkimuksissa painoindeksiä käytetään myös lasten lihavuuden mittarina. (Lihavuus laskuun 2012–2015, 16–17.)

Ylipaino, lihavuus ja liikkumattomuus ovat suurimpia terveysongelmien aiheuttajia 2000-luvulla. Pohjoismaisessa vertailussa Suomessa on toiseksi lihavin kansa Islannin jälkeen. Yli puolet aikuisista on ylipainoisia ja joka viides

on lihava. Lihavuudesta on tullut kansanterveydellinen ongelma. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan nuorten lihavuus on kolminkertaistunut vuosien 1970 luvun alun 2010 vuoden lopun välisenä aikana. (Lihavuus laskuun 2012–2015, 16–17; Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt 2012.)

Kehittyneissä maissa lihavuus on suurta ja ylipainoisten määrä on kasvussa myös pieni ja kesituloisissa maissa. Samaan aikaan kun nuorten ylipaino on Suomessa yleistynyt, on lihavuuden aste vaikeutunut ja ihmisten elinympäristö muuttunut. Lasten ja nuorten lihavuus on lisääntynyt huomattavasti kahdeskymmenessä vuodessa. Lihomisen taustalla on energian saannin ja kulutuksen epätasapaino. Liikunnan harrastaminen on liian vähäistä suhteessa runsaasti energiaa sisältäviin elintarvikkeiden käyttöön. (Lihavuus laskuun 2012–2015, 16–17; Luokkanen, Ruotsalainen, Kyngäs & Kääriäinen 2013, 131.)

Väestöryhmien väliset terveyserot näkyvät lasten ja nuorten ylipainon yleisyydessä. Ylipainoisuuden on todettu olevan yleisempää maaseudulla kuin kaupunkiympäristössä asuvilla sekä vähemmän opiskelleiden vanhempien lapsilla kuin korkeakoulutettujen lapsilla. Syömishäiriöiden yleisyyttä lihavuuden taustalla ei yleensä tiedosteta. Häiriintynyt syöminen ja ahminta on ylipainoisilla lapsilla yleinen ongelma. (Lihavuus laskuun 2012–2015, 16–17; Luokkanen ym. 2013, 131.)

Kilpirauhasen vajaatoiminta ja kortisolin liikaeritys tai saanti on harvinaisia syitä lihavuuteen nuorilla. Nuorilla lihavuuteen liittyy lisääntynyt riski kakkostyypin diabetekseen ja tytöillä munasarjojen monirakkulatautiin. Nuoruuden lihavuus ennustaa lihavuutta aikuisiälle. Lihavuuden syihin liittyy elintason parantuminen. Lihavilla lapsilla elämänlaatu on usein heikompi kuin ikätovereilla. Lihavuus on yhteyksissä itsetunnon heikkouteen ja tyytymättömyyteen. Nuori voi joutua kiusatuksi tai leimatuksi ylipainonsa vuoksi. Lisäksi kehon suuri koko voi aiheuttaa masennusta ja ahdistusta. (Ebeling 2010, 32; Luokkanen ym. 2013, 131.)

Nuorten lihavuutta voidaan ehkäistä pysyvillä ja terveellisillä elintavoilla, liikunnan lisäämisellä, istuvan elämäntyylin vähentämisellä ja terveellisten ruokailutottumusten edistämällä. Nuorten ylipainoon ja lihavuuteen vaikuttavat elintavat, kuten fyysinen aktiivisuus ja ruokavalio, jotka tukevat nuoren normaalia kasvua ja kehitystä. Fyysinen aktiivisuus tarkoittaa kehon lihasten tuottamaa liikettä ja sen tehtävänä on kuluttaa energiaa enemmän kuin paikoillaan oleminen. Päivittäinen aktiivisuus on osa fyysistä aktiivisuutta, johon nuorilla kuuluvat koulumatkat, välituntien aikana tapahtuva liikkuminen, ystävien kanssa liikkuminen ja kotityöt. Fyysisen aktiivisuuden suositus nuorilla 7–18-vuotiailla on 1–2 tuntia päivässä monipuolista liikuntaa. Yli kahden tunnin istumisia tulisi välttää. (Lihavuus laskuun 2012–2015, 15; Luokkanen ym. 2013, 132.)

Fyysisen aktiivisuuden tulisi olla teholtaan reipasta ja sen tulisi sisältää hengästyttävää sekä verenkiertoelimistöä että lihaksia kuormittavaa liikkumista, jotta

liikunnalla olisi positiivisia vaikutuksia terveyteen. Nuorten fyysisen aktiivisuuden vähentäviä tekijöitä ovat autolla kulkeminen ja arkiliikunnan vähentyminen. Säännöllinen fyysinen aktiivisuus on välttämätöntä hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnolle, lihasvoimalle, notkeudelle ja motorisille taidoille. Se vahvistaa myös luita ja lihaksia sekä ehkäisee sydän- ja verenkiertoelimistön sairauksia että syöpää. (Luokkanen ym.2013, 132.)

Lihavuus ja liikunta ovat käänteisessä suhteessa toisiinsa. Suuri määrä liikuntaa edistää painonhallintaa. Kohtalaisesti tai paljon kuormittava kestävyysliikunta vähentää kokonaislihavuutta ja vatsalihavuutta ylipainoisilla ja lihavilla nuorilla, jos sitä harrastaa 3—5 kertaa viikossa 30–60 minuuttia kerrallaan. Liikunnalla on positiivisia vaikutuksia mielenterveyteen ja masennuksen ja ahdistuneisuuden oireisiin. Lisäksi se vaikuttaa itsetuntoon ja omakuvaan. (Fogelholm, Vuori & Vasankari 2014, 64, 79.)

Mitä enemmän liikuntaa harrastetaan, sitä suurempi vaikutus sillä on muun muassa sydän ja hengityselimistöön. Lasten ja nuorten terveystilasto on muun muassa aikuisilla, hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnosta, tuki- ja liikuntaelimen kunnosta ja sopivasta painosta. Tuki- ja liikuntaelimen kuntoon kuuluvat liikehallinta, liikkuvuus, lihaskunto ja luuston kunto. (Fogelholm, Vuori & Vasankari 2014, 64, 79.)

Noin joka viides nuori on fyysisesti täysin passiivinen. Terveystilaston kannalta riittävästi nuorista liikkuu hieman alle puolet. Nuorten kestävyys ja käsiliikunnan kunto on heikentynyt viimeisen 10–20 vuoden aikana ja keskinäiset kuntoerot ovat kasvaneet. Lasten ja nuorten keskeisiä merkityksiä liikunnan kannalta ovat parantunut painonhallinta, liikuntataitojen kehittyminen, luuston vahvistuminen, myönteinen liikuntaan liittyvä minäkuva, vuorovaikutustaitojen ja reilun pelin hengen oppiminen, sosiaaliset suhteet ja aikuisiän liikunnan edellytysten paraneminen. (Fogelholm ym. 2014, 76.)

Lasten ja nuorten liikunnan edistämisen tärkeimmät kohderyhmät ovat murrosikäiset, lihavat ja koulussa heikoimmin menestyvät lapset sekä nuoret, joiden fyysinen aktiivisuus on usein vähäistä. Liikuntaa voidaan edistää parantamalla ympäristön mahdollisuuksia liikunnalle ja kannustaa nuoria liikkumaan. Tärkeässä asemassa liikunnan harrastamisen kannustamisessa ovat nuorten omat vanhemmat. (Fogelholm ym. 2014, 76.)

Ällä ja sukupuolella on liikunnan harrastamiseen selvä yhteys. Fyysinen aktiivisuus ja kilpaurheilun harrastaminen vähenevät usein murrosikässä 12–15-vuotiailla. Poikien liikunnan harrastus on useimmiten rasittavampaa kuin tyttöjen. Kaikenlainen fyysinen aktiivisuuden määrä on nuorilla vähäisempää syksyllä ja talvella kuin kesällä ja keväällä. Kuitenkin nuorten harrastamien liikuntalajien monipuolisuus on kasvanut ja yhä useammat lapset ja nuoret harrastavat vähintään kolmea lajia ainakin satunnaisesti. Perinteisten kestävyyslajien suosio näyttäisi olevan vähentynyt kuten kestävyysjuoksun, murtomaahiihdon, suunnistuksen ja lentopallon. Nuorten keskuudessa suosioon ovat nousseet lumilautailu, sähly, kävely ja pyöräily. (Fogelholm ym. 2014, 77–78.)

Monipuolisia terveysvaikutuksia saa harjoittelemalla kolme kertaa viikossa liikuntamuotoja, joissa on vartalon ja raajojen suurten lihasryhmien kehittävää voimaharjoittelua, sydän ja hengityselimistöä kuormittavaa aerobista eli kestävyystyypistä liikuntaa sekä luustoa kuormittavaa liikuntaa. Terveiden kannalta tärkeitä ovat vartalon ja raajojen suuret lihasryhmät. 2–3 kertaa viikossa tehtävä lihaskuntoharjoittelu 8–12 toistolla lihasryhmää kohti lisää lihasvoimaa. (Fogelholm ym. 2014, 64.)

### 4.5 Ravitseminen

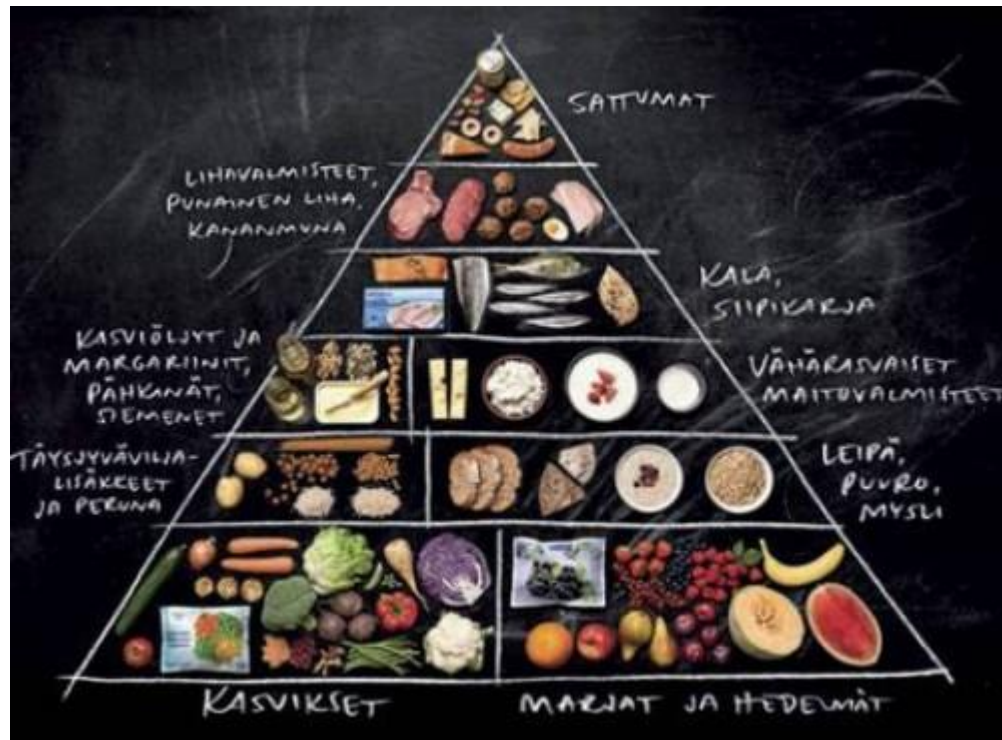
Monipuolinen ja terveellinen ruokavalio on yksilön kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin ja jokapäiväisen jaksamisen perusta. Tämä toteutuu noudattamalla ravitsemussuosituksia, jotka määrittelevät ravintoaineiden päivittäisen tarpeen ja monipuolisen ruokavalion. Opiskelijoiden riittävä ja monipuolinen ravinnonsaanti on tärkeää. Opiskeluikä ruokailutottumuksineen on tärkeä elämäsvaihe koko väestön terveyttä ajatellen, sillä nuorena opitut terveyteen vaikuttavat elintavat jatkuvat myös aikuisiällä. (Kunttu ym. 2011, 190.)

Suomalaiset nuoret saavat suosituksiin verrattuna liikaa kovaa rasvaa, sokeria, suolaa ja liian vähän kuituja. Nuoret syövät usein myös liian vähän kasviksia, hedelmiä ja kalaa. Lisäksi rasvaisista ja sokerisista välipaloista saadaan ylimääräistä energiaa ja ongelma onkin virvoitusjuomien lisääntynyt käyttö. Perheissä on selvästi lisääntynyt myös ravintoloissa ja pikaruokapaikoissa käyminen, mikä voi johtaa ylipainoon. Elintarvikkeiden pakkauskoot ja annoskoot ovat suurentuneet, mikä voi houkuttaa syömään yli energian tarpeen. (Luokkanen ym. 2013, 132.)

Ravitsemustottumukset perheessä vaikuttavat nuorten ruokavalioon. Lisäksi nuorten ruokailuun vaikuttavia tekijöitä ovat perheen aikataulu, koulun työajat ja harrastukset. Perheen yhteisillä ruokailuilla on merkitystä nuoren säännölliseen ateriarytmiin. Sopiva ateriarytmi useimmille nuorille on aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala. Säännöllisistä ateria-ajoista on tärkeää pitää kiinni. Säännöllinen ruokailu ja hidas syöminen auttavat nuorta tunnistamaan omaa kylläisyyttä ja kohtuullistamaan syötyä ruokamäärää. (Hoitotiede 2013, 132; Nykänen, Kalavainen, Ihanainen & Nuutinen 2009, 21.)

Ruuan laatua arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota kuidun, rasvan ja sokerin lähteisiin. Painonhallintaan sopivassa ruokavaliossa, tulee olla riittävästi kuituja, täysjyväviljaa, hedelmiä, marjoja sekä kasviksia. Kuitupitoiset ruoka-aineet tuovat kylläisyyttä, parantavat ruokavalion ravintoainetiheyttä ja pitävät nälkää hyvin loitolla ruokailujen välillä. Sopivat ruoka-aineet sisältävät kohtuullisesti rasvaa ja sokeria, joten ruokavalion energiatiheys on matala. Rasvan vähentäminen ruokavalioista vähentää tehokkaasti ruokavalion energiamääriä. Sydänystävällisen pehmeän rasvan määrästä on kuitenkin tärkeä huolehtia. (Nykänen ym. 2009, 21.)

Suomalaisten ravitsemussuosituksen keskeinen tavoite on parantaa väestön terveyttä ravitsemuksen avulla. Suositukset ovat tarkoitettu koko väestölle, terveille ja kohtuullisesti liikkuville ihmisille. Ravitsemussuositukset sopivat painonhallintaan laihtumisen jälkeen, sillä laihtuminen edellyttää energian saannin rajoittamista. Ravitsemussuosituksia on määritelty sekä ruuasta että ravintoaineista. Ruokasuositukset koskevat ruoka-aineryhmiä, kuten liha ja maitovalmisteita sekä täysjyväviljavalmisteita. Ruoka-aineryhmien perusteella on laadittu ruokakolmio ja lautasmalli, jotka havainnollistavat ruoka-aineryhmien osuutta terveyttä edistävässä ruokavaliossa. (Fogelholm, Hakala, Kara, Kiuru, Marniemi, Misikangas, Roos, Sarlio-Lähteenkorva, Kurppa, Kuusipalo, Laitinen, Schwab & Virtanen 2014, 8–9.)



Kuvio 3. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Ruokakolmion (Kuvio 3.) alaosa muodostaa ravitsemuksen perustan, kun taas yläosassa on ravintoaineita, jotka eivät kuulu päivittäin nautittaviin ruokiin. Ravitsemussuosituksissa suositellaan syömään kasviksia, marjoja ja hedelmiä 500 grammaa joka päivä, sillä ne sisältävät runsaasti vitamiineja, kivennäisaineita ja kuituja. Täysjyväviljaa sisältäviä elintarvikkeita kuten leipää, puuroa ja myslä tulisi syödä päivittäin riittävän kuidun saannin takaamiseksi. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Rasvattomia ja vähärasvaisia maitotuotteita pitäisi myös käyttää päivittäin. Maitoa suositellaan juomaan noin puoli litraa päivässä. Maitovalmisteista saa proteiinia, kalsiumia, jodia ja vitamiineja kuten D-vitamiinia. Kalsiumin saantia voi täydentää vähärasvaisilla juustoilla, rahkoilla sekä jogurteilla. Kalaa tulisi syödä 2–3 kertaa viikossa, koska siitä saa monityydyttyneitä rasvahappoja ja D-vitamiinia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Punaista lihaa saisi syödä korkeintaan 500 grammaa viikossa. Punaiseksi lihaksi luetaan muun muassa lampaan-, sian- ja naudanliha. Leivän päällä olisi hyvä käyttää kasviöljypohjaista margariinia tai levitettä. Ruokavalion tulisi sisältää vain vähän suolaa ja sokeria. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

#### 4.6 Uni ja lepo

Unentarve on yksilöllistä ja vaihtelee eri elämäntilanteissa. Nuori tarvitsee unta keskimäärin 8–10 tuntia yössä. Unen tarvetta voi lisätä esimerkiksi rasittava opiskeluvaihe ja fyysinen harjoittelu. Nuorten nukkumistottumuksiin vaikuttavia tekijöitä ovat koulu, koti, ystäväpiiri, harrastukset, ruutu-aika ja kulttuuriset sekä ympäristöön vaikuttavat tekijät. Liiallinen liikunta saattaa aiheuttaa unirytmien häiriintymistä. Nuorten ympäristön vaikutukset unirytmien, näkyvät nuorten unirytmien epäsäännöllisyytenä, verrattuna arkipäiviin ja viikonloppuun. Säännöllisellä unirytmillä on vaikutusta nukkumiseen, koska se helpottaa nukahtamista ja auttaa sisäisen kellon rytmityksessä. (Urrila & Pesonen 40/2012 vsk 67; Hannula, Mikkola & Tikka 2013, 6, 13, 17.)

Unella on tärkeä tehtävä muistin ja oppimisen kannalta. Levänneinä aivot pysyvät toimimaan paremmin ja tarkkaavaisuus, keskittyminen, looginen ajattelu ja ongelmien ratkaisukyky paranevat. Opiskelun jälkeen nukutun yönä on todettu auttavan oivaltamaan uutta opitusta asiasta. Riittävä uni tukee psyykkistä palautumista, sekä tunnepohjaista hyvinvointia. Lisäksi se auttaa selviytymään stressistä ja arjen haasteista. (Hannula ym. 2013, 5.)

Uni vaikuttaa merkittävästi myös fyysiseen terveytemme. Noin puolet unen määrästä on kevyttä unta, jonka aikana lihakset rentoutuvat ja verenkierto sekä aineenvaihdunta tasaantuvat. Kevyen unen aikana toimintakykyä elvyttävät toiminnot aloittavat työnsä. (Hannula ym. 2013, 5, 11.)

Opitut tiedot ja taidot tallentuvat syvän unen aikana työmuistista pitkäkestoiseen muistiin. Lisäksi syvässä unessa aivojen energiavarastot uusiutuvat, hormoni- ja aineenvaihdunnan tasapaino korjaantuu sekä vastustuskyky paranee. Syvä uni onkin elpymisen kannalta tärkein univaihe ja se nukutaan ensimmäisen neljän – viiden tunnin aikana. Tuona aikana rentoutuminen on täydellistä, hengitys on syvää ja syke on matalalla. Lisäksi syvä uni edistää solujen uusiutumista ja erittää kasvuhormonia. Kevyttä ja syvää unta kutsutaan perusuneksi. (Hannula ym. 2013, 5, 11.)

Kuntoliikuntaa tulisi harrastaa mielellään iltapäivällä ennen ilta-ateriaa, jolloin vaikutus unelle on edullinen. Myöhäisempään ajankohtaan sopivat kävely ja venyttely. Raskasta liikuntaa tulisi välttää myöhään illalla, ettei elimistö käy nukkumaan mennessä ylikierroksilla. (Hannula ym. 2013, 17.)

Nuoruusiän fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset muutokset heijastuvat uneen sekä nukkumistottumuksiin. Uniongelmat saattavat lisääntyä nuoruudessa ja se voi



olla ensimmäisenä merkinä nuoruusiän hankaloituneesta kehityksestä. Keskeisempiä muutoksia nuorten unessa on unen kokonaismäärän väheneminen, unen keveneminen, päiväsaikaisen väsymyksen lisääntyminen sekä vuorokausirytmien siirtyminen myöhäisemmäksi. (Urrila & Pesonen 40/2012 vsk 67.)

Nuoruusiällä vuorokausirytmisiiritys siirtyy noin 1–3 tuntia myöhäisemmäksi. Tutkimusten mukaan nuorten unen aikaisessa aivosähkökäyrässä eli uni-EEG:ssä on havaittu nuoren syvän unen määrän vähenevän nuoruusiällä. Myös vilkeunen eli REM- unen määrän on todettu vähenevän. (Urrila & Pesonen 40/2012 vsk 67.)

Vuorokauden yhtäjaksoinen valvominen vastaa suorituskyvyltään yhden promillen humalatilaa. Yhden yön vaje ei kuitenkaan vielä ole haitaksi. Univajeesta voi puhua silloin kun ihminen nukkuu yli viikon ajan yössä yli kaksi tuntia vähemmän kuin normaalisti. Univaje korjaantuu yleensä muutamalla ylimääräisellä nukumalla tunnilla. Jos unenpuute on jatkunut useita vuorokausia, päiväunien tarve saattaa lisääntyä. Päiväunien kesto olisi hyvä pitää 20–30 minuutissa. Virkistävin vaikutus päiväunilla on lounaan jälkeen iltapäivällä. Jos unettomuus on viikkoja jatkuvaa, voidaan puhua unihäiriöstä. Liiallinen nukkuminen on myös yksi unihäiriön muoto. Liiallisella nukkumisella tarkoitetaan yli 15 tunnin yöunia joka yö. Tämä ei virkistä vaan lisää väsymyksen tunnetta. (Hannula ym. 2013, 7, 18.)

Monet tutkimukset ovat yhdistäneet sähköisen median käytön ja nuorten uni-ongelmat. Sähköinen media voi vaikuttaa uneen siirtämällä nukkumaanmenoaikaa myöhemmäksi ja aiheuttamalla aktivoitumista. Kirkkaiden valojen on todettu myös vähentävän melatoniini-hormonin erittymistä. Television katselu, pelaaminen ja internetin käyttö voidaan yhdistää lyhyempään unen kestoon, myöhäisempään nukkumaanmenonaikaan, pidempään unilatenssiin sekä lisääntyneisiin yöheräilyihin. Stressi voi myös aiheuttaa nuoren uniongelmia tai pahentaa ja ylläpitää niitä. (Urrila & Pesonen 40/2012 vsk 67.)

Riittämätön uni on yhteydessä päiväsaikaiseen väsymykseen. Päiväsaikaisella väsymyksellä tiedetään olevan yhteys masennukseen ja heikentyneeseen kognitiiviseen prosessointikykyyn. Päiväsaikaisen väsymyksen kokeminen on subjektiivista ja sen suhdetta todelliseen univajeeseen on hankala arvioida. Keskeisesti unen muutokset voidaan katsoa kuuluvaksi nuorten normaaliin kehitykseen, mutta monet nuoret kärsivät liian vähäisestä unesta etenkin arkipäivinä. (Urrila & Pesonen 40/2012 vsk 67.)

Nuorten unen laatuun keskeisesti vaikuttavin tekijä on stressi. Stressi aiheuttaa unettomuutta, mikä on luonnollista. On olemassa alikuormitusstressiä, jolloin ihminen kokee, että hänellä ei ole riittävästi haasteita. Opiskelijan elämässä tavallista on kuitenkin ylikuormittava stressitilanne. Tällainen on esimerkiksi tehtävien ja tenttien ruuhkautuminen, jolloin on pakko nipistää aikaa yönilta. Stressin lisäksi muita tavallisia unta häiritseviä asioita ovat ajan puute ja työn määrä. (Hannula ym. 2013, 14; Urrila & Pesonen 40/2012 vsk 67.)

Helppoimmat keinot parantaa unta ja vähentää stressiä ovat liikunta ja rentoutuminen. Liikunta pidentää unen pituutta ja syvän unen vaihetta. Hikoilua aiheuttava kuntoliikunta vähentää stressiä. Stressin vähentyessä jännittyneisyys, ahdistuneisuus ja masentuneisuus lievittyvät. Erityisen stressaantuneille suositellaan kuitenkin rauhallisia treenejä ja kevyttä liikuntaa. (Hannula ym. 2013, 17.)

Rentoutuminen on sekä fyysinen että psyykinen tapahtuma. Sen aikana mieli, sekä elimistön eri toiminnot rauhoittuvat ja tasapainottuvat. Rentoutuneena ihminen on luovempi, oppii nopeammin sekä pystyy ajattelemaan selkeämmin. Rentoutuminen myös helpottaa nukahtamista, uni on syvempää ja rauhallisempaa ja ihminen herää yleensä virkistyneenä ja elinvoimaisena. (Hannula ym. 2013, 18–19.)

### 4.7 Ruutu-aika

Ruutuajalla tarkoitetaan television, tietokoneen ja älypuhelimien käyttöä, sekä videopelien pelaamista. Ruutuajan on todettu olevan yhteydessä ylipainoon ja elintapoihin sekä liikuntaan että itsestään huolehtimiseen. Ruutu-aikaa suositellaan nuorille vain korkeintaan kaksi tuntia päivässä. Yli kahden tunnin television katselulla on yhteys nuorten ylipainoon, vähäiseen liikuntaan ja ruokavaliioon, jossa on vähän kasviksia ja hedelmiä. (Luokkanen ym. 2013, 132.)

Tietokoneella pelataan aiempaa enemmän, mutta samalla sillä tehdään muun muassa saman tyypisiä asioita kuin aiemmin television ääressä. Tietokoneen käytön lisääntyminen vie aikaa etenkin televisiolta. Nuorten vapaa-aikatutkimuksesta 2013 selviää, että nuorten yhteydenpito internetin välityksellä on jo yleisempää kuin puhelimen välityksellä. Tutkimuksen perusjoukkona ovat 7–29-vuotiaat Suomessa asuvat lapset ja nuoret. Tutkimukseen haastateltiin yhteensä 1205 nuorta. Näistä nuorista 56 % on yhteydessä kavereihin netin välityksellä kun taas puhelinyhteyttä suosii 51 % nuorista. Sekä tytöillä että pojilla nettiaktiivisuuden huippukohta sijoittuu 15–19 vuoden välille, missä iässä useampi kuin kolme neljästä on kavereihinsa päivittäin nettiyhteydessä. (Myllyniemi & Berg 2013, 24; Nuorten ajankäyttö 2012.)

Ruutuajan osuus nuorten arkipäivästä on kasvanut merkittävästi kuluneen kymmenen vuoden aikana. Vuonna 2011 julkaistussa väestöliiton tutkimuksessa todetaan, että tietokoneella vietetty aika on kolminkertaistunut ammattikouluikäisillä pojilla. Tyttöjen tietokoneella vietetty aika jää poikia vähäisemmäksi vaikka muutos on ollut suhteellisesti suurempi kuin pojilla. Tutkimukseen osallistui 3795 henkilöä. Ruutu-aika voi olla pois nuoren kotitehtävien tekemiseen, nukkumiseen ja lukemiseen käytetystä ajasta. Tämä selittää ruutuajan yhteyden heikkoon koulumenestykseen. Nuorten vapaa-aika tutkimuksesta vuodelta 2013 selviää, että 18 prosenttia 15–19-vuotiaista pojista on yli kolme tuntia tietokoneen ääressä vuorokaudessa. (Miettinen & Rotkirch 2011, 130; Nuorten ajankäyttö 2012; Syväoja, Kantomaa, Ahonen, Hakonen, Kankaanpää & Tamminen 2013a; Syväoja, Kantomaa, Ahonen, Hakonen, Kankaanpää & Tamminen 2013 b; Myllyniemi & Berg 2013, 53.)

Erittäin runsas ruutuaika viikonloppuisin ja koulupäivien jälkeen lisää nuorten liikkumattomuutta selvästi. Asuinpaikalla on todettu olevan vahva yhteys tietokoneen käyttöön. Isojen kaupunkien keskustoissa nuoret käyttävät tietokonetta selvästi enemmän kuin pienemmissä paikkakunnissa ja kaikkein vähäisintä käyttö on maaseutu ympäristössä. (Miettinen & Rotkirch 2011, 130; Nuorten ajankäyttö 2012; Syväoja ym. 2013a; Syväoja ym. 2013b.)

### 4.8 Opiskeluterveydenhuolto

Nuorelle opiskelu on työtä, joka edellyttää yksilön voimavaroja, riittävää terveyttä, kyvykkyyttä sekä motivaatiota opiskella. Opiskelu ympäristöltä edellytetään puolestaan hyvää opetusta, fyysisesti turvallisia olosuhteita sekä kulttuurisesti oppimista tukevaa ilmapiiriä. Opiskelijat elävät kahden merkittävän muutosvaiheen rinnalla. Nuoret ja nuoret aikuiset käyvät läpi aikuistumis- ja itsenäistymisprosessia ja samalla suorittavat opintoja päästäkseen myöhemmin työelämään. Oppiminen edellyttää kognitiivisia valmiuksia, luovaa ajattelua sekä tiedonkäsittelyä. Nämä ovat kuitenkin hyvin herkkiä häiriintymään muun muassa univajeen, masentuneisuuden, huonojen opiskeluolosuhteiden tai ristiiriitojen seurauksena. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervastanto-Mäentausta 2015, 308–309.)

Kansanterveislain mukaan opiskeluterveydenhuollon tehtävä on edistää opiskelu ympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, opiskelijoiden terveyttä ja opiskelukykyä sekä omalta osaltaan varmistaa koko opiskeluyhteisön hyvinvointia. Sen tarkoituksena on myös järjestää opiskelijoille terveyden- ja sairaanhoitopalvelut. Opiskeluterveydenhuolto on kokonaisvaltaista opiskelijoiden opiskelun huomioon ottavaa toimintaa ja se kohdistuu sekä yksilöön että yhteisöön. (Kunttu, Komulainen, Makkonen & Pynnönen 2011, 78.)

Opiskeluterveydenhuolto koostuu perusterveydenhuoltoon kuuluvista terveyden- ja sairaanhoidon palveluista, jotka kattavat yleisterveyden, suun terveyden sekä mielenterveyden. Nämä taas sisältävät päihdeongelmien toteamisen ja hoidon sekä seksuaaliterveyttä edistävät palvelut. Kaikessa toiminnassa varhainen puuttuminen on erityisen tärkeää, esimerkiksi terveystarkastuksissa ja opiskelijahuoltoryhmän kautta. (Kunttu ym. 2011, 79–80.)

Opiskelijajärjestöt sekä oppilaitosten vastuulla oleva opiskelijahuolto ja muu hyvinvointityö pyrkivät samoihin tavoitteisiin kun terveydenhuollon terveyden edistämistoiminta. Kukin toimija kantaa vastuun omasta osaamisalueestaan ja näin ollen tuo yhteiseen käyttöön oman asiantuntemuksensa. Näitä toimijoita koordinoi yhteistyöryhmä. Tämä ryhmä koostuu terveydenhuollon oppilaitosten ja opiskelijajärjestöjen edustajista. Nykyiset toisen asteen koulutuksen lakisääteiset yhteistyöryhmät keskittyvät usein yksittäisen opiskelijan asioihin ja tällöin ryhmä on suppeampi. (Kunttu ym. 2011, 78.)

Opiskelijan elämänhallintataitoja tulisi lisätä monipuolisesti fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden alueella. Näitä taitoja ovat muun muassa sosiaa-

liset taidot, terveysosaaminen sekä opiskelutaidot. Valistus, terveystarkastukset, terveysneuvonta sekä ohjaus yksilöllisesti että ryhmissä, tukevat opiskelijan itsetuntemusta ja tätä kautta opiskelijan terveystietoa. Opiskelijaterveydenhuolto sekä oppilaitosten tukipalvelut tarjoavat myös psyykkistä ja sosiaalista tukea niitä tarvitseville opiskelijoille elämänvaiheen erityistilanteissa. (Kunttu ym. 2011, 79.)

Opintojen ohjaukseen ja opiskelutaitoihin tulee myös kiinnittää yhä enemmän huomioita. Opiskelukykyä voidaan edistää suuntaamalla toimintaa yksilöiden lisäksi myös opiskeluympäristöön. Tämä vaikuttaa muun muassa opiskelijan arvoihin ja asenteisiin, opiskelumotivaatioon sekä tyytyväisyyteen. (Kunttu ym. 2011, 79.)

Opiskelijoilla on melko vähän vakavia toimintakykyyn vaikuttavia sairauksia. Opiskelijat kuitenkin oireilevat runsaasti ja oireilun selvittelyn lomassa on mahdollisuus puuttua esimerkiksi terveellisiin elämäntapoihin, lisätä opiskelijan itsetuntemusta ja tukea hänen aikuistumisen kehitystään. Opiskelijaterveydenhuollon vastuulla on myös huolehtia mielenterveyshäiriöiden varhaisesta tunnistamisesta ja hoitamisesta sekä siitä, että opiskelijoiden tarpeita vastaava palveluverkosto toimii. (Kunttu ym. 2011, 80.)

Mitä pidemmälle opiskelut etenevät, sitä itsenäisemmäksi ja tavoitteellisemmäksi opiskelu muuttuu. Opiskelijalta vaaditaan omakohtaista vastuuta valinnoistaan, opintojen suunnittelusta sekä ajankäytöstä. Opiskelija tarvitsee hyviä kognitiivisia valmiuksia, luovaa ajattelua ja tiedonkäsittelyä. Nämä ovat herkkiä häiriintymään ristiriitojen, sairauksien tai huonojen opiskeluolojen vuoksi. Opiskeluterveydenhuollon henkilöstön tulee olla perehtynyt erityisesti opiskelevien nuorten kehitysvaiheeseen, terveysongelmiin ja opiskelukykyyn vaikuttaviin tekijöihin. (Kunttu ym. 2011, 80.)

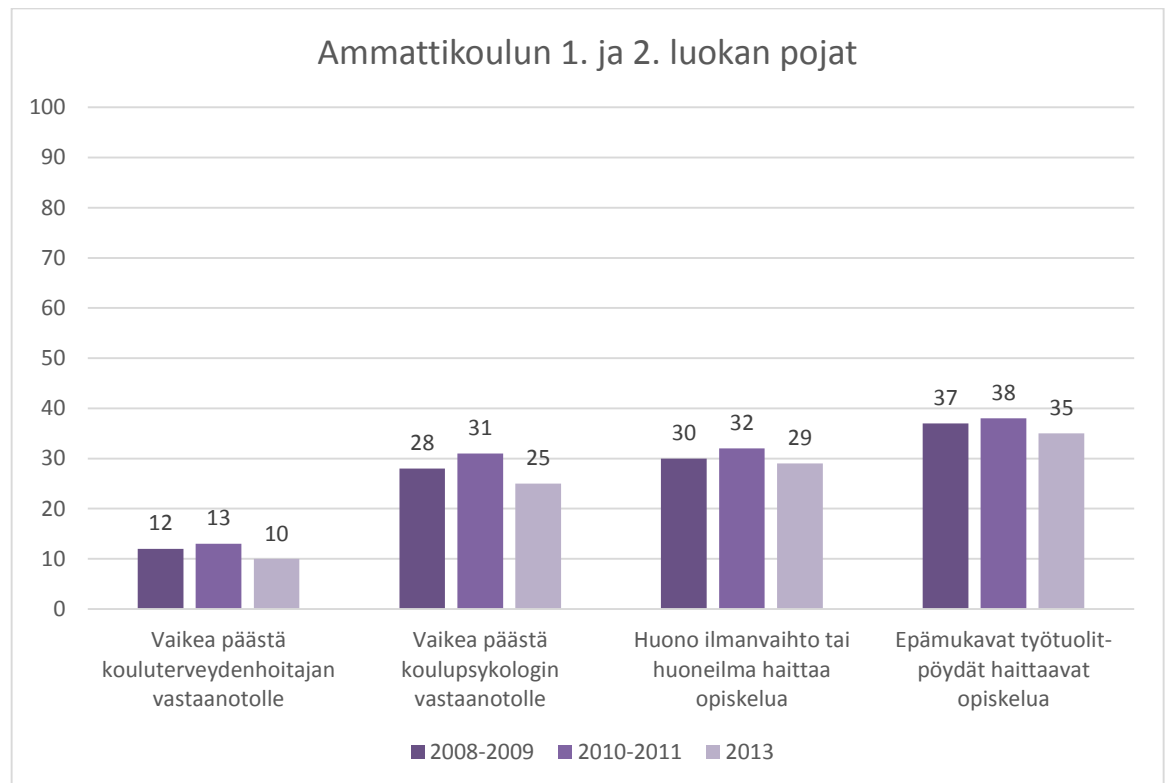
Opiskeluterveydenhuollossa on keskeisintä edistää sairauksien hoidon ja yleisen terveyden lisäksi, fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista terveyttä tukevia opiskeluoloja sekä puuttua opiskelukykyä heikentäviin tekijöihin. Opiskeluterveydenhuolto on opiskelijoiden työterveyshuoltoa ja sen tulee olla laaja-alaista, opiskeluvuoden kaikki osa-alueet huomioivaa moniammatillista toimintaa. (Kunttu ym. 2011, 80.)

Terveydenhoitajan työ opiskelijaterveydenhuollossa koostuu yhteisöön kohdistuvasta ehkäisevästä työstä, yksilötason opiskelijaterveydenhuollosta ja vastaanotto toiminnasta. Yksilötason opiskelijaterveydenhuollon työmuotona ovat ensimmäisen vuoden opiskelijoiden terveystarkastukset ja tarkastukseen liittyvät terveystarkastukset. Muita terveystarkastuksia ovat tartuntatautilakiin ja ammatinvalintaan perustuvat tarkastukset ja seurannat. Terveydenhoitajan vastaanotto toiminta sisältää sairauksien ennaltaehkäisyä, sairausvastaanottoa, ensiapua, terveysneuvontaa, omahoidon ohjausta, sairauksien seuranta, psykososiaalista tukea, rokotuksia, ehkäisyneuvontaa ja raskauden keskeytykseen sekä alkuraskauden liittyvää ohjausta. (Haarala ym. 2015, 311.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan eri oppilaitoksissa opiskelijat ovat eriarvoisessa asemassa terveystalvelujen suhteen. Ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat ovat herkemmin syrjäytymisvaarassa kuin lukiossa opiskelevat. Tällöin ammattikoulussa opiskelevat tarvitsisivat enemmän palveluiden tehostamista. Vastaavasti ammattikorkeakoulujen opiskelijat ovat huonommassa asemassa palveluiden saatavuuden suhteen verrattuna yliopisto-opiskelijoihin, joiden palvelut tuottavat Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö. Ammattikorkeakoulujen palvelut tuottaa yleensä kaupunki. (Haarala ym.2015, 309.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos teetti kouluterveyskyselyn vuonna 2013. Kysely kattoi koko maan ja ammatillisista oppilaitoksista siihen vastasi 34776 opiskelijaa. Kyselystä jaoteltiin ammattikoulun miesopiskelijoiden hyvinvointi johon vastanneiden miesten otoskokoa ei kuitenkaan tutkimuksessa ole kerrottu. (Vastaajien lukumäärä 2015.)

Tämän tutkimuksen mukaan, ammattikoulun pojista 10 % kokee, että kouluterveydenhoitajalle on vaikea päästä (Kuvio 4.). Vielä suurempi osa pojista on sitä mieltä, että koulupsykologin vastaanotolle on vaikea päästä. Tuloksista selviää myös, että opiskelijat kokevat opiskelua haittaaviksi tekijöiksi huonon ilmanvaihdon tai huoneilman sekä epämukavat työtuolit ja pöydät. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitosa 2008/2009–2013c.)



Kuvio 4. Ammattikoulun 1. ja 2. luokan pojat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008/2009–2013c.)

## 5 TERVEYDENHOITAJA RYHMÄNOHJAAJANA

Ryhmä muodostuu kahdesta tai useammasta henkilöstä, jotka ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Ryhmällä on useimmiten yhteinen tavoite ja tehtävä, jota he pyrkivät saavuttamaan. Pienryhmään kuuluu enintään kymmenen henkilöä ja tällöin he kaikki voivat olla vuorovaikutuksessa keskenään. (Kataja, Jaakkola & Liukkonen. 2011, 15.)

Suuryhmässä on yli kymmenen henkilöä, joten vuorovaikutus kaikkien ryhmäläisten välillä ei ole enää yhtä hyvin mahdollista. Suuryhmissä on usein enemmän ristiriitoja, koska kaikki ryhmäläiset eivät ole vuorovaikutuksessa keskenään. Ristiriidat syntyvät useimmiten yksimielisyyden puutteesta, kilpailusta, liittoumista ja lyhytjännittyneisyydestä. Suuryhmissä yksilöt eivät sitoudu toimintaan yhtä hyvin kuin pienemmissä ryhmissä. Ryhmän jäsenyyteen liittyy tietoisuus kuulua ryhmään sekä se miten oma toiminta liittyy yhteisen tavoitteen saavuttamiseen. (Kataja ym. 2011, 15.)

Ryhmässä toimiminen on haastavaa, koska se vaatii vuorovaikutusta toisten ryhmäläisten välillä. Ryhmässä toimivat voivat olla taustaltaan ja persoonallisuudeltaan hyvin erilaisia, mutta yhdessä ryhmäläiset voivat saavuttaa korkeita tavoitteita. Vaikka ryhmä ei aluksi toimisi tehokkaasti, voidaan ryhmän toimintaa kehittää ja näin saada ryhmä toimimaan. Ryhmä ja sen ohjaus on ohjaajan työlle haasteellisimpia ja mielenkiintoisempia ilmiöitä. (Kataja ym. 2011, 15.)

Ryhmiä muodostuu useasti sen perusteella kuinka kiinteästi ja suunnitelmallisesti ne kokoontuvat. Tällöin on kyse satunnaisista ryhmistä ja tavoitteellisista ryhmistä tai verkoista. Toiminnalliset harjoitukset soveltuvat parhaiten ryhmille, joilla on selkeä päämäärä ja säännölliset kokoontumisajat. (Kataja ym. 2011, 15–16.)

Jokaisella ryhmänohjaajalla on omat tapansa ohjata ryhmää ja siihen vaikuttaa ohjaajan oma persoonallisuus. Ohjaajalle ei ole samaa kaavaa kuinka toimia eri tilanteissa ja rooli rakentuukin pitkän kehityksen tuloksena. Ryhmän ohjaamisessa tarvitaan kolmea perusröoliä, joita ovat: ryhmän johtaja, ymmärtävä kuuntelija ja vaikuttaja, joka ohjaa tavoitteisiin. Ohjaajan roolit voidaan jakaa myös tehtäväkeskeiseen ja prosessikeskeiseen malliin. Tehtäväkeskeisessä mallissa ohjaaja toimii teknisen asiantuntijan tavoin, jolloin hän määrittelee ongelman ja ratkaisee sen itse. Ryhmään ohjaaja suhtautuu tällöin määräävästi ja objektiivisesti. Prosessikeskeisessä mallissa ohjaajan tehtävänä on lähinnä auttaa ratkaisuun pääsemisessä. (Kataja ym. 2011, 27.)

Ohjaajan rooli korostuu etenkin toiminnallisissa harjoituksissa. Osassa tilanteissa on tarve välittömälle puuttumiselle ryhmän toimintaan ja toisinaan on hyvä vetäytyä taustalle. On myös tilanteita, jolloin ohjaaja voi itse osallistua prosessiin ja olla yksi ryhmän jäsenistä. Silloin hän voi vaikuttaa lopputulokseen. Tuntemattoman ryhmän kanssa ohjaajan on hyvä edetä varoen ja ilmapiiiriä tunnustellen. Ohjaajan tehtävänä on luoda turvallista ja kannustavaa ilmapiiiriä. Liiallinen innostaminen tai liian voimakas ohjaava ote voi häiritä ja

estää ryhmän kehittymistä. Tuttu ryhmä voi tarvita kuitenkin melko suoraa ja tiukkaa käskytyä. (Kataja ym. 2011, 27.)

Ryhmässä voi esiintyä myös vastarintaa ja hidastusta. Vastarinta voi ilmetä harjoitusten väheksymisenä, harjoituksista vetäytymisenä, vitsailuina, sairaaksi tekeytymisenä tai kieltäytymisenä. Voimakkaaseen vastarintaan, tulisi puuttua mahdollisimman pian. Tällöin on hyvä kysyä ryhmäläisiltä mielipide missä mennään ja selvittää hyvä toimintapa, jolla ryhmässä päästään suunnattuun tavoitteeseen. (Kataja ym. 2011, 27.)

Terveydenhoitajan työhön voi kuulua yhtenä osa-alueena kurssien ja ryhmien järjestäminen. Tällaisia ryhmiä voivat olla esimerkiksi tupakasta vieroittumisryhmä, painonhallintaryhmä tai stressinhallintaryhmä. (Haarala ym. 2015, 311.)

Terveydenhuollon ohjaustilanteissa hoitajan rooli on useimmiten ulkoapäin annettu ja perustuu hoitajan omaan asiantuntemukseen ja asian hallintaan. Terveydenhoitajalla tulee olla tarvittavia ryhmänohjaustaitoja, jotta ryhmässä työskentely onnistuu. Hänellä on ohjaajana vastuu ryhmän turvallisuudesta sekä toimivuudesta. Terveydenhoitajalla tulee olla tietoa ja osaamista ryhmädynamiikasta, ryhmänohjauksesta ja ryhmäilmiöistä sekä kykyä havaita ryhmän tarpeita ja kehitysvaiheita. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 108.)

Terveydenhoitaja on ryhmässä suunnan näyttäjä, huolehtii vuorovaikutuksesta, organisoii työnjaot, huolehtii resursseista, välittää tietoa ja antaa palautetta. Hänellä tulisi olla maalaisjärkeä ohjattaessaan ryhmiä, sillä ohjattavat saattavat olla kulttuuritaustoiltaan hyvinkin erilaisia ihmisiä. (Kyngäs ym. 2007, 108.)

Terveydenhoitajan tehtävänä on ohjattaessaan ryhmää huolehdittava, että ryhmäläiset ovat selvillä ryhmän tavoitteista ja tehtävistä sekä ryhmä työskentelee tavoitteellisesti. Useimmiten ryhmän toiminnan haasteet liittyvät ryhmän tavoitteeseen. Tällöin kaikille ryhmäläisille ei välttämättä ole ryhmän tavoite selvä tai kaikki ryhmäläiset eivät ole sitoutuneet ryhmän toimintaan tavoitteen saavuttamiseksi. Tavoitteiden saavuttaminen vaatii ryhmäläisiltä yhteistoimintaa, jonka vuoksi ryhmään kuuluvat yksilöt ovat riippuvaisia toisistaan. Riippuvuus näkyy etenkin yksilöiden välisessä vuorovaikutuksessa. Ryhmän jäsenten välinen vuorovaikutus vaikuttaa hyvin paljon ryhmän toimintaan. (Kataja ym. 2011, 15; Kyngäs ym. 2007, 108.)

Ryhmän ohjaajan tehtävänä on auttaa ryhmäläisiä ymmärtämään toinen toisiansa, mahdollistaa myönteistä ilmapiiriä ja varmistaa, että ryhmäläiset kokevat tulevaisuutensa kuulluksi. Terveydenhoitajan ohjattaessa ryhmää, tulisi hänen olla oma itsensä, otettava riskejä ja suostuttava epävarmuuteen sekä muutokseen, sillä hoitaja toimii ryhmässä tärkeänä kommunikaatioesikuvana. (Kyngäs ym. 2007, 109.)

## 6 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut lisätä nuorten kiinnostusta oman terveyden edistämiseen. Teimme neljä toiminnallista tapaamiskertaa yhdelle Hämeen ammatti-instituutin luokalle. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa tietoa nuorille ravitsemuksen, liikunnan, alkoholin, tupakan, nuuskan, ruutuajan ja unen merkityksestä hyvinvointiin sekä kehittää terveydenhoitajaopiskelijoiden ryhmän-ohjaustaitoja.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksissä pohdimme, miten nuorten terveyttä voi edistää ryhmätapaamisten avulla ja millainen on yhden ammattikoulun luokan terveydentila.

## 7 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle ammattikorkeakouluissa. Toiminnallinen opinnäytetyö tavoittelee käytännön toiminnan ohjeistamista, opastamista, toiminnan järjestämistä ja järjeistämistä. Työ voi olla alasta riippuen ammatilliseen käytäntöön suuntautuva ohje, ohjeistus tai opas, esimerkiksi perehdyttämisopas. Toiminnallinen opinnäytetyö voi olla myös jonkin tapahtuman toteuttaminen esimerkiksi kokouksen järjestäminen. Toteutustapana voivat olla myös kirja, kansio, vihko, portfolio, kotisivut tai näyttely. Ammattikorkeakoulun toiminnallisissa opinnäytetyöissä yhdistyvät käytännön toteutus sekä raportointi. (Vilka & Airaksinen 2003, 9.)

Ammattikorkeakoulun koulutuksen tavoitteena on, että opiskelija toimii valmistuttuaan alansa asiantuntijatehtävissä. Opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja alan tietojen ja taitojen hallintaa osoittava. (Vilka ym. 2003, 10.)

Tarkoituksenamme oli suunnitella ja toteuttaa neljä toiminnallista kertaa Hämeen ammatti-instituutin yhden luokan opiskelijoille. Opiskelijoita oli luokalla kahdeksan ja he olivat iältään 16–22 vuotiaita. Tapaamisten tarkoituksena oli antaa tietoa nuorelle omasta terveydentilasta sekä antaa vinkkejä oman terveyden edistämiseen, kannustaa liikkumaan ja pysymään terveempänä sekä suuntaamaan kohti terveellisempiä elintapoja. Toiminnalliset tapaamiset suunnitelimme tekemällä yhteistyötä opiskelijoiden opettajan kanssa.

Ajatuksen toiminnalliseen opinnäytetyöhön saimme omalta opettajaltamme ja hänellä oli tiedossa yhteistyökumppani toiminnallisen opinnäytetyön toteuttamista varten. Olimme yhteydessä yhteistyökumppaniin eli Hämeen ammatti-instituutin opettajaan, jolloin sovimme opinnäytetyön toteutuksesta ja sen aikatauluista. Opettajalta saimme hyviä ideoita siihen, minkälaiselle toiminnalle ja ohjaukselle olisi tarvetta ja millaisia asioita olisi tämän ryhmän opiskelijoille hyvä painottaa. Toiminnallisuudessa painotimme erityisesti liikunnan merkitystä hyvinvointiin.



## 8 TAPAAMISET

Jokaisesta neljästä toiminnallisesta tapaamiskerrasta on laadittu erikseen kirjallinen tuotos, johon kuuluu osiot tapaamisen toteutus ja käsitteiden avaus ja tulokset. Tapaamisen toteutus osiossa kerrotaan, mitä kullakin kerralla on tehty. Käsitteiden avaus ja tulokset kohdassa kerrotaan tarkemmin tapaamisen toteutuksessa puhutuista käsitteistä. Myös kustakin kerrasta saadut tulokset on kerrottu tässä osiossa. Jokaiseen tapaamiseen käytettiin aikaa noin kaksi tuntia.

### 8.1 Ensimmäisen tapaamisen toteutus

Ensimmäisellä tapaamiskerralla kävimme oppilaiden kanssa läpi jokaisen tapaamiskerran aiheet ja aikataulun PowerPoint-esityksen avulla. Siinä kerroimme myös, että tapaamisten tarkoituksena on saada tietoa omasta terveydentilasta sekä saada vinkkejä oman terveyden edistämiseen, kannustaa liikkumaan sekä pysymään terveempänä. Esityksessä käytiin myös läpi verenpaineen mittaus, korkean verenpaineen syyt ja verenpaine- arvot, painoindeksin määrittely ja viitearvot, PEF-mittaus sekä hemoglobiinin mittaus ja sen viitearvot.

Otimme jokaiselta oppilaalta verenpaineen, hemoglobiinin, rasvaprosentin ja vyötärön ympäryksen. Ohjasimme opiskelijoille painon ja pituuden mittauksen sekä PEF-mittauksen, jonka jälkeen he tekivät nämä mittaukset itsenäisesti, sillä näin he pääsivät myös itse osallistumaan tekemiseen. Lisäksi katsoimme jokaisen oppilaan painoindeksin pituuden ja painon perusteella. Teimme kyseiset mittaukset, koska ne antavat tietoa opiskelijoiden terveydentilasta. Tarkoituksena oli antaa motivaatiota mahdollisiin elintapamuutoksiin.

Laskimme jokaiselle oppilaalle oman PEF-viitearvon laskurilla, koska viitearvot vaihtelevat iän, sukupuolen ja pituuden perusteella. Oppilaat tekivät myös AUDIT-testin, jonka jälkeen kävimme testin viitearvot yhteisesti läpi. Tämän jälkeen he tekivät tupakka ja alkoholitietovisan (liite 2.), josta teimme etukäteen lomakkeet opiskelijoille täytettäväksi. Kävimme tietovisan oikeat vastaukset yhdessä läpi opiskelijoiden kanssa. Lopuksi perehdyimme yhteisesti PowerPoint-esityksen avulla tarkemmin tupakan ja alkoholin haittoihin sekä riskitekijöihin.

### 8.2 Käsitteiden avaus ja tulokset

AUDIT-testi kuvaa alkoholinkäyttöä ja se tunnistaa noin 80 % alkoholi riippuvaisista. Se onkin tunnistusmenetelmänä parempi kuin laboratoriokokeet. Testillä tunnistetaan myös riippuvuutta edeltävät tilat, joita ovat riskikäyttö ja haitallinen käyttö. AUDIT-testin tarkoituksena on löytää alkoholin riisikäyttäjiä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa sekä motivoida riskikäyttäjiä pohtimaan ja vähentämään omaa alkoholin käyttöä. Tavoitteena on myös ohjata alkoholi-ongelmasta kärsivä asianmukaisen avun piiriin. Kysely sopii muun muassa hyvin terveystarkastustilanteeseen alkoholinkäytön keskustelun avaajaksi. (Aalto & Mäki 2014.)

Testissä on 10 kysymystä, joihin vastaaminen kestää noin 2–3 minuuttia. Ensimmäinen kysymys selvittää juomisen tiheyttä ja toinen kysymys tyypillistä käyttömäärää. Kysymys 3 selvittää humalanhakuisen juomisen toistumista. Kysymykset 4–6 sen sijaan selvittävät riippuvuusoireita, joita voi ilmaantua jo ennen alkoholiriippuvuutta. Kysymykset 7–10 liittyvät alkoholinkäytön haittoihin. (Heinänen, Anttila & Penttinen 2007, 25.)

Jokainen kysymys pisteytetään nolosta neljään ja maksimiyhteispistemäärä on 40. Alkoholinkäytön riskit katsotaan pisteiden perusteella. Jos pisteitä saa 0–7 riskit ovat vähäiset. Pisteet 8–10 tarkoittavat, että riskit ovat lievästi kasvaneet kun taas pisteet 11–14 tarkoittavat riskien kasvaneen selvästi. Pisteet 15–19 kertovat, että alkoholinkäytön riskit ovat suuret ja jos pisteitä saa 20–40 riskit ovat erittäin suuret. Tuloksinna täytyy ottaa huomioon, että yksilön kohdalla testi voi antaa väärän tuloksen liioittelemalla tai vähättelemällä yksilön alkoholiongelmaa. Kokonaispistemäärän lisäksi on hyvä tarkastella, mistä kysymyksistä vastaaja sai paljon pisteitä ja keskustella niihin liittyen alkoholin käytöstä. (Aalto & Mäki 2014; Heinänen ym. 2007, 27, 31.)

AUDIT-testin teki seitsemän opiskelijaa, joista neljä sai pisteitä 0–7 eli heidän alkoholinkäytön riskinsä ovat vähäiset. Loput kolme oppilasta sai pisteitä 8–20, joista yhdellä alkoholinkäytön riskit ovat testin mukaan erittäin suuret.

PEF mittaa uloshengityksen huippuvirtausta eli sitä, kuinka nopeaan uloshengitykseen testattava pystyy syvän sisäänhengityksen jälkeen. Mittauksessa puhalletaan PEF-mittariin kolme kertaa, joista paras puhallus valitaan tulokseksi. Kuusi oppilasta seitsemästä alitti oman viitearvon. Tuloksiin vaikuttaa oleellisesti oikea puhallustekniikka. (Mustojoki & Kaukua 2015.)

Painoindeksi eli BMI kertoo pituuden ja painon suhteesta. Normaali painoindeksi on 18,5–25. Jos painoindeksi on yli 25, puhutaan lievästä lihavuudesta. Merkittävä lihavuus on 30–35 ja vaikea lihavuus 35–40. Mikäli BMI on yli 40, puhutaan sairaanloisesta lihavuudesta. Suurimmalla osalla oppilaista painoindeksi oli normaali. Suuri lihasmassa ja nuorten keskeneräinen pituuskasvu väärivät painoindeksitulosta. (Painoindeksi ja vyötärön ympäryys 2015; Mustajoki 2014.)

Vyötärön ympärysmittaa käytetään kuvaamaan keskivartalolle kertyvää liikalihavuutta. Miehillä vyötärön ympäryksen tavoite arvo on alle 94 senttimetriä. Mikäli arvo on 94–101 cm, on kyseessä lievä terveyshaitta. Yli 102 cm vyötärö on huomattava terveyshaitta. Opiskelijat katsoivat myös rasvaprosenttinsa vaikka tuloksia ei voida pitää luotettavina. Todellista rasvaprosenttia on lähes mahdoton saada selville kasvun ollessa kesken. (Painoindeksi ja vyötärön ympäryys 2015; Rasvaprosentti 2015.)

Verenpaine tarkoittaa valtimoissa vallitsevaa painetta. Paine syntyy, kun sydän supistuu ja pumppaa verta valtimoihin. Verenpaine kohoaa, kun ihminen jännittää, liikkuu tai ponnistelee. Tilapäinen verenpaineen vaihtelu on normaalia.

Jatkuvasti koholla oleva verenpaine vaurioittaa sydäntä ja verisuonia. Kohonnut verenpaine ei näy eikä tunnu, joten sen saa selville vain mittaamalla. Optimaalinen verenpaine on 120/80 ja normaali 130/85. Lievästi kohonnut verenpaine on 140–159/ 90–99, kohtalaisesti kohonnut on 160–179/100–109 ja huomattavasti kohonnut 180/110. Jokaisella oppilaalla oli normaali verenpaine. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012, 194.)

Hemoglobiini viitearvot miehillä ovat 134–167 g/l ja naisilla 117–155 g/l. Hemoglobiinin tehtävänä on kuljettaa happea yhdessä punasolun kanssa kudoksiin kuten aivoihin ja lihaksiin. Hemoglobiini antaa verelle punaisen värin. Jokaisen oppilaan hemoglobiini oli viitearvojen sisäpuolella. (Punainen Risti 2014.)

### 8.3 Toisen tapaamisen toteutus

Toisella tapaamiskerralla suoritimme opiskelijoiden kanssa ensin UKK-kävelykuntotestin ulkona ja sen jälkeen lihaskuntotestin sisällä. Teimme UKK-kävelytestin, koska se on helpompi toteuttaa talvella kuin esimerkiksi cooper-testi. Lisäksi kävelytesti antaa tietoa kävelijän aerobisesta kunnosta eli kestävyyskunnosta.

Aloitimme kertomalla ensin luokassa UKK-kävelytestin sekä lihaskuntotestin toteutuksesta. Opiskelijoiden opettaja oli mitannut kahden kilometrin kävelymatkan valmiiksi. Kerroimme mittaavamme jokaisen oppilaan kävelyyneen ajan ja opiskelijoiden tehtävä oli mitata oma sykkeensä kävelyn jälkeen, sillä käytössämme ei ollut sykemittareita.

Ohjeistimme opiskelijoita sykkeen mittauksessa siten, että ensin oma pulssi etsitään ranteesta tai kaulalta painamalla kevyesti etu- ja keskisormella kohtaan, jossa pulssi tuntuu. Tämän jälkeen lasketaan, kuinka monta kertaa sydän lyö minuutin aikana. Mittaus on tärkeä tehdä heti kävelyn jälkeen, sillä muuten tulos ei ole luotettava. Kun oppilaat olivat suorittaneet UKK-kävelytestin, sekä syke että matkaan kulunut aika kirjattiin ylös. Laskimme jokaiselle oppilaalle kuntoindeksin, johon vaikuttavat ikä, sukupuoli, pituus, paino ja kävely aika. (Suomen sydänliitto ry 2013.)

Kävelytestin jälkeen aloitimme kuntotestin alkulämmittelyllä. Lämmittelyyn sisältyi venyttelyä sekä juoksua eri tavoin. Sovelsimme eri testistöjä lihaskuntotestin tekoon. Etunojapunnerrusta teimme 60 sekuntia, vatsalihasliikkeitä 30 sekuntia, tasapainoa 60 sekuntia ja hyppelyä 15 sekuntia. Näytimme oppilaille jokaisen lihaskuntotestiin valitsemamme liikkeen. Valitsimme kyseiset liikkeet, koska ne ovat helppo toteuttaa ja lisäksi ne mittaavat lihaskuntoa hyvin.

Toteutimme kuntotestin siten, että oppilaat tekivät pareittain vatsalihakset, punnerrukset ja hyppelyn. Toinen parista laski kuinka monta toistoa pari saa tehtyä liikkeeseen tarkoitettuna aikana. Tasapainoharjoituksen oppilaat tekivät yksi-

tellen ajanoton helpottamiseksi. Kirjasimme oppilaiden tulokset ylös sekä toimimme ajanottajina. Lihaskuntotestin jälkeen pidimme vielä loppuvenyttelyn oppilaille, johon kuului kylkien-, pohkeiden- ja reisienvenytykset.

### 8.4 Käsitteiden avaus ja tulokset

UKK-kävelytesti on menetelmä, joka mittaa henkilön aerobista kuntoa. Siinä kävellään kahden kilometrin matka reippaasti. Matkaan kulunut aika mitataan kellolla ja kävelyn jälkeen kävelijältä mitataan syke. Kävelytesti on tieteellisen tutkimuksen perusteella kehitetty kestävyyskuntotesti, joka tukee terveystunnon edistämiseen ja on myös turvallinen toteuttaa. UKK-kävelytestiä ei suositella hyväkuntoisten, paljon ja tehokasta liikuntaa harrastavien kunnan mittaamiseen, eikä se myöskään sovi runsaasti ylipainoisille liikuntaa harrastamattomille. UKK-kävelytestin luotettavuudesta alle 20- yli 65-vuotiailla ei ole tutkittua tietoa. (Suni & Taulaniemi 2012, 226, 229.)

Kuntoindeksi kertoo kuntotason verrattuna saman ikäisten miesten viitearvoihin. Kuntoindeksi sata tarkoittaa keskimääräistä kuntoa. Lukua sata suuremmat arvot viittaavat keskimääräistä parempaan kuntoon ja sitä pienemmät arvot keskimääräistä huonompaan kuntoon. Kävelytestiin osallistui viisi opiskelijaa, joista yksi opiskelija sai keskimääräisen kuntoindeksin. Kaksi opiskelijoista saivat keskimääräistä vähän matalamman kuntoindeksin ja yksi opiskelija sai keskimääräistä huomattavasti matalamman tuloksen. Lisäksi yksi opiskelija sai tulokseksi keskimääräistä vähän korkeamman kuntoindeksin. (UKK-kävelytesti 2009.)

Opiskelijoiden pitäisi pystyä tekemään 34 vatsalihasliikettä 30:ssä sekunnissa. Paras tulos oli 22 vatsalihasliikettä. Muut opiskelijoista saivat tehtyä alle 20 vatsalihasliikettä ja heikoin tulos oli 13. Mikäli etunojapunnerruksia saa 27 tai enemmän, tulos on erinomainen. Hyvä tulos on 14–26 punnerrusta. Paras tulos oli 35 ja heikoin 7 punnerrusta. Muut opiskelijat saivat alle 12–23 etunojapunnerrusta. Hyppelyssä nuorten keskimääräinen tulos on 44 hyppyä. Erinomainen tulos on 49. Paras tulos oli 50 ja heikoin 30. Loput opiskelijoista saivat 38–44 hyppyä. Kaikki opiskelijat seisoivat yhdellä jalalla tasapainotestissä 60 sekuntia.

### 8.5 Kolmannen tapaamisen toteutus

Valitsimme kolmanteen tapaamiskertaan neljä eri aihetta: ravitsemuksen, liikunnan, unen ja ruutuajan. Laadimme uneen liittyviä tehtäviä sekä teimme piilosokeriin liittyvän pelin. Pelin ja tehtävien tarkoituksena oli herättää oppilaita kysymyksiä, ajatuksia ja pohdintaa. Näin he myös itse pääsivät osallistumaan aiheiden käsittelyyn. Oppilaiden osallistuminen tehtäviin lisää visuaalista oppimista sekä helpottaa keskittymistä. Jaoin oppilaat kahteen ryhmään, helpottaaksemme toteutusta.

Aloitimme uni-temalla, johon olimme aikaisemmin tehneet väittämiä uneen liittyvistä asioista. Opiskelijoiden tehtävänä oli miettiä, onko väittäjä totta vai tarua. Toisena tehtävänä oli uneen liittyviä lauseita. Opiskelijat pohtivat vaikuttavatko väittämät uneen positiivisesti vai negatiivisesti. Lopuksi oppilaat saivat perustella valintojaan ja kävimme aiheita myös teoriassa läpi.

Tämän jälkeen perehdyimme ravitsemukseen. Piilosokeripeliin olimme itse tehneet kortteja, joissa oli eri elintarvikkeiden kuvia. Nämä kortit jaoin yhteensä 24:si pariiksi, siten, että molemmat ryhmät saivat samat 12 paria. Otimme ennen tapaamista selvää, kuinka monta sokerinpalaa kukin elintarvike sisältää ja punnitsimme jokaisen elintarvikkeen sokerimäärän pusseihin etukäteen. Tämä havainnollisti konkreettisesti sokerin määrän.

Oppilaiden tehtävä oli ensin valita kuvista elintarvikkeeparit. Kuvista heidän piti valita kumpi elintarvikkeesta sisältää enemmän sokeria. Laitoimme tämän jälkeen jokaisen elintarvikkeeparin päälle yhden sokeripussin. Oppilaiden tehtävänä oli valita kummalle elintarvikkeelle sokerit kuuluvat. Keskustelimme piilosokereista eri elintarvikkeissa sokeripussien avulla sekä pohdimme yhteisesti oikeat vastaukset tehtävään. Kerroimme myös yleisistä ravitsemussuosituksista.

Viimeisenä aiheenamme oli ruutu-aika ja liikunta, jota esittelimme Power Point-esityksen avulla. Keskustelimme myös oppilaiden liikuntatottumuksista sekä ruutuajan käytöstä. Opiskelijat tekivät Tavat puntarissa -testin, joka käsittelee ravitsemusta, liikuntaa, unta ja päihteitä. Lopuksi teimme opiskelijoiden kanssa terveellisen iltapalan, johon kuului lämpimät kinkkutomaattijuusto ruisvoileivät sekä banaanimustikkasmoothie.

### 8.6 Käsitteiden avaus ja tulokset

Tavat puntarissa -testissä on 24 kysymystä ja kolme vastausvaihtoehtoa. Tarkoituksena on ympyröidä lähinnä itseä oleva vaihtoehto. Jokainen vastaus on pisteytetty ja yli 90 pisteen tulos tarkoittaa, että elämäntavat ovat kunnossa. 80–90 pistettä merkitsee, että elämäntavoilla on oikea suunta ja alle 80 pisteen tuloksessa tulisi miettiä mitä tapoja voisi muuttaa. Kyselyyn vastasi neljä opiskelijaa, joista kolme sai tulokseksi 80–90 pistettä. Yksi oppilas ylsi yli 90 pisteen tulokseen.

### 8.7 Neljännen tapaamisen toteutus

Viimeisellä tapaamiskerralla pidimme oppilaille kuntopiirin sekä annoimme kirjallista palautetta jokaisesta tehdystä testistä. Oppilaiden tehtävänä oli myös antaa palautetta meille.

Aloitimme kuntopiirillä. Alkulämmittelyksi juoksimme ja pelasimme polttopalloa. Kuntopiiriimme kuului vatsalihasliikkeet, selkälihasliikkeet, ojentajat,

haukset, pakaralihakset, kyljet sekä hyppynarulla hyppiminen. Jaoimme jokaisen liikkeen omaksi pisteeksi. Pisteitä oli yhteensä kahdeksan, koska laadimme kaksi erilaista pistettä vastalihaksille.

Näytimme oppilaille liikkeet ennen kuntopiirin aloitusta. Tämän jälkeen jokainen oppilas valitsi oman pisteen, josta kuntopiiri aloitettiin. Tarkoituksena oli tehdä yhtä liikettä minuutin ajan, jonka jälkeen vaihdettiin pistettä. Kierros mentiin kolme kertaa. Lopuksi venyttelimme ja annoimme opiskelijoille kirjalliset, henkilökohtaiset palautteet (Liite 3.) ja oppilaat vastasivat kirjallisesti laatiimme palautekyselyyn (Liite 4.)

## 9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Julkisuudessa nuorten hyvinvointi ja pahoinvointi ovat olleet viimeaikoina paljon esillä ja etenkin nuorten liikunnallisuuden vähenemisestä, liikalihavuudesta ja päihteiden käyttöön liittyvistä asioista on keskusteltu paljon. Tämän vuoksi valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi nuorten terveyden edistämisen. Halusimme myös tehdä jotakin konkreettista nuorten terveyden edistämiseksi, joten pidimme nuorille terveyden edistämiseen liittyviä oppitunteja.

Keskeisimpiä aiheita opinnäytetyössämme on nuorten terveyden ja hyvinvoinnin tila Suomessa, nuorten terveyden edistäminen, joista käsitelimme: nuorten alkoholin käyttöä, tupakointia, nuuskaamista, liikuntaa, ravitsemusta, painonhallintaa, ruutu-aikaa sekä unen merkitystä terveyteen. Valitsimme kyseiset aiheet, koska koimme niiden olevan merkityksellisiä osa-alueita nuorten terveydelle. Päädyimme kyseisiin aiheisiin myös opinnäytetyön yhteistyökumppanin toiveesta sekä opiskelijoiden terveydenhoitajan toivomusten perusteella.

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen syksyllä 2014. Haimme teoretietoa nuorten nykyisestä terveydentilasta, nuorten terveyteen liittyvistä ongelmista sekä nuorten terveyden edistämisen mahdollisuuksista. Teoriatiedon pohjalta suunnittelimme Hämeen ammatti-instituutin yhden luokan opiskelijoille terveyden edistämisen toiminnalliset tapaamiset.

Suunnittelimme tapaamiset niin, että opiskelijat pääsisivät mahdollisimman paljon tekemään asioita itse, jotta tapaamisista saataisiin mielenkiintoa ja ajatuksia herättäviä. Tapaamisten suunnitteluun käytimme aikaa useita tunteja, koska halusimme niistä onnistuneet ja mielenkiintoiset, tapaamisten järjestämisessä uhkasi tulla kiire muiden koulutehtävien ohella. Tapahtumien järjestämisessä pysyimme kuitenkin hyvin sovitussa aikataulussa.

Valitsimme opinnäytetyön toiminnalliseen osuuteen AUDIT-testin vaikka kyseisen testin luotettavuudesta ei ole tieteellistä näyttöä 16–22-vuotiailla nuorilla. Halusimme herättää nuoret pohtimaan omaa alkoholinkäyttöä ja koimme, että AUDIT-testi olisi siihen hyvä valinta. Kun olimme jo teettäneet kyseisen testin oppilaille, meille selvisi, että nuorille on olemassa oma alkoholinkulu-

tusta mittaava testi, ADSUME. Emme kuitenkaan tienneet tätä ennen kuin päädyimme AUDIT-testiin. Ennen testin tekoa, emme tienneet sitäkään, että AUDIT-testi ei sovellu tämän ikäisille nuorille, mutta mielestämme se kuitenkin antaa hyvin kuvaa nuortenkin alkoholin käytöstä.

Toiminnalliseen osuuteen valitsimme rasvaprosentti testin. Tämän testin valitsimme, jotta nuoret saivat mielenkiinnosta nähdä oman rasvaprosenttinsa. Jokainen sai mittauttaa oman rasvaprosenttinsa. Kerroimme ennen testin tekoa opiskelijoille, ettei rasvaprosentin mittaus ole vielä luotettava pituuskasvun ollessa kesken, vaan on suuntaa antava.

UKK-kävelytesti oli myös yksi toiminnallisen osuuden teemoista. Halusimme tehdä tämän testin nuorille, sillä näin he näkisivät oman kestävyyskuntonsa tilanteen konkreettisesti. Kyseisestä testistä ei kuitenkaan ole tieteellistä näyttöä sen luotettavuudesta 16–22-vuotiailla nuorilla. Valitsimme UKK-kävelytestin kuitenkin sen vuoksi, että sen pystyy toteuttamaan myös talvella. UKK-kävelytestin tilalle olisimme voineet valita myös Cooperin testin, mutta tämän toteuttaminen olisi ollut talvella mahdotonta, joten meidän olisi tullut siirtää kuntotestien ajankohtaa myöhemmin keväeseen.

Vaikka valitsimmekin toiminnalliseen osuuteen testejä ja mittauksia, joiden luotettavuutta ei ole tutkittu kohderyhmämme ikäisillä nuorilla, koemme testien olevan kuitenkin hyödyllisiä toteuttaa ja antoivat nuorille kuvaa heidän terveydentilastaan. 16–22-vuotiaiden poikien terveyden edistäminen on haastavaa ja muun muassa näillä testeillä osallistujat ehkä jäivät miettimään omaa terveydentilaansa ja sen edistämistä.

Piilosokeripeli toi hyvin konkreettisesti nuorille esille, kuinka paljon mikäkin elintarvike sisältää sokeria. Näin ollen se oli varsin hyödyllinen nuorten ravitsemusta ajatellen. Monet nuorista olivatkin ihmeissään kuinka paljon todellisuudessa elintarvikkeissa on sokeria ja se tieto saa mahdollisesti jatkossa heidän valitsemaan elintarvikkeita toisin. Pelin tarkoitus oli myös aktivoida nuoria itse miettimään tehtävään ratkaisut, joten uskomme, että pelin kautta he saivat asiasta enemmän ajateltavaa, kuin että olisimme luennoineet elintarvikkeiden sokerin määristä.

Opiskelijoiden kanssa oli mukava tehdä yhdessä terveellistä iltapalaa ja oli ilo huomata, että se oli heillekin mieluista tekemistä. Opiskelijat osallistuivat mielellään iltapalan tekoon ja olivat tyytyväisiä kun saivat itse tehtyjä lämpimiä voileipiä, sekä hedelmistä ja marjoista tehdyn smoothien.

Ammattikoulun opiskelijoiden kanssa oli mukava tehdä yhteistyötä, vaikka koimmekin ryhmän hieman haasteelliseksi. Jouduimme pohtimaan eri tapoja toteuttaa toiminnallisia kertoja niin, että opiskelijat kiinnostuisivat terveyden edistämisen aiheista. Kehittelimme pelejä ja tietovisoja sen sijaan, että olisimme pelkästään luennoineet aiheista opiskelijoille.

Koemme, että omat ryhmänohjaustaitomme kehittyivät tapaamiskertojen myötä ja saimme ryhmän ohjaamisesta uutta kokemusta. Terveystietäjien uraa ajatellen olemme rohkeampia ohjaamaan erilaisia ryhmiä tulevaisuudessa. Ryhmänohjaustaidot kuitenkin kehittyvät sitä mukaan mitä enemmän pääsee ryhmiä ohjaamaan.

Tulevina terveystietäjinä koemme, että tämän opinnäytetyön toiminnallisen osuuden tekemisestä tulee olemaan hyötyä tulevaisuudessa, sillä huomasimme kuinka haasteellista on saada osa nuorista oikeasti kiinnostumaan omasta terveydestään. Kuten teoriaosuudessa on todettu, erilaiset nuorena aloitetut tavat jatkuvat usein aikuisuudessa. Siksi nuorille on tärkeä kertoa erilaisista terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Haasteena kuitenkin on miten tämä tieto kerrotaan ja miten saadaan nuoret kiinnostumaan oman terveytensä edistämisestä.

Tutkimuskysymyksissä pohdimme miten nuorten terveyttä voi edistää ryhmätapaamisten avulla ja millainen on yhden ammattikoulun luokan terveydentila. Saimme mielestämme näihin kysymyksiin hyvin vastauksen opinnäytetyöprosessin aikana. Ammattikoulun luokan terveydentilasta saimme tietoa tekemämme testien avulla. Saimme myös kokemusta siitä kuinka nuorten terveyttä voi edistää toiminnallisesti ryhmätapaamisten avulla. Mielestämme pääsimme opinnäytetyössä hyvin omiin tavoitteisiimme.

### 9.1 Osallistujien antama palaute

Pyysimme osallistujilta palautetta kirjallisella lomakkeella (liite 4). Palautekyselyllä halusimme selvittää osallistujien mielipiteen pitämistämme terveyden edistämisen tapaamiskerroista. Palautteessa oli neljä avointa kysymystä ja seitsemän vaihtoehtoista valittavaa kysymystä. Palautekyselyyn vastasi kuusi osallistujaa.

Osallistajat olisivat toivoneet saavansa enemmän tietoa lihasten huollosta, venyttelystä, ruokavaliosta, päihteistä ja niiden haitoista. Erityisen hyväksi ja onnistuneeksi he kokivat ohjauksen, iltapalan, monipuolisen liikunnan kuten kuntotestin ja kuntopiirin sekä teoriatunnit päihteistä ja ruokavaliosta. Lisäksi hyväksi koettiin henkilökohtaiset kunto- ja terveystestien tulokset. Avoinna palautteosiossa osallistajat muun muassa kertoivat, että tunnit olivat monipuoliset ja hyvin pidetyt. Osa koki viihtyvänsä tunneilla hyvin.

Neljä opiskelijaa oli sitä mieltä, että ryhmätapaamisia oli riittävästi ja yksi oppilas koki, että tapaamisia olisi pitänyt olla enemmän. Viisi opiskelijaa kuudesta koki saaneensa hyviä eväitä toiminnallisista kerroista tulevaisuutta ajatellen. Neljän opiskelijan mielestä ryhmässä oli hyvä ja rento ilmapiiri. Yksi oppilas koki, että tapaamisissa oli liikaa teoriaa, neljä oppilasta pitivät teorian määrää sopivana ja yksi oppilas ei osannut sanoa.

Viiden opiskelijan mielestä terveystietäjäopiskelijoiden antama ohjaus oli laadukasta ja yksi oppilas oli tästä täysin eri mieltä. Kysyttäessä vastasivatko



tapaamiset odotuksia, kolme oppilasta vastasi kyllä, kaksi ei osannut sanoa ja yhden oppilaan mielestä tapaamiset eivät vastanneet odotuksia. Viisi opiskelijaa oli tyytyväisiä terveydenhoitajaopiskelijoiden asiantuntemukseen.

## 9.2 Yhteistyökumppanin antama palaute

Pyysimme Hämeen ammatti-instituutin opettajalta palautetta järjestämistämme ryhmätapaamisista. Kysyimme mistä hän olisi toivonut enemmän tietoa ja ohjausta. ”Pysyimme hyvin aiheissa joista olimme sopineet. Tunteja olisi pitänyt ottaa enemmän käyttöön, mikäli tietoa olisi haluttu laajentaa muille elämän osa-alueille”.

Erityisen onnistunutta opettajan mielestä olivat kunto- ja terveystestien henkilökohtaiset tulokset. ”Testit realisoivat opiskelijoille millainen on heidän tämänhetkinen terveydellinen tilanne ja mihin olisi hyvä kiinnittää erityistä huomiota.”

Kysyimme opettajalta mikä ei toiminut tai jäi puuttumaan. Hän vastasi, näin: ”Kävimme asiat läpi, jotka olimme sopineet alussa. Ehkä aikaa ja tapaamisia olisi voinut olla vielä yksi kerta lisää, jolloin olisi voinut keskittyä palautteeseen ja siihen, mihin nyt jokaisen henkilökohtaisesti olisi hyvä panostaa. Ehkä vielä ohjausta joillekin painopisteille, jos on ylipainoa, kiinnitä huomiota ruokavalioon jne. Jos ongelmia kuntotesteissä kannattaa kokeilla lajeja, joista tykkää. Kuntopiirin jälkeen tähän jäi melko vähän aikaa.”

## 9.3 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Toiminnallisen opinnäytetyön raportin on täytettävä ammattikorkeakouluissa tutkimusviestinnälle asetetut vaatimukset, vaikka työ ei sisällä varsinaista tutkimusta. Toiminnallinen opinnäytetyö ei tarkoita sitä, etteikö työssä tarvitse olla tutkimuksellista otetta. Työn tutkimuksellisuus todentuu eri tavalla kuin tutkimusten raportoinnissa. Olennaista toiminnallisessa opinnäytetyössä on, että tekijä pystyy perustelemaan valinnat ja ratkaisut niin, että työ nojaa tietoperustaan ja työssä on tuotu koulutus ja ammattialan näkökulma johdonmukaisesti esille. (Vilka & Airaksinen 2003, 82.)

Toiminnallisen opinnäytetyön uskottavuutta lisääviä tekijöitä ovat argumentointi, ammattialan käsitteiden ja termien määrittely, lähteiden käyttö ja tekstin rakenteen johdonmukaisuus. Hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaista on, että tutkimuksessa kiinnitetään huomiota käytettävien lähteiden oikeellisuuteen, asianmukaisuuteen, huolellisuuteen, rehellisyyteen ja avoimuuteen. (Vilka & Airaksinen 2003, 82; Kuula. 2006, 34.)

Opinnäytetyöhön olemme etsineet tietoa monipuolisesti kirjoista sekä internetistä. Olemme pyrkineet arvioimaan opinnäytetyössämme käytettäviä lähteitä kriittisesti, sekä käyttämään mahdollisimman ajantasaista ja tutkittua tietoa.

Lähteenä käytettiin muun muassa terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen materiaalia ja tutkimuksia kuten kouluterveyskyselyitä. Lisäksi lähteenä käytettiin erilaisia tutkimuksia kuten nuorten hyvin- ja pahoinvoinnista tehtyä konsensuskokousta sekä nuorten vapaa-aikatutkimusta. Kirjallisuus lähteenä on ammattikirjallisuutta. Lisäksi lähteenä on käytetty Lääkärilehteä ja Hoitotiede-lehteä. Yksi keskeinen käyttämämme lähde tässä opinnäytetyössä on opiskeluterveyskirja, josta löysimme hyvää tietoa nuorten terveyden edistämisestä. Vanhin käyttämämme lähteistämme on vuodelta 2003, mutta koimme, että lähde on edelleen asianmukainen ja uudempaa teosta aiheesta emme löytäneet, edes kirjastojen informaattikkojen avulla.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme pyrkineet toimimaan eettisesti ja kaikkia osapuolia kuunnellen. Ryhmätapaamisissa olemme huomioineet vaitiolovelvollisuuden ja yksityisyyden suojan. Opinnäytetyössä ei mainita opiskelijoiden nimiä, tunnistettavia tietoja tai ammattialaa. Ryhmätapaamisissa pyrimme toimimaan kaikki osallistujat huomioon ottaen, sekä tasavertaisesti.

### 9.4 Jatkotutkimukset ja kehittämisehdotukset

Ehdimme käsitellä kaikki suunnittelemamme aihealueet ryhmätapaamisten yhteydessä. Olimme samaa mieltä Hämeen ammatti-instituutin opettajan kanssa siitä, että meidän olisi kuitenkin pitänyt järjestää vielä yksi kerta tulosten ja palautteen antamista varten. Annoimme kirjalliset palautteet viimeisen kerran lopussa, jolloin opiskelijoiden keskittyminen ei enää ollut paras mahdollinen. Kirjalliset ja henkilökohtaiset palautteet olivat myös tärkeä osa opinnäytetyötämme, sillä niistä opiskelija saivat vinkkejä oman terveyden edistämiseen, sekä tietoa nykyisestä terveydentilastaan. Niiden läpi käymiseen olisikin pitänyt järjestää enemmän aikaa.

Opiskelijoiden antamassa palautteessa kävi ilmi, että he olisivat toivoneet enemmän tietoa lihasten huollosta ja venyttelystä. Tämän kaltaista tietoa olisimme voineet antaa ryhmätapaamisissa esimerkiksi silloin, kun teimme venyttelyjä liikuntasuoritusten jälkeen, mutta tällainen asia ei tullut mieleen ryhmätapaamisten suunnitteluvaiheessa.

Ruokavaliosta ja päihteistä kerroimme omasta mielestämme varsin monipuolisesti etenkin alkoholin ja tupakan käytöstä. Huumeita emme käsitelleet nuorten kanssa lainkaan, koska tällöin meidän olisi pitänyt järjestää ainakin yksi kerta enemmän tapaamisia, koska tapaamiset olivat jo ohjelmatäyteisiä. Olimme tyytyväisiä opiskelijoiden antamaan palautteeseen.

Mikäli opinnäytetyön teoriaosuutta olisi halunnut vielä laajentaa, olisimme voineet käsitellä enemmän nuorten päihteiden käyttöä kuten kannabiksen käytön lisääntymistä. Muita aiheita olisi voinut olla nuorten mielenterveys ja syrjäytymisen ehkäisy, mutta päädyimme rajaamaan nämä aiheet opinnäytetyöstä pois,

sillä emme käsitelleet näitä aihealueita opiskelijoiden ryhmätapaamisissa. Ongelmallisimmaksi opinnäytetyössä koimme tiedon rajaamisen, koska terveyden edistämiseen kuuluu paljon eri osa-alueita.

Jatkossa ammattikoulun opiskelijoille olisi ollut mielenkiintoista tehdä uudet kuntotestit. Kuntotestin avulla voisi selvittää, onko opiskelijoiden kunto kokenut tekemiemme kuntotestien jälkeen sekä ovatko he innostuneet liikunnasta ryhmätapaamisemme jälkeen. Opiskelijoilta voisi myös selvittää ovatko he olleet motivoituneimpia huolehtimaan omasta terveydestään ryhmätapaamisista saatujen vinkkien avulla ja onko antamillamme tiedoilla ollut merkitystä päihteen käyttöön ja ravitsemustottumuksiin.

Opiskelijoille olisi voinut vielä järjestää mielenterveydestä oppitunnit, joissa olisi käyty läpi mielenterveyttä suojaavia ja uhkaavia tekijöitä sekä mistä hakea apua jos nuori kohtaa kriisin. Myös nuorten seksuaaliterveyteen liittyvät asiat olisi ollut aiheena mielenkiintoinen käsitellä.

## LÄHTEET

- Aalberg, V. & Siimes, A. 2007. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Jyväskylä: Gummerus.
- Aalto, M. & Mäki, P. 2014. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Alkoholi (AUDIT). Viitattu 6.2.2015.  
<http://www.thl.fi/fi/web/lastenneuvolakasikirja/ohjeet-ja-tukimateriaali/menetelmat/hyvinvointi-ja-terveystottumukset/audit>
- Aalto-Setälä, T. 2010. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi. Konsensuskokous. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.1.2015.  
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1595320904/konsensus2010artikkeli-kirja.pdf>
- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Ebeling, H. 2010. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi. Konsensuskokous. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 8.1.2015.  
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1595320904/konsensus2010artikkeli-kirja.pdf>
- Euroopan terveet koulut –verkosto. n.d. SOSTE. Viitattu 9.9.2015.  
<http://www.soste.fi/elinvoimaiset-jarjestot/verkotot/euroopan-terveet-koulut-verkosto.html>
- Fogelholm, M., Hakala, P., Kara, R., Kiuru, S., Marniemi, A., Misikangas, M., Roos, E., Sarlio-Lähteenkorva, S., Kurppa, S., Kuusipalo, H., Laitinen, J., Schwab, U. & Virtanen, S. 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuosituksien. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Viitattu 25.2.2014.  
[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemus-suositukset\\_2014\\_fi\\_web.3.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemus-suositukset_2014_fi_web.3.pdf)
- Fogelholm M., Vuori I. & Vasankari T. 2014. Terveysliikunta. UKK- instituutti. Vantaa: Duodecim
- Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K., & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2015. Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita.
- Hannula, R., Mikkola, O. & Tikka, L. 2013. Hyvän unen lyhyt oppimäärä. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, YTHS. Viitattu 23.2.2015.  
[http://www.yths.fi/filebank/1946-Uniopas\\_2013.pdf](http://www.yths.fi/filebank/1946-Uniopas_2013.pdf)

Heinänen, M., Anttila, O. & Penttinen, A. AUDIT- testi. 2007. Alkoholinkäytön puheeksiotto sosiaalialalla. Helsinki: Helsingin kaupungin sosiaalivirasto. Viitattu 6.2.2015.

<http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/0d695e004a15774a8c82ecb546fc4d01/AUDIT7.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0d695e004a15774a8c82ecb546fc4d01>

Huurre, T., Lintonen, T., Kiviruusu, O., Aro, H. & Marttunen, M. 2011. Nuoruusiän runsaan alkoholin käytön pitkäaikaisvaikutukset aikuisiän psykososiaaliseen hyvinvointiin. Yhteiskuntapolitiikka (76) 278–288. Viitattu 7.3.2015.

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102934/huurre.pdf?sequence=1>

Kaltiala-Heino, R. 2010. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.4.2015.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80332/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f.pdf?sequence=1>

Kataja, J., Jaakkola, T. & Liukkonen, J. 2011. Ryhmä liikkeelle! Toiminnallisia harjoituksia ryhmän kehittämiseksi. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kinnunen, J.M., Lindfors, P., Pere, L., Ollila, H., Samposalo, H. & Rimpelä, A. 2013. Nuorten terveystapatutkimus. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2013. Helsinki: Sosiaali ja terveystieteiden ministeriö. Viitattu 13.1.2015.

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=6511574&name=DLFE-26851.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26851.pdf)

Kouluterveyskysely. 2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 26.3.2015.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely>

Kunttu, K., Komulainen, A., Makkonen, K. & Pynnönen, P. 2011. Opiskelu-terveys. Helsinki: Duodecim.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä:Gummerus

Kuvio 1. a. Ammattikoulun 1. ja 2. luokan pojat. 2008/2009–2013. Kouluterveyskysely. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.3.2015.

[http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Tulokset/ktkysely\\_kokomaa\\_2008\\_2013\\_aol\\_pojat.pdf](http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Tulokset/ktkysely_kokomaa_2008_2013_aol_pojat.pdf)

Kuvio 2. b. Ammattikoulun 1. ja 2. luokan pojat. 2008/2009–2013. Kouluterveyskysely. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.3.2015.

[http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Tulokset/ktkysely\\_kokomaa\\_2008\\_2013\\_aol\\_pojat.pdf](http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Tulokset/ktkysely_kokomaa_2008_2013_aol_pojat.pdf)

Kuvio 3. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset. Viitattu 9.9.2015.

[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset\\_2014\\_fi\\_web.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/images/vrn/2014/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.pdf)

Kuvio 4. c. Ammattikoulun 1. ja 2. luokan pojat. 2008/2009–2013. Kouluterveyskysely. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.3.2015.

[http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Tulokset/ktkysely\\_kokoomaa\\_2008\\_2013\\_aol\\_pojat.pdf](http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Tulokset/ktkysely_kokoomaa_2008_2013_aol_pojat.pdf)

Kyselyn toteuttaminen. 2015. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 26.3.2015.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/kyselyn-toteuttaminen>

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007. Ohjaaminen Hoitotyössä. WSOY: Helsinki.

Lapsen kasvu ja kehitys. n.d. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Tietokulma. Viitattu 22.3.2015.

[http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu\\_ja\\_kehitys/15\\_18-vuotias/persoonallisuus\\_ja\\_tunne-elama/](http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/15_18-vuotias/persoonallisuus_ja_tunne-elama/)

Lapset, nuoret ja perheet. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.9.2015.

<https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut/vaeston-terveys-ja-hyvinvointi/lapset-nuoret-ja-perheet>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro.

Liimakka, S., Ollila, H., Ruokolainen, O., Sandström, P. & Heloma, A. 2015. Nuorten nuuskaaminen koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Yhteistä linjaa etsimässä? Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.9.2015.

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126770/THL\\_RAPO2\\_2015\\_web.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126770/THL_RAPO2_2015_web.pdf?sequence=1)

Lihavuus laskuun. 2013. Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma 2012–2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 8.1.2015.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110503/URN\\_ISBN\\_978-952-245-948-0.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110503/URN_ISBN_978-952-245-948-0.pdf?sequence=1)

Luokkanen, S., Ruotsalainen, H., Kungäs, H. & Kääriäinen, M. 2013. Ylipainoisten ja lihaviiden 13–16-vuotiaiden nuorten elintavat ja sitoutuminen elintapamuutokseen. Hoitotiede 25 (2) 123–140.

Marttunen, M. 2010. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi. Konsensuskokous. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.1.2015.  
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1595320904/konsensus2010artikkeli-kirja.pdf>

Miettinen, A. & Rotkirch, A. 2011. Yhteistä aikaa etsimässä. Lapsiperheiden ajankäyttö 2000-luvulla. Perhebarometri. Helsinki: Väestöliitto ry, Väestötutkimuslaitos. Viitattu 6.2.2015.  
[http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/a73a9067acbc2347a70fa5f08d604c6d/1443025110/application/pdf/3985847/Perhebarometri%202011\\_Web.pdf](http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/a73a9067acbc2347a70fa5f08d604c6d/1443025110/application/pdf/3985847/Perhebarometri%202011_Web.pdf)

Mustajoki, M. & Kaukua, J. 2015. PEF (uloshengityksen huippuvirtaus). Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 13.2.2015.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=snk03203](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03203)

Mustajoki, P. 2014. Painoindeksi (BMI). Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 7.10.2015.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk01001](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001)

Murrosikä. 2015. Väestöliitto. Viitattu 21.4.2015  
<http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/murrosika/>

Myllyniemi, S. & Berg, P. 2013. Nuoria liikkeellä! Nuorten vapaa-aikatutkimus. Viitattu 6.2.2015.  
[https://tietoanuorista.fi/wp-content/uploads/2013/08/Nuoria\\_liikkeell%C3%A4\\_Julkaisu\\_Nettiversio\\_korjattu.pdf](https://tietoanuorista.fi/wp-content/uploads/2013/08/Nuoria_liikkeell%C3%A4_Julkaisu_Nettiversio_korjattu.pdf)

Nuorten ajankäyttö. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.2.2015.  
<http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/rahapelit/nuoret-pelissa/digitaalisen-pelaamisen-riskit-nuorille/nuorten-ajankaytto>

Nuuska. 2014. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Viitattu 31.3.2015.  
<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/tupakka-tuotteet-ja-sahkosavuke/nuuska>

Nurmi, J-K., Ahonen, T., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. 2014. Ihmisen psykologinen kehitys. Jyväskylä: PS Kustannus.

Nykänen, E., Klavainen, M., Ihanainen, M. & Nuutinen, O. 2009. Suurenmoimen nuori: ratkaisuja ylipainoisen nuoren painonhallintaan. Helsinki: Dieetti-media.

Ollilla, H. 2011. Lasten ja nuorten tupakoinnin aloittamisen ehkäisy. Käypähoito. Viitattu 13.5.2015.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=04A35125AB8E3B9DD7B4209CE86AD2DF?id=nix01825>

Painoindeksi ja vyötärönympäryys. Käypä hoito. 2015. Viitattu 17.4.2015.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=C5AB76167977A486BC8FAA89C3C67E6A?id=nix00163>

Persoonallisuuden ja tunne-elämän kehitys. n.d. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Viitattu 10.3.2015.  
[http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu\\_ja\\_kehitys/15\\_18-vuotias/persoonallisuus\\_ja\\_tunne-elama/](http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/15_18-vuotias/persoonallisuus_ja_tunne-elama/)

Pietilä, A-M. 2010. Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan. Helsinki: Sanoma Pro oy.

Punainen risti. 2014. Verenluovutus. Veren osat ja niiden tehtävät. Viitattu 17.4.2015.  
<http://www.veripalvelu.fi/www/3452>

Pylkkänen, L., Björkenheim, C., Alaja, E., Laivisto, V. & Salomäki, S-M. 2013. Nuorten käsityksiä ja kokemuksia nuuskasta ja nuuskan käytöstä. Nuuska nuorten maailmassa. Kirjapaino Aldus Oy. Viitattu 9.9.2015.  
[http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/881bc682e294dfb7be819a2867a49e8d/1441825382/application/pdf/92746522/Nuuska-julkaisu\\_web\\_240513.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/881bc682e294dfb7be819a2867a49e8d/1441825382/application/pdf/92746522/Nuuska-julkaisu_web_240513.pdf)

Rajantie, J. & Perheentupa, J. 2005. Lasten terveys. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 5.1.2015.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00045](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00045)

Rasvaprosentti. 2015. Painoindeksi. Viitattu 18.4.2015.  
<http://www.painoindeksi.fi/rasvaprosentti/>

Rimpelä, A. 2010a. Nuorten hyvin- ja pahoinvointi. Konsensuskokous. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 7.1.2015.  
<http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1595320904/konsensus2010artikkeli-kirja.pdf>

Rimpelä, A. 2010b. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 10.4.2015.  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80332/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f.pdf?sequence=1>

Rimpelä, A. 2005. Nuorten terveys. Helsinki; Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 7.1.2015.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=suo00046](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00046)

Rimpelä, M. 2008. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa opilaitoksissa –perusraportti kyselystä vuonna 2008. Helsinki: Edita Prima Oy. Viitattu 14.5.2015.



[http://opetushallitus.fi/download/111287\\_Hyvinvoinnin\\_ja\\_terveyden\\_edistaminen.pdf](http://opetushallitus.fi/download/111287_Hyvinvoinnin_ja_terveyden_edistaminen.pdf)

Salomäki, S-M. & Tuisku, J. 2013. Nuorten käsityksiä ja kokemuksia nuuskasta ja nuuskan käytöstä. Nuuska nuorten maailmassa. Helsinki: Suomen syöpäyhdistys ry. 14.3.2015.

[http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/f866d093fc32a773b38cb9316c2756d6/1427800067/application/pdf/92746522/Nuuska-julkaisu\\_web\\_240513.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/f866d093fc32a773b38cb9316c2756d6/1427800067/application/pdf/92746522/Nuuska-julkaisu_web_240513.pdf)

Salomäki, S-M. & Tuisku, J. 2013. Nuorten käsityksiä ja kokemuksia nuuskasta ja nuuskan käytöstä. Nuuska nuorten maailmassa. Urheilevat nuoret ja nuuska. Helsinki: Suomen syöpäyhdistys ry. Viitattu 9.9.2015.

[http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/fafccdbde3ce56109cda008eaa37e1cb/1442844848/application/pdf/92746522/Nuuska-julkaisu\\_web\\_240513.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/fafccdbde3ce56109cda008eaa37e1cb/1442844848/application/pdf/92746522/Nuuska-julkaisu_web_240513.pdf)

Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. 2012. terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTii-viisti4\\_lihavuus.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTii-viisti4_lihavuus.pdf?sequence=1)

Sorvari, M., Laivisto, V. & Pylkkänen, L. 2013. Nuorten käsityksiä ja kokemuksia nuuskasta ja nuuskan käytöstä. Nuuska nuorten maailmassa. Helsinki: Suomen syöpäyhdistys ry. 31.3.2015.

[http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/f866d093fc32a773b38cb9316c2756d6/1427800067/application/pdf/92746522/Nuuska-julkaisu\\_web\\_240513.pdf](http://cancer-fi-bin.directo.fi/@Bin/f866d093fc32a773b38cb9316c2756d6/1427800067/application/pdf/92746522/Nuuska-julkaisu_web_240513.pdf)

Suni, J. & Taulaniemi, A. Terveyskunnan testaus. Menetelmä terveystieteiden edistämiseen. 2012. Helsinki: Sanoma pro oy.

Suomen sydänliitto ry. 2013. Viitattu 17.3.2015.

<http://www.sydanliitto.fi/toimi-nain#.VNNbiWOEOv8>

Syvöja, H. J., Kantomaa, M. T., Ahonen, T., Hakonen, H., Kankaanpää, A. & Tammelin, T. H. 2013a. Lasten runsas ruutuaika on yhteydessä heikkoon koulumenestykseen. Viitattu 6.2.2015.

<http://www.likes.fi/tutkimus/fyysisen-aktiivisuuden-vaikutukset/liikunta-oppiminen-ja-koulutus/ruutuaika-ja-koulumenestys>

Syvöja, H. J., Kantomaa, M. T., Ahonen, T., Hakonen, H., Kankaanpää, A. & Tammelin, T. 2013b. Liikunnan ja ruutuaikan yhteys lasten koulumenestykseen. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden edistämissäätiö, LIKES. Viitattu 6.2.2015.

<http://www.likes.fi/filebank/704-Ruutuaika-koulumenestys.pdf>

Schools for Health in Europe. 2014–2020. SHE. Viitattu 9.9.2015.

<http://www.schools-for-health.eu/she-network>

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ammatillisessa koulutuksessa. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 11.9.2015.

<https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/terveyden-edistaminen-eri-toimialoilla/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-ammattillisessa-koulutuksessa>

Tupakka ja nuoren hyvinvointi. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 10.2.2015.

<http://www.thl.fi/fi/aiheet/tietopakettit/tupakointi-ja-tupakoinnin-lopettaminen/tupakoinnin-terveyshaitat/tupakka-ja-nuorten-hyvinvointi>

Tupakka ja nuuska. 2014. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 31.3.2015.

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=trs00075](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trs00075)

UKK-kävelytesti. 2009. Kuusamo. Viitattu 7.10.2015.

<http://www.kuusamo.fi/Resource.phx/sivut/sivut-kuusamo/kaikkiliikkuu/otamittaa/kuntoindeksi.htm>

Urrila, A.S. & Pesonen, A-K. 2012. Nuorten unen erityispiirteet ja ongelmat. Suomen Lääkärilehti 40/2012 vsk 67. 27–33. Viitattu 13.1.2015.

<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/5307/sll402012-2827.pdf>

Vastaajien lukumäärä. 2015. Viitattu 23.9.2015.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/vastaajien-lukumaara>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta.2014. Terveyttä ruuasta. Suomalaiset ravitsemussuosituksien. Viitattu 9.9.2015.

[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuosituksien\\_2014\\_fi\\_web.3.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuosituksien_2014_fi_web.3.pdf)

Viikoittainen liikuntapiirakka. 2009. UKK- instituutti. Viitattu 26.3.2015.

[http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/61-uusi\\_liikuntapiirakka.pdf](http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/61-uusi_liikuntapiirakka.pdf)

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäyte-työ. Jyväskylä: Gummerus.

Wickholm, S., Lahtinen, A., Ainamo, A. & Rautalahti, M. 2012. Duodecim 2012; 128/10. Viitattu 31.3.2015.

[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=Article\\_WAR\\_DL6\\_Articleportlet&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_col\\_id=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10270](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo10270)

15–18-vuotias. n.d. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Tietokulma. Lapsen kasvu ja kehitys. Viitattu 22.3.2015.

[http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu\\_ja\\_kehitys/15\\_18-vuotias/](http://www.mll.fi/vanhempainnetti/tietokulma/kasvu_ja_kehitys/15_18-vuotias/)

## Ensimmäisen tapaamisen aiheet

<b>Mittaukset</b>	<b>Luennot ja tietovisat</b>
Paino	Luento mittauksista
Pituus	Luento mittausten tuloksista
Painoindeksi	AUDIT-testi
Verenpaine	Tupakka ja alkoholitietovisa
PEF-mittaus	Luento alkoholin ja tupakan haitoista
Hemoglobiini	
Rasvaprosentti	
Vyötärön ympäryys	

## Toisen tapaamisen aiheet

<b>UKK- kävelykuntotesti</b>	<b>Lihaskuntotesti</b>
	Etunojapunnerrus
	Vatsalihasliike
	Tasapaino
	Hyppely

## Kolmannen tapaamisen aiheet

<b>Ravitsemus</b>	<b>Liikunta</b>	<b>Uni</b>	<b>Ruutuaika</b>
Piilosokeri peli	Tavat puntarissa-testi	Väittämiä	Keskustelua
Ravitsemussuositukset		Sanoja	Power point
Terveellinen iltapala			

## Neljännen tapaamisen aiheet

<b>Kuntopiiri</b>	<b>Palaute</b>
Vatsalihasliike	Kirjallinen palaute opiskelijoille
Selkälihasliike	Kirjallinen palaute opiskelijoilta
Ojentajat	
Hauikset	
Kyljet	
Pakarat	
Hyppynarulla hyppiminen	

## TUPAKKA

**1. Tupakointi laskee odotettavissa olevaa keski-ikää jopa 10 vuodella.**

- a. Oikein
- b. Väärin

**2. Tupakoinnin lopettamisen jälkeen: (ympyröi oikeat vaihtoehdot)**

- a. Sydämen syke alkaa normalisoitua.
- b. Stressi vähenee ja unen laatu paranee.
- c. Verenpaine nousee.
- d. Sydänveritulpan vaara puolittuu vuodessa ja keuhkosityövän kymmenessä vuodessa.

**3. Jatkuva tupakansavun hengittäminen voi aiheuttaa tupakoimattomalle yhtä paljon terveyshaittoja kuin aktiivinen tupakointi.**

- a. Oikein
- b. Väärin

**4. Mitkä ovat tavallisimmat tupakan lopettamisesta aiheutuvat vieroitusoireet?**

**5. Pitkäaikainen tupakointi ei vaikuta siittiöiden määrään eikä laatuun.**

- a. Oikein
- b. Väärin

## ALKOHOLI

**6. Varhain aloitettu alkoholin käyttö ei vaikuta nuoren kehitykseen.**

- a. Oikein
- b. Väärin

**7. Alkoholin aiheuttama akuutti haimatulehdus esiintyy vain aikuisilla.**

- a. Oikein
- b. Väärin

**8. Ihmisen ollessa humalassa, puhe alkaa kangertelemaan. Millä muilla tavoilla humala vaikuttaa ihmiseen?**



**9. Alkoholi aiheuttaa runsaan alkoholimäärän nauttimisesta nopeasti ja siihen kuolee vuosittain jopa 400 henkilöä.**

- a. Oikein
- b. Väärin

**10. Alkoholi voi jo pieninäkin määrinä:**

- a. Saada voimaan huonosti
- b. Muuttaa persoonaa
- c. Laskea mielialaa
- d. Kaikkea mainittuja

### **Henkilökohtainen palaute ja tietopaketti testeistä**

**Verenpaineen viitearvot:** Verenpaine tarkoittaa valtimoissa vallitsevaa painetta. Paine syntyy, kun sydän supistuu ja pumppaa verta valtimoihin. Verenpaine kohoaa, kun ihminen jännittää, liikkuu tai ponnistelee. Tilapäinen verenpaineen vaihtelu on normaalia. Jatkuvasti koholla oleva verenpaine vaurioittaa sydäntä ja verisuonia. Kohonnut verenpaine ei näy eikä tunnu, joten sen saa selville vain mittaamalla.

Optimaalinen	120-80
Normaali	121-129/80-84
Tyydyttävä	130-139/85-89
Lievästi kohonnut	140-159/90-99

Verenpaineesi oli \_\_\_\_\_

**Hemoglobiinin viitearvot miehillä:** 134–167. Hemoglobiinin tehtävänä on kuljettaa happea yhdessä punasolun kanssa kudoksiin kuten aivoihin ja lihaksiin. Hemoglobiini sisältää runsaasti rautaa. Hemoglobiinisi oli \_\_\_\_\_ joka tarkoittaa \_\_\_\_\_.

**BMI eli painoindeksi:** Kertoo pituuden ja painon suhteesta. Painoindeksisi oli \_\_\_\_\_ joka on \_\_\_\_\_.

<b>BMI</b>	<b>Painoluokka</b>
18,5–24,9	Normaalipaino
25,0–29,9	Lievä lihavuus
30,0–34,9	Merkittävä lihavuus
35,0–39,9	Vaikea lihavuus
Yli 40	Sairaallinen lihavuus

**PEF eli uloshengityksen huippuvirtaus:** Mittaa kuinka nopeaan uloshengitykseen ihminen pystyy syvän sisäänhengityksen jälkeen. Mitattaessa puhalletaan kolme kertaa ja tulokseksi otetaan puhallusten keskiarvo. Oikea puhallustekniikka on tärkeä. Tuloksesi oli \_\_\_\_ ja viitearvojen mukaan sinun tulisi pystyä puhaltamaan \_\_\_\_.

**Vyötärönympäryys:** Tavoite miehillä on alle 94cm. Vyötärön ympärysmittaa käytetään kuvaamaan keskivartalolle kertyvää liikarasvaa. 94-101 cm vyötärö on lievä terveyshaitta. Yli 102 cm vyötärö on huomattava terveyshaitta. Vyötärönympäryksesi oli \_\_\_\_ joka tarkoittaa \_\_\_\_.

**AUDIT-testi eli alkoholinkäyttötesti:** AUDIT- testin tarkoituksena on kartoittaa henkilön alkoholinkäyttöä. Sait pisteitä \_\_\_\_, joka tarkoittaa, että \_\_\_\_\_.

Pisteet	Alkoholinkäytön riskit
Alle 8	Riskit vähäisiä
8-10	Riskit lievästi kasvaneet
11-14	Riskit selvästi kasvaneet
15-19	Riskit suuria
Yli 20	Riskit erittäin suuria

Alkoholinkäytön rajat täysi-ikäisellä miehellä:

7 annosta kerralla (useamman tunnin aikana juotuna)

24 annosta viikossa.

**Nuorten riskiraja on 0, koska alkoholi vaikuttaa keskushermoston kehitykseen sekä aiheuttaa hormonitoiminnan häiriöitä.**

**Rasvaprocentti:** Nuorten rasvaprocentin tuloksia ei voida pitää kovinkaan luotettavina. Kasvun ollessa kesken, kehon todellista rasvaprocenttia on lähes mahdoton saada selville. Rasvaprocenttisi oli \_\_\_\_\_.

Vähän rasvaa	Normaali	Lievästi liikaa
Alle 10 %	10-19 %	20-24 %

**UKK- kävelykuntotestin kuntoindeksi:** Kuntoindeksi kertoo kuntotason verrattuna samanikäisten miesten viitearvoihin. Kuntoindeksi 100 tarkoittaa keskimääräistä kuntoa. Lukua 100 suuremmat arvot viittaavat keskimääräistä parempaan kuntoon ja sitä pienemmät arvot keskimääräistä huonompaan kuntoon. Kuntoindeksisi oli \_\_\_\_, joka tarkoittaa \_\_\_\_\_.

Kuntoindeksi	Kuntoluokka
Alle 70	Keskimääräistä huomattavasti matalampi
70–89	Keskimääräistä vähän matalampi
90–110	Keskimääräinen
111–129	Keskimääräistä vähän korkeampi
Yli 130	Keskimääräistä huomattavasti korkeampi

**30 sekunnin istumaan nousu:** 34 istumaan nousua 30 sekunnissa = 100 pistettä. Sinä sait \_\_\_\_\_ punnerrusta eli \_\_\_\_\_ pistettä.

**Etunojapunnerrukset 60 sekunnissa:** Sinä sait \_\_\_\_\_ eli tuloksesi on \_\_\_\_\_.

27p. tai enemmän	Erinomainen
14-26	Hyvä
13 tai vähemmän	Tyydyttävä

**Yhdellä jalalla seisonta 60 sekuntia:** Tuloksesi oli \_\_\_\_\_.

**Edestakaisin hyppely 15 sekuntia:** Mittaa liikenopeutta ja dynaamista tasapainoa. Nuorten keskimääräinen tulos on 44 hyppyä. Erinomainen tulos on 49. Tuloksesi oli \_\_\_\_\_.

**Tavat puntarissa –testi:** Sait pisteitä \_\_\_\_\_.

Yli 90p.	Hienoa! Jatka samaan tapaan
80-89p.	Hyvä! Tavoissasi on oikea suunta
Alle 80p.	Mieti miten voisit muuttaa terveystottumuksiasi



**Palautekysely**

Olemme tavanneet neljä kertaa terveyden edistämisen merkeissä. Nyt tehtävänäsi on arvioida opiskelijoiden ohjaustaitoja, toiminnallisten kertojen sisältöä ja omia kokemuksia tapaamisista. Vastaathan kysymyksiin huolella, sillä tarvitsemme palautteet opinnäytetyhömme.

	<b>Täysin eri mieltä</b>	<b>Jokseenkin eri mieltä</b>	<b>En osaa sanoa</b>	<b>Jokseenkin samaa mieltä</b>	<b>Täysin samaa mieltä</b>
<b>Ryhmätapaamisia oli riittävästi</b>					
<b>Sain hyviä eväitä tulevaisuutta ajatellen</b>					
<b>Ryhmässä oli hyvä ja rento ilmapiiri</b>					
<b>Tapaamisissa oli sopiva määrä teoriaa</b>					
<b>Opiskelijoiden antama ohjaus oli laadukasta</b>					
<b>Tapaamiset vastasivat odotuksiani</b>					
<b>Olen tyytyväinen opiskelijoiden asiantuntemukseen</b>					

**Mistä aiheesta olisit toivonut enemmän tietoa?**

**Mikä oli erityisen hyvää ja onnistunutta?**

**Mikä ei toiminut tai jäi puuttumaan?**

**Tässä kohtaa voit antaa avointa palautetta opiskelijoille**

**Kiitos osallistumisestasi ja mukavaa jatkoa! 😊**