



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Opinnäytetyö

**11-VUOTIAIDEN NUORTEN TERVEYS,
TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN JA
HYVINVOINTI**

Hannah Liuska
Mari-Anne Mahkonen

Hoitotyön koulutusohjelma

2009

Turun ammattikorkeakoulu: Opinnäytetyön tiivistelmä

Terveysala, hoitotyön koulutusohjelma / Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Hannah Liuska, Mari-Anne Mahkonen

Opinnäytetyön nimi: 11-vuotiaiden nuorten terveys, terveystietäminen ja hyvinvointi

76 sivua, 2 liitettä

Lokakuu 2009

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää 11-vuotiaiden nuorten kokonaisterveydentilaa ja terveystietämistä Suomessa ja vertailla sitä espanjalaisen aineiston kanssa. Opinnäytetyö pohjautuu Piikkiöläisen Salvelanrinteen yläasteen tekemään ja toteuttamaan nuorten terveystietämistä kartoittavaan kyselyyn. Tutkimusongelmiksi muodostuivat: 1. Millainen on 11-vuotiaiden suomalaisten ja espanjalaisten nuorten terveys ja hyvinvointi. 2. Millaista on 11-vuotiaiden suomalaisten ja espanjalaisten nuorten terveystietäminen. 3. Mitkä tekijät vaikuttavat 11-vuotiaiden suomalaisten ja espanjalaisten nuorten hyvinvointiin, terveyteen ja terveystietämiseen.

Teoreettisessa viitekehysessä kuvaillaan sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla varhaisnuorten osalta terveyttä, terveystietämistä ja hyvinvointia. Tutkimusongelmiin saatiin vastaukset kyselylomakkeen avulla, joka luotiin jo olemassa olevan kyselyn sekä kirjallisuuskatsauksesta nousseiden aiheiden pohjalta. Kyselylomake koostui strukturoiduista, puolistrukturoiduista sekä avoimista kysymyksistä. Aineiston keruu tapahtui pääsääntöisesti sähköisesti Digium Enterprise ohjelman avulla. Tutkimusjoukko koostui suomalaisista (N=99) Salvelanrinteen, Ohkolan, Koroisten, Kaarinan, Valkeavuoren ja Nilsiän koulun oppilaista sekä espanjalaisista (N=27) I.E.S Juan de Herreran koulun oppilaista. Aineiston analyysi tehtiin käyttämällä SPSS-aineistonanalyysiohjelmaa.

Tutkimuksesta ilmeni, että enemmistö vastaajista koki terveydentilansa hyväksi tai kohtalaiseksi ja vain pienellä osalla ilmeni sairauksia tai oireilua. Pääosa vastanneista viihtyi koulussa hyvin tai kohtalaisesti. Terveystottumusten osalta kouluruokailuun osallistuminen oli suomalaisilla kiitettävää ja liikunnan määrä pääsääntöisesti hyvää. Myös nukkuminen oli pääsääntöisesti riittävää, vaikka enemmistö vastaajista koki aamuväsyneisyyttä. Sen sijaan suositusten mukainen hampaiden harjaus oli vähäistä etenkin suomalaisilla. Suomalaisten vastaajien osalta ilmeni, että riskikäyttäytyminen tupakan ja alkoholin suhteen kasaantuu tiettyihin yksilöihin ja ystäväpiireihin. Pääsääntöisesti seksuaaliterveyden aihealueista koulussa kertominen oli vastausten perusteella puutteellista. Tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää esimerkiksi alakoulun terveystietämisestä suunniteltaessa ja kouluterveydenhoitajan käytännön työssä sekä koulun ja kodin yhteistyön kehittämisessä.

Asiasanat: nuoret, terveydentila, koettu terveys, kouluviihtyvyys, sosiaalinen tuki, ruokatottumukset, liikunta, nukkuminen, seksuaaliterveys, päihteet

Hanke: Terveystietämisneuvonnan uudet menetelmät

Säilytyspaikka: Turun ammattikorkeakoulun kirjasto, Ruiskatu

Turku University of Applied Sciences: Bachelor's Thesis abstract
Health Care, Degree Programme in Nursing: Nurse, Public Health Nurse, Turku
Authors: Hannah Liuska, Mari-Anne Mahkonen
Title: Health, health behaviour and well-being of 11-year olds
76 pages, 2 appendices
October 2009

The purpose of this study was to analyze the overall health and health behaviour of 11-year olds in Finland and compare the findings with data from Spain. This thesis is based on a survey about youth's health behaviour carried out by Salvelanrinne middle school in Piikkiö. The research questions were formulated as follows: 1. How well and healthy are 11-year olds in Finland and Spain. 2. What is health behaviour of 11-year olds like in Finland and Spain. 3. What factors influence the well-being, health, and health behaviour of 11-year olds in Finland and Spain.

In the theoretical framework the health, health behaviour and well-being of preadolescents is described both at the national and international levels. The research questions were answered by a questionnaire, which was created on the basis of an existing survey as well as on topics that arose from the literature review. The questionnaire consisted of structured, semistructured, and open questions. The data was collected mostly by using Digium Enterprise. The research group consisted of Finnish students (N=99) from the schools of Salvelanrinne, Ohkola, Koroinen, Kaarina, Valkeavuori, and Nilsä, and Spanish students (N=27) of the school I.E.S. Juan de Herrera. The data was analysed with the program SPSS.

The research showed that the majority of the surveyed felt that they were in good or moderate health and only a small group had illnesses or reported symptoms. Most of the surveyed were happy or moderately happy to be in school. In terms of health habits, the Finns participated excellently in school meals and generally got enough exercise. Despite the majority reporting feeling tired in the mornings they also generally slept enough. However, especially the Finns did not brush their teeth in accordance with recommendations. In the case of the surveyed Finns, it turned out that risky consumption of tobacco and alcohol is found mostly in certain individuals and groups of friends. Sexual health education was generally found lacking in the schools. The findings of this study can be utilized for example in designing primary school health education, in the work of school nurses, and in developing co-operation between the school and home.

Keywords: youth, health, perception of health, satisfaction with school, social support, dietary habits, exercise, sleep, sexual health, intoxicants
Project: New methods in health counseling
Location of thesis: The library of Turku University of Applied Sciences, Ruiskatu

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	NUORIA KOSKEVIA TERVEYDENEDISTÄMISOHJELMIA	7
3	NUORTEN TERVEYDENTILA	9
3.1	Oireilu, sairaudet ja kuolleisuus	10
3.1.1	Mielenterveys	12
3.1.2	Lihavuus	13
3.2	Suuhygienia	15
4	NUORTEN HYVINVOINTI JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	15
4.1	Koulutyö	16
4.2	Sosiaalinen tuki	17
5	NUORTEN TERVEYSTOTTUMUKSET	18
5.1	Kouluruokailu ja muu päivittäinen ravitsemus	19
5.1.1	Aamupala, maitotaloustuotteet ja kasvikset	20
5.1.2	Epäterveelliset välipalat	21
5.2	Fyysinen aktiivisuus	22
5.3	Uni, univaikeudet ja väsyneisyys	24
6	NUORTEN RISKIKÄYTTÄYTYMINEN	26
6.1	Tupakointi ja siihen vaikuttavat tekijät	27
6.2	Alkoholin käyttö ja siihen vaikuttavat tekijät	29

6.3	Huumeiden käyttö ja sosiaalinen altistuminen huumeille	31
6.4	Seksuaalikäyttäytyminen	33
7	TYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	34
8	TYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	35
8.1	Kohderyhmä ja aineiston keruu	35
8.2	Aineiston analyysi	36
9	TUTKIMUKSEN TULOKSET	36
9.1	Perheenjäsenet, käyttöraha ja koulumatka	37
9.2	Terveydentila	38
9.3	Pituus, paino ja koettu paino	41
9.4	Koulutyö	42
9.5	Sosiaalinen tuki	45
9.6	Kouluruokailu ja muu päivittäinen ravitsemus	47
9.7	Fyysinen aktiivisuus	50
9.8	Uni, univaikeudet ja väsyneisyys	52
9.9	Riskikäyttäytyminen	54
9.10	Suomalaisten ja espanjalaisten tulosten vertailua	59
10	TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	61
11	POHDINTA	63
11.1	Suomalaisten tulosten tarkastelua	64
11.2	Espanjalaisten tulosten tarkastelua	66
11.3	Tulosten hyödynnettävyys	68

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake.

Liite 2. Reliabiliteettiajo.

KUVIOT

Kuvio 1. Suomalaisten vastaajien koulumatkojen kulkeminen.	38
Kuvio 2. Suomalaisten vastaajien koettu terveydentila.	40
Kuvio 3. Suomalaisten vastaajien hampaiden harjaaminen.	41
Kuvio 4. Suomalaisten vastaajien koettu paino.	42
Kuvio 5. Suomalaisten vastaajien koulukiusatuksi tuleminen.	43
Kuvio 6. Suomalaisten vastaajien koulukiusaaminen.	44
Kuvio 7. Suomalaisten vastaajien koulustressin kokeminen.	45
Kuvio 8. Suomalaisten vastaajien säännöllisen kouluruoan syöminen.	48
Kuvio 9. Suomalaisten vastaajien päivittäinen ravitsemus.	49
Kuvio 10. Suomalaisten vastaajien epäterveellisten välipalojen syöminen.	50
Kuvio 11. Suomalaisten vastaajien kuntoa kohottavan liikunnan harrastaminen.	51
Kuvio 12. Suomalaisten vastaajien tupakan ja alkoholin käyttö.	55
Kuvio 13. Seksuaaliterveydestä kertominen suomalaisille vastaajille koulussa.	58

TAULUKOT

Taulukko 1. Suomalaisten vastaajien pituus ja paino sukupuolittain.	41
Taulukko 2. Suomalaisten vastaajien väsyneisyyden kokeminen.	54

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kartoittaa 11-vuotiaiden nuorten kokonaisterveydentilaa ja terveyskäyttäytymistä Suomessa Salvelanrinteen, Ohkolan, Kaarinan, Valkeavuoren, Koroisten ja Nilsiän sekä Espanjassa I.E.S Juan de Herreran koulujen osalta. Tutkimusjoukko koostui 99 suomalaisesta ja 27 espanjalaisesta alakoululaisesta, joista pääosa oli 11- ja 12-vuotiaita. Opinnäytetyö on tutkimusstrategialtaan kyselytutkimus, joka toteutettiin pääsääntöisesti sähköisessä muodossa. Alun perin kyselyyn piti vastata myös ruotsalaisen, hollantilaisen, belgialaisen ja portugalilaisen ystävyyskoulujen oppilaat, mutta aikataulujen yhteensovittamisen vaikeuden vuoksi he eivät ehtineet vastata kyselyymme. Tästä johtuen teoreettisessa viitekehityksessä olemme kuitenkin vertailleet kyseisiä maita keskenään.

Aihevalinta on tärkeä, koska nuoruudessa luodaan pohja kaikelle tulevalle terveydelle ja terveyskäyttäytymiselle. Sosiaali- ja terveysministeriön (2002, 28) selonteon mukaan lasten ja nuorten oireilu on lisääntynyt ja Unicefin (2007, 36) mukaan suomalaisten nuorten kouluviihtyvyys on heikkoa kansainvälisesti verrattuna. Kansanterveyslaitoksen (2007) tiedotteen mukaan lasten ja nuorten epäterveellisten välipalojen kulutus on kasvanut ja Rimpelän (2005) mukaan myös suomalaisten nuorten ylipainoisuus ja lihavuus on lisääntynyt. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian (2001) mukaan koululaisten fyysinen kunto on huonontunut ja aamuväsyneisyys on hyvin yleistä (Pere, Riihivirta & Keskinen 2003). Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian (2001) mukaan muun muassa tupakointi ja humalajuominen ovat tällä hetkellä suomalaisten nuorten riskikäyttäytymistä. Osa kyselylomakkeessa kartoitetuista osa-alueista on noussut esiin myös lasten ja nuorten kansallisissa ja kansainvälisissä politiikka- ja terveydenedistämishjelmissä sekä strategisissa linjauksissa kuten Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa sekä Maailman terveysjärjestön WHO:n lasten- ja nuorten terveyden ja kehityksen toimintasuunnitelmassa.

2 NUORIA KOSKEVIA TERVEYDENEDISTÄMISOHJELMIA

Terveys 2015 – kansanterveysohjelma on Valtioneuvoston periaatepäätös, joka linjaa Suomen terveyst politiikkaa pitkällä aikavälillä. Strategia jatkaa Suomen kansallista Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä – ohjelmaa ja lisäksi sen taustalla vaikuttaa WHO:n vuonna 1998 uudistettu Terveyttä kaikille -ohjelma. Ohjelman pääpainona on terveyden tukeminen ja sen edistäminen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Terveys 2015 – ohjelman lapsia ja nuoria koskevia tavoitteita ovat muun muassa lasten hyvinvoinnin lisääminen, terveydentilan parantaminen ja turvattomuuteen liittyvien oireiden ja sairauksien merkittävä väheneminen sekä nuorten tupakoinnin väheneminen. Valtioneuvoston keskeisimpiä toimintasuuntia lasten ja nuorten terveyden edistämiseksi ovat peruskoulun terveyttä edistävän roolin kehittäminen, lasten mielenterveyshoidon turvaaminen sekä nuorten terveyden edistäminen ja koulutuksellisen syrjäytymisen vähentäminen kehittämällä tukitoimia, lisäämällä elämänhallinta- ja terveystietoutta sekä vaikuttamalla liikuntatottumuksiin koulujen, sosiaali- ja terveydenhuollon, liikunta- ja nuorisotoimien sekä järjestöjen yhteistoiminnalla. Toimintasuuntana on lisäksi nuorten päihteiden kokeilun ja käytön vähentäminen sekä niistä aiheutuvien sosiaalisten- ja terveysongelmien asiantunteva käsitteleminen. (STM 2001, 3, 9, 15, 22–24.)

Sosiaali- ja terveysministeriön strategiat 2015 on laadittu ministeriön osastojen ja asiantuntijoiden yhteistyönä ja se sisältää sosiaali- ja terveyst politiikan tärkeimpiä linjauksia lähivuosille. Ohjelman neljän päästrategian erityisesti lapsia ja nuoria koskevien linjausten tavoitteena on luoda terveydelle ja toimintakyvyille sekä sosiaaliselle hyvinvoinnille pohja jo lapsuus- ja nuoruusiässä tukemalla lasten ja nuorten turvallista kehitystä sekä edistää terveellistä ja päihteetöntä elämäntapaa. Lisäksi tavoitteena on vähentää köyhyyttä ja syrjäytymistä laajentamalla varhaisen puuttumisen apukeinoja ja turvata lasten kouluterveydenhuollon palvelut riittävillä toiminta- ja henkilöstövoimavaroilla sekä toiminnan laadullisella kehittämisellä. (STM 2006, 6, 8, 12, 16, 19.)

Suomen hallituksen lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmassa (Valtioneuvosto 2007a) on asetettu tavoitteiksi muun muassa vahvistaa lasten ja nuorten terveellisiä elämäntapoja ja edistää harrastuneisuutta. Terveellisten elämäntapojen vahvistamisen tavoite sisältää tarkemmat tavoitteet siitä, että jokainen lapsi liikkuisi vähintään tunnin päivässä, söisi valtion ravintosuositusten mukaisesti 400 grammaa hedelmiä ja vihanneksia päivässä, nukkuisi riittävästi ja että perusterveydenhuollossa ehkäisevään työhön liitetään seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma. Harrastuneisuuden edistämisen tavoite sisältää lasten ja nuorten harrastuneisuuden ja osallistumisen edistämisen muun muassa liikuntaan. (Valtioneuvosto 2007a.) Suomen hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelman (Valtioneuvosto 2007b) lapsiin ja nuoriin kohdistuvia tavoitteita vuoteen 2011 mennessä ovat muun muassa hyvinvoinnin lisääntyminen, terveydentilan paraneminen, sairauksien merkittävä väheneminen, tupakoinnin väheneminen, alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvien terveysongelmien asiantunteva hoito ja tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden aleneminen. Tavoitteiden pääosa-alueina lapsilla ja nuorilla ovat ylipainoisuuden ja päihteiden käytön vähentäminen. (Valtioneuvosto 2007b.)

Euroopan yhteisöjen komission (2007) julkaisema EU:n terveysstrateginen toimintamalli vuosiksi 2008–2013 linjaa erääksi tavoitteeksi lasten ja nuorten terveyden parantamisen. Toimintamallissa korostetaan myös koko väestön osalta terveyteen liittyvän eriarvoisuuden vähentämistä sekä tupakkaan, ravitsemukseen, alkoholiin, mielenterveyteen ja muihin laajempiin terveyteen vaikuttaviin ympäristö- ja sosioekonomisiin tekijöihin liittyviä toimia (Euroopan yhteisöjen komissio 2007). Maailman terveysjärjestö WHO:n Euroopan aluetoimiston (2005) julkaiseman lasten ja nuorten terveyden ja kehityksen toimintasuunnitelman päätavoite on kannustaa lasten ja nuorten tervettä kehitystä ja kasvua sekä vähentää sairauksia ja kuolleisuutta. Toimintasuunnitelma määrittelee seitsemän toimintaa ohjaavaa prioriteettialuetta lasten ja nuorten terveyden ja kehityksen edistämiseen, joita ovat muun muassa ravitsemus, tarttuvat taudit, nuorten terveys sekä psykososiaalinen kehitys ja mielenterveys. Osa-alueiden pääpainopisteitä ovat muun muassa lisääntyneen lihavuuden ja sukupuolitautien ehkäisy sekä nuorten riskikäyttäytymiseen,

lisääntyneisiin psykososiaalisiin kehityshäiriöihin ja mielenterveysongelmiin puuttuminen. Toimintasuunnitelman mukaan etenkin myöhäisessä lapsuudessa ja murrosiässä tulisi toiminnassa keskittyä terveellisiin elämäntapoihin, kuten ravitsemukseen, säännölliseen liikuntaan ja hyvään suu- ja henkilökohtaiseen hygieniaan, mielenterveysongelmien ehkäisyyn, varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon sekä riskikäyttäytymiseltä, kuten päihteiden käytöltä ja suojaamattomalta sukupuoliyhteydeltä, suojautumiseen. (WHO:n Euroopan aluetuimisto 2005.)

3 NUORTEN TERVEYDENTILA

Sosiaali- ja terveysministeriön (2002, 28) selonteon mukaan suomalaisten nuorten terveydentila on kehittynyt viime vuosina positiivisempaan suuntaan, mutta terveyden kokeminen ei ole muuttunut samalla tavalla ja erilainen oireilu on lisääntynyt. Stakesin (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 20) vuonna 2005 tekemän kouluterveyskyselyn mukaan harvemmat yläkoulun ja lukion oppilaat tunsivat terveydentilansa huonoksi tai keskinkertaiseksi ja Rimpelän ym. 2004 (ks. Rimpelä 2005) mukaan valtaosa nuorista pitää terveydentilaansa erittäin hyvänä tai hyvänä, eikä tilanne ole muuttunut 1980-luvulta. Unicefin (2007, 34) tutkimuksen mukaan suomalaiset lapset ja nuoret kokevat omien mielikuviansa mukaan terveydentilansa hieman OECD eli kehittyneiden markkinatalousmaiden yhteistyöjärjestön jäsenmaiden keskiarvoa huonommaksi, mutta WHO:n (Currie ym. 2006, 64) tutkimuksen perusteella lapset ja nuoret ovat kuitenkin kansainvälisesti verrattuna tyytyväisiä elämäänsä. WHO:n (Currie ym. 2006, 60) tutkimuksen mukaan opinnäytetyömme vertailuun käytetyistä maista 11-vuotiaat ranskankieliset belgialaiset nuoret kokevat eniten terveydentilansa huonoksi tai kohtalaiseksi ja samanikäiset espanjalaiset nuoret vähiten. Saman tutkimuksen mukaan tytöt raportoivatkin poikia useammin kaikissa ikäluokissa terveydentilansa kohtalaiseksi tai huonoksi (Currie ym. 2006, 59).

3.1 Oireilu, sairaudet ja kuolleisuus

Stakesin (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 19–20) vuoden 2005 kouluterveyskyselyn sekä Sosiaali- ja terveysministeriön (2002, 28) selonteon mukaan lasten ja nuorten oireilu on lisääntynyt. WHO:n (Currie ym. 2006, 68) tutkimuksen mukaan usean terveysoireen esiintyminen useammin kuin kerran viikossa on vähäisintä 11-vuotiailla flaaminkielisillä belgialaisilla ja suurinta ranskankielisillä belgialaisilla nuorilla opinnäytetyömme vertailuun käytetyistä maista. Rimpelän (2005) mukaan oireilu on lisääntynyt etenkin 1990-luvun lopulla 8. ja 9.luokkalaisilla suomalaisilla nuorilla. WHO:n (Currie ym. 2004, 57–60) tutkimuksen mukaan suomalaisista 11-vuotiaista tytöistä 23,5 % ja pojista 16,8 % kärsii kahdesta tai useammasta subjektiivisesta oireesta useammin kuin kerran viikossa.

Stakesin vuoden 2005 kouluterveyskyselyn (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 20) mukaan yleisimpiä oireita yläkoululaisilla vuonna 2005 olivat päänsärky sekä niska- ja hartiakivut, kun taas Rimpelän (2005) mukaan yleisimpiä oireita niska- ja hartiakipujen lisäksi ovat väsymys, univaikeudet, ärtyneisyys sekä kiukunpurkaukset. Salosen ym. (2004, 563–569) tutkimukseen osallistuneista viidesluokkalaisista 40 % katsoi televisiota yli kaksi tuntia päivittäin ja tässä ryhmässä esiintyi huomattavasti enemmän niska-hartiavaivoja tilastollisesti muihin verrattuna. Päänsärky on yksi yleisimmistä koululaisten poissaoloja aiheuttavista oireista ja päänsärlyn on todettu lisääntyneen merkittävästi viimeisten vuosikymmenten aikana (Sillanpää 1983, Sillanpää & Anttila 1996, Salosen ym. 2004, 563–569 mukaan). Myös toistuvat vatsakivut ovat varsin yleinen vaiva kouluikäisillä lapsilla ja jopa puolella lapsista vatsaoireiden syynä on jokin hoidettava maha-suolikanavan sairaus tai toiminnallinen vaiva (Ashorn 2001, Salosen ym. 2004, 563–569 mukaan). Sekä Stakesin vuoden 2005 kouluterveyskyselyn (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 19–20) että Rimpelän (2005) mukaan kaikki oireet ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla. Myös WHO:n (Currie ym. 2004, 56–57) tutkimuksen mukaan tytöillä on kansainvälisesti huonompi terveydentila kuin pojilla ja tutkimuksen mukaan tyttöjen terveydentila huononee merkittävästi iän lisääntyessä. Euroopan komission (2003, 8) erikoiseurobarometrin

mukaan naisilla onkin suurempi pitkäaikaissairauksien ilmaantuvuus ja suurempi riski pitkäaikaiseen hoitoon sairauksien vuoksi kuin miehillä.

Euroopan komission erikoiseurobarometrin (2003, 6) mukaan portugalilaisilla, suomalaisilla ja tanskalaisilla on väestötasolla korkein pitkäaikaissairauksien ilmaantuvuus koko Euroopassa ja Suomi on ainoa EU maa, jolla pitkäaikaissairauksien ilmaantuvuus on suurempi kuin EU-maiden kaikkien sairauksien keskiarvo. Jokapäiväistä toimintaa haittaavasta pitkäaikaissairaudesta, viasta tai vammasta kärsii oman ilmoituksen mukaan lähes joka kymmenes 12–18-vuotias suomalainen nuori (Rimpelä ym. 2004, Rimpelän 2005 mukaan). Pitkäaikaissairauksien määrä ei ole lisääntynyt 1980-luvun puolivälin jälkeen, mutta reseptilääkkeiden käyttö on lisääntynyt (Rimpelä ym. 2004, Rimpelän 2005 mukaan). Rimpelän (2005) mukaan yleisimpiä 1970-luvulta lähtien yleistyneitä pitkäaikaissairauksia suomalaisilla nuorilla ovat astma, allerginen nuha ja muut allergiat. Euroopan komission (2003, 6, 9) mukaan Ruotsissa on väestötasolla korkein allergioiden esiintyvyys Euroopassa ja 15–24-vuotiaista eurooppalaisista nuorista 10,1 % on sairauden vuoksi pitkäaikaisessa hoidossa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2002, 28) selonteon mukaan tällä hetkellä esimerkiksi nuoruusiän diabeteksen ilmaantuvuus on Suomessa maailman korkein. Viimeaikaiset epidemiologiset tutkimukset osoittavat, että tyyppin 1 diabeteksen yleisin puhkeamisikä on 10–14-vuotiailla ja että sairauden ilmaantuvuus lisääntyy maailmanlaajuisesti (Karvonen ym. 2000, Faulknerin 2003, 362 mukaan). Tutkimuksen mukaan nuoret, joilla on diabetes, ilmaisevat alhaisempaa tyytyväisyyttä elämään ja koettua terveyttä kuin terveet verrokkit (Faulkner 2003, 362).

Kuolleisuus on pienimmillään 5-14-vuotiailla suomalaisilla lapsilla ja nuorilla, mutta jo etenkin 15–19-vuotiailla pojilla kuolleisuus on selvästi suurempi (Rimpelä 2005). WHO:n (Currie ym. 2006, 71) mukaan tapaturmat ovat johtava lasten ja nuorten akuuttien terveysongelmien aiheuttaja kehittyneissä valtioissa, vaikkakin Suomessa tapaturmia nuorille sattuu kansainvälisesti verrattuna keskimääräistä vähemmän, ovat ne silti Rimpelän (2005) mukaan väkivallan ohella nuorten tärkeimmät kuolinsyyt Suomessa. OECD-maista (Organisation for economic co-operation and development

2004, 7) tehdyn tutkimuksen mukaan useissa OECD-maissa liikennetapaturmat ovat yleisin alle 15-vuotiaiden lasten kuolinsyy. WHO:n mukaan opinnäytetyömme vertailuun käytetyistä maista 11-vuotiailla espanjalaisilla nuorilla on ollut eniten lääketieteellisesti hoidettuja tapaturmia tutkimusta edeltäneiden 12 kuukauden aikana ja ruotsalaisilla samanikäisillä vähiten (Currie ym. 2006, 72).

3.1.1 Mielenterveys

Kouluikäisten suurimmat terveysongelmat liittyvät mielenterveyteen ja keskimäärin joka viides 7-16-vuotias suomalainen nuori kärsii selvitystä ja hoitoa vaativasta psyykkisestä häiriöstä, johon vain pieni osa saa asianmukaista hoitoa. Pojilla mielenterveyshäiriöt ovat yleisempiä kuin tytöillä, mutta murrosiän jälkeen tytöt oireilevat selvästi enemmän. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2001.)

Merkittävin koululaisten mielenterveyden ongelma on masennus, joka on viime vuosina lisääntynyt (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2001). Crumin ym. (2008, 708) lapsuuden masentuneen mielialan ja alkoholin käytön yhteydestä yhdysvaltalaisesta aineistosta tekemän tutkimuksen mukaan varhain ilmenevät masentuneen mielialan oireet voivatkin olla perheen sekä terveydenhuoltohenkilökunnan vaikeasti tunnistettavissa. Peipon (2006, 23) mukaan masentuneeksi itsensä kokee joskus 44 % kuudesluokkalaisista ja usein tai melko usein masentuneeksi 8 %. Kuudesluokkalaisista 15 % kokee olevansa joskus alakuloisia, jatkuvasti alakuloisia tai surullisia on 1 % (Peippo 2006, 23). Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian (2001) konsensuslausuman mukaan 8.-9.-luokkalaista 12 % ilmoitti potevansa vaikeaa tai keskivaikeaa masennusta, ja vuosi vuodelta masentuneiden nuorten osuus on kasvanut. Crumin ym. (2008, 702) tekemän tutkimuksen mukaan lapsuuden masentunut mieliala on yhteydessä muun muassa alkoholin käytön varhaiseen aloitukseen sekä lisääntyneeseen alkoholimyrkytysten riskiin. Vaikka alle 15-vuotiaiden itsemurhat ovat hyvin harvinaisia, murrosiän aikana itsetuhoiset ajatukset, itsetuhoisen käyttäytyminen ja itsemurhat lisääntyvät erityisesti pojilla (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2001).

3.1.2 Lihavuus

Lasten ja nuorten lihavuus on viime vuosikymmeninä yleistynyt teollisuusmaissa (WHO/FAO 2003, 61; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys 2005) ja painoindeksi on suurentunut maailmanlaajuisesti 13–15-vuotiailla nuorilla (Lissau ym. 2004, DiNapoli & Lewis 2008 mukaan). Opetushallituksen ja Kansanterveyslaitoksen (2005) tiedotteen sekä Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistyksen (2005) mukaan lisääntyneen lihavuuden taustalla ovat nuorten elinympäristön ja elintapojen muuttuminen kuten liikunnan vähentyminen, elintarvikepakkauskojen kasvaminen ja epäterveellisten kulutustottumusten lisääntyminen. Ilmiöön on vaikuttanut WHO/FAO:n (2003, 61) mukaan lisääntyvä teollistuminen, kaupungistuminen ja koneellistuminen monissa maissa ympäri maailmaa. Lihavuudella on todettu olevan yhteyksiä myös television katseluun ja tietokonepelien pelaamiseen käytettyjen tuntien määrällä etenkin vanhemmilla lapsilla (Speiser ym. 2005; Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys 2005), sillä niiden on todettu edistävän vapaa-ajan toimetonta aktiviteettia sekä lisäävän napostelua (Speiser ym. 2005).

Liikalihavuutta käsittelevän konsensustyöryhmän (Speiser ym. 2005) raportin mukaan Euroopan maista ylipainoisuutta esiintyy enemmän välimeren alueella asuvilla lapsilla kuin pohjoisemmissa maissa asuvilla. Painoindeksin kasvu on ollut suurinta Iso-Britannian ja Irlannin lisäksi Kreikassa ja Portugalissa (Lissau ym. 2004, DiNapoli & Lewis 2008 mukaan) sekä Yhdysvalloissa, jossa 6-11-vuotiaiden ylipainoisuus on kaksinkertaistunut ja 12–17-vuotiaiden kolminkertaistunut vuosien 1976 ja 1980 välisenä aikana (Speiser ym. 2005). Selvimmin lihavuus on WHO-Koululaistutkimuksen (Välimaa & Ojala 2004, 62) mukaan yleistynyt 13- ja 15-vuotiailla pojilla sekä 13-vuotiailla tytöillä. National Nutrition Survey of 1995 – tutkimuksen mukaan myös australialaisilla lapsilla lihavuuden ja ylipainoisuuden esiintyminen kasaantui pojilla 12–15-vuotiaisiin, mutta tytöillä taas 7-11-vuotiaisiin (McLennan & Podger 1998, Magarey, Daniels & Boulton 2001 mukaan). Opinnäytetyömme vertailussa käytetyiden maiden 13-vuotiaista ylipainoisia oli eniten

Espanjassa ja liikalihavia tyttöjä puolestaan Ruotsissa ja poikia Portugalissa (Currie ym. 2004, 125). Myös suomalaisten nuorten ylipainoisuus ja lihavuus on Rimpelän (2005) mukaan lisääntynyt vuosien 1980–2003 välisenä aikana 2-3-kertaisesti. Salosen ym. (2004) mukaan viidesosalla suomalaisista viidesluokkalaisista on yli 20 % liikapaino. Suomalaisista 12–18-vuotiaista pojista ylipainoisia oli 19 % ja tytöistä 12 % (Rimpelä 2005) ja lihavia oli pojista 2.4–3.0 % ja tytöistä 1.1–1.7 % (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys 2005).

Rimpelän (2005) mukaan ylipainon yleistymisen myötä nuorten käsitys omasta painosta ei ole juuri muuttunut, mutta WHO-Koululaistutkimuksen (Välimaa & Ojala 2004, 66) mukaan laihduttaminen on yleistynyt vuosien 1994 ja 2002 välisenä aikana vähintään kaksinkertaiseksi. WHO:n (Currie ym. 2004, 122) mukaan opinnäytetyömme vertailuun kuuluvien maiden 11-vuotiaista tyytyväisimpiä painoonsa olivat ruotsalaiset nuoret ja tyytymättömmimpiä ranskankieliset belgialaiset nuoret. 11-vuotiaista ranskankieliset belgialaiset kokivat itsensä eniten ylipainoisiksi ja vähiten ruotsalaiset (Currie ym. 2006, 80) kun taas Unicefin (2007, 28) tutkimuksen mukaan 11-, 13- ja 15-vuotiaista ylipainoiseksi itsensä kokivat opinnäytetyömme vertailuun kuuluvista maista eniten espanjalaiset nuoret ja vähiten hollantilaiset nuoret. Peipon (2006, 25) mukaan 68 % kuudesluokkalaisista oli tyytyväisiä ulkoiseen olemukseensa. Välimaan & Ojalan (2004, 66–69) mukaan 11-vuotiaista suomalaisista hieman liian lihavana itseään piti pojista 19 % ja tytöistä 25 %. WHO:n (Currie ym. 2004, 122, 124) tutkimuksen mukaan tyytyväisyys painoon vähenee sekä laihduttaminen ja painon kontrolloiminen lisääntyy iän myötä etenkin tytöillä. Kansanterveyslaitoksen (Hoppu, Kujala, Lehtisalo, Tapanainen & Pietinen 2008, 32) mukaan jopa 70 % tytöistä ja 39 % pojista oli ajatellut haluavansa laihtua viimeisen puolen vuoden aikana. Rimpelän (2005) mukaan laihduttamisen lisäksi myös syömishäiriöt saattavat olla lisääntymässä ja WHO-Koululaistutkimuksen (Välimaa & Ojala 2004, 70) mukaan erityisesti tytöillä itseään liian lihavana pitävien sekä laihduttavien osuudet olivat selkeästi suurempia verrattaessa ylipainoisten ja lihaviin osuuteen. Bulimiam esiintyy suomalaisista tytöistä 1-2 %:lla, anoreksiaa ja anoreksian kaltaista oireilua harvemmillä (Rimpelä 2005).

3.2 Suuhygienia

Euroopan komission (2003, 12–13) erikoiseurobarometrin mukaan tyytyväisimpiä hampaisiinsa ovat väestötasolla tanskalaiset, irlantilaiset ja luxemburgilaiset ja vähiten tyytyväisiä italialaiset, espanjalaiset ja portugalilaiset. Vaikka valtaosalla suomalaisista lapsista on vielä terve suu, on Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian (2001) konsensuslausuman mukaan 15 %:lla suomalaisista lapsista runsaasti hammas- tai iensairauksia. WHO:n (Currie ym. 2006, 98) tutkimuksen mukaan opinnäytetyömme vertailuun käytetyistä maista hampaiden harjaus useammin kuin kerran päivässä on 11-vuotiailla nuorilla huonointa Suomessa ja parasta Ruotsissa. WHO-Koululaistutkimuksen (Honkala & Honkala 2004, 225) mukaan vuosien 1984–2002 aikana joka neljäs suomalainen 11-, 13- ja 15-vuotias nuori harjasi hampaansa suositusten mukaisesti kahdesti päivässä, mutta noin joka viides ei harjannut hampaitaan edes päivittäin. KTL:n (Hoppu ym. 2008, 24) mukaan 7. ja 8.luokkalaisista suomalaisista tytöistä 66 % ja pojista 48 % harjasi hampaansa kaksi kertaa päivässä, kun Stakesin kouluterveyskyselyn 2005 (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006) mukaan jopa yli 60 % 8. ja 9.luokkalaisista harjasi hampaansa harvemmin kuin kahdesti päivässä. WHO-Koululaistutkimuksen (Honkala & Honkala 2004, 225) mukaan hampaiden harjaustottumukset ovat kuitenkin hieman parantuneet erityisesti 11-vuotiaiden suomalaisten poikien keskuudessa ja harvemmin kuin kerran päivässä harjaavien poikien osuus laskenut. Myös erityisesti Suomessa ksyliitoliin liittyvä terveyskasvatus on lisännyt suomalaisten koululaisten tietoisuutta sokeripitoisten välipalojen aiheuttamasta hampaiden reikiintymisestä (Honkala ym. 1999, Honkala & Honkala 2004, 231 mukaan).

4 NUORTEN HYVINVOINTI JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Koululaisen hyvinvointiin ja koulunkäynnin mielekkääksi kokemiseen vaikuttavat suurelta osin kouluviihtyvyys, läheisten ystävien puute, kiusaamisen määrä, vaikeudet koulussa sekä sosiaalisen tuen saaminen (Pere ym. 2003; Salonen ym. 2004;

Savolainen 2001, Hyry-Honka ym. 2004, Peipon 2006, 14 mukaan). Kouluviihtyvyys ja koulussa pärjäämisen on todettu myös alenevan ja koulutyön painostavaksi kokemisen lisääntyvän iän myötä (Liinamaa & Kannas 1995, 112; Currie ym. 2006, 42–43, 46–47, 50–51). Kouluviihtyvyyden alenemiseen vaikuttaa osin murrosiän tuomat epävarmuuden tunteet sekä yläasteelle siirryttäessä uuteen tilanteeseen sopeutumisen vaatimukset (Kaivosoja 2002, Peipon 2006, 15 mukaan).

4.1 Koulutyö

WHO:n (Currie ym. 2006, 42) tutkimuksen mukaan 11-vuotiaista ja Unicefin (2007, 36) mukaan 11-, 13- ja 15-vuotiaista nuorista parhaiten koulussa viihtyivät opinnäytetyömme vertailuun kuuluvista maista hollantilaiset koululaiset ja huonoiten suomalaiset koululaiset. Stakesin Kouluterveyskyselyn 2005 (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 16) mukaan suomalaisten nuorten kouluviihtyvyys ja koulun työilmapiiri ovat kuitenkin hieman parantuneet 8. ja 9. luokkalaisten keskuudessa vuodesta 1998. Salosen ym. (2004) Turussa tekemän viidesluokkalaisten terveyskyselyn perusteella valtaosa oppilaista suhtautui koulunkäyntiin myönteisesti ja Peipon (2006, 32) mukaan 64 % kuudesluokkalaisista piti koulunkäynnistä hyvin tai melko paljon. 11-, 13- ja 15-vuotiaista nuorista tytöt viihtyivät koulussa poikia paremmin kaikissa opinnäytetyömme vertailumaista lukuun ottamatta 15-vuotiaita portugalilaisia poikia, jotka viihtyivät koulussa aavistuksen tyttöjä paremmin (Currie ym. 2004, 44). Myös Stakesin tekemän Kouluterveyskyselyn 2005 (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 16–18) mukaan yläkoulun oppilaista pojat viihtyivät koulussa tyttöjä huonommin ja heillä esiintyi lisäksi enemmän opiskeluvaikeuksia. Parhaiten koulussa pärjäävät 11-vuotiaista koululaisista ruotsalaiset ja espanjalaiset nuoret ja huonoiten portugalilaiset nuoret. Portugalilaiset 11-vuotiaat kokevat myös eniten koulupaineita opinnäytetyömme vertailuun kuuluvista maista. Suomalaisista 11-vuotiaista pojista 36 % ja tytöistä 25 % kokivat kouluun liittyviä paineita kun vastaavat osuudet olivat 15-vuotiailla pojilla 41 % ja tytöillä 56 %. (Currie ym. 2006, 46, 50.)

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian (2001) konsensuslausuman sekä Nordiska hälsövärdshögskolan - raportin (2005, 7) mukaan koulukiusaaminen ei ole Suomessa ja muissa Pohjoismaissa viimeisten vuosien aikana

vähentynyt vaikka sen ehkäisy on saanut suurta huomiota. Salosen ym. (2004) mukaan suomalaisista viidesluokkalaisista 8,2 % kiusataan koulussa ja Peipon (2006, 33) mukaan kuudesluokkalaisista neljännes on tullut jossain vaiheessa kiusatuksi. WHO:n (Currie ym. 2006, 160, 164) tutkimuksen mukaan opinnäytetyössämme vertailtujen maiden 11-vuotiaista eniten kiusasi ja tuli kiusatuksi ranskankieliset belgialaiset nuoret ja Unicefin (2007, 33) mukaan 11-, 13- ja 15-vuotiaista portugalilaiset nuoret. WHO:n (Currie ym. 2006, 160, 164) mukaan vähiten kiusatuksi tulivat ruotsalaiset nuoret ja myös NHV- raportin (2005, 7) mukaan kiusaaminen on Pohjoismaissa vähäisintä Ruotsissa. WHO:n (Currie ym. 2006, 159–160, 164–165), WHO-Koululaistutkimuksen (Liinamaa & Kannas 1995, 125) ja Stakesin vuoden 2005 kouluterveyskyselyn (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 125) mukaan pojat kiusaavat yleisesti tyttöjä enemmän, mutta ovat samalla tyttöjä useammin kiusaamisen kohteena. Kiusaamisen määrä on yhteydessä ikään, sillä kiusattujen määrän on todettu vähenevän iän myötä (Liinamaa & Kannas 1995, 125). Sukupuolen ja iän lisäksi kiusaamiseen vaikuttaa NHV- raportin (2005, 7) mukaan myös terveys, sillä niillä lapsilla, joilla oli krooninen sairaus, oli kaksinkertainen riski tulla kiusatuksi. Myös kiusaaminen itsessään vaikuttaa terveyteen, sillä Salosen ym. (2004) mukaan kiusatuilla oppilailla esiintyy selvästi enemmän vatsavaivoja, jatkuvaa väsymystä sekä hermostuneisuutta ja levottomuutta kuin muilla lapsilla.

4.2 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisten suhteiden laatu on yhteydessä koettuun terveyteen sekä tyytyväisyyteen (Välilä 2000, 113, 118) ja muun muassa itsetunto on paljolti yhteydessä vanhemmilta ja ystäviltä saatavaan tukeen etenkin tyttöjen keskuudessa (Salmela 2006, 115). Sekä Välilään (2000, 106–108) että Salmelan (2006, 83) mukaan tytöille tärkeimpien henkilöiden, kuten vanhempien, sisarusten, ystävien ja poikaystävien, muodostama sosiaalisen tuen verkosto on poikia laajempi. Sekä Kansanterveyslaitoksen (Hoppu ym. 2008, 25) että Välilään (2000, 109, 119) tekemän tutkimuksen mukaan pojat kokivat saavansa tyttöjä enemmän sosiaalista tukea vanhemmiltaan tai perheen ulkopuolisilta aikuisilta, kun taas ystävyys-suhteista saatava tuki painottuu tyttöjen elämässä enemmän kuin poikien. WHO:n (Currie ym. 2006, 30) tutkimuksen mukaan vähiten läheisiä ystäviä on opinnäytetyössämme

vertailuun käytettyjen maiden 11-vuotiaista Belgian ranskankielisellä alueella asuvilla nuorilla ja eniten hollantilaisilla, ruotsalaisilla ja espanjalaisilla nuorilla. Peipon (2006, 25) mukaan läheinen ystävä puuttuu 11 %:lta kuudesluokkalaiselta pojalta ja 8 %:lta tytöltä. Frobrantin (2002, 35) mukaan hyvät ystävyysuhteet vaikuttavat kouluviihtyvyyteen sekä voivat olla merkityksellisiä myös itsetunnon ja identiteetin kehitykselle erityisesti murrosiässä.

Peipon (2006, 24) mukaan yli 50 % kuudesluokkalaisista kykeni puhumaan ongelmistaan vanhemmilleen tai ystävilleen, mutta 11 % ei halunnut keskustella ongelmistaan vanhempiensa kanssa. Peipon (2006, 24) mukaan kuudesluokkalaiset puhuvat ammattiauttajista eniten opettajalle tai terveydenhoitajalle. WHO-Koululaistutkimuksen (Välimaa 1995, 182) mukaan 9.luokkalaisten poikien mielestä henkilökohtaista asioista puhuminen opettajille on helppoa runsaalla kolmanneksella ja tytöistä neljänneksellä, terveydenhoitajalle puhumista piti helppona yli puolet kaikista 9.luokkalaisista. WHO-Koululaistutkimuksen (Välimaa 1995, 184) mukaan 11-, 13- ja 15-vuotiaista pojista 40 % ja tytöistä yli 50–60 % haluaisi keskustella nykyistä enemmän omista asioistaan. Kuitenkin WHO:n (Currie ym. 2006, 64) tutkimuksen mukaan hollantilaisista, suomalaisista, espanjalaisista, ruotsalaisista ja flaaminkielisistä belgialaisista 11-vuotiaista yli 90 % oli tyytyväisiä elämäänsä. WHO:n (Currie ym. 2006, 64–65) tutkimuksen mukaan tyytyväisyys elämään on etenkin 15-vuotiailla pojilla tyttöjä hieman yleisempää mutta alenee molemmissa ryhmissä iän myötä.

5 NUORTEN TERVEYSTOTTUMUKSET

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön (Urho & Hasunen 2004, 51) mukaan suomalaisten nuorten suhtautuminen kouluruokaan ei ole merkittävästi muuttunut viimeisten 15 vuoden aikana, kun taas Stakesin (Räsänen 2006) mukaan 8. ja 9. luokkalaisten kouluruokailu on kuitenkin hieman parantunut 2000-luvulla. Opetushallituksen ja Kansanterveyslaitoksen (2007) tiedotteen mukaan suomalaisten lasten ja nuorten epäterveellisten välipalojen kulutus on kuitenkin kasvanut. NHV raportin (2005, 8) mukaan fyysinen aktiivisuus on lisääntynyt pohjoismaalaisten lasten keskuudessa ja

Kansallisen Liikuntatutkimuksen (2006, 7) mukaan liikuntaharrastaneisuus ja asenne liikuntaa kohtaan on vahvistunut. Kansainvälisessä vertailussa suomalaiset nuoret olivat yhdessä norjalaisten nuorten kanssa aamuväsyneimpiä 1980- ja 1990-luvuilla verrattuna moniin muihin Euroopan maihin (Kokko 2002).

5.1 Kouluruokailu ja muu päivittäinen ravitseminen

KTL:n julkaisun (Raulio, Pietikäinen & Prättälä 2007, 30–31) mukaan kouluruokailuun osallistuminen on Suomessa yleistynyt viimeisten kymmenen vuoden aikana. KTL:n (Raulio, Pietikäinen & Prättälä 2007, 33–34) julkaisun mukaan vuosien 1996–2006 ajan 8. ja 9.luokkalaisista sekä lukion 1. ja 2.luokkalaisista pojista 90 % ja tytöistä 80 % söi kouluaterian päivittäin. Suomalaisten nuorten kouluruoan syöminen on samansuuntaista ruotsalaisiin nuoriin verrattuna, sillä Cronvallin ja Johanssonin (2005, 26) tekemän tutkimuksen mukaan 9.luokkalaisista ruotsalaisista oppilaista lähes 90 % söi kouluruoan koulupäivinä. Sosiaali- ja terveysministeriön (Urho & Hasunen 2004, 26) mukaan koko tarjotun kouluruokailun syöminen on vähäistä suhteessa kouluruokailuun osallistumiseen, sillä vain 13 % 7.-9.luokkalaisista söi koko tarjotun kouluruoan. Stakesin vuoden 2005 kouluterveyskyselyn (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 22) mukaan 8. ja 9.luokkalaisista 6 % ei yleensä syönyt lainkaan kouluruokaa kun KTL:n (Raulio, Pietikäinen & Prättälä 2007, 33) julkaisun mukaan tytöistä jopa 20 % ja pojista 12 % söi kouluruoan harvoin tai ei juuri koskaan. Sekä KTL:n julkaisun (Raulio, Pietikäinen & Prättälä 2007, 31) että Cronvallin ja Johanssonin (2005, 26) mukaan tytöistä suurempi osa jätti kouluruoan väliin verrattuna poikiin. Iän lisääntyessä kouluruoan syöminen näyttää paranevan, sillä KTL:n (Raulio, Pietikäinen & Prättälä 2007, 35, 37) julkaisun mukaan lukiolaiset söivät ylä-asteikäisiä useammin kouluruoan sekä tarjotun kouluaterian kaikki osat.

Kansanterveyslaitoksen julkaisun mukaan kouluruoan syömiseen vaikuttaa heikentävästi huono kouluviihtyvyys, vähintään kerran viikossa kiusatuksi tuleminen sekä itsensä ylipainoiseksi kokeminen. Lisäksi etenkin ylä-asteikäisillä päivittäin tupakointi tai vähintään kerran kuukaudessa itsensä humalaan juominen vähentää kouluruokailuun osallistumista. Lisäksi vanhempien koulutustasolla oli merkitystä kouluruoan syömiseen, sillä korkeakoulutettujen vanhempien lapset söivät hieman

useammin kouluruoan verrattuna peruskoulun käyneiden vanhempien lapsiin. (Raulio, Pietikäinen & Prättälä 2007, 36, 38, 43.)

5.1.1 Aamupala, maitotaloustuotteet ja kasvikset

WHO:n (Currie ym. 2006, 86) tutkimuksen mukaan 11-vuotiaista nuorista parhaiten aamupalaa koulupäivinä syövät opinnäytetyömme vertailuun kuuluvista maista hollantilaiset ja portugalilaiset ja huonoiten suomalaiset ja Belgian ranskankielisellä alueella asuvat nuoret. Salosen ym. (2004) mukaan jopa neljännes suomalaisista viidesluokkalaisista ei syönyt kunnollista aamupalaa ja KTL:n (Raulio, Pietikäinen & Prättälä 2007, 53) julkaisun mukaan 8. ja 9. luokan sekä lukion 1. ja 2.luokan oppilaista 60 % söi aamiaisen päivittäin. Aamupalan säännöllinen syöminen näyttää vähenevän iän myötä, sillä WHO:n (Currie ym. 2006, 86–87) mukaan esimerkiksi Suomessa 15-vuotiaista tytöistä enää 58 % ja pojista 59 % söi aamupalan koulupäivinä, kun vastaavat osuudet olivat 11-vuotiailla tytöillä vielä 72 % ja pojilla 75 %. Suomalaiset koululaiset näyttävät myös Cronvallin ja Johanssonin (2005, 26) tutkimuksen mukaan syövän ruotsalaisia heikommin aamupalaa päivittäin, sillä ruotsalaisista 9.luokkalaisista suurin osa eli lähes 80 % söi päivittäin aamupalan. Speiserin ym. (2005) konsensustyöryhmän mukaan aamupalan väliin jättäminen on yleistä etenkin liikalihavilla lapsilla, jotka nauttivat aamupalan sijaan runsaamman määrän ruokaa päivällisen yhteydessä.

Salosen ym. (2004) mukaan joka kymmenes viidesluokkalainen ei saanut vuorokaudessa Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (1998) vastaamaa suositusta maitotuotteita eli 900mg. WHO-Koululaistutkimuksen mukaan säännöllinen maidon juominen onkin vähentynyt vuosien 1990–2002 aikana 11–15-vuotialla nuorilla (Ojala 2004, 92–93). Vuonna 1998 vähärasvaisen maidon tai rasvattoman maidon juomisen osuudet olivat pojilla noin 80 % ja tytöillä 75 % kun vuonna 2002 vähintään viitenä päivänä viikossa rasvatonta, ykkös- tai kevytmaitoa juovien määrä oli pojilla 75 % ja tytöillä 71 % (Ojala 2004, 92). KTL:n julkaisun (Raulio, Pietikäinen & Prättälä 2007, 34) mukaan vuosien 1996–2006 aikana 8. ja 9.luokkalaisista ja lukion 1. ja 2.luokkalaisista pojista 70 % ja tytöistä puolet joi maitoa tai piimää. Täysmaidon juominen on Ojalan (2004, 93) mukaan vähentynyt sekä pojilla että tytöillä, sillä

vuonna 2002 täysmaidon käyttäjiä oli enää vain muutama prosentti. Suomalaisten nuorten maitotaloustuotteiden käytön määrä on kuitenkin suurempi ruotsalaisiin nuoriin verrattuna, sillä 9.luokkalaisista ruotsalaisista vain 46 % käytti maitovalmisteita päivittäin (Cronvall & Johansson 2005, 29).

WHO:n (Currie ym. 2004, 114) tutkimuksen mukaan opinnäytetyössämme vertailtujen maiden 11-vuotiaista nuorista päivittäin vihanneksia syö eniten flaaminkieliset belgialaiset nuoret ja vähiten espanjalaiset nuoret. Sekä WHO:n (Currie ym. 2006, 90) että Unicefin (2008, 28) tutkimuksen mukaan opinnäytetyömme vertailumaista eniten hedelmiä päivittäin syövät 11-vuotiaista nuorista portugalilaiset ja vähiten suomalaiset. Salosen ym. (2004) mukaan suomalaisista viidesluokkalaista joka kymmenes ei syönyt lainkaan vihanneksia, hedelmiä tai marjoja. Suomalaisten 11-vuotiaiden kasvien syönti on heikkoa myös verrattuna ruotsalaisiin 11-vuotiaisiin (Currie ym. 2004, 113) ja on lähempänä Baltian-maiden lukuja, jossa hedelmien ja vihannesten päivittäisen syömisen osuudet ovat WHO:n tutkimusmaiden alhaisimpia (Vereecke & Maes 2000, Vereecke, Ojala & Delgrande 2004, Ojala 2004, 87 mukaan). Kuten Suomessa (Hoppu ym. 2008, 26), myös useimmissa WHO-Koululaistutkimuksen (Vereecken & Maes 2000, Vereecken, Ojala & Delgrande 2004, Ojala 2004, 87 mukaan) maissa kasvien syöminen päivittäin on tytöillä poikia yleisempää, mutta vähentyy iän lisääntyessä molemmilla sukupuolilla.

5.1.2 Epäterveelliset välipalat

Kansainvälisessä vertailussa suomalaiset nuoret ovat jo vuodesta 1989 käyttäneet Euroopan maihin nähden vähiten makeisia ja virvoitusjuomia päivittäin (Honkala ym. 1990; Honkala & Honkala 2004, 230 mukaan). 15-vuotiaiden suomalaisten päivittäisen pikaruokan ja makeisten syöminen on vähäistä verrattuna englantilaisiin ja yhdysvaltalaisiin nuoriin, joista kaksi kolmasosaa pojista ja vajaa puolet tytöistä söi runsasrasvaista pikaruokaa vähintään kerran viikossa (Ojala & Hogben 2000, Ojalan 2004, 94 mukaan). Vähiten makeisia ja limsaa päivittäin nautti 11-vuotiaista WHO:n (Currie ym. 2004, 116–117) tutkimuksen mukaan opinnäytetyömme vertailumaista ruotsalaiset ja suomalaiset nuoret ja eniten hollantilaiset, belgialaiset, portugalilaiset ja espanjalaiset nuoret. Suomalaisista 11-vuotiaista makeisia päivittäin syö noin 7 % ja

ruotsalaisista noin 6-12 %, kun vastaavat osuudet olivat Hollannissa jopa lähemmäs 50 % (Currie ym. 2004, 116–117). Ojalan (2004, 99) mukaan kasautuva käyttö, eli makeisten, limsojen, perunalastujen ja hampurilaisten viikoittainen yhteenlaskettu käyttö on yleistynyt. Tämä ilmenee myös ruotsalaisten nuorten keskuudessa, sillä ruotsalaisista 9.luokkalaisista makeisia söi päivittäin ainoastaan 4 %, mutta makeisista, limsoista/mehuista, kekseistä tai perunalastuista vähintään jotain nautti jopa 31 % päivittäin (Cronvall & Johansson 2005, 30–31).

WHO-Koululaistutkimuksen mukaan epäterveellisten välipalojen ja runsasrasvaisen roskaruoan kulutus lisääntyy selvästi iän myötä ja on tytöillä alhaisempaa suhteessa poikiin (Ojala 2004, 100). Kansanterveyslaitoksen julkaisun mukaan epäterveellisten välipalojen napostelu on yleisempää niillä koululaisilla, jotka syövät kouluruoan harvemmin sekä jättävät pääruoan useammin syömättä. Epäterveellisten välipalojen syöminen on yleisempää myös huonosti koulussa viihtyvillä nuorilla sekä korkeasti koulutettujen vanhempien lapsilla verrattuna peruskoulun käyneiden vanhempien lapsiin. (Raulio, Pietikäinen & Prättälä 2007, 38, 43, 44.)

5.2 Fyysinen aktiivisuus

Vaikka suomalaisten nuorten vapaa-ajan liikuntaharrastuneisuus on lisääntynyt, on Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian (2001) mukaan koululaisten kestävyyskunto ja lihasvoima huonontunut viimeisen kymmenen vuoden aikana. Syynä ilmiöön on arkiliikunnan ja koululiikunnan määrän vähentyminen (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia 2001) sekä jatkuvasti enemmän suosiota saaneet liikuntaharrastukset, jotka vaativat liikuntataitoja ja näppäryyttä, eivätkä niinkään kestävyyskuntoa (Vuori, Kannas & Tynjälä 2004, 134). Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian (2001) mukaan erittäin huolestuttavaa on myös koululaisten kunnon selkeä jakautuminen hyvä- ja huonokuntoisiin, joka ilmenee Rengon (2000, 59) mukaan selvimmin murrosiässä.

Lapsille ja nuorille laadittujen liikuntasuosituksien tarkoituksena on edistää kouluikäisten terveyttä ja hyvinvointia. National Association for sport and physical educationin (Corbin & Pangraz 2003, 3) laatiman liikuntasuosituksen mukaan

peruskouluikäisten lasten tulisi liikkua kohtuullisesti tai tehokkaasti vähintään tunnin ajan tai enemmän ikään sopivalla tavalla useampana päivänä viikossa. Nuori Suomen (2006, 17–19) yhdessä Opetushallituksen kanssa tekemän kouluikäisten liikuntasuosituksen mukaan 7-12-vuotiaiden tulisi liikkua luonnollisesti vähintään kaksi tuntia päivässä ja 13–18-vuotiaiden vähintään 1-1 ½ tuntia päivässä. Kouluikäisille suunnatun viihdemedian käytön suositus on korkeintaan kaksi tuntia päivässä (Corbin & Pangrazi 2003, 4; Nuori Suomi 2006, 24), koska niiden käyttö pidentää paikallaan olemisen jaksoja ja yhdessä vähäisen liikunnan ja epäterveellisen ravinnon kanssa ovat uhkana nuoren luuston terveille kehitykselle (Nuori Suomi 2006, 24). Mitattaessa WHO:n (Currie ym. 2004, 92) MVPA- (The moderate-to-vigorous physical activity) liikuntasuosituksen mukaista liikuntaa, jolla tarkoitetaan kohtalaista tai voimakasta fyysistä liikuntaa vähintään tunnin ajan vähintään viitenä päivänä viikossa, kuuluvat suomalaiset 11-vuotiaat opinnäytetyömme vertailumaiden kärkeen. WHO:n mukaan suomalaisista 11-vuotiaista tytöistä 45 % ja pojista 50 % harrastaa selvästi kansainvälistä keskiarvoa useammin MVPA-suosituksen mukaisen määrän liikuntaa (Currie ym. 2004, 92). Rengon (2000, 80) mukaan 11 % pojista ja 5 % tytöistä harrasti päivittäin hengästyttäviä ja hikoilua aiheuttavaa liikuntaa kun 1-3 kertaa viikossa harrastaneiden poikien osuus oli 54,9 % ja tyttöjen 59 %. Suomalaisten nuorten lisäksi myös hollantilaiset ja ruotsalaiset 11-vuotiaat liikkuvat keskiarvon mukaisesti tai enemmän (Currie ym. 2004, 92). Cronvallin ja Johanssonin (2005, 34–35) tutkimuksen mukaan ruotsalaiset 9.luokkalaiset nuoret eivät kuitenkaan liiku suositusten mukaisesti 30 minuuttia kerrallaan keski- tai kovatasoisella rasitusasteella vähintään kolme kertaa viikossa.

WHO:n (Currie ym. 2004, 94) mukaan liikuntasuosituksen mukainen liikunta vähenee iän myötä suomalaisilla nuorilla, sillä 13- ja 15-vuotiaiden nuorten vertailussa suomalaiset ovat jo WHO:n tutkimusmaiden keskiarvon alapuolella. Kuitenkin taas Rengon (2000, 37–38) mukaan 16-vuotiaat käyttävät enemmän aikaa intensiiviseen liikuntaan verrattuna 11-vuotiaisiin. Parhaiten opinnäytetyömme vertailumaiden 13- ja 15-vuotiaista liikkuvat hollantilaiset nuoret ja huonoiten 11- ja 13-vuotiaiden osalta Belgian flaaminkielisellä alueella asuvat ja 15-vuotiaista portugalilaiset nuoret (Currie ym. 2004, 94). Sekä WHO-Koululaistutkimuksen (Vuori, Kannas & Tynjälä 2004,

127) että NHV -raportin (2000, 8) mukaan pojat ovat urheilullisesti tyttöjä aktiivisempia, mutta Kansallisen liikuntatutkimuksen 2005–2006 (SLU 2006, 7) mukaan poikien ja tyttöjen välillä ei kuitenkaan ollut eroa liikunnan harrastamisessa. NHV -raportin (2005, 8) mukaan fyysisen aktiivisuuden ja etenkin järjestetyn liikunnan määrä on sukupuolen ja iän lisäksi yhteydessä vanhempien koulutukseen ja taloudelliseen asemaan sekä mahdollisuuteen hankkia urheiluvarusteita ja maksaa liikuntamaksuja.

5.3 Uni, univaikeudet ja väsyneisyys

Kansanterveyslaitoksen (2007) mukaan 7-10-vuotiaat koululaiset tarvitsevat keskimäärin 10–11 tuntia unta yössä, kun taas murrosiässä unentarve on keskimäärin 9-11 tuntia. WHO-Koululaistutkimuksen (Tynjälä & Kannas 2004, 165) mukaan nukkumisrytmi kouluviikon ja vapaapäivien välillä on varsinkin 13- ja 15-vuotiailla erilaistunut entisestään, joka on aiheuttanut väsyneisyyttä sekä ongelmien lisääntymistä koulunkäyntiin ja koulumenestykseen. Koulupäivien ja vapaapäivien erilaistunut nukkumisrytmi on ilmiönä yleistä myös Wolfsonin ja Carskadon (1998) mukaan yhdysvaltalaisen nuorten sekä Ohayonin ym. (2001) mukaan ranskalaisten, englantilaisten, saksalaisten ja italialaisten nuorten keskuudessa (ks. Tynjälä & Kannas 2004, 165). Peipon (2006, 28) mukaan kuudesluokkalaisista 70 % nukkuu koulupäivinä 9,5 tuntia tai enemmän. Peren, Riihivirran ja Keskinen (2003) mukaan kuudesluokkalaisten keskimääräinen yönen pituus taas on 8-8,5 tuntia, jonka nukkuu 37 % vastaajista. Nukkumistottumusten on todettu muuttuvan merkittävästi murrosiässä (Saarenpää-Heikkilä 2001, 76). Myös Peipon (2006, 28) mukaan nukkumaanmenoajat näyttävät siirtyvän myöhäisemmäksi iän lisääntyessä, sillä kuudesluokkalaisista 7 % meni nukkumaan vasta kello 23.00 jälkeen, kun Stakesin vuoden 2005 kouluterveyskyselyn (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 23–25) mukaan vuosina 2002–2005 8. ja 9. luokkalaisista nuorista 23 % meni nukkumaan aikaisintaan kello 23.00 jälkeen koulupäiviä edeltävinä iltoina. Kuitenkin jopa 85 % 7. ja 8.luokkalaisista meni KTL:n (Hoppu ym. 2008, 24) tekemän tutkimuksen mukaan nukkumaan viimeistään klo. 22.30 koulupäiviä edeltäneenä iltana, mikäli koulu alkoi klo.8.00.

WHO-Koululaistutkimuksen (Tynjälä & Kannas 2004, 158, 169) mukaan vuosien 1984–2002 aikana alle 10 % suomalaisista 11-, 13- ja 15-vuotiaista kärsi lähes päivittäisestä nukahtamisvaikeudesta, joista 11-vuotiaita oli noin 5 % vuonna 2002. Peipon (2006, 28) mukaan kuudesluokkalaisista neljäsosalla oli vaikeutta saada unta iltaisin ja viidesosa kärsi yöheräilyistä. Yhteensä 60 % kuudesluokkalaisista koki univaikeuksia ja yöheräilemistä vähintään joskus (Peippo 2006, 28). WHO-Koululaistutkimuksen (Tynjälä & Kannas 2004, 158) mukaan 1990-luvun puolivälistä lähtien univaikeudet, kuten harvemmin ilmenevät nukahtamisvaikeudet, ovat lisääntyneet 13- ja 15-vuotiaiden tyttöjen keskuudessa, yöheräilyt jopa kaksinkertaistuneet vuosien 1994 ja 2002 välisenä aikana. Syitä unihäiriöihin ovat muuttuneet nukkumistottumukset, johon vaikuttavat myöhemmäksi siirtyneet televisio-ohjelmat, tietokoneiden ja internetin yleistynyt käyttö sekä nuorten harrastusten sijoittuminen yhä useammin ilta-aikaan (Saarinen 2006). Salosen ym. (2004) mukaan yli kaksi tuntia päivässä television tai tietokoneen äärellä aikaansa kuluttavat nukkuivat selvästi lyhyemmän yön kuin muut samanikäiset. Peren, Riihivirran ja Keskinen (2003) mukaan 58 % kuudesluokkalaisista valvoi katsellen TV:tä tai videoita, noin 10 % pelaten tietokonepelejä tai puhumalla kännykällä. WHO:n (Currie ym. 2006, 108) tutkimuksen mukaan 11-vuotiaista nuorista päivittäin katsoi televisiota kaksi tuntia tai enemmän eniten portugalilaiset nuoret ja vähiten Belgian ranskankielisellä alueella asuvat nuoret. Vuonna 1992 kerätyn WHO-Koululaiskyselyn perusteella univaikeuksiin vaikuttaa nuorten omien kokemusten ja käsitysten mukaan myös muun muassa koulun ilmapiiri ja koulupaineet, erilaiset tunnetilat, kuten jännitys, huolet, surut ja pelot, sekä ulkoisista syistä kivut, säröt ja nukkumisrytmi (Tynjälä & Liinamaa 1995, 98–100).

Peren, Riihivirran ja Keskinen (2003) mukaan 40 % kuudesluokkalaisista tunsivat itsensä usein väsyneeksi koulussa ja 24 % vähintään neljänä kouluaamuna viikossa. Yhteensä 68 % koki olevansa aamuisin väsyneempiä kuin iltapäivisin (Peren, Riihivirta ja Keskinen 2003). 13-vuotiaista 39 % tunsivat itsensä Kokon (2002) mukaan aamuväsyneeksi lähes jokaisena kouluaamuna. Peren, Riihivirran ja Keskinen (2003) sekä Peipon (2006, 28) mukaan pojat kokevat olevansa selvästi väsyneempiä suhteessa tyttöihin, mutta KTL:n (Hoppu ym. 2008, 24) mukaan 7. ja 8.luokkalaisista

tytöt tunsivat kuitenkin itsensä useammin väsyneeksi kuin pojat. Aarosen, Paavosen, Fjällbergin, Soinisen ja Törrösen (2000) tutkimuksen sekä Saarisen (2006) mukaan univaje ja unen huono laatu koululaisilla vaikuttavat negatiivisesti mielialaan ja käyttäytymiseen sekä aiheuttavat ongelmia koulutyössä ja keskittymiskyvyssä. Lisäksi unihäiriöt lisäävät tapaturma-alttiutta (Saarinen 2006).

6 NUORTEN RISKIKÄYTTÄYTYMINEN

Nuorten päihteidenkäyttöä on Suomessa seurattu tarkasti, muun muassa vuosittain toteutettavalla kouluterveyskyselyllä sekä joka toinen vuosi toteutettavalla nuorten terveystapatutkimuksella (Etelä-Suomen lääninhallitus 2005, 12–13). Suomalaisen nuorten päihteidenkäyttöä on kartoitettu myös muun muassa ESPAD-tutkimuksella, joka on eurooppalainen vertaileva tutkimus 15–16-vuotiaiden nuorten alkoholin, huumeiden ja tupakan käytöstä (ESPAD 2003, Etelä-Suomen lääninhallituksen 2005, 13 mukaan). Nuorten päihteidenkäyttöä on tutkittu enemmän yläkouluikäisten osalta. Uusimman ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym. 2007, 160–161) mukaan vuosina 1995–2007 Suomessa on ollut nuorten päihteiden käytön osalta vakaa tilanne ja monien päihteiden käytön muuttujien osalta jopa laskeva trendi. Kaiken kaikkiaan vuosina 1995–2007 suurimmassa osassa ESPAD-tutkimukseen osallistuneista maista on nuorten tupakointi vähentynyt ja alkoholin käyttö viimeisen 30 päivän aikana pysynyt jotakuinkin samana, mutta rankka kertajuominen on lisääntynyt koko ajanjakson ajan (Hibell ym. 2007, 161). Suomalaisen Lääkäriseura Duodeciminin ja Suomen Akatemian (2001) konsensuslausuman mukaan tupakointi, humalajuominen sekä pillerien ja alkoholin sekakäyttö on tällä hetkellä suomalaisten nuorten riskikäyttäytymistä, mutta 1990-luvun jälkeen on alkanut ilmetä myös muita riippuvuusongelmia, kuten tietokone- tai peliriippuvuutta. WHO:n (Currie ym. 2004, 153) mukaan kansainvälisesti tärkeimpiä nuorten seksuaaliterveyden huolenaiheita ovat raskaudet ja sukupuoliteitse tarttuvat taudit. Suomalaisen Lääkäriseura Duodeciminin ja Suomen Akatemian (2001) konsensuslausuman mukaan teiniraskaudet ja yleistyneet sukupuolitaudit ovat osoitus nuorten seksuaalikäyttäytymisen ongelmista myös Suomessa.

6.1 Tupakointi ja siihen vaikuttavat tekijät

Nuorten tupakoinnin sukupuolten välisiä eroja Itävallassa, Belgiassa, Puolassa, Englannissa ja Ruotsissa kartoittaneen tutkimusraportin (Lambert, Hublet, Verduyck, Maes & Van den Broucke, 2002) mukaan tupakoivien nuorten määrä, etenkin tyttöjen, on lisääntynyt viimeisen vuosikymmenen aikana useissa Euroopan maissa. Opinnäytetyömme vertailuun käytetyistä maista tupakkaa polttaa vähintään kerran viikossa eniten suomalaiset 11-, 13- ja 15-vuotiaat nuoret ja vähiten ruotsalaiset nuoret (Unicef 2007, 30). WHO:n (Currie ym. 2006, 120) tutkimuksen mukaan taas vähintään kerran viikossa tupakoivia 11-vuotiaita nuoria on opinnäytetyömme vertailumaista eniten Portugalissa ja vähiten flaaminkielisessä Belgiassa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen (2002, 29) selonteon mukaan on huolestuttavaa, että suomalainen nuori aloittaa tupakointikokeilut nuorempana kuin samanikäiset muualla maailmassa. Kallion ja Jokisen (2001) selvityksen mukaan pieni osa lapsista aloittaa tupakkakokeilut jo 7-8-vuotiaana, mutta yleensä tupakointi aloitetaan 11–17-vuotiaana. Uusimman ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym. 2007, 61) mukaan opinnäytetyömme vertailuun käytetyistä maista espanjalaiset nuoret pitävät tupakan saamista eniten melko helppona tai erittäin helppona ja suomalaiset ja flaaminkieliset belgialaiset vähiten. Vuonna 2007 14-vuotiaat pojat polttivat noin 12 ja tytöt noin 9 savuketta päivässä, joka on noin 1-3 savuketta enemmän kuin 1980-luvun lopulla (Rimpelä ym. 2007, 31). Altistuminen tupakansavulle on vuoden 2005 Nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2005, 40) mukaan nykyään harvinaista Suomessa. Suomalaiset 12–18-vuotiaat nuoret suhtautuvat kaiken kaikkiaan myönteisesti savuttomuuteen ja nuorten mielikuva tupakoinnista on kielteinen (Rimpelä ym. 2005, 54–55).

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen Nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2007, 46) sekä vuoden 2005 kouluterveyskyselyn (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 25) mukaan nuorten päivittäinen tupakointi ja tupakointikokeilut ovat vähentyneet 2000-luvulla. Nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2007, 26) mukaan 10 % 12-vuotiaista tytöistä ja 16 % samanikäisistä pojista ilmoitti kokeilleensa tupakkaa, 14-vuotiaista kokeilemattomat olivat vielä enemmistönä, kun taas 61 % 16-vuotiaista oli

kokeillut tupakkaa. Vuodesta 2005 kokeilut vähenivät merkittävästi 14- ja 16-vuotiailla pojilla, mutta pysyivät lähes samalla tasolla 12-vuotiailla (Rimpelä ym. 2007, 26). 14–18-vuotiaiden tyttöjen tupakkatuotteiden käyttö on kääntynyt laskuun pitkän nousun jälkeen, myös pojilla tupakkatuotteiden käyttö on jatkanut lievää laskuaan (Rimpelä ym. 2007, 27). Nuuskan satunnainen käyttö on suomalaisilla nuorilla vähäistä, ollen Rimpelän (2005) mukaan noin 1 % 12–14-vuotiaista. Myös Euroopan komission (2008, 49) tutkimuksen mukaan nuuskan käyttö on muualla Euroopassa kansanterveyden kannalta vähäinen ongelma. Kansanterveyslaitoksen (Aalto-Setälä, Marttunen & Pelkonen 2003, 6) tutkimuksen mukaan 14–18-vuotiaista pojista tupakoi päivittäin noin 27 % ja tytöistä noin 26 % ja Nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2007, 27) mukaan tupakkatuotteita käyttää päivittäin lähes yhtä suuri osa tytöistä ja pojista, 14–18-vuotiaista pojista 19 % ja tytöistä 20 %. Sekä Rimpelän (2005) että Sosiaali- ja terveysministeriön Nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2007, 27) mukaan päivittäinen tupakointi 12-vuotiaana tai nuorempana on erittäin harvinaista, ollen Kansanterveyslaitoksen (Aalto-Setälä, Marttunen & Pelkonen 2003, 6) tutkimuksen mukaan noin 6 % lapsista. Uusimman ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym. 2007, 64) mukaan päivittäinen tupakointi nuorella iällä on yleisempää Pohjoismaissa kuin välimeren maissa ja koko tutkimuksen keskiarvon mukaan 7 % vastaajista ilmoitti aloittaneensa päivittäisen tupakoinnin 13-vuotiaana tai nuorempana.

Nuorten terveystapatutkimuksessa kysyttiin vuonna 2007 (Rimpelä ym. 2007, 48) ensimmäisen kerran nuorten omaa käsitystä tupakkariippuvuudestaan ja kyselyn mukaan puolet 14–16-vuotiaista päivittäin tupakoivista tytöistä ja hieman useampi pojista ajatteli olevansa tupakoinnista riippuvainen, mutta kun riippuvuutta arvioitiin Fagerströmin mittarissa käytetyllä heräämisen ja ensimmäisen savukkeen välistä aikaa mittaavalla kysymyksellä, nikotiiniriippuvaisten osuus jäi hieman alle 40 % kaikista päivittäin tupakoivista 14–18-vuotiaista nuorista. Noin 12 % alaikäisistä on käyttänyt nikotiinikorvaushoitotuotteita väärin niin, että tuotteet ovat korkeintaan edesauttaneet riippuvuuden syntymistä (Rimpelä ym. 2007, 35).

Nuorten tupakointi on seurausta moninaisista vaikutteista ja Lambertin ym. (2002) sukupuolten välisiä eroja kartoittaneen tutkimusraportin mukaan sekä tyttöjen että poikien tupakointiin liittyy muun muassa taskurahan määrä, muu riskikäyttäytyminen sekä vahva yhteenkuuluvuuden tunne ystävien kanssa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kaikissa tutkimukseen osallistuneissa maissa poikien tupakointiin liittyy aamuväsyneisyys ja tyttöjen tupakointiin heikot akateemiset saavutukset sekä sairaudentunne. Tutkimuksen mukaan molemmat sukupuolet käyttävät tupakointia negatiivisten tunteiden kanssa selviämiseen. (Lambert ym., 2002.) Korrelaatio vanhempien tupakoinnin vaikutuksesta nuorten tupakointiin on heikko kun taas sisarusten ja ystävien tupakoinnilla näyttäisi olevan vahvempi vaikutus nuoren tupakointiin (Avenivoli & Merikangas 2003, Risen 2004, 130 mukaan).

6.2 Alkoholin käyttö ja siihen vaikuttavat tekijät

Kansanterveyslaitoksen (Aalto-Setälä, Marttunen & Pelkonen 2003, 6) mukaan alkoholi on suomalaisnuorten valtapäihde. Euroopan komission (2003, 46–48) eurobarometrin mukaan eurooppalaiset nuoret aloittavat alkoholikokeilut keskimäärin 14.57-vuotiaana ja saman tutkimuksen mukaan suomalaiset nuoret kokeilevat alkoholia ensimmäisen kerran Euroopan maiden keskiarvoa myöhemmin eli 15,74-vuotiaana kun taas WHO:n (Currie ym. 2006, 128) tutkimuksen mukaan opinnäytetyömme vertailuun kuuluvista maista suomalaiset 15-vuotiaat nuoret ovat raportoineet olleensa humalassa 13-vuotiaana tai sitä nuorempana eniten ja portugalilaiset vähiten. Vuoden 2007 (Hibell ym., 78) ESPAD-tutkimuksen mukaan pojat kokeilevat tyttöjä useammin alkoholia 13-vuotiaana tai nuorempana ja on selvää, että useimmissa ESPAD-maissa nuoret ovat kokeilleet alkoholia ensimmäisen kerran hyvin varhaisella iällä. Euroopan komission (2003, 46–48) raportin mukaan alkoholikokeiluiden aloitusikä onkin jatkuvasti ollut laskusuunnassa Euroopan maissa.

Opinnäytetyömme vertailuun käytetyistä maista humalassa kaksi kertaa tai enemmän olleita nuoria on suomessa eniten ja espanjassa vähiten (Unicef 2007, 30) kun taas WHO:n (Currie ym. 2006, 132) tutkimuksen mukaan humalassa kaksi kertaa tai enemmän olleita 11-vuotiaita nuoria on opinnäytetyömme vertailumaista eniten ranskankielisessä Belgiassa ja vähiten Ruotsissa. ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym.

2003, 206) mukaan suomalaisten 15–16-vuotiaiden nuorten osuus, jotka ovat juoneet alkoholia viimeisen 12 kuukauden aikana, on karkeasti sama kuin kaikkien ESPAD-maiden keskiarvo, kun taas humalajuominen on huomattavasti ESPAD-maiden keskiarvoa yleisempää. Uudemman ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym. 2007, 73) mukaan humalassa viimeisen kahdentoista kuukauden aikana olleita nuoria on opinnäytetyömme vertailuun käytetyistä maista eniten Espanjassa ja Suomessa ja vähiten Portugalissa. WHO:n (Currie ym. 2006, 124) tutkimuksen mukaan taas vähintään kerran viikossa juovien 11-vuotiaiden osuus on Suomessa ja Espanjassa opinnäytetyömme vertailumaiden alhaisimpia. Sosiaali- ja terveysministeriön Nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2007, 38) mukaan vuonna 2007 1 % suomalaisista 12-vuotiaista pojista ja 2 % tytöistä ilmoitti juovansa ainakin pieniä määriä alkoholia vähintään kerran kuukaudessa, mutta vähintään kerran viikossa juominen ja humalajuominen ovat 12-vuotiailla harvinaista. Vuoden 2007 nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2007, 38) mukaan 14-vuotiaista pojista 13 % ja tytöistä 19 % joi ainakin pieniä määriä alkoholia vähintään kerran kuukaudessa, mutta usein juovia oli vähän ja tosihumalaan kerran kuukaudessa tai useammin juovia 14-vuotiaita poikia oli 4 % ja tyttöjä 6 %. Vuonna 2007 sekä viikoittain juovien että tosihumalaan kuukausittain juovien 14–18-vuotiaiden nuorten osuudet ovat laskeneet molemmissa sukupuolissa (Rimpelä ym. 2007, 38, 40). Euroopan komission (2003, 42) raportin mukaan eurooppalaiset 15–24-vuotiaat nuoret juovat alkoholia keskimäärin 10,92 päivää kuukaudesta ja samassa ikäryhmässä myös kokonaisalkoholin kulutus on suurinta verrattuna vanhempiin ikäluokkiin. Rimpelän (2005) mukaan sairaalahoitoon johtaneita alkoholimyrkytyksiä todettiin suomalaisilla nuorilla vuonna 2002 alle 15-vuotiailla 243 tapausta ja 289 tapausta 15–19-vuotiailla.

Nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2007, 49) mukaan nuorten raittius on kaikesta huolimatta lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä molemmilla sukupuolilla ja toistuva alkoholin käyttö sekä humalajuominen ovat laskusuunnassa kaikissa ikäryhmissä. Stakesin kouluterveyskyselyn (2007) mukaan valtaosa eli 42 % 8.-9.luokkalaisista ei käytä lainkaan alkoholia. Vuoden 2007 (Hibell ym, 68) ESPAD-tutkimuksen mukaan 14 % kaikista vastaajista ilmoitti, ettei ollut kokeillut lainkaan alkoholia. 12–14-vuotiaat nuoret suhtautuvat kuitenkin alkoholiin myönteisemmin

kuin ennen ja nykyään yhä useampi nuori pitää alkoholia osana normaalia elämää (Rimpelä ym. 1999, Salosen ym. 2004, 563–569 mukaan). Uusimman ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym. 2007, 81–82) mukaan 78 % nuorista pitääkin alkoholia helposti saatavilla olevana. Crumin ym. (2008, 706) tekemän tutkimuksen mukaan lasten ja nuorten lisääntyneen alkoholin käytön riskin alttiuteen vaikuttaa muun muassa perheen tulot lapsuudessa, huoltajien runsas alkoholin kulutus sekä ystävien alkoholin käyttö. Tutkimuksen mukaan mahdollinen selitys näille taustavaikuttajille on se, että lapset ja nuoret käyttävät alkoholia henkisen kuormituksen vähentämiseen (Sher & Levenson 1982, Rutledge & Sher 2001, Crumin ym. 2008, 706 mukaan).

6.3 Huumeiden käyttö ja sosiaalinen altistuminen huumeille

Stakesin (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 22) vuoden 2005 kouluterveyskyselyn sekä Rimpelän (2005) mukaan nuorten huumeokeilut ovat harvinaistuneet vuoden 2001 jälkeen. Kansanterveyslaitoksen (Aalto-Setälä, Marttunen & Pelkonen 2003, 7) selvityksen mukaan huumeokeilut ovat yleisimpiä tupakoivien ja toistuvasti alkoholia humalaan saakka käyttävien nuorten keskuudessa ja huumeiden käyttö keskittyy suuriin kaupunkeihin, Etelä-Suomeen ja on yleisintä pääkaupunkiseudulla. Myös Unicefin (2007, 31) tutkimuksen sekä ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym. 2007, 97) mukaan riskikäyttäytyminen kasaantuu yleensä tiettyihin yksilöihin ja Lambertin ym. (2002) tutkimusraportin mukaan esimerkiksi tupakointi liittyy usein muiden substanssien kuten alkoholin, kannabiksen sekä nuuskan käyttöön. Sosiaali- ja terveysministeriön (2002, 30) selonteon sekä ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym. 2007, 88) mukaan nuorten eniten käyttämä huumausaine on kannabis, jota viimeisen vuoden aikana raportoi käyttäneensä opinnäytetyömme vertailuun kuuluvista maista eniten espanjalaiset nuoret ja vähiten suomalaiset ja ruotsalaiset nuoret (Unicef 2007, 30). ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym. 2007, 83) mukaan espanjalaisista nuorista 55 % pitää kannabiksen hankkimista melko helppona tai erittäin helppona kun taas suomalaisista nuorista samaa mieltä on vain 12 %. Marihuanaa/hasista on suomalaisista 8.-9.luokkalaisista nuorista kerran kokeillut 2 % ja haisteltavia huumaavia aineita, kuten liimaa ja tinneriä, 4 % (Stakes 2007). Stakesin vuoden 2007 kouluterveyskyselyn mukaan 1-2 % 8.-9.luokkalaisista nuorista on kokeillut kovia huumeita kuten heroiinia, kokaiinia ja ekstaasia. ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym.

2003, 206) mukaan suomalaisista nuorista 12 % on raportoinut käyttäneensä alkoholin ja lääkkeiden yhdistelmää, kun ESPAD-maiden keskiarvo on vain 7 %. Vuoden 2007 (Hibell ym., 97, 105) ESPAD-tutkimuksen mukaan taas alkoholia ja lääkkeitä yhdessä käyttäneitä nuoria on suomessa noin 9 %, joka on melko lähellä kaikkien ESPAD-maiden keskiarvoa, mutta suomessa tytöistä noin 8 % enemmän kuin pojista on käyttänyt alkoholin ja lääkkeiden yhdistelmää päihtymistarkoituksessa, joka on yksi suurimmista sukupuolieroista ESPAD-maissa. Stakesin (2007) mukaan nuorten enemmistön suhtautuminen huumaaviin aineisiin on kuitenkin kaiken kaikkiaan kielteinen ja Sosiaali- ja terveysministeriön (2002, 30) selonteon mukaan huumeiden käyttö on Suomessa vielä vähäistä verrattuna muihin EU-maihin. Rimpelän (2005) mukaan vuonna 2002 huumausaineiden aiheuttamia sairaalahoitoja oli viidellä alle 15-vuotiaalla ja 15–19-vuotiailla 220 kappaletta.

Nuorten terveystapatutkimuksessa (Rimpelä ym. 2007, 51) on kartoitettu sitä, kuinka monta huumeidenkäyttäjää nuori tietää ja miten ja ketä huumeita on nuorelle tarjonnut. Ainakin yhden huumeekokeilijan tuttaviansa keskuudessa tietävien 14–18-vuotiaiden suomalaisten osuus lisääntyi selvästi vuoden 1987 jälkeen aina vuoteen 2001 asti, jonka jälkeen osuus lähti laskuun vuoteen 2005 saakka ja sen jälkeen lasku pysähtyi (Rimpelä ym. 2007, 42). Vuonna 2007 hieman vajaa puolet 16–18-vuotiaista tytöistä ja 40 % pojista tiesi vähintään yhden huumaavia aineita viimeksi kuluneen vuoden aikana kokeilleen tuttavansa, mutta 12-vuotiaista vain muutama prosentti tiesi jonkun tuttavansa käyttäneen huumeita (Rimpelä ym. 2007, 42). Stakesin kouluterveyskyselyn (2007) mukaan viimeksi kuluneen vuoden aikana 89 %:lle 8.-9.luokkalaisista nuorista ei ollut tarjottu huumeita, mutta Nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2007, 43) mukaan noin joka 20:lle 14-vuotiaalle ja yksittäisille 12-vuotiaillekin oli huumeita tarjottu. Sekä kouluterveyskyselyn (2007) että Nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2007, 43) mukaan valtaosa tarjonnasta tulee ystäviltä tai tuttavilta. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian (2001) konsensuslausuman mukaan sosiaalinen altistuminen huumeille onkin huomattavasti yleisempää kuin huumeiden käyttö nuorten keskuudessa.

6.4 Seksuaalikäyttäytyminen

Yhdysvaltalaisista nuorista tehdyn tutkimuksen mukaan kouluikäiset lapset ja nuoret altistuvat usein seksuaalisiin viesteihin ja toimiin, jotka ovat hämmäntäviä ja saattavat olla haitallisia nuorten terveydelle ja hyvinvoinnille (Rew & Bowman 2008, 19). Tutkimusten mukaan on näyttöä siitä, että kattava seksuaalikasvatus voi pienentää raskaustilastoja ja tarjota nuorille asenteita ja taitoja, jotka voivat suojella heitä riskialttiilta seksuaalikoemuksilta (McBride & Gienapp, 2000, Rewn & Bowmanin 2008, 23 mukaan) ja jo varhain ala-asteella alkavalla seksuaalikasvatuksella on erittäin tärkeä merkitys nuorten seksuaalisuuteen vaikuttamisessa (Martin ym. 2005, 365). Suomessa terveystietoa opetetaan 5-6 vuosiluokalla osana biologiaa ja maantietoa sekä fysiikkaa ja kemiaa. 5-6 vuosiluokan biologian opetuksessa on tavoitteena, että oppilas oppii muun muassa tunnistamaan murrosiän tunnuspiirteitä ja muutoksia, ymmärtämään ihmisen seksuaalisuutta ja lisääntymistä, arvostamaan ja suojelemaan omaa kehoa sekä ymmärtämään seksuaalisen kehityksen yksilölliset vaihtelut. (Opetushallitus 2004, 119–121.) Stakesin vuoden 2007 kouluterveyskyselyn mukaan peruskoulun 8. ja 9.luokkalaisilla 20 %:lla on huonot tiedot seksuaaliterveydestä. Rimpelän (2005) mukaan teini-ikäisten raskauden keskeytykset ovat lisääntyneet vuodesta 1994 lähtien. Sosiaali- ja terveysministeriön (2007, 98) selvityksen perusteella alaikäisten keskeytysten sekä synnytysten määrät ovat kuitenkin lähteneet nousuvaiheen jälkeen laskuun vuoden 2002 jälkeen. Rimpelän (2005) mukaan abortit ovat Suomessa edelleen muihin maihin verrattuna harvinaisia ja alle 15-vuotiaiden raskaudet erittäin harvinaisia. Keskeytystilastojen perusteella jälkiehkäisyyn itsehoidoksi vapauttamisella ei ole ollut toivottua vaikutusta nuorten raskauden keskeytystarpeeseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 100).

Suhteellisen suuri osa suomalaisista nuorista ei käytä ehkäisyä Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian (2001) konsensuslausuman mukaan. Vuonna 2006 raskauden keskeytykseen hakeutuneista alle 20-vuotiaista nuorista 43 % ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä raskaaksi tullessaan ja peruskouluikäisistä 15–18 % jättää kokonaan ehkäisemättä (Stakes 2007). Myös Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Akatemian (2001) konsensuslausuman mukaan joka viides

yhdynnässä olleista kahdeksaluokkalaisista ei ollut käyttänyt ehkäisyä edellisessä yhdynnässään. Unicefin (2007, 31) tutkimuksen mukaan opinnäytetyömme vertailuun käytetyistä maista 15-vuotiaat espanjalaiset nuoret ovat raportoineet käyttäneensä kondomia edellisessä yhdynnässä eniten ja suomalaiset ja ruotsalaiset vähiten. Myös WHO:n (Currie ym. 2006, 152) tutkimuksessa todetaan, että suomalaiset ja ruotsalaiset nuoret ovat raportoineet käyttäneensä kondomia edellisessä yhdynnässä vähiten opinnäytetyömme vertailumaista. Kondomi on kuitenkin käytetyin nuorten ehkäisymenetelmä Suomessa (STM 2007, 99). Öhmanin, Lehtisen, Koskelan, Surcelin ja Paavolan (2006, 8), Rimpelän (2005) sekä Sosiaali- ja terveysministeriön (2002, 28) selonteon mukaan klamydiainfektiot ovat lisääntyneet erityisesti 15–19-vuotiaiden nuorten keskuudessa. Öhmanin ym. (2006, 8) mukaan huomattava osa infektioista on nuorilla naisilla ja Rimpelän (2005) mukaan neljä viidesosaa klamydiatapauksista todetaan tytöillä. Vuonna 2005 32 % naisten infektioista todettiin 15–19-vuotiailla, kun taas saman ikäryhmän miesten infektio-osuus oli vain 13 % (Öhman ym. 2006, 8). Tippuri on vähentynyt koko 1990-luvun ajan ja nykyisin sitä todetaan suomalaisilla nuorilla vuosittain vain noin 15:llä 15–19-vuotiaista, syfilis- ja HIV-tartuntoja on tässä ikäryhmässä ollut vain muutamia (Rimpelä 2005).

7 TYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Työmme tarkoituksena on kartoittaa jo olemassa olevan kyselyn ja kirjallisuuskatsauksen pohjalta luodun kyselylomakkeen avulla suomalaisten ja espanjalaisten alakouluikäisten terveyttä, terveystyöskäytymistä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä.

Tutkimusongelmamme ovat:

1. Millainen on 11-vuotiaiden suomalaisten ja espanjalaisten nuorten terveys ja hyvinvointi?
2. Millaista on 11-vuotiaiden suomalaisten ja espanjalaisten nuorten terveystyöskäytymisen?

3. Mitkä tekijät vaikuttavat 11-vuotiaiden suomalaisten ja espanjalaisten nuorten hyvinvointiin, terveyteen ja terveystäytymiseen?

8 TYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Opinnäytetyömme on tutkimusstrategialtaan Survey-tutkimus, joka tarkoittaa muun muassa sellaisia kyselyn muotoja, joissa aineistoa kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tietystä perusjoukosta. Jokaiselta tutkimukseen osallistuvalla yksilöltä kysytään tietoja täsmälleen samalla tavalla. Kysymyslomakkeiden avulla voidaan kerätä tietoja muun muassa tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, asenteista, uskomuksista ja mielipiteistä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 182–186.) Olemme tehneet uuden kyselylomakkeen yhdessä toisen opinnäytetyöryhmän kanssa, joka tutkii samaa asiaa, mutta 14-vuotiaiden nuorten osalta (LIITE 1). Espanjalaiset vastaajat ovat vastanneet sisällöllisesti yhtenevään kyselyyn kuin suomalaiset, mutta englanninkielisenä. Kyselylomakkeessa on käytetty sekä strukturoituja että puolistrukturoituja monivalintakysymyksiä ja avoimia kysymyksiä.

8.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Kyselyyn vastasi Suomessa Salvelanrinteen, Koroisten, Ohkolan, Kaarinan, Valkeavuoren ja Nilsiän koulun 11-, 12- ja 13-vuotiaat oppilaat sekä espanjalaisen I.E.S Juan de Herreran koulun 12-vuotiaat oppilaat. Tutkimukseen osallistui yhteensä 126 oppilasta kyseisistä kouluista, joista kolme kyselylomaketta hylättiin vastausten epäluotettavuuden vuoksi. Aineisto kerättiin kevään ja syksyn 2009 aikana. Tutkimukseen osallistujat valittiin koulukohtaisesti koulun sisällä. Tutkimusaineiston keruu suoritettiin pääosin elektronisessa muodossa luomalla kyselylomake sähköiseen muotoon Digium Enterprise Internet-pohjaista ohjelmistopalvelua käyttäen. Kyselylomake koostui 50 kysymyksestä, joista 8 oli puolistrukturoituja ja 4 avoimia kysymyksiä. Kyselyn alussa oli tutkimuksesta informaatiota antava saate oppilaille, joka tehtiin tarkoituksella tiiviiksi oppilaiden kiinnostuksen ylläpitämiseksi kyselyä

kohtaan. Kaksi tutkimukseen osallistuneista kouluista vastasi kyselyyn paperimuodossa (n=41).

8.2 Aineiston analyysi

Kerätty aineisto analysoitiin SPSS 15- ja 16 – aineistonanalyysiohjelmaa käyttäen. SPSS-analyysiohjelman avulla voidaan suorittaa tutkimusaineistolle muun muassa tilastollisia analyyseja sekä tuottaa graafisia esityksiä (Rasi, Lepola, Muhli & Kanniainen 2007, 3). Suomalaiset ja espanjalaiset vastaustiedot siirrettiin erillisinä tiedostoina Digium Enterprisestä Microsoft Excel-ohjelmaan, johon lisättiin manuaalisesti paperisten kyselylomakkeiden vastaustiedot. Excel-ohjelmasta tiedot siirrettiin SPSS - aineistonanalyysiohjelmaan, jossa muuttujat luokiteltiin ja käsiteltiin. Keskeisimmille aihealueille tehtiin syventäviä analyyseja ja yhdeksi keskeisemmäksi muuttujaksi nousi muun muassa sukupuoli, jota tarkasteltiin myös graafisesti. Kysymysten toimivuuden testaamiseksi ja tutkimuksen reliabiliteetin määrittämiseksi tehtiin reliabiliteettiajo, jonka perusteella kuuden kysymyksen vastausvaihtoehdot käännettiin muiden kysymysten vastausvaihtoehtojen kanssa samansuuntaisiksi (Yli-Luoma 2004, 69–79). Järjestysasteikollisille muuttujille määriteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimet ja tilastolliset merkitsevyydet suomalaisen aineiston osalta. Muita muuttujia vertailtiin keskenään ristiintaulukoinnilla, Chi-square testillä ja tarvittaessa Mann-Whitneyn U-testillä. Espanjalaista aineistoa analysoitiin ainoastaan ristiintaulukoimalla, koska otoskoon pienuuden vuoksi korrelaatiokertoimet ja tilastolliset merkitsevyydet eivät olisi antaneet oikeanlaista informaatiota. Analysoinnin jälkeen tulokset kirjoitettiin auki ja keskeisimmistä tuloksista tehtiin johtopäätöksiä.

9 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselyyn vastasi yhteensä 99 suomalaista oppilasta kuudesta eri koulusta. Vastaajista 37 % oli Nilsiäen yhtenäiskoulusta, 19 % Salvelanrinteen koulusta, 14 % Ohkolan koulusta, 25 % Valkeavuoren koulusta, 1 % Kaarinan koulusta ja 3 % Koroisten koulusta, joka on osa Salvelanrinteen koulua. Kyselyyn vastasi 27 oppilasta IES Juan

de Herreran koulusta Espanjasta. Kyselyyn vastanneista suomalaisista 56,6 % oli poikia ja 43,4 % tyttöjä. Tutkimuksemme osallistujien ikäjakauma koostui 11-, 12- ja 13-vuotiaista koululaisista. Pääosa suomalaisista vastanneista eli 68,7 % oli 11-vuotiaita, 12-vuotiaita oli 30,3 % ja yksi vastanneista oli 13-vuotias. Kaikki espanjalaiset vastaajat olivat 12-vuotiaita, joista tyttöjä oli 16 ja poikia 11.

9.1 Perheenjäsenet, käyttöraha ja koulumatka

Vastaajien perheeseen kuului yleisimmin äiti, isä ja sisarus/ sisaruksia. Suomalaisista vastaajista 78,8 %:lla (n=78) oli sekä äiti että isä ja 83,8 %:lla (n=83) sisarus tai sisaruksia. Perheeseen kuului 16,2 %:lla suomalaisista vastaajista (n=16) äiti tai isä ja 2,0 %:lla (n=2) äitipuoli ja 4,0 %:lla (n=4) isäpuoli. Sisaruspuoli/sisarupuolia oli perheessä 6,1 %:lla (n=6). Lisäksi 12,1 % suomalaisista vastaajista (n=12) ilmoitti perheeseen kuuluvan jonkun muun kuten lemmikit (f=7), mummin (f=1) ja sijoituslapsen (f=1). Espanjalaisten vastaajien perheeseen kuului sekä äiti että isä tai sisarus/sisaruksia 92,6 %:lla (n= 25) vastaajista. Vastaajista 3,7 %:lla (n= 1) perheeseen kuului myös isovanhemmat.

Yleisin käyttörahan määrä viikossa oli suomalaisilla vastaajilla 10 euroa tai alle, joka oli käytössä 62,9 %:lla vastanneista (n=97). Suomalaisista vastaajista 11,3 %:lla käyttörahan määrä viikossa oli 20 euroa tai alle ja 15,5 %:lla yli 30 euroa. Merkittäviä eroja sukupuolten välillä ei käyttörahan määrän suhteen esiintynyt lukuun ottamatta suurempia käyttörahan määriä. Suomalaisista tytöistä 18,6 %:lla käyttörahan määrä viikossa oli 20 euroa tai alle kun poikien osuus oli vain 5,6 %. Vastaavasti pojista 18,5 %:lla oli viikossa käytössään yli 30 euroa tyttöjen osuuden ollessa 11,6 %. Myös espanjalaisilla vastaajilla yleisin käyttörahan määrä viikossa oli 10 euroa tai alle, joka oli käytössä 74,1 %:lla vastanneista (n=27). Espanjalaisista vastanneista 22,2 %:lla käyttörahan määrä viikossa oli 20 euroa tai alle. Merkittävää eroa sukupuolten välillä ei esiintynyt espanjalaisten vastaajien kesken.

Yleisin koulumatkan kulkemisen tapa oli suomalaisilla vastaajilla koulukyyti tai julkinen kulkuneuvo, kävely ja pyörä tai mopo. Vastanneista 24,7 % kulki koulukyydillä tai julkisella ajoneuvolla, 28,0 % käveli ja 36,6 % kulki pyörällä tai

mopolla (n=93). Suomalaiset pojat kulkivat useammin pyörällä tai mopolla kun taas tytöt kävelivät poikia useammin koulumatkansa (kuvio 1). Espanjalaisilla vastaajilla yleisin koulumatkan kulkemisen tapa oli koulukyyti tai julkinen ajoneuvo, kävely ja vanhempien tai jonkun muun auto. Vastaajista 33,3 % kulki koulumatkansa kävellessä, 40,7 % vanhempien tai jonkun muun autolla ja 25,9 % koulukyydillä tai julkisella ajoneuvolla (n=27). Tulosten perusteella espanjalaiset tytöt kulkivat poikia useammin koulumatkansa koulukyydillä tai julkisella ajoneuvolla kun taas pojat kävelivät tyttöjä useammin koulumatkansa.



Kuvio 1. Suomalaisen vastaajien koulumatkojen kulkeminen.

9.2 Terveydentila

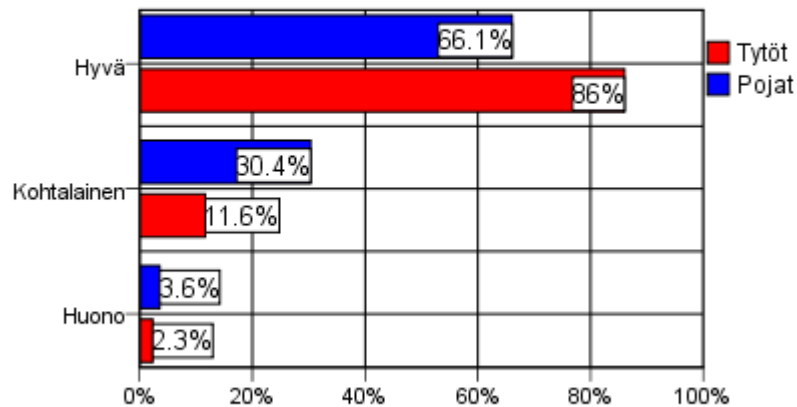
Enemmistö suomalaisista vastaajista eli 74,7 % (n=74) koki terveydentilansa hyväksi. Vastaajista 22,2 % koki terveydentilansa kohtalaiseksi ja 3,0 % huonoksi. Tulosten perusteella suomalaiset tytöt kokivat poikia useammin terveydentilansa hyväksi ja pojat tyttöjä useammin kohtalaiseksi tai huonoksi (kuvio 2) ja koetun terveydentilan ja sukupuolen välillä oli jokseenkin merkitsevä riippuvuus ($p=0,027$). Suomalaisista vastaajista 1,0 %:lla oli diabetes, 8,1 %:lla toistuvia päänsärkyjä ja 4,0 %:lla toistuvia vatsakipuja. Vastaajista 22,2 %:lla esiintyi astmaa ja/tai allergioita, jota esiintyi pojista

neljällätoista ja tytöistä kahdeksalla. Muiden sairauksien tai oireiden osalta sukupuolierot olivat vähäisiä suomalaisessa aineistossa. Suomalaisista vastaajista 13,1 %:lla (n=13) esiintyi jokin muu sairaus tai oire, joita olivat muun muassa migreeni (f=1), epileptiset oireet (f=1), sydämen sivuääni (f=1), nenäverenvuoto (f=1) sekä yskä (f=2). Vastaajista 51,5 %:lla ei ollut mitään edellä mainituista oireista tai sairauksista. Oireilun osalta sukupuolen ja toistuvien vatsakipujen ja toistuvien päänsärkyjen välillä ei ollut suomalaisessa aineistossa tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta ($p>0,05$).

Kaikki espanjalaiset vastaajat (n= 27) kokivat terveydentilansa joko hyväksi tai kohtalaiseksi. Hyväksi terveydentilansa koki 48,1 % (n= 13) ja kohtalaiseksi 51,9 % (n= 14) vastaajista. Sukupuolierot terveyden kokemisessa olivat hyvin vähäisiä. Espanjalaisista vastaajista 29,6 %:lla (n= 8) oli astmaa ja/tai allergioita eikä kenelläkään vastaajista esiintynyt diabetesta. Toistuvia päänsärkyjä oli 25,0 %:lla (n= 4) ja toistuvia vatsakipuja 31,3 %:lla (n= 5) tytöistä. Espanjalaisista pojista kukaan ei ilmoittanut kärsivänsä toistuvista päänsäryistä tai vatsakivuista. Vastaajista yhdellä ilmeni jokin muu sairaus tai oire, joka oli alopecia areata eli läiskittäistä hiusten ja karvojen lähtöä aiheuttava ihosairaus.

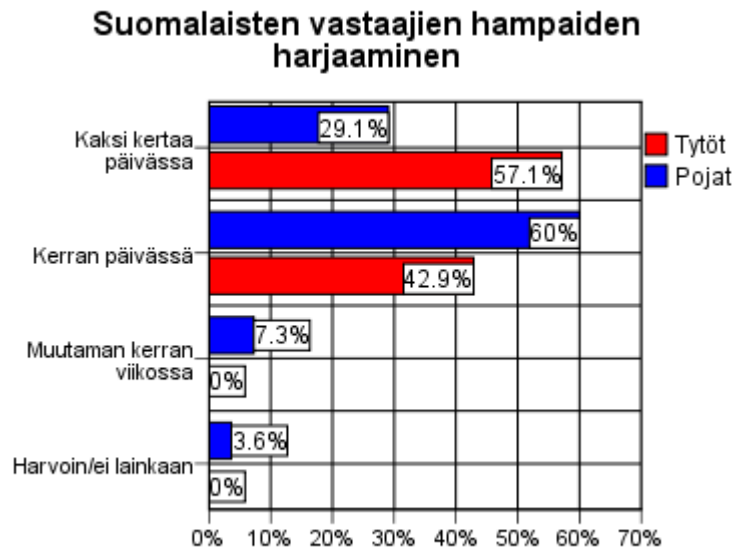
Vastanneista suomalaisista enemmistö eli 39,2 % (n=38) kuvasi mielialansa tyytyväiseksi. Onnelliseksi itsensä kuvasi vastaajista 32,0 % (n=31). Espanjalaisista vastaajista 59,3 % (n= 16) koki mielialansa onnelliseksi ja 40,7 % (n= 11) tyytyväiseksi. Kukaan espanjalaisista vastaajista ei kokenut mielialaansa surulliseksi tai masentuneeksi. Vastausten perusteella suomalaiset pojat kokivat hieman tyttöjä useammin mielialansa onnelliseksi ja tytöt taas poikia useammin masentuneeksi. Tilastollisesti sukupuolen ja mielialan välillä ei kuitenkaan ollut merkitsevää riippuvuutta ($p=0,166$). Sen sijaan suomalaisessa aineistossa ystävien määrällä oli vahva positiivinen korrelaatio ($r=0,734$) mielialan kanssa, joka oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,0001$). Vastausten perusteella ystävien määrän lisääntyessä mieliala koetaan siis paremmaksi.

Suomalaisten vastaajien koettu terveydentila



Kuvio 2. Suomalaisten vastaajien koettu terveydentila.

Suomalaista vastaajista 41,2 % (n=97) ilmoitti harjaavansa hampaansa suositusten mukaisesti kaksi kertaa päivässä. Kuitenkin jopa 52,6 % harjasi hampaansa ainoastaan kerran päivässä. Suomalaisista tytöistä 57,1 % harjasi hampaansa kaksi kertaa päivässä poikien osuuden ollessa 29,1 %. Vastaavasti pojista suurempi osuus tyttöihin verrattuna harjasi hampaansa vain kerran päivässä (kuvio 3). Vastanneista suomalaisista tytöistä kaikki ilmoittivat harjaavansa hampaansa vähintään päivittäin kun pojista kuusi ilmoitti harjaavansa hampaansa vain muutaman kerran viikossa tai harvoin/ei lainkaan. Sukupuolen ja hampaiden harjaamisen välillä oli tilastollisesti merkitsevä riippuvuus (p=0,002) suomalaisessa aineistossa. Espanjalaisten vastaajien suositusten mukainen hampaiden harjaaminen oli hyvää, sillä vastaajista 81,5 % ilmoitti harjaavansa hampaansa kaksi kertaa päivässä (n=27). Tulosten perusteella espanjalaisten poikien hampaiden harjaaminen oli kuitenkin heikompaa tyttöihin verrattuna, sillä pojista 63,6 % harjasi hampaansa kahdesti päivässä tyttöjen osuuden ollessa jopa 93,8 %.



Kuvio 3. Suomalaisten vastaajien hampaiden harjaaminen.

9.3 Pituus, paino ja koettu paino

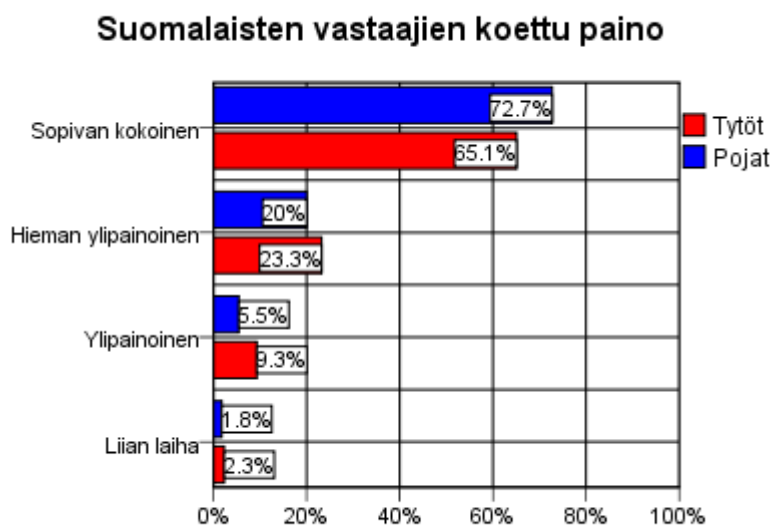
Suomalaisten tyttöjen pituuden keskiarvo oli 152 cm ja painon keskiarvo 43 kg poikien pituuden keskiarvon ollessa 151 cm ja painon 44 kg (taulukko 1). Espanjalaisten tyttöjen pituuden keskiarvo oli 155 cm ja painon keskiarvo 45 kg poikien pituuden keskiarvon ollessa 157 cm ja painon keskiarvon 47 kg.

Taulukko 1. Suomalaisten vastaajien pituus ja paino sukupuolittain.

		pituus (cm)			paino (kg)		
		Keskiarvo	Maksimi	Minimi	Keskiarvo	Maksimi	Minimi
sukupuoli	tyttö	152	165	136	43	64	30
	poika	151	166	132	44	68	26

Suomalaisista vastaajista pääosa eli 69,4 % (n=98) koki olevansa sopivan painoinen. Hieman ylipainoiseksi itsensä koki suomalaisista vastaajista 21,4 % ja ylipainoiseksi

7,1 %. Lisäksi kaksi vastanneista koki olevansa alipainoinen. Suomalaisista pojista 72,7 % piti itseään sopivan kokoisena tyttöjen osuuden ollessa 65,1 %. Suomalaisista tytöistä hieman suurempi osuus (23,3 %) piti itseään myös hieman ylipainoisena poikiin (20,0 %) verrattuna (kuvio 4). Tilastollisesti sukupuolella ja koetulla painolla ei ollut merkitsevää riippuvuutta ($p=0,391$) suomalaisessa aineistossa. Myös pääosa espanjalaista vastaajista eli 70,4 % koki olevansa sopivan painoinen ($n=27$). Hieman ylipainoiseksi itsensä koki 22,2 %. Tulosten perusteella espanjalaiset tytöt kokivat poikia enemmän itsensä sopivan painoiseksi, sillä pojista jopa 45,5 % koki olevansa hieman ylipainoinen tyttöjen vastaavan osuuden ollessa vain 6,2 %.



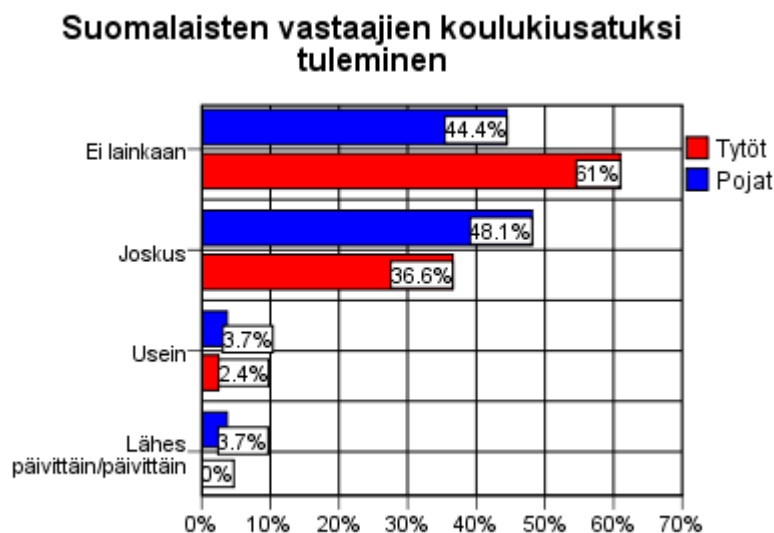
Kuvio 4. Suomalaisien vastaajien koettu paino.

9.4 Koulutyö

Tutkimukseen vastanneista suomalaisista pääosa eli 47,5 % viihtyi koulussa hyvin ($n=99$) ja 44,4 % kohtalaisesti. Suomalaisista tytöistä 65,1 % viihtyi koulussa hyvin kun vastaava poikien osuus oli 33,9 %. Kohtalaisesti koulussa viihtyvien poikien suhteellinen osuus taas oli tyttöjä suurempi. Suomalaiset pojat näyttävätkin viihtyvän tyttöjä huonommin koulussa, sillä hyvin koulussa viihtyvien poikien osuus oli tyttöjä alhaisempi ja vastaavasti kohtalaisesti viihtyvien osuus suurempi tyttöihin verrattuna.

Lisäksi pojista 8,9 % ei viihtynyt koulussa lainkaan. Kouluviihtyvyydellä ja sukupuolella oli myös tilastollisesti erittäin merkitsevä riippuvuus ($p=0,001$) suomalaisessa aineistossa. Lisäksi suomalaisessa aineistossa kouluviihtyvyydellä oli kohtalainen positiivinen korrelaatio koulukiusatuksi tulemisen kanssa ($r=0,328$), joka oli tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p=0,001$) sekä heikko positiivinen korrelaatio kiusaamisen kanssa ($r=0,212$), joka oli tilastollisesti jokseenkin merkitsevä ($p=0,038$). Tulosten perusteella kouluviihtyvyys näyttää siis alenevan kiusaamisen sekä kiusatuksi tulemisen lisääntyessä. Tutkimukseen vastanneista espanjalaisista suurin osa eli 40,7 % viihtyi myös koulussa hyvin ja 44,4 % kohtalaisesti ($n=27$). Tulosten perusteella espanjalaiset pojat viihtyivät koulussa kuitenkin tyttöjä hieman paremmin, sillä pojista 45,5 % viihtyi koulussa hyvin tyttöjen osuuden ollessa 37,5 %.

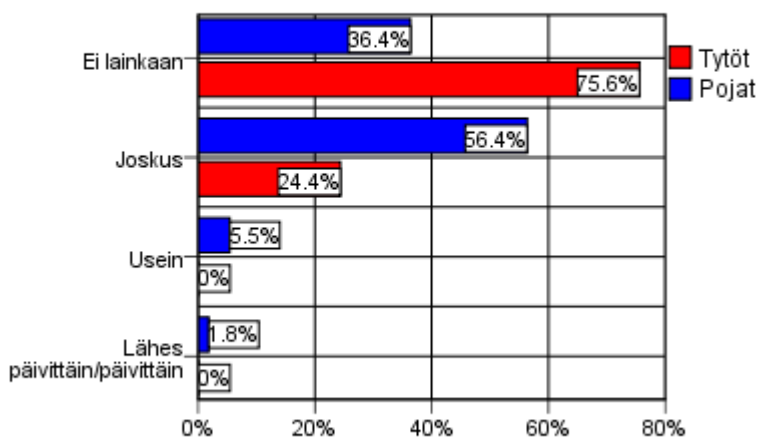
Suomalaisista vastaajista enemmistö eli 51,6 % ($n=95$) ei ollut tullut lainkaan kiusatuksi koulussa. Kuitenkin 43,2 % suomalaisista vastaajista oli tullut kiusatuksi joskus. Usein tai lähes päivittäin/päivittäin tuli kiusatuksi yhteensä viisi vastaajista. Suomalaisten vastaajien koulukiusatuksi tulemista sukupuolittain tarkastellaan kuviossa 5.



Kuvio 5. Suomalaisten vastaajien koulukiusatuksi tuleminen.

Kysyttäessä kiusaamista, suomalaista vastaajista 53,1 % (n=96) ilmoitti, ettei ollut koskaan kiusannut. Kuitenkin jopa 42,7 % ilmoitti kiusanneensa joskus. Tulosten perusteella suomalaisista pojista suurempi osa kiusasi tyttöjä useammin joskus ja vastaavasti tytöistä useampi ei ollut kiusannut lainkaan poikien osuuteen verrattuna. Lisäksi pojista 5,5 % ilmoitti kiusaavansa usein ja 1,8 % lähes päivittäin/päivittäin (kuvio 6). Sukupuolella ei ollut tilastollista riippuvuutta koulukiusatuksi tulemiseen ($p=0,088$), mutta koulukiusaamisella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä riippuvuus sukupuoleen ($p=0,0001$) suomalaisessa aineistossa. Espanjalaisista vastaajista suurin osa eli 92,6 % (n=27) ei ollut tullut lainkaan kiusatuksi koulussa. Enemmistö espanjalaisista vastaajista eli 66,7 % ei myöskään ollut kiusannut (n=27). Joskus kiusanneita oli espanjalaista vastaajista 22,2 %, joista enemmistö oli tyttöjä (31,2 %). Suomalaisessa aineistossa koulukiusatuksi tulemisen ja koulukiusaamisen välillä oli positiivinen kohtalainen korrelaatio ($r=0,378$), joka oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,0001$). Tulosten perusteella suomalaisten vastaajien kiusatuksi tulemisen lisääntyessä myös kiusaamisen määrä kasvaa. Suomalaisessa aineistossa koulukiusatuksi tulolla ja koulukiusaamisella ei ollut tilastollista riippuvuutta koettuun terveydentilaan eikä mielialaan ($p>0,05$).

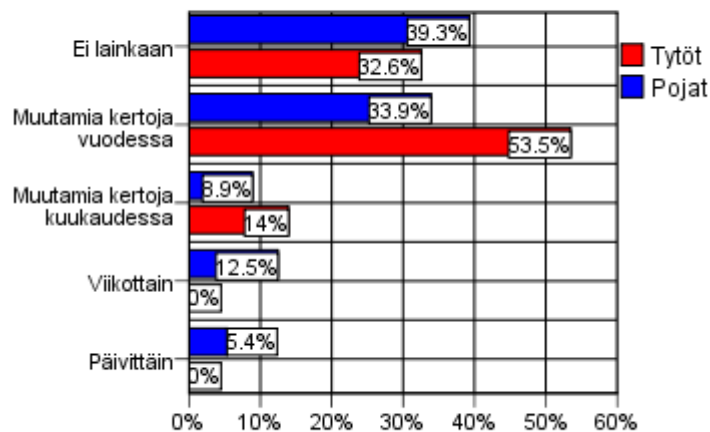
Suomalaisten vastaajien koulukiusaaminen



Kuvio 6. Suomalaisen vastaajien koulukiusaaminen.

Suomalaisista vastaajista 42,4 % (n=99) koki koulustressiä muutamia kertoja vuodessa. Lähes yhtä moni vastaajista eli 36,4 % ei ollut kuitenkaan kokenut koulun aiheuttamaa stressiä lainkaan. Tulosten perusteella suomalaiset tytöt kärsivät koulustressistä vuosittain ja kuukausittain poikia hieman enemmän. Kuitenkin ainoastaan pojat ilmoittivat kokevansa koulustressiä useammin kuin kerran kuukaudessa. Suomalaisista pojista 12,5 % koki koulun aiheuttamaa stressiä viikottain ja 5,4 % päivittäin (kuvio 7). Tilastollisesti sukupuolen ja koulustressin välillä ei kuitenkaan esiintynyt tilastollista riippuvuutta ($p=0,626$) suomalaisessa aineistossa. Tulosten perusteella koulun aiheuttama stressi oli myös espanjalaisten vastaajien keskuudessa vähäistä. Espanjalaisista vastaajista 44,4 % koki koulun aiheuttamaa stressiä vain muutamia kertoja vuodessa ja 22,2 % muutamia kertoja kuukaudessa (n=27). Merkittäviä sukupuolten välisiä eroja ei kiusaamisen, kiusatuksi tulemisen ja koulustressin välillä esiintynyt espanjalaisilla vastaajilla.

Suomalaisten vastaajien koulustressin kokeminen



Kuvio 7. Suomalaisten vastaajien koulustressin kokeminen.

9.5 Sosiaalinen tuki

Suurimmalla osalla suomalaisista vastaajista eli 51,5 %:lla oli monta hyvää ystävää (n=99). Kuitenkin jopa 21,2 %:lla ei ollut yhtään ystävää. Tulosten perusteella

suomalaisilla pojilla oli tyttöjä enemmän monta hyvää ystävää kun taas tytöillä oli poikia enemmän muutama hyvä ystävä. Suomalaisista tytöistä 7,0 %:lla ja pojista 8,9 %:lla oli vain yksi hyvä ystävä. Tilastollisesti sukupuolella ja ystävien määrällä oli tilastollisesti jokseenkin merkitsevä riippuvuus ($p=0,030$) suomalaisessa aineistossa. Espanjalaisista vastaajista 59,3 %:lla oli monta hyvää ystävää ($n=27$) ja 40,7 % vastaajista ilmoitti, omistavansa muutamia ystäviä.

Suomalaisista vastaajista 34,1 %:lla ($n=85$) ei esiintynyt lainkaan ongelmia, joista olisi halunnut puhua jonkun kanssa. Suomalaisista tytöistä 43,2 %:lla esiintyi ongelmia joskus poikien osuuden ollessa vain 33,3 %. Yhteensä ongelmia joskus koki suomalaisista vastaajista 37,6 %. Suomalaisista vastaajista 11,8 % koki ongelmia usein ja lähes päivittäin tai päivittäin 16,5 %. Suomalaisilla tytöillä ongelmien esiintyvyys näyttää olevan poikia suurempi, sillä pienemmällä osuudella tytöistä ei esiintynyt ongelmia lainkaan verrattuna poikien osuuksiin. Lisäksi tytöistä suurempi osuus koki ongelmia usein tai lähes päivittäin tai päivittäin poikiin verrattuna. Sukupuoli vaikutti myös tilastollisesti ongelmien esiintymisen määrään, sillä muuttujien välinen tilastollinen riippuvuus oli merkitsevä ($p=0,003$) suomalaisessa aineistossa. Espanjalaisista vastaajista 48,1 %:lla esiintyi lähes päivittäin tai päivittäin ja 44,4 %:lla usein ongelmia, joista olisi halunnut puhua jonkun kanssa ($n=27$). Tulosten perusteella espanjalaisilla pojilla esiintyi tyttöjä enemmän ongelmia päivittäin tai lähes päivittäin kun taas tyttöjen osuus oli poikia suurempi ongelmien esiintyessä usein.

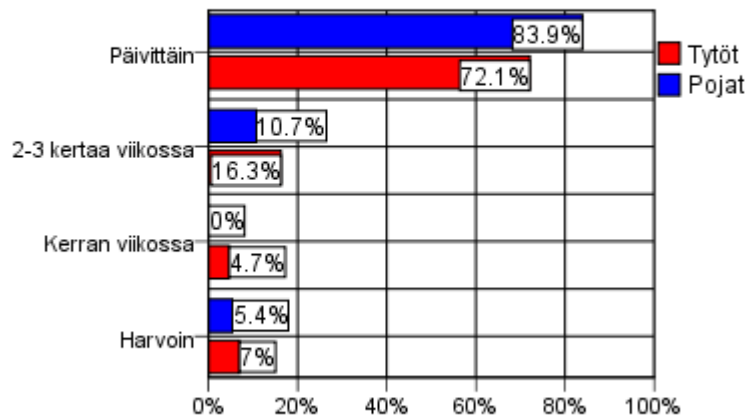
Suomalaisista vastaajista pääosa eli 64,2 % ($n=95$) puhui ongelmistaan vanhemmille. Vanhemmille puhumisessa ei esiintynyt merkittäviä eroja sukupuolten välillä suomalaisessa aineistossa, mutta tytöistä 26,8 % puhui ongelmistaan ystäville poikien osuuden ollessa 9,3 %. Suomalaiset tytöt myös puhuivat ongelmistaan poikia useammin jollekin muulle. Avoimeen kysymyksen, joka kartoitti jollekin muulle puhumista, vastauksia olivat suomalaisilla vastaajilla muun muassa sisarukset ($f=1$), mummo ($f=1$), valmentaja ($f=1$) ja psykologi ($f=1$). Suomalaisista pojista jopa 22,2 % ilmoitti, ettei puhu ongelmistaan kenenkään kanssa tyttöjen osuuden ollessa 4,9 %. Sukupuolen ja ongelmista puhumisen välillä ei kuitenkaan ollut tilastollista

riippuvuutta ($p=0,853$) suomalaisessa aineistossa. Enemmistö espanjalaisista vastaajista eli 57,7 % puhui ongelmistaan vanhemmille ja 23,1 % ystäville ($n=26$). Tulosten perusteella espanjalaiset pojat puhuivat selvästi tyttöjä useammin ongelmistaan vanhemmille kun taas tytöt puhuivat poikia enemmän ystävilleen ja sisaruksilleen.

9.6 Kouluruokailu ja muu päivittäinen ravitseminen

Suomalaisista vastaajista suurin osa eli 78,8 % ($n=99$) kävi syömässä kouluruoan päivittäin. 2-3 kertaa viikossa kouluruoan söi vastanneista 13,1 % ja harvoin 6,1 %. Koko tarjotun kouluruoan eli lämpimän ruoan, salaatin, leivän ja juoman söi 73,7 % suomalaisista vastaajista kun taas 14,1 % ilmoitti syövänsä pelkästään lämpimän ruoan. Suomalaisista tytöistä 14,0 % söi pelkästään salaatin ja/tai leivän poikien osuuden ollessa 1,8 %. Vastanneista 4,0 % ei syönyt kouluruokaa lainkaan. Suomalaiset pojat söivät tyttöjä hieman säännöllisemmin kouluruoan päivittäin ja tytöillä harvemmin kouluruoan syöminen oli poikia hieman yleisempää (kuvio 8). Lisäksi pojat söivät tyttöjä useammin pelkästään lämpimän ruoan. Sukupuolen ja kouluruoan säännöllisen syömisen välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta ($p=0,154$) suomalaisessa aineistossa. Tulokset osoittivat kouluruoan säännöllisen syömisen olevan suomalaisilla vastaajilla vähäisempää hieman ylipainoisiksi ja ylipainoisiksi kokevilla verrattuna itsensä sopivan painoisiksi kokeviin. Kouluruoan säännöllisen syömisen ja koetun painon välillä ei kuitenkaan ollut tilastollista merkitsevyyttä ($p=0,181$) suomalaisessa aineistossa. Suomalaisten vastaajien kouluruokailua vertaillaan muuhun päivittäiseen ravitsemukseen kuviossa 9. Tulosten perusteella kouluruoan säännöllinen syöminen oli erittäin vähäistä espanjalaisilla vastaajilla, sillä vastaajista 48,1 % ei syönyt kouluruokaa. Kuitenkin 37,0 % espanjalaisista vastaajista ilmoitti syövänsä lämpimän ruoan kotona ($n=27$).

Suomalaisten vastaajien säännöllinen kouluruoan syöminen

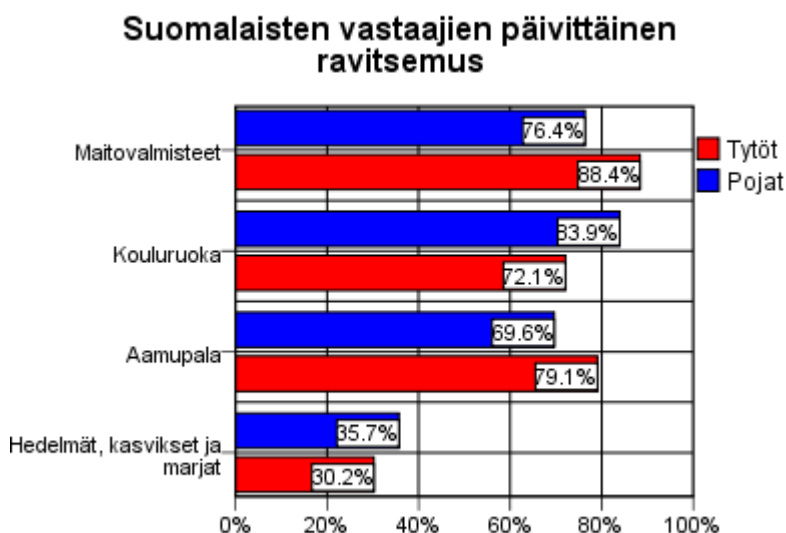


Kuvio 8. Suomalaisten vastaajien säännöllisen kouluruoan syöminen.

Kyselyyn vastanneista suomalaisista 73,7 % (n=99) söi aamupalan päivittäin, josta tyttöjen suhteellinen osuus oli noin 10 % poikia suurempi. Aamupalan söi 2-3 kertaa viikossa suomalaisista vastaajista 16,2 % ja harvoin 8,1 %. Aamupalan syöminen ja sukupuolen välillä ei esiintynyt tilastollista riippuvuutta ($p=0,325$) suomalaisessa aineistossa. Maitovalmisteita käytti suomalaisista vastaajista päivittäin 81,6 % (n=98) ja silloin tällöin 14,3 %. Suomalaisista vastaajista 4,1 % ei käyttänyt maitovalmisteita lainkaan. Tutkimukseen vastanneiden espanjalaisten aamupalan syöminen ja maitovalmisteiden kulutus oli hyvää. Espanjalaisista vastaajista enemmistö eli 85,2 % söi aamupalan päivittäin (n=27) ja 92,6 % nautti maitovalmisteita päivittäin (n=27).

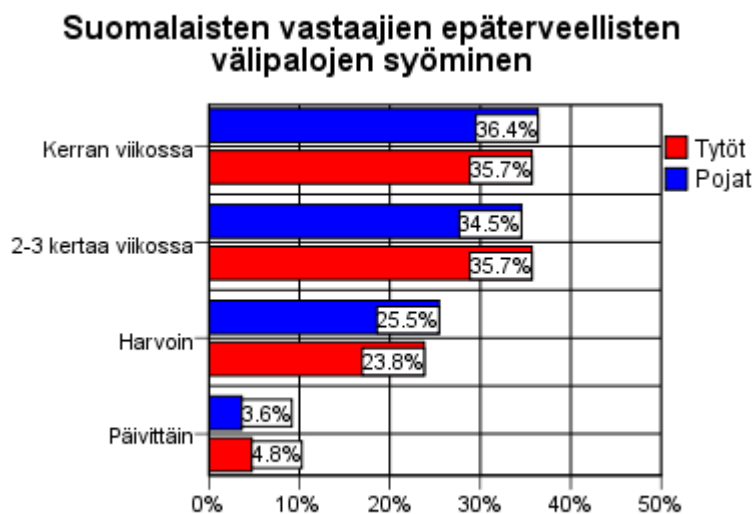
Hedelmiä, vihanneksia ja marjoja ilmoitti syövänsä päivittäin 33,3 % suomalaisista vastaajista (n=99) ja 2-3 kertaa viikossa 32,3 %. Suomalaisten tyttöjen ja poikien suhteellinen osuus kasvisten 2-3 kertaa viikossa syömisessä oli lähes sama. Pojat söivät kuitenkin kasviksia tyttöjä hieman enemmän päivittäin, mutta samalla suurempi osuus pojista ilmoitti syövänsä kasviksia kerran viikossa tai harvoin tyttöihin verrattuna. Suomalaisista vastaajista jopa 17,2 % ilmoitti, ettei syö lainkaan kasviksia, joista tyttöjen osuus (27,9 %) oli selvästi poikien osuutta (8,9 %) suurempi. Sukupuolen ja kasvisten syöminen välillä ei esiintynyt tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta ($p=0,234$) suomalaisessa aineistossa. Espanjalaisilla vastaajilla kasvisten

syöminen oli heikkoa, sillä vastaajista 66,7 % ei syönyt hedelmiä, kasviksia tai marjoja lainkaan ja 22,2 % vain harvoin (n=27).



Kuvio 9. Suomalaisten vastaajien päivittäinen ravitsemus.

Suomalaisista vastaajista 36,1 % (n=97) ilmoitti syövänsä epäterveellisiä välipaloja kerran viikossa. Lähes sama määrä suomalaista vastaajista eli 35,1 % söi epäterveellisiä välipaloja 2-3 kertaa viikossa. Päivittäin epäterveellisiä välipaloja ilmoitti syövänsä suomalaista vastaajista 4,1 % (kuvio 10). Tulosten perusteella tilastollisesti sukupuolen ja epäterveellisten välipalojen syömisessä ei esiintynyt merkittävää riippuvuutta ($p=0,785$) suomalaisessa aineistossa. Espanjalaisilla vastaajilla epäterveellisten välipalojen kulutus oli suurta, sillä vastaajista 40,7 % ilmoitti syövänsä epäterveellisiä välipaloja 2-3 kertaa viikossa ja 29,6 % päivittäin (n=27). Merkittäviä sukupuolten välisiä eroja ei espanjalaisilla vastaajilla ravitsemuksessa esiintynyt.



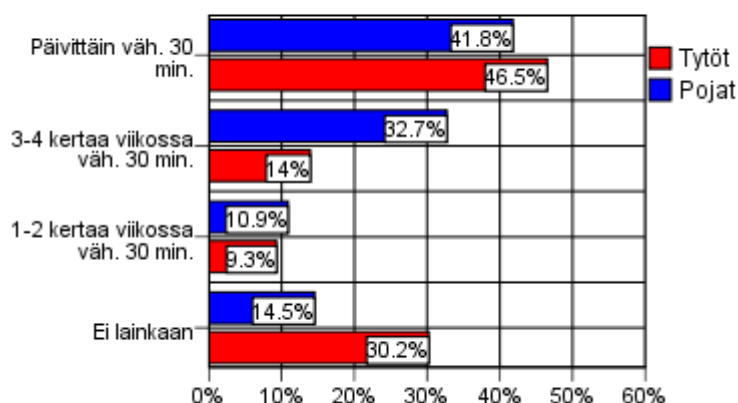
Kuvio 10. Suomalaisten vastaajien epäterveellisten välipalojen syöminen.

9.7 Fyysinen aktiivisuus

Suomalaisista vastaajista fyysisen kuntosensa koki hyväksi 47,9 % ja 26,0 % kohtalaiseksi (n=96). Pojista hieman suurempi osuus kuin tytöistä koki fyysisen kuntosensa hyväksi. Suomalaisista vastaajista 12,5 % koki kuntosensa huonoksi ja 13,5 % erittäin huonoksi. Päivittäin kuntoa kohottavaa liikuntaa harrasti vähintään 30 minuuttia kerrallaan 43,9 % suomalaisista vastaajista ja 3-4 kertaa viikossa kuntoliikuntaa ilmoitti harrastavansa 24,5 % vastaajista. Jopa 21,4 % ilmoitti, ettei harrasta liikuntaa vähintään 30 minuuttia kerrallaan lainkaan. Suomalaiset pojat harrastivat viikoittain tyttöjä useammin 4 tuntia tai enemmän hikeä nostattavaa liikuntaa vaikka tyttöjen suhteellinen osuus oli poikia suurempi päivittäin kuntoa kohottavan liikunnan harrastamisessa (kuviokuva 11). Tilastollisesti sukupuolella ei ollut merkitsevää riippuvuutta koetun fyysisen kunnan tai kuntoa kohottavan liikunnan ($p > 0,05$) kanssa suomalaisessa aineistossa, mutta hikeä nostattavan liikunnan ja sukupuolen välillä oli tilastollisesti merkitsevä riippuvuus ($p = 0,009$). Yhteensä hikeä nostattavaa liikuntaa ilmoitti harrastavansa 4 tuntia tai enemmän viikossa 27,8 % suomalaisista vastaajista ja 2-3 tuntia viikossa 28,9 % vastaajista. Suomalaisista vastaajista jopa 26,8 % harrasti hikeä nostattavaa liikuntaa vain tunnin viikossa tai

vähemmän. Kuntoa kohottavalla liikunnalla ($r=0,761$) sekä hikeä nostattavalla liikunnalla ($r=0,648$) oli molemmilla positiivinen voimakas korrelaatio ystävien määrän kanssa, jotka olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p=0,0001$) suomalaisessa aineistossa. Tulosten perusteella ystävien määrän kasvaessa sekä kuntoa kohottavan että hikeä nostattavan liikunnan määrä kasvaa. Lisäksi viihde-elektroniikkaan käytetyn ajan sekä hikeä nostattavan liikunnan välillä oli heikko negatiivinen korrelaatio ($r=-0,259$), joka oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,011$) suomalaisessa aineistossa. Tulokseen perusteella viihde-elektroniikan käyttöön liittyvän ajan lisääntyessä hikeä nostattavan liikunnan määrä vähenee.

Suomalaisten vastaajien kuntoa kohottavan liikunnan harrastaminen



Kuvio 11. Suomalaisien vastaajien kuntoa kohottavan liikunnan harrastaminen.

Espanjalaisien vastaajien koettu kunto ja fyysinen aktiivisuus oli hyvää. Espanjalaisista vastaajista 63,0 % koki fyysisen kuntosensa kohtalaiseksi ja 37,0 % hyväksi ($n=27$). Kuntoa kohottavaa liikuntaa vähintään 30 minuuttia kerrallaan harrasti espanjalaisista vastaajista päivittäin 40,0 % ($n=27$). Vastaajista 29,6 % harrasti kuntoa kohottavaa liikuntaa 3-4 kertaa viikossa ja 25,9 % 1-2 kertaa viikossa. Hikeä nostattavaa liikuntaa viikoittain 4 tuntia tai enemmän ilmoitti harrastavansa espanjalaisista vastaajista 55,6 % ($n=27$). Vastaajista 22,2 % harrasti hikeä nostattavaa liikuntaa 2-3 tuntia viikossa ja 14,8 % tunnin viikossa tai vähemmän. Yhteensä 7,4 % espanjalaisista vastaajista ilmoitti, ettei harrasta hikeä nostattavaa liikuntaa lainkaan.

Tulosten perusteella espanjalaiset tytöt harrastivat kuntoa kohottavaa liikuntaa päivittäin sekä yleisesti hikeä nostattavaa liikuntaa poikia hieman vähemmän.

9.8 Uni, univaikeudet ja väsyneisyys

Suomalaisista vastaajista pääosa eli 71,7 % (n=99) nukkui koulupäivinä 9-8 tuntia. 10 tuntia tai enemmän suomalaisista vastaajista nukkui 12,1 %. Unen määrä tunteina kasvoi selvästi viikonloppuisin, sillä yleisin keskimääräinen unen määrä yössä oli viikonloppuisin 10 tuntia tai enemmän, jonka 55,6 % suomalaisista vastaajista nukkui. Vastaavasti 9-8 tuntia viikonloppuöinä nukkui enää 32,3 % vastanneista. Suomalaiset tytöt nukkuivat poikia hieman enemmän sekä koulupäivinä että viikonloppuöinä. Tilastollisesti sukupuolella ei esiintynyt merkitsevää riippuvuutta unen määrän kanssa koulupäivinä ($p=0,141$), mutta sillä oli jokseenkin merkitsevä riippuvuus unen määrän kanssa viikonloppuina ($p=0,043$) suomalaisessa aineistossa. Kysyttäessä nukkumaanmenoaikaa, ilmoitti 51,5 % suomalaisista vastaajista menevänsä nukkumaan koulua edeltävinä iltoina kello 21.00–22.00, joista tyttöjen suhteellinen osuus oli poikia hieman suurempi. Yhteensä 25,3 % tytöistä ja pojista meni nukkumaan kello 22.00–23.00. Tilastollisesti sukupuolella ja nukkumaanmenoajalla ei ollut merkitsevää riippuvuutta ($p=0,648$) suomalaisessa aineistossa. Unen määrällä koulupäivinä oli positiivinen kohtalainen korrelaatio nukkumaanmenoajan koulupäivinä ($r=0,424$) kanssa, joka oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,0001$) suomalaisessa aineistossa. Tulosten perusteella unen määrä koulupäivinä näyttää siis vähenevän nukkumaanmenoajan siirtyessä myöhäisemmäksi. Espanjalaisista vastaajista enemmistö eli 59,3 % nukkui koulupäivinä 9-8 tuntia (n=27). 10 tuntia tai enemmän nukkui vastaajista 22,2 %, joista poikien osuus oli tyttöjä suurempi. Tutkimukseen vastanneista espanjalaisista reilu puolet eli 51,9 % meni nukkumaan koulua edeltävänä iltana kello 22.00-23.00 ja 25,9 % kello 23.00-24.00. Viikonloppuisin unen määrä lisääntyi kummallakin sukupuolella, sillä espanjalaisista vastaajista 74,1 % nukkui viikonloppuöinä 10 tuntia tai enemmän (n=27).

Suomalaista vastaajista 63,6 % (n=99) koki nukahtamisvaikeuksia joskus, josta poikien suhteellinen osuus oli tyttöjä hieman suurempi. Viikoittain nukahtamisvaikeuksia koki suomalaisista vastaajista 7,1 % ja päivittäin

nukahtamisvaikeuksia koki vastaajista 9,1 %. Tilastollisesti sukupuolella ja nukahtamisvaikeuksilla ($p=0,473$) tai yöheräilyllä ($p=0,703$) ei ollut merkitsevää riippuvuutta suomalaisessa aineistossa. Nukahtamisvaikeuksia ei kokenut lainkaan 20,2 % suomalaisista vastaajista. Suurin osa suomalaisista vastaajista eli 69,7 % kärsi yöheräilystä joskus, jossa tyttöjen suhteellinen osuus oli 74,4 % ja poikien 66,1 %. Yhteensä kuusi suomalaisista vastaajista ilmoitti kärsivänsä yöheräilystä päivittäin tai viikoittain. Nukahtamisvaikeuksien ja yöheräilyjen välillä oli positiivinen kohtalainen korrelaatio ($r=0,421$), joka oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,0001$) suomalaisessa aineistossa. Tulosten perusteella siis nukahtamisvaikeuksien lisääntyessä myös yöheräilyjen määrä lisääntyy. Lisäksi koulustressillä oli positiivinen korrelaatio nukahtamisvaikeuksien ($r=0,396$), joka oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,0001$) suomalaisessa aineistossa. Tulosten perusteella siis koulustressin lisääntyessä myös nukahtamisvaikeudet lisääntyvät. Espanjalaisilla vastaajilla nukahtamisvaikeudet ja yöheräilyt olivat harvinaisia kummallakin sukupuolella. Nukahtamisvaikeuksia ja yöheräilyjä koki joskus espanjalaisista vastaajista 44,4 %, mutta 51,9 % ei kokenut lainkaan ($n=27$). Tulosten perusteella espanjalaiset tytöt kärsivät sekä nukahtamisvaikeuksista ja yöheräilystä hieman poikia enemmän.

Enemmistö suomalaisista vastaajista eli 80,8 % ($n=99$) tunsi itsensä aamuväsyneiksi (taulukko 2). Tyttöjen ja poikien välillä ei esiintynyt merkittävää eroa aamuväsyneisyyden kokemisessa eikä sukupuolella ja aamuväsyneisyydellä ollut myöskään tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta ($p=0,702$) suomalaisessa aineistossa. Päiväväsyneisyyttä tunsi suomalaisista vastaajista 10,1 % ja yleistä väsyneisyyttä 5,1 % . Vastanneista 12,1 % ilmoitti kokevansa yleistä väsymystä. Myös enemmistö espanjalaisista vastaajista eli 70,4 % koki aamuväsyneisyyttä ($n=27$). Lisäksi myös suurin osa espanjalaisista vastaajista ilmoitti, ettei koe päiväväsyneisyyttä tai yleistä väsyneisyyttä.

Taulukko 2. Suomalaisien vastaajien väsyneisyyden kokeminen.

	Cases	
	N	Percent
Aamuväsyneisyys	61	80,8 %
Päiväväsyneisyys	6	10,1 %
Yleinen väsyneisyys	2	5,1 %
Ei väsymystä	7	12,1 %

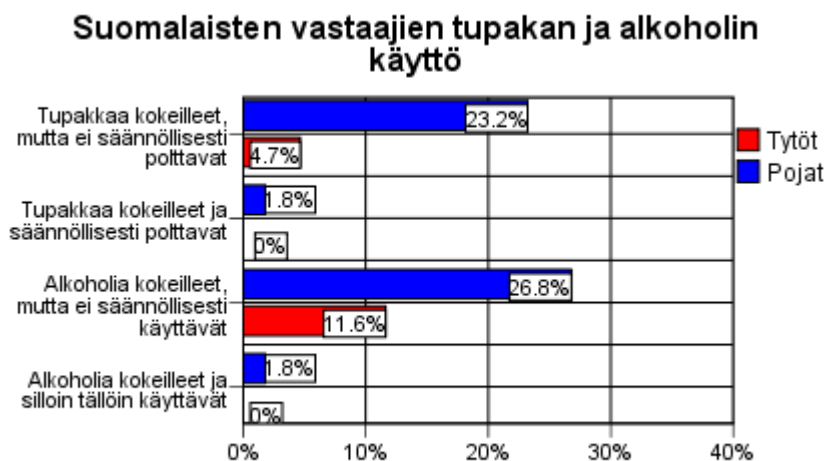
Suomalaisista vastaajista 44,4 % käytti aikaansa television ja tietokoneen ääressä 1-2 tuntia päivässä ja 42,4 % 2-4 tuntia päivässä (n=99). Suomalaisista pojista 46,4 % käytti aikaansa viihde-elektroniikkaan 1-2 tuntia päivässä kun taas tytöistä 51,2 % käytti jopa 2-4 tuntia päivässä television ja tietokoneen ääressä. Suomalaisista vastaajista 12,1 % käytti viihde-elektroniikan käyttöön päivässä 4 tuntia tai enemmän, josta poikia oli selvä enemmistö. Sukupuolella ja viihde-elektroniikkaan käytetyn ajan määrällä ei kuitenkaan ollut tilastollista merkitsevyyttä ($p=0,899$) suomalaisessa aineistossa. Espanjalaisilla vastaajilla viihde-elektroniikan käyttö oli suurta molemmilla sukupuolilla. Espanjalaisista vastaajista 44,4 % kulutti viihde-elektroniikan käyttöön 2-4 tuntia päivittäin ja 40,7 % 4 tuntia tai enemmän (n=27).

9.9 Riskikäyttäytyminen

Huomattava enemmistö eli 83,8 % (n=83) suomalaisista vastaajista ei ollut kokeillut tupakkaa. Tupakkaa kokeilleita, mutta ei säännöllisesti polttavia oli 15,2 % (n=15) vastaajista. Tulosten perusteella pojat näyttävät kokeilevan tupakkaa tyttöjä enemmän, sillä tupakkaa kokeilleita, mutta ei säännöllisesti polttavia oli pojista 23,2 % ja tytöistä 4,7 % (kuviot 12). Suomalaisista vastaajista vain yksi poika ilmoitti polttavansa tupakkaa säännöllisesti. Suurimmalla osalla suomalaisista vastaajista eli 60,6 %:lla (n=60) perheenjäsenet eivät polttaneet tupakkaa. Tytöistä 51,2 %:lla ja pojista 30,4 %:lla oli tupakoivia perheenjäseniä. Suurimmalla osalla eli 87,9 %:lla (n= 87) suomalaisista vastaajista ei ollut myöskään tupakkaa polttavia ystäviä. Vastaajista

9,1 %:lla suurin osa ystävistä poltti tupakkaa ja 1,0 %:lla kaikki ystävät polttivat. Sukupuolierot tupakoivien ystävien määrässä olivat hyvin vähäisiä suomalaisessa aineistossa.

Tulosten mukaan pääosa eli 61,6 % (n=61) suomalaisista vastaajista ei ollut kokeillut alkoholia. Vastaajista 20,2 % ilmoitti kokeilleensa alkoholia, mutta ei käyttävän sitä säännöllisesti. Alkoholia kokeilleita, mutta ei säännöllisesti käyttäviä oli pojista 26,8 % ja tytöistä 11,6 %. Suomalaisista vastaajista ainoastaan pojat (1,8 %) ilmoittivat käyttävänsä alkoholia silloin tällöin (Kuvio 12). Enemmistö suomalaisista vastaajista eli 90,9 % (n= 90) ilmoitti, ettei heidän ystävensä juo alkoholia. Vastausten mukaan 7,1 %:lla vastanneista suurin osa ystävistä ei juo alkoholia. Ainoastaan pojilla (3,6 %) oli ystäviä, joista suurin osa joi alkoholia. Vastaavasti tytöistä kenelläkään ei ollut ystäviä, joista suurin osa juo alkoholia.



Kuvio 12. Suomalaisten vastaajien tupakan ja alkoholin käyttö.

Enemmistö eli 96,5 % (n=82) suomalaisista vastaajista ei ollut kokeillut huumeita tai alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttöä. Vastaajista sitä vastoin 3,5 % ilmoitti kokeilleensa huumeita tai alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttöä. Avoimen kysymyksen, joka kartoitti yhdessä alkoholin kanssa käytettyjä lääkkeitä, vastauksia olivat suomalaisessa aineistossa astmalääke (f=1) ja lääkkeet (f=1). Tätä tulosta ei voida kuitenkaan raportoida totuudenmukaisena, koska kyseiset vastaukset eivät kerro

alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäytöstä päihtymistarkoituksessa. Lähes kaikki eli 97,6 % (n= 83) suomalaisista vastanneista nuorista ilmoitti, ettei heille ollut tarjottu huumeita koskaan. Kaikista vastaajista ainoastaan yhdelle pojalle oli huumeita tarjottu monta kertaa.

Enemmistö espanjalaisista vastaajista ei ollut kokeillut tupakkaa tai alkoholia. Vastaajista 74,1 % (n= 20) ei ollut kokeillut tupakkaa ja kokeilleita, mutta ei säännöllisesti polttavia, oli 25,9 % (n= 7). Kukaan vastaajista ei polttanut tupakkaa säännöllisesti. Tupakoivia perheenjäseniä oli enemmistöllä espanjalaisista vastaajista eli 66,7%:lla (n= 18). Espanjalaisista vastaajista 66,7 % (n= 18) ei ollut kokeillut alkoholia ja 14,8 % (n= 4) oli kokeillut, mutta ei käytä säännöllisesti. Ainoastaan yksi poika ilmoitti käyttävänsä alkoholia silloin tällöin. Enemmistöllä espanjalaisista vastaajista suurin osa ystävistä ei polttanut (48,1%) tai käyttänyt alkoholia (51,9%). Enemmistölle espanjalaisista vastaajista eli 88,9 %:lle (n= 24) ei ollut tarjottu huumeita koskaan, mutta 7,4 %:lle (n= 2) oli tarjottu yksi tai kaksi kertaa ja yhdelle tytölle monta kertaa. Kukaan vastaajista ei ollut kokeillut huumeita tai alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttöä.

Suomalaisen aineiston vastausten perusteella tupakointi vaikuttaa koettuun terveydentilaan ja koulustressin kokemiseen. Vastaajan tupakointi ja ystävien tupakointi sekä ystävien alkoholinkäyttö ovat myös riippuvaisia toisistaan. Koetun terveydentilan ja tupakoinnin välillä oli suomalaisessa aineistossa kohtalainen positiivinen korrelaatio ($r=0,317$), joka oli tilastollisesti merkitsevä ($p=0,001$). Tulosten perusteella siis tupakoinnin lisääntyessä koettu terveydentila huononee. Tupakoinnin ja ystävien tupakoinnin sekä tupakoinnin ja ystävien alkoholin käytön välillä oli myös tilastollisesti erittäin merkitsevä riippuvuus ($p=0,0001$). Perheenjäsenten tupakoinnilla ei taas näyttäisi olevan riippuvuutta nuoren tupakointiin ($p=0,226$). Vastaajan ystävien tupakoinnin ja ystävien alkoholin käytön välillä oli suomalaisessa aineistossa kohtalainen positiivinen korrelaatio ($r=0,543$), joka oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=0,0001$). Näyttää siis siltä, että riskikäyttäytyminen tupakan ja alkoholin suhteen ainakin osittain lisääntyy ystäväpiirissä, jossa on riskikäyttäytymistä. Tupakoinnin ja alkoholin käytön välillä ei

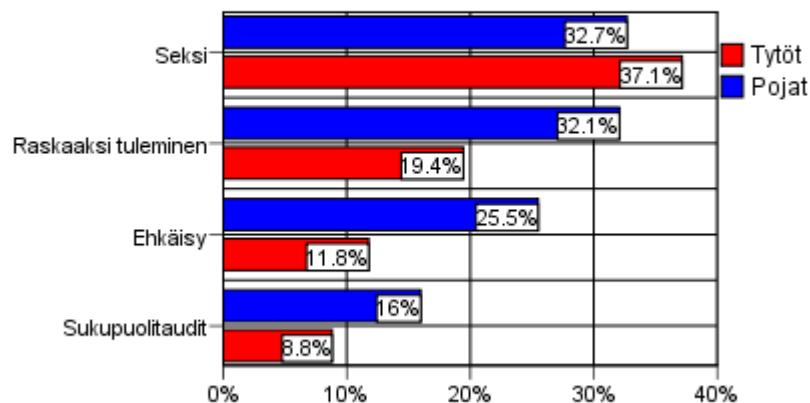
ollut suomalaisessa aineistossa tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta ($p= 0,092$). Tilastollisesti sukupuolella oli merkitsevä riippuvuus tupakoinnin ($p=0,007$) kanssa, mutta alkoholin käytöllä ei ollut tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta sukupuolen kanssa ($p>0,05$). Myöskään käyttörahan määrällä viikossa ei ollut riippuvuutta päihteiden käyttöön ($p>0,05$). Sen sijaan koulustressin kokemisen ja tupakoinnin välillä oli kohtalainen positiivinen korrelaatio ($r= 0,374$), joka oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p= 0,001$) eli tupakointi on yleisempää niillä suomalaisilla nuorilla, jotka kokevat koulustressiä useammin kuin muut. Alkoholin käytön ja mielialan välillä oli suomalaisessa aineistossa kohtalainen negatiivinen korrelaatio ($r= -0,456$), joka oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. Alkoholin käytön lisääntyessä siis vastaajat kokevat mielialansa huonommaksi.

Enemmistö suomalaisista vastaajista ($n= 84-89$) oli sitä mieltä, ettei heille oltu kerrottu koulussa seksistä, raskaaksi tulemisesta, ehkäisystä tai sukupuolitaudeista. Vastaajista 52,9 % ($n=46$) ilmoitti, ettei heille oltu kerrottu koulussa seksistä kun taas 34,5 %:lle oli kerrottu. Vastaajista 12,6 %:lle oli kerrottu seksistä jossain muualla kuin koulussa kuten kotona ($f=2$), nuorisotalolla ($f=1$) ja kavereiden kertomana ($f=8$). Raskaaksi tulemisesta 47,2 %:lle suomalaisista vastaajista ei ollut kerrottu koulussa kun taas 27,0 %:lle oli kerrottu. Vastaajista 25,8 %:lle oli kerrottu raskaaksi tulemisesta jossain muualla kuin koulussa kuten kotona ($f=4$) ja kaverin luona ($f=2$). Ehkäisystä 69,4 %:lle vastaajista ei oltu kerrottu koulussa kun taas 20,0 %:lle oli kerrottu. Suomalaisista vastaajista 10,6 %:lle oli kerrottu ehkäisystä jossain muualla kuin koulussa kuten kylällä ($f=1$), televisiossa ($f=1$) tai kavereiden kertomana ($f=7$). Sukupuolitaudeista 75,0 %:lle suomalaisista vastaajista ei oltu kerrottu koulussa kun taas 13,1 %:lle oli kerrottu. Vastanneista 11,9 % ilmoitti kuulleensa sukupuolitaudeista jossain muualla kuin koulussa kuten kavereiden kertomana ($f=3$), uutisissa ($f=1$), tv-ohjelmassa ($f=1$), lehdissä ($f=1$) ja kotona ($f=2$).

Raskaaksi tulemisen, ehkäisyn ja sukupuolitautilien koulussa kertomisen osalta suomalaiset pojat raportoivat tyttöjä useammin, että koulussa oli kerrottu kyseisistä asioista. Tytöt raportoivat kuitenkin hieman poikia useammin kuulleensa seksistä koulussa. 32,1 % suomalaisista pojista raportoi, että koulussa oli kerrottu raskaaksi

tulemisesta kun taas tytöillä osuus oli 19,4 %. Pojista 25,5 %:lle oli ehkäisystä kerrottu koulussa kun taas tytöistä vain 11,8 %:lle. Pojista 16,0 %:lle oli kerrottu koulussa sukupuolitaudeista kun taas tytöistä vain 8,8 %:lle (kuvio 13). Tilastollisesti sukupuolella ei kuitenkaan ollut suomalaisessa aineistossa merkitsevää riippuvuutta eri seksuaaliterveyden aihealueiden koulussa kertomisen kanssa ($p>0,05$).

Seksuaaliterveydestä kertominen suomalaisille vastaajille koulussa



Kuvio 13. Seksuaaliterveydestä kertominen suomalaisille vastaajille koulussa.

Enemmistö espanjalaisista vastaajista oli sitä mieltä, että koulussa ei oltu kerrottu seksistä tai sukupuolitaudeista. Raskaaksi tulemisen osalta enemmistö vastanneista oli sitä mieltä, että aiheesta on kerrottu jossain muualla kuin koulussa. Vastaajat olivat sitä mieltä, että ehkäisystä oli kerrottu yhtäläillä koulussa kuin jossain muuallakin. Vastausten perusteella espanjalaiset pojat olivat kuulleet tyttöjä useammin seksistä koulussa kun taas tytöt olivat kuulleet poikia useammin raskaaksi tulemisesta koulussa. Ehkäisyn ja sukupuolitaudeista koulussa kertomisen osalta sukupuolierot olivat hyvin vähäisiä.

Espanjalaisista vastaajista 42,3 % ($n= 11$) oli sitä mieltä, että koulussa ei oltu kerrottu seksistä ja 30,8 % ($n= 8$) oli sitä mieltä, että oli kerrottu. Vastaajista 34,6 % ($n= 9$) oli sitä mieltä, että raskaaksi tulemisesta oli kerrottu koulussa ja 26,9 % ($n= 7$) ettei koulussa oltu kerrottu. Jossain muualla, kuten kotona ($f=7$) tai televisiossa ($f=1$),

aihealueesta kuulleita oli enemmistö eli 38,5 % (n= 10). Ehkäisystä oli kerrottu 34,6 %:lle (n= 9) espanjalaisista vastaajista joko koulussa tai jossain muualla ja 30,8 %:lle (n= 8) aiheesta ei oltu kerrottu koulussa. Enemmistölle vastaajista eli 42,3 %:lle (n= 11) ei oltu kerrottu sukupuolitaudeista koulussa kun taas 23,1 %:lle (n= 6) oli kerrottu. Vastaajista 34,6 %:lle (n= 9) oli sukupuolitaudeista kerrottu jossain muualla kuten kotona (f=7) tai televisiossa (f=1).

9.10 Suomalaisen ja espanjalaisen tulosten vertailua

Tulosten perusteella enemmistö espanjalaisista vastaajista koki terveydentilansa kohtalaiseksi kun taas suomalaisessa aineistossa enemmistö vastaajista koki terveydentilansa hyväksi. Espanjalaisessa aineistossa sukupuolierot terveyden kokemisessa olivat vähäisiä kun taas suomalaisessa aineistossa tytöt kokivat poikia useammin terveydentilansa hyväksi ja pojat tyttöjä useammin kohtalaiseksi tai huonoksi. Molemmista aineistoista vastaajilla esiintyi kysytyistä sairauksista ja oireista eniten astmaa ja/tai allergioita. Espanjalaisessa aineistossa ainoastaan tytöt ilmoittivat kärsivänsä toistuvista päänsäryistä tai vatsakivuista kun taas suomalaisessa aineistossa ei ollut tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta oireilun ja sukupuolen välillä. Tulosten perusteella espanjalaisen vastaajien hampaiden suositusten mukainen harjaaminen oli huomattavasti suomalaisia vastaajia parempaa. Molempien aineistojen poikien hampaiden harjaus oli kuitenkin tyttöjä heikompaa. Enemmistö espanjalaisista vastaajista koki mielialansa onnelliseksi kun taas suomalaisista vastaajista enemmistö koki mielialansa tyytyväiseksi. Espanjalaisesta aineistosta kukaan vastaajista ei myöskään kokenut mielialansa surulliseksi tai masentuneeksi.

Tulosten perusteella tyttöjen pituuden ja painon keskiarvoissa ei esiintynyt merkittäviä eroja kun taas espanjalaiset pojat näyttäsivät olevan suomalaisia poikia keskimääräisesti pidempiä ja painavampia. Pääosa sekä suomalaisista että espanjalaisista vastaajista koki olevansa sopivan painoisia ja lähes yhtä suuri osuus kummankin aineiston vastaajista koki itsensä hieman ylipainoisiksi. Suomalaisista vastaajista kuitenkin tytöt kokivat olevansa poikia enemmän hieman ylipainoisia kun taas espanjalaisilla vastaajilla tulos oli päinvastainen.

Koulussa viihtyminen oli sekä suomalaisilla että espanjalaisilla vastaajilla hyvää tai kohtalaista. Tutkimuksen tulosten perusteella suomalaiset tytöt viihtyivät koulussa poikia hieman paremmin, kun taas espanjalaiset pojat viihtyivät koulussa tyttöjä paremmin. Tutkimukseen osallistuneista enemmistö ei ollut kiusannut tai tullut lainkaan kiusatuksi koulussa, mutta osuus oli suomalaisten vastaajien keskuudessa pienempi espanjalaisiin verrattuna. Vastaajien koulustressin kokemisessa ei esiintynyt suuria eroja, mutta suomalaisista vastaajista suurempi osuus ei ollut kokenut lainkaan koulun aiheuttamaa stressiä espanjalaisiin vastaajiin verrattuna. Molempien aineistojen tytöillä oli enemmän ystäviä poikiin verrattuna. Tulosten perusteella espanjalaisilla vastaajilla oli enemmän ystäviä kuin suomalaisilla vastaajilla ja lisäksi ainoastaan osa suomalaisista vastaajista ilmoitti, ettei heillä ole yhtään ystävää. Espanjalaisilla vastaajilla esiintyi kuitenkin huomattavasti useammin ongelmia suomalaisiin vastaajiin verrattuna. Molempien aineistojen vastaajien enemmistöt puhuivat ongelmistaan useimmin vanhemmilleen. Molemmissa aineistoissa tytöt puhuivat enemmän ystävilleen poikiin verrattuna.

Tulosten perusteella aamupalan syöminen ja maitovalmisteiden kulutus oli sekä suomalaisilla että espanjalaisilla vastaajilla verraten hyvää. Espanjalaisiin vastaajiin verrattuna kasvien syöminen oli suomalaisilla vastaajilla parempaa ja etenkin päivittäin epäterveellisten välipalojen kulutus huomattavasti vähäisempää. Tutkimuksen tulosten perusteella suomalaiset vastaajat kokivat fyysisen kuntosaa hieman paremmaksi espanjalaisiin vastaajiin verrattuna. Tulosten perusteella suomalaiset vastaajat harrastivat enemmän kuntoa kohottavaa liikuntaa päivittäin, mutta ainoastaan suomalaisista vastaajista osa ilmoitti, ettei harrasta kuntoa kohottavaa liikuntaa lainkaan. Lisäksi espanjalaiset vastaajat harrastivat hikeä nostattavaa liikuntaa suomalaisia vastaajia enemmän. Pääosa molempien aineistojen vastaajista nukkui riittävästi ja nukahtamis- ja univaikeudet olivat vähäisiä. Kuitenkin aamuväsyneisyyden kokeminen oli kummankin aineiston vastaajilla erittäin yleistä.

Tulosten perusteella enemmistö vastaajista ei ollut kokeillut tupakkaa tai alkoholia eikä enemmistö heidän ystävistään polttanut tai käyttänyt alkoholia. Suomalaisessa

aineistossa enemmistö vastaajien perheenjäsenistä ei polttanut tupakkaa kun taas espanjalaisessa aineistossa enemmistö vastaajien perheenjäsenistä poltti tupakkaa. Enemmistölle vastaajista kummassakin aineistoissa ei oltu tarjottu huumeita eikä vastaajat myöskään olleet kokeilleet huumeita tai alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäyttöä. Enemmistö suomalaisista vastaajista oli sitä mieltä, ettei koulussa oltu kerrottu seksistä, raskaaksi tulemisesta, ehkäisystä tai sukupuolitaudeista kun taas espanjalaisista vastaajista enemmistö oli sitä mieltä, ettei koulussa oltu kerrottu seksistä tai sukupuolitaudeista. Raskaaksi tulemisen osalta enemmistö espanjalaisista vastaajista oli sitä mieltä, että aiheesta oli kerrottu jossain muualla kuin koulussa ja että ehkäisystä oli kerrottu yhtäläillä koulussa kuin jossain muuallakin. Tarkasteltaessa seksuaaliterveyden aihealueista jossain muualla kuulleiden vastauksia, oli espanjalaisilla vastaajilla usein vastauksena kotona ja suomalaisilla kavereiden kertomana.

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Jo tutkimusaiheen valinta ja syy, miksi tutkimukseen lähdetään, on eettinen ratkaisu. Tutkimusaiheen tulisi olla merkitykseltään tärkeä, riippumatta tutkimuksen toteuttamisen vaikeusasteesta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 26.) Opinnäytetyömme aihe on tärkeä, koska nuoruusikä luo perustan myöhemmälle terveydelle ja terveystyöskäytymiselle. Kansainvälisellä tasolla vertailu on tärkeää, koska se antaa laajemman ja informatiivisemmän kuvan tuloksista. Alunperin suunniteltu kansainvälinen vertailu jäi pienemmäksi, koska ainoastaan espanjalaiset vastaajat ehtivät vastata kyselyymme. Etenkin espanjalaisen aineiston pieni otoskoko heikensi tutkimuksen tulosten vertailun luotettavuutta, mutta saatuja tuloksia voidaan ainakin osittain pitää kohderyhmän tilannetta kuvailevana. Nuorten terveydentilaa ja terveystyöskäytymistä on tutkittu paljon, mutta se on osittain vähäisempää varhaisnuorten osalta. Tämän takia olemme ottaneet kirjallisuuskatsauksessa laajemmin näkökulmaa myös yläkouluikäisistä nuorista, koska se on tärkeää ehkäisevän työn kannalta.

Koska tutkimuksessamme pyrimme kartoittamaan varhaisnuorten terveydentilaa ja terveystottumuksia, tulee meidän ottaa huomioon kyseisen kohdejoukon humaninen ja kunnioittava kohtelu. Tutkimusetiikka, joka on osa inhimillistä etiikkaa, perustuu tiettyihin periaatteisiin ja sääntöihin. Näistä tärkeimmät ovat tutkittavan ryhmän oikeuksien suojelemisen kannalta ryhmän riittävä ja perusteellinen informointi tutkimuksesta ja sen kulusta, tutkittavien vapaaehtoinen osallistuminen ja heidän luottamuksen säilyttäminen sekä anonymiteetin takaaminen. (Eriksson 1992, 20–22; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 26–27.) Perusteellinen informointi tutkimuksesta ja sen kulusta jäi osittain puutteelliseksi, koska tutkimus suoritettiin tavalla, jossa tutkijat eivät olleet konkreettisesti läsnä tutkimustilanteissa. Saatetekstin avulla kuitenkin pyrittiin kertomaan vastaajille tutkimuksen sisällöstä ja siitä, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja vastaaminen tapahtuu anonyymisti.

Tutkimustyössä tulee välttää epärehellisyyttä tutkimuksen kaikissa osavaiheissa, johon kuuluu muun muassa plagioinnin ehdoton välttäminen. Vaikka saatuja tuloksia ei saa kaunistella tai yleistää kriittikittömästi, tulee ne raportoida mahdollisimman totuudenmukaisesti ja puutteettomana, vaikka ne sisältäisivät ratkaisemattomia kysymyksiä tai niitä olisi vaikea ymmärtää. (Eriksson 1992, 20–22; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 27–28.) Työssä pyrittiin välttämään plagiointia viittaamalla tarkoituksenmukaisesti käytettyihin lähteisiin. Aineiston kokoaminen, analysoiminen ja tulosten esittäminen pyrittiin suorittamaan mahdollisimman totuudenmukaisesti.

Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 216). Tutkimuksen reliabelius oli pääsääntöisesti hyvä, koska SPSS – aineistonanalyysiohjelmassa tehdyssä suomalaisen kyselyn reliabiliteettiajossa Cronbachin α (alfa) oli ajoon mukaan otettujen 43 kysymyksen osalta 0,866 (LIITE 2). Emme tehneet englanninkielisestä kyselylomakkeesta toista reliabiliteettiajtoa, koska otoskoko oli pieni ja kyselyn pohja oli yhtenevä suomalaisen kyselyn kanssa. Cronbachin alfa on paljon käytetty tunnusluku reliabiliteetin mittaamiseksi ja käytännössä mitä suurempi alfan arvo on, sitä yhtenäisempi mittari on (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2009). Itse kehitetyssä ja aikaisemmin testaamattomassa mittarissa hyvänä

reliabiliteetikertoimena voidaan pitää yli 0,7 lukua (Kataja 2002). Tutkimuksen validius tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 216). Kysymyslomakkeen kysymykset pyrittiin muotoilemaan niin, että vastaajat käsittäisivät kysymykset tarkoitetulla tavalla. Suurin osa kysymyksistä mittasi sitä mitä oli tarkoituskin mitata, mutta neljä kysymystä hylättiin vastaajien virheellisten vastausten vuoksi. Nämä neljä kysymystä olivat tupakoinnin säännöllisyys, tupakoinnin määrä viikossa, alkoholin käytön säännöllisyys ja alkoholin kulutus viikossa. Paperisissa kyselylomakkeissa osa vastaajista jätti myös vastaamatta joihinkin kysymyksiin, mutta se ei vaikuttanut kyselyn luotettavuuteen kokonaisuudessaan, koska kysymykset analysoitiin erillisinä.

Tietokoneavusteisella kyselytutkimuksella on useita etuja aineiston keruussa kuten vastausten suurempi yksityisyys sekä riskikäyttäytymisen ja sosiaalisesti epätoivottuina pidettyjen käyttäytymismallien raportoinnin lisääntyminen. Nämä edut johtavat aineiston parempaan validiteettiin sekä reliabiliteettiin. Tietokoneavusteisessa kyselytutkimuksessa on todennäköisempää, että kouluikäinen lapsi vastaa kysymyksiin oikein ja rehellisesti, koska tutkimustavassa ei ole pelkoa siitä, että tutkittava tulee aikuisen arvostelemaksi vastaustensa perusteella. (Rew, Horner, Riesch & Cauvin 2004, 130-131.) Lisäksi tietokoneavusteista kyselytutkimusta käytettäessä on mahdollista minimoida aineiston käsin syöttämisestä aiheutuvat virheet (Metzger, Koblin & Turner ym. 2000, Rewn, Hornerin, Rieschin & Cauvin 2004, 130-131 mukaan.) Koska osa tutkimuksen aineistosta syötettiin käsin, tehtiin virhesyöttöjen löytämiseksi frekvenssitaulukkoita, joista mahdolliset virhesyötöt olisivat ilmenneet.

11 POHDINTA

Tutkimuksella pyrittiin selvittämään varhaisnuorten kokonaisterveydentilaa ja terveyskäyttäytymistä kuudessa suomalaisessa ja yhdessä espanjalaisessa alakoulussa. Vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin haettiin uuden kyselylomakkeen tuomien tietojen avulla. Tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koskemaan koko ikäluokkaa, koska otoskoko oli suhteellisen pieni, mutta tuloksia voidaan pitää hyödyllisinä ja

suuntaa-antavina. Myöskään suomalaisten ja espanjalaisten tulosten vertailua ei voida pitää kansallisella tasolla vertailukelpoisina. Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa kohdejoukon ja kirjallisuuden avulla varhaisnuorten kokonaisterveydentilaa ja terveystyöskäytymistä.

11.1 Suomalaisten tulosten tarkastelua

Enemmistö vastaajista koki terveydentilansa hyväksi. Myös Rimpelän ym. 2004 (ks. Rimpelä 2005) tutkimuksen mukaan valtaosa nuorista pitää terveydentilaansa erittäin hyvänä tai hyvänä. Tässä tutkimuksessa tytöt kokivat poikia useammin terveydentilansa hyväksi, vaikka WHO:n tutkimuksen mukaan tytöt raportoivat terveydentilansa poikia useammin kohtalaiseksi tai huonoksi (Currie ym. 2006, 59). Stakesin vuoden 2005 kouluterveyskyselyn (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 19–20) ja Rimpelän (2005) mukaan kaikki oireet ovat yleisempiä tytöillä kuin pojilla. Myös WHO:n (Currie ym. 2004, 56–57) tutkimuksen mukaan tytöillä on kansainvälisesti huonompi terveydentila kuin pojilla. Tässä tutkimuksessa sukupuolella ei kuitenkaan ollut merkitsevää riippuvuutta oireiden esiintyvyyden eli toistuvien päänsärkyjen tai vatsakipujen kanssa. Hieman ylipainoiseksi itsensä koki vastanneista vajaa 20 %. Tytöistä hieman suurempi osuus piti itseään ylipainoisena poikiin verrattuna, joka ilmenee myös Välimaan ja Ojalan (2004, 66–69) tutkimuksessa. Vastaajista reilu 40 % ilmoitti harjaavansa hampaansa kaksi kertaa päivässä, mutta jopa 52,6 % harjasi hampaansa ainoastaan kerran päivässä. Ainoastaan kerran päivässä hampaansa harjaavien osuus oli tässä tutkimuksessa huomattavasti suurempi kuin Honkalan ja Honkalan (2004, 225) tutkimuksessa, jossa noin 20 % vastaajista ei harjannut hampaitaan päivittäin. Tytöt harjasivat poikia useammin hampaansa kaksi kertaa päivässä ja tulos onkin samansuuntainen KTL:n (2008, 24) tutkimuksen kanssa.

Suurin osa vastanneista viihtyi koulussa hyvin vaikka WHO:n (Currie ym. 2006, 42) ja Unicefin (2007, 36) mukaan suomalaiset nuoret viihtyvät koulussa heikosti verrattuna muihin Euroopan maihin. Koulukiusaaminen oli tässä tutkimuksessa yleistä sillä lähes puolet vastanneista oli kiusannut sekä tullut kiusatuksi vähintään joskus. Koulukiusatuksi tulemisella tai koulukiusaamisella ei kuitenkaan ollut vaikutusta

koettuun terveyteen, kuten Salosen ym. (2004) tutkimuksen mukaan. Lähes yhtä suuri osuus pojista ja tytöistä puhui ongelmistaan vanhempien kanssa, mutta pojista 22,2 % ei puhunut ongelmistaan kenenkään kanssa. Myös Välimaan (2000, 106-108) ja Salmelan (2006, 83) mukaan sosiaalisen tuen verkosto on tytöillä poikia laajempi. Vastanneista pääosa nukkui riittävästi ja myös Peipon (2006, 28) mukaan kuudesluokkalaisista valtaosa nukkui koulupäivinä 9,5 tuntia tai enemmän. Kuitenkin enemmistö vastaajista tunsu aamuväsyneisyyttä. Myös WHO-Koululaistutkimuksen mukaan suomalaiset nuoret ovat moniin muihin Euroopan maihin nähden aamuväsyneimpiä (Kokko 2000).

Vastaajista suurin osa söi aamupalan päivittäin, mutta jopa lähes 16,2 % söi aamupalan vain 2-3 kertaa viikossa ja 8,1 % harvoin. Myös Salosen ym. (2006) mukaan jopa neljännes viidesluokkalaisista ei syönyt kunnollista aamupalaa. Aamupalan syöminen ei kuitenkaan ollut yhteydessä itsensä ylipainoiseksi tuntemiseen vaikka Speiserin ym. (2005) mukaan aamupalan väliin jättäminen on yleisempää ylipainoisilla lapsilla. Kasviksia ilmoitti syövänsä päivittäin vain reilu 30 % vastanneista. Myös Salosen ym. (2006) mukaan kasvien syöminen on puutteellista noin 10 %:lla viidesluokkalaisista. Sitä vastoin epäterveellisten välipalojen syöminen päivittäin oli hyvin vähäistä. Suomalaisista 11-vuotiaista pojista puolet ja tytöistä hieman pienempi osuus harrastaa selvästi kansainvälistä keskiarvoa useammin MVPA-suositusten mukaisen määrän liikuntaa (WHO 2004, 94). Tässäkin tutkimuksessa liikunnan harrastamisen määrä oli pääsääntöisesti riittävää, mutta jopa 26,8 % vastanneista harrasti hikeä nostattavaa liikuntaa vain tunnin viikossa tai vähemmän.

Tulosten perusteella pojat kokeilevat tyttöjä useammin tupakkaa ja kaikista vastaajista vain yksi poika ilmoitti polttavansa tupakkaa säännöllisesti. Myös Nuorten terveystapatutkimuksen (Rimpelä ym. 2007, 26) mukaan 12-vuotiaista nuorista pojat raportoivat tyttöjä useammin kokeilleensa tupakkaa. Tulosten perusteella näyttää siltä, että riskikäyttäytyminen tupakan ja alkoholin suhteen ainakin osittain kasaantuu tiettyihin ystäväpiireihin. Tulos on samansuuntainen Lambertin ym. (2002) tutkimusraportin kanssa, jossa todetaan, että nuoren tupakointiin liittyy muun muassa

muu riskikäyttäytyminen sekä vahva yhteenkuuluvuuden tunne ystävien kanssa. Perheenjäsenten tupakoinnilla ei taas näyttäisi olevan riippuvuutta nuoren tupakointiin ja tulos onkin osittain samansuuntainen Avenivolin ja Merikankaan (2003) tutkimuksen kanssa, jossa korrelaatio vanhempien tupakoinnin vaikutuksesta nuorten tupakointiin oli heikko kun taas sisarusten tupakoinnilla näytti olevan vahvempi vaikutus nuoren tupakointiin (ks. Rise 2004, 130). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella enemmistö vastaajista ei ollut kokeillut lainkaan alkoholia vaikka Kansanterveyslaitoksen (Aalto-Setälä, Marttunen & Pelkonen 2003, 6) mukaan alkoholi on suomalaisnuorten valtapäihde. Tulos voi selittyä sillä, että tutkimukseen osallistuneet nuoret ovat vasta siirtymässä murrosikään, jota voidaan pitää päihteiden käytön kannalta kokeilunhaluisena aikana. Alkoholia kokeilleita, mutta ei säännöllisesti käyttäviä, oli pojista 26,8 % ja tytöistä 11,6 % ja ainoastaan pojista 1,8 % ilmoitti käyttävänsä alkoholia silloin tällöin. Tulos on samansuuntainen Vuoden 2007 (Hibell ym., 78) ESPAD-tutkimuksen kanssa, jonka mukaan pojat kokeilevat tyttöjä useammin alkoholia 13-vuotiaana tai nuorempana.

Enemmistö vastanneista oli sitä mieltä, ettei heille oltu kerrottu koulussa seksistä, raskaaksi tulemisesta, ehkäisystä tai sukupuolitaudeista. Tulos on ristiriidassa Opetushallituksen (2004, 119-121) opetussuunnitelman tavoitteiden kanssa, jonka mukaan 5-6 vuosiluokan biologian opetuksessa on tavoitteena, että oppilas oppii muun muassa ymmärtämään ihmisen seksuaalisuutta ja lisääntymistä sekä ymmärtää seksuaalisen kehityksen yksilölliset vaihtelut. Tulos ei välttämättä kuitenkaan kerro sitä, etteikö koulussa olisi kerrottu seksuaaliterveyden aihealueista, vaan syynä voi olla se, että kyseiset asiat ovat ikäryhmälle vielä hyvin vieraita ja vaikeita.

11.2 Espanjalaisten tulosten tarkastelua

Espanjalaisesta aineistosta kaikki vastaajat kokivat terveydentilansa pääsääntöisesti positiiviseksi ja tulos onkin samansuuntainen WHO:n (Currie ym. 2006, 60) tutkimuksen kanssa, jossa ilmeni, että kaikista tutkimukseen osallistuneista maista 11-vuotiaat espanjalaiset nuoret kokivat terveydentilansa vähiten huonoksi tai kohtalaiseksi. Tulosten perusteella espanjalaisten vastaajien hampaiden suositusten mukainen harjaaminen oli hyvää. Tulos on ristiriidassa Euroopan komission (2003,

12–13) erikoiseurobarometrin kanssa, jonka mukaan espanjalaiset ovat väestötasolla yhdessä portugalilaisten kanssa kuitenkin vähiten tyytyväisiä hampaisiinsa. Espanjalaisten poikien hampaiden harjaus oli kuitenkin tyttöjä huomattavasti heikompaa.

Koulussa viihtyminen oli espanjalaisilla vastaajilla hyvää tai kohtalaista ja etenkin pojat viihtyivät koulussa tyttöjä paremmin. Tulos eroaa WHO:n (Currie ym. 2004, 44) tutkimuksesta, jonka mukaan espanjalaisista 11-, 13- ja 15-vuotiaista tytöt viihtyvät koulussa poikia paremmin. Kaikilla espanjalaisilla vastaajilla oli ystäviä ja suurimmalla osalla monta hyvää ystävää. Tutkimus onkin samansuuntainen WHO:n (Currie ym. 2006, 30) tutkimuksen kanssa, jonka mukaan eniten läheisiä ystäviä on opinnäytetyöme vertailuun käytettyjen maiden 11-vuotiaista hollantilaisilla, ruotsalaisilla ja espanjalaisilla nuorilla.

Aamupalan syöminen ja maitovalmisteiden kulutus oli espanjalaisilla vastaajilla hyvää. Kuitenkin kasvisten syöminen oli espanjalaisilla vastaajilla heikkoa ja epäterveellisten välipalojen kulutus suurta. Tulokset vastaavat WHO:n (Currie ym. 2004, 114, 116-117) tutkimusta, jonka mukaan opinnäytetyössämme vertailtujen maiden 11-vuotiaista nuorista päivittäin vihanneksia syövät vähiten espanjalaiset nuoret ja lisäksi he nauttivat eniten makeisia ja limsaa.

Enemmistöllä espanjalaisista vastaajista oli tupakoivia perheenjäseniä, joka voi osaltaan selittää myös sitä, että vuoden 2007 ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym. 2007, 61) mukaan vertailemistamme maista espanjalaiset nuoret pitävät tupakan saamista eniten melko helppona tai erittäin helppona. Enemmistö vastaajista ei ollut kokeillut tai käyttänyt alkoholia säännöllisesti ja tulos onkin samansuuntainen WHO:n (Currie ym. 2006, 124) tutkimuksen kanssa, jossa todetaan, että vähintään kerran viikossa juovien 11-vuotiaiden osuus on Suomessa ja Espanjassa vertailemiemme maiden alhaisimpia. Vuoden 2007 ESPAD-tutkimuksen (Hibell ym. 2007, 88) mukaan nuorten eniten käyttämää huumausainetta kannabista on eniten raportoinut käyttäneensä vertailemistamme maista espanjalaiset nuoret, mutta tässä tutkimuksessa taas kukaan vastaajista ei ilmoittanut kokeilleensa huumeita tai alkoholin ja

lääkkeiden yhteiskäyttöä. Unicefin (2007, 31) tutkimuksen mukaan vertailemistamme maista 15-vuotiaat espanjalaiset nuoret ovat raportoineet käyttäneensä kondomia edellisessä yhdynnässä eniten vaikka tässä tutkimuksessa tuli esille puutteita koulun antamassa seksuaalikasvatuksen määrässä tai laadussa.

11.3 Tulosten hyödynnettävyys

Tutkimuksen tuloksia voi ensisijaisesti hyödyntää esimerkiksi alakoulun terveystasvatusta arvioitaessa ja suunniteltaessa. Koulun merkitys terveystasvatuksen antajana on kodin lisäksi suuri, koska varhaisnuoret viettävät suuren osan ajastaan koulussa. Varhaisnuorten asenteisiin ja käyttäytymiseen voidaan alakoulussa vaikuttaa enemmän kuin yläkoulussa, koska murrosiässä yleisesti nuorten ystäväpiirin merkitys kasvaa ja aikuisten arvostus voi jopa laskea. Lapsuudessa ja nuoruudessa luodaan pohjaa elinikäiselle terveydelle ja terveystasvatukselle, joten ennaltaehkäisevän terveystasvatuksen merkitys on suuri niin yksilö- kuin kansanterveystasollakin. Tutkimuksen perusteella varhaisnuorten terveystasvatuksessa olisi hyvä kiinnittää huomioita muun muassa ravitsemukseen, liikuntaan, seksuaaliterveyteen ja päihteiden käyttöön. Terveystasvatusta suunniteltaessa olisi hyvä kartoittaa varhaisnuorten mielenkiinnon kohteita sekä tapaa, jolla he haluaisivat asioista kerrottavan. Tällä tavalla nuoret voisivat sisäistää aihealueet paremmin.

Vastuu lasten ja nuorten terveyttä edistävästä toiminnasta on kaikilla lasten ja nuorten kanssa tekemisissä olevilla aikuisilla. Tutkimuksen tuloksia voi hyödyntää esimerkiksi kouluterveydenhoitajan käytännön työssä. Vaikka tuloksia ei voida yleistää sinänsä, voi niistä silti ottaa keskeisiä osa-alueita käsiteltäviksi kouluterveydenhoitajan tarkastuksiin ja vastaanotolle. Tulokset antavat konkreettista tietoa nuorten tilanteesta tutkimukseen osallistuneissa kouluissa, joten voisi olla mielekäästä raportoida jollain tavalla tuloksista myös vanhemmille. Koulun ja kodin yhteistyötä voi muutenkin kehittää nuorten terveyttä edistävän toiminnan puitteissa, koska koulun ja vanhempien yhteistyöllä voidaan vaikuttavammin puuttua nuorten terveydentilaan ja terveystasvatukseseen.

LÄHTEET

Aalto-Setälä, T., Marttunen, M. & Pelkonen, M. 2003. Nuorten päihdehäiriöiden varhaistunnistaminen – Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos. [viitattu 1.4.2008].

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suositukset/paihdehairiot.pdf

Aronen, E., Paavonen, J., Fjällberg, M., Soininen, M. & Törrönen, J. 2000. Sleep and Psychiatric Symptoms in School-Age Children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 39(4). [viitattu 17.2.2009].

Saatavilla www-muodossa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>

Corbin, C. & Pangrazi R. 2003. Guidelines for Appropriate Physical Activity for Elementary School Children. National Association for Sport and Physical Education NASPE. [viitattu 12.3.2009].

http://www.aahperd.org/naspe/pdf_files/input_activity.pdf

Cronvall, J. & Johansson, A. 2005. Kost- och motionsvanor – en kvantitativ studie i åkurs 9. Examensarbete. Lärautbildningen. Högskolan Kristianstad. [viitattu 13.4.2009].

http://eprints.bibl.hkr.se/archive/00000730/01/Exarb_Johansson_Cronvall.pdf

Crum, R., Green, K., Storr, C., Chan, Y-F., Ialongo, N., Stuart, E. & Anthony, J. 2008. Depressed Mood in Childhood and Subsequent Alcohol Use Through Adolescence and Young Adulthood. *Archives of General Psychiatry* 65(6), 702-712. [viitattu 12.1.2009]. Saatavilla www-muodossa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. & Rasmussen, V. (toim.). 2004. Young people's health in context - Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. World health organization Europe. [viitattu 1.4.2008].

<http://www.euro.who.int/Document/e82923.pdf>

Currie, C., Gabhainn, S., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D., Picket, W., Richter, M., Morgan, A. & Barnekow, V. (toim.). 2006. Inequalities in young people's health - Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2005/2006 survey. [viitattu 3.3.2009].

<http://www.euro.who.int/Document/E91416.pdf>

DiNapoli, P. & Lewis, J. 2008. Understanding School-Age Obesity: Through participatory action research. *MCN, American Journal of Maternal Child Nursing*. 33(2):104-110. [viitattu 5.4.2008]. Saatavilla www-muodossa:

<http://ovidsp.uk.ovid.com>

Eriksson, K. 1992. Broar. Introduktion till vårdvetenskaplig metod. Institutionen för vårdvetenskap. Åbo Akademi.

Etelä-Suomen Lääninhallitus. 2005. Kouluterveydenhoitajien näkemyksiä nuorten päihteiden käytöstä Etelä-Suomen läänissä. Julkaisu: 99. [viitattu 30.3.2008].
[http://www.intermin.fi/lh/biblio.nsf/5C82938F28CDCC6AC22570C3002C0784/\\$file/eslh99.pdf](http://www.intermin.fi/lh/biblio.nsf/5C82938F28CDCC6AC22570C3002C0784/$file/eslh99.pdf)

European Commission. 2003. Special Eurobarometer 186 – Health, Food and Alcohol and Safety. [viitattu 1.3.2009].
http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_186_en.pdf

European Commission. 2008. Health Effects of Smokeless Tobacco Products. Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks – SCENIHR. [viitattu 16.3.2009].
http://ec.europa.eu/health/ph_risk/committees/04_scenihr/docs/scenihr_o_013.pdf

Euroopan yhteisöjen komissio. 2007. Yhdessä terveyden hyväksi: EU:n strateginen toimintamalli vuosiksi 2008–2013. Valkoinen kirja. [viitattu 18.2.2009].
<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0630:FIN:FI:PDF>

Faulkner, M. 2003. Quality of Life for Adolescents with Type 1 Diabetes: Parental and Youth Perspectives. *Pediatric Nursing* 29(5), 362- 368. [viitattu 1.3.2009]. Saatavilla www-muodossa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>

Frobrant, D. 2002. Skolelevers arbetsmiljö sett ur ett hälsoperspektiv. En undersökning om skolelevers upplevelser och erfarenhet av arbetsmiljön i skolan. Skrifter från institutionen för pedagogik. Nr 11:2002. Båras: Högskolan i Båras. [viitattu 8.3.2009].
<http://bada.hb.se/bitstream/2320/2235/1/Nr%2011%202002%20Skolelevers%20arbetsmiljo.pdf>

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Ahlström, S., Balakireva, O., Kokkevi, A. & Morgan, M. 2003. The ESPAD Report Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. [viitattu 1.4.2008].
http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/The_2003_ESPAD_report.pdf

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. & Kraus, L. 2007. The 2007 ESPAD Report - Substance Use Among Students in 35 European Countries. [viitattu 2.4.2009].
http://www.espad.org/documents/Espad/ESPAD_reports/2007/The_2007_ESPAD_Report-FULL.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja kirjoita. Gummerus kirjapaino Oy: Jyväskylä.

Honkala, S. & Honkala, E. 2004. Koululaisten suun terveystottumukset vuosina 1984-2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys, terveystottumusten muutoksessa. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Terveystottumusten tutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto: Domus-Offset Oy, 225, 230, 231.

Hoppu, U., Kujala, J., Lehtisalo, J., Tapanainen, H. & Pietinen, P. (toim.). 2008. Yläkoululaisten ravitseminen ja hyvinvointi. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B30/2008. Helsinki. [viitattu 17.2.2009].

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b30.pdf

Kallio, K. & Jokinen, E. 2001. Suomalaisten lasten ja nuorten tupakointi. Duodecim. [viitattu 12.11.2008]. Saatavilla www-muodossa: <http://www.terveysportti.fi>

Kansanterveyslaitos. 2007. Uni, Lapsi ja Oppiminen. [viitattu 14.11.2008].

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/uni/oppiminen_vaatii_unta/#navi1

Katajisto, J. 2002. Evaluation of Instrument: Reliability and Construct Validity. Turun Yliopisto: Tilastotieteen laitos. [viitattu 8.4.2009].

www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkijakoulu/JK1.pdf

Kokko, L. 2002. Riittävä yöuni on erityisen tärkeä murrosikäiselle. Promo 4/2002. Terveyden edistämisen keskus. [viitattu 27.3.2008].

http://info.stakes.fi/NR/rdonlyres/4BA7DEA0-B6A7-45F1-9F04-A1E5FFED8991/0/promo24_riittavayouni.pdf

Lambert, M., Hublet, A., Verduyck, P., Maes L. & Van den Broucke. S. 2002. Gender differences in smoking in young people – Report on the project. Flemish Institute for Health Promotion, Brussels, Belgium. [viitattu 21.2.2009]

http://www.ktl.fi/attachments/tb_gender_1.pdf

Liinamaa, A. & Kannas, L. 1995. Viihdynkö, pärjäänkö, selviänkö turvallisesti: Koulunkäynti oppilaiden kokemana. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. WHO-Koululaistutkimus. Opetushallitus. Helsinki: Hakapaino Oy, 112, 125.

Luopa, P., Pietikäinen, M. & Jokela, J. 2006. Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996–2005. Stakes: kouluterveyskysely 2005. Stakesin työpapereita 25/2006. [viitattu 30.3.2008.]

<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T25-2006-VERKKO.pdf>

Magarey, A, Daniels, L. & Boulton, J. 2001. Prevalence of overweight and obesity in Australian children and adolescents: reassessment of 1985 and 1995 data against new standard international definitions. MJA 2001; 174: 561-564. [viitattu: 17.3.2009].

http://www.mja.com.au/public/issues/174_11_040601/magarey/magarey.html

Martin, A., Ruchkin, V., Caminis, A., Vermeiren, R., Henrich, C. & Schwab-Stone, M. 2005. Early to Bed: A Study of Adaptation Among Sexually Active Urban Adolescent Girls Younger Than Age Sixteen. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 44(4), 358-367. [viitattu 14.01.2009]. Saatavilla www-muodossa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>

NHV Rapport. 2005. Det kan bli bättre. Rapport från en konferens om barns hälsa och välfärd i Norde. Nordiska hälsövårdshögskolan. 2005:5. [viitattu 8.3.2009].
<http://www.nhv.se/upload/dokument/forskning/Publikationer/NHV-Rapport/NHV-Rapport%202000-5.pdf>

Nuori Suomi. 2006. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7-18-vuotiaille. Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntija ryhmä 2008. [viitattu 22.3.2009].
[http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuosituskirja\(kevyt\)_08.pdf](http://www.nuorisuomi.fi/files/ns/julkaisut/080129Liikuntasuosituskirja(kevyt)_08.pdf)

Ojala, K. 2004. Nuorten ruokatottumusten muutoksia 1986-2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys ja terveystottumukset muutoksessa. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Terveystottumusten tutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto: Domus-Offset Oy, 87, 92-94, 99-100.

Opetushallitus. 2004. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. [viitattu 31.3.2009].
<http://www.oph.fi/SubPage.asp?path=1,17627,1558>

Opetushallitus ja Kansanterveyslaitos. 2007. Makeiset ja virvoitusjuomat kouluissa ja oppilaitoksissa. Tiedote ja muistio 11/2007. [viitattu 4.4.2008].
<http://www.edu.fi/teemat/kouluruokailu/pdfMakevirkouopp.pdf>

Organisation for economic co-operation and development. 2004. Keeping Children Safe in Traffic. [viitattu 18.03.2009].
<http://www.oecd.org/dataoecd/14/58/31950392.pdf>

Peippo, Aila. 2006. Varhaisnuorten terveys, terveystottumukset ja koulunkäynti. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto. [viitattu 3.4.2008].
<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00863.pdf>

Pere, V., Riihiviita, E. & Keskinen, S. 2003. Väsymys ja sen yhteys kouluruokailuun ja nukkumistottumuksiin peruskoulun kuudesluokkalaisilla. Lääkärilehti 58(40):3987-3991. [viitattu 4.4.2008]. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa.fi):
www.terveysportti.fi

Rasi, I., Lepola, E., Muhli, A. & Kanninen, A. 2007. SPSS 15 for Windows perusteet. Oulu: Oulun Yliopisto. Oulun yliopistopaino.

Raulio, S., Pietikäinen, M. & Prättälä, R. 2007. Suomalaisten kouluikäisten ateriointi. Ruokapalveluiden seurantaraportti 2. Helsinki. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 26/2007. [viitattu 16.4.2009].
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b26.pdf

Renko, J-P. 2000. Liikkuvatko 11–16-vuotiaat nuoret tarpeeksi vapaa-aikanaan. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. [viitattu 17.3.2009].
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/9593/j-prenko.pdf?sequence=1>

- Rew, L. & Bowman, K. 2008. Protecting Youth from Early and Abusive Sexual Experiences. *Pediatric Nursing* 34(1), 19-25. [viitattu 21.2.2009]. Saatavilla www-muodossa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>
- Rew, L., Horner, S., Riesch, L. & Cauvin, R. 2004. Computer-assisted Survey Interviewing of School-age Children. *Advances in Nursing Science* 27(2), 129–137. [viitattu 15.1.2009]. Saatavilla www-muodossa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>
- Rimpelä, A. 2005. Nuorten terveys. Suomalaisten nuorten terveys. *Duodecim*. [viitattu 2.4.2004]. Saatavilla www-muodossa: <http://www.terveysportti.fi>
- Rimpelä, A., Rainio, S., Pere, L., Lintonen, T. & Rimpelä, M. 2005. Tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2005 – Nuorten terveystapatutkimus 2005. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:23*. [viitattu 30.3.2008.]
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2005/12/pr1134387529796/passthru.pdf>
- Rimpelä, A., Rainio, S., Huhtala, H., Lavikainen, H., Pere, L. & Rimpelä, M. 2007. Nuorten terveystapatutkimus 2007. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:63*. [viitattu 1.4.2008].
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/12/pr1199952237938/passthru.pdf>
- Rise, J. 2004. Modifying adolescent health behaviours. *Current Opinion in Psychiatry* 17(2), 129-132. [viitattu 20.02.2009]. Saatavilla www-muodossa: <http://ovidsp.uk.ovid.com>
- Räsänen, M. 2006. Kouluruokailu ja välipalat - mistä virtaa koulupäivään? *Kouluterveyslehti* 9/2005. *Stakes*. [viitattu 6.4.2008].
<http://info.stakes.fi/kouluterveyslehti/FI/Uutisarkisto/2005/kouluruokailu.htm>
- Saarenpää-Heikkilä, O. 2001. *Sleeping habits, Sleep Disorders and Daytime Sleepiness in Schoolchildren*. Tampere: Tampereen Yliopisto. [viitattu 17.2.2009].
<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5243-7.pdf>
- Saarinen, K. 2006. *Kouluterveyslehti – Miks uni ei tuu? – häiriöitä höyhensaarilla*. *Kouluterveyslehti*. 11/2005. *Stakes*. [viitattu 27.3.2008].
http://info.stakes.fi/kouluterveyslehti/FI/Uutisarkisto/2005/miks_uni_ei_tuu.htm
- Salmela, J. 2006. *Koetun sosiaalisen tuen, pätevyyden, itsearvostuksen ja liikunnan yhteyksiä nuoruusiän kasvuvuosina*. Kokkola: Jyväskylän yliopisto.
- Salonen, P., Aromaa, M., Rautava, P., Suominen, S., Alin, J. & Liuksila, P-R. 2004. Miten suomalainen koululainen voi? - Viidennen luokan laajennetun terveystarkastuksen keskeisiä löydöksiä. *Duodecim*. 2004;120(5):563-9. Saatavilla www-muodossa: <http://www.terveysportti.fi>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015 – kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki. [viitattu 17.2.2009].

<http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtioneuvoston selonteko eduskunnalle lasten ja nuorten hyvinvoinnista – Lasten ja nuorten hyvinvointia uhkaavat tekijät. Julkaisu 2002:12. [viitattu 1.4.2008].

<http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/lasthyvinvoi/selonteko.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön strategiat 2015 - Kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 14. Helsinki. [viitattu 17.2.2009].

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/06/hm1157622687947/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen – toimintaohjelma 2007–2011. Julkaisu 2007:17. [viitattu 1.4.2008].

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2007/05/pr1180335140613/passthru.pdf>

Speiser, P., Rudolf, M., Anhalt, H., Camacho-Hubner, C., Chiarelli, F., Eliakim, A., Freemark, M., Gruters, A., Hershkovitz, E., Iughetti, L., Krude, H., Latzer, Y., Lustig, R., Pescovitz, O., Pinhas-Hamiel, O., Rogol, A., Shalitin, S., Sultan, C., Stein, D., Vardi, P., Werther, G., Zadik, Z., Zuckerman-Levin, N. & Hochberg, Z. on behalf of the Obesity Consensus Working Group. 2005. Consensus Statement: Childhood Obesity. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*. 90(3):1871-1887. [viitattu 8.3.2009]. <http://jcem.endojournals.org/cgi/content/full/90/3/1871>

Stakes. 2007. Kouluterveys 2007 -kyselyn valtakunnalliset taulukot. [viitattu 4.4.2008].

<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/taulukot2007/index.htm>

Suomalainen Lääkäriseura Duodecim & Suomen Akatemia. 2001. Koululaisten terveys. Konsensuslausuma. *Duodecim-lehti* 2001:117; 2583–94. [viitattu 30.3.2008.]

Saatavilla www-muodossa: <http://www.terveysportti.fi>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 2005. Lasten lihavuus. Käypä hoito. [viitattu 2.4.2008].

<http://www.kaypahoito.fi/>

Suomen Liikunta ja Urheilu. 2006. Kansallinen liikuntatutkimus 2005-2006. Lapset ja Nuoret. Nuori Suomi, Suomen Liikunta ja Urheilu, Suomen Kuntoliikuntaliitto, Olympiakomitea, Helsingin kaupunki, TNS Gallup, Opetusministeriö. [viitattu 5.3.2008].

<http://www.slu.fi/liikuntapolitiikka/liikuntatutkimus2/>

Tynjälä, J. & Kannas, L. 2004. Koululaisten nukkumistottumukset, unen laatu ja väsyneisyys vuosina 1984-2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys ja terveystyötön muutos. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Terveystyön edistämisen tutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto: Domus-Offset Oy, 158, 165, 169.

Tynjälä, J. & Liinamaa, A. 1995. Kuinka koululaiset nukkuvat? Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. WHO-Koululaistutkimus. Opetushallitus. Helsinki: Hakapaino Oy, 98-100.

Unicef. 2007. Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. [viitattu 31.3.2008].

<http://www.unicef.org/media/files/ChildPovertyReport.pdf>

Urho, U-M., Hasunen, K. 2004. Yläasteen kouluruokailu 2003. Selvitys peruskoulun 7-9 –luokkien oppilaiden kouluruokailusta. Sosiaali- ja terveystyön selvityksiä 2003:17. Sosiaali- ja terveystyönministeriö. [viitattu 1.4.2008].

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/02/pr1075974689098/passthru.pdf>

Valtioneuvosto. 2007a. Hallituksen politiikkaohjelma: Lapset, nuoret ja perheet. [viitattu 18.2.2009].

http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/lapset/ohjelmansisaeltoe/HP_O_Lapset_HSA2007.pdf

Valtioneuvosto. 2007b. Hallituksen politiikkaohjelma: Terveystyön edistäminen. [viitattu 18.2.2009].

<http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelmansisaeltoe/fi.pdf>

Vuori, M., Kannas, L. & Tynjälä, J. 2004. Nuorten liikuntaharrastaneisuuden muutoksia 1986-2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys ja terveystyötön muutos. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Terveystyön edistämisen tutkimuskeskus. Jyväskylän yliopisto: Domus-Offset Oy, 127, 134.

Välimaa, R. 1995. Oppilaiden kokemuksia sosiaalisesta tuesta koulussa. Teoksessa Kannas, L.(toim.) Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. Opetushallitus, Hakapaino Oy, Helsinki, 182, 184.

Välimaa, R. 2000. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Välimaa, R. & Ojala, K. 2004. Nuorten paino, laihduttaminen ja painon kokeminen 1984-2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys ja terveystyötön muutos. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Terveystyön edistämisen tutkimuskeskus Jyväskylän yliopisto: Domus-Offset Oy, 62, 66, 69, 70.

World Health Organization Europe. 2005. European strategy for child and adolescent health and development. [viitattu 16.1.2009].

<http://www.euro.who.int/document/E87710.pdf>

WHO Technical Report Series. 2003. Diet, nutrition and the prevention of chronic disease. Geneva: WHO/FAO. [viitattu 17.3.2009].

http://whqlibdoc.who.int/trs/who_TRS_916.pdf

Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto. 2009. Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. [viitattu 18.3.2009]. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/intro.html>

Yli-Luoma, P. 2004. Johdatus kvantitatiivisiin analyysimenetelmiin SPSS for Windows-ohjelman avulla. Sipoo: IMDL Oy.

Öhman, H., Lehtinen, M., Koskela, P., Surcel, H-M. & Paavonen, J. 2006. Klamydia on yleinen nuorten tauti Suomessa. Kansanterveys-lehti 7/2006; 8-9. [viitattu 1.4.2008].

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_7_2006/klamydia_on_yleinen_nuorten_tauti_suomessa

11-vuotiaiden terveys ja terveystyötöiden kysely

Kysely liittyy opinnäytetyöhömmen, jonka tarkoituksena on selvittää nuorten terveyttä, terveystyötöiden ja siihen liittyviä tekijöitä. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja sen tulokset esitetään niin, että niistä ei voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Toivomme sinun vastaavan kysymyksiin huolellisesti.

1. Olet

Tyttö

Poika

2. Kotimaasi

Suomi

Ruotsi

Hollanti

Belgia

Portugali

Espanja

3. Koulusi

Salvelanrinteen koulu

Paraisten ruotsinkielinen koulu

Nilsiä yhtenäiskoulu

Ohkolan koulu

Jokin muu, mikä _____

4. Minkä ikäinen olet

10-vuotias

11-vuotias

12-vuotias

13-vuotias

5. Pituutesi on _____

6. Painosi on _____

7. Perheeseesi kuuluu

äiti ja isä

äiti tai isä

sisarus/sisaruksia

äitipuoli

isäpuoli

sisaruspuoli/sisaruspuolia

Jokin muu, mikä _____

8. Kuinka paljon sinulla on viikossa käyttörahaa

- 10 euroa tai sen alle
- 15 euroa tai sen alle
- 20 euroa tai sen alle
- 30 euroa tai sen alle
- yli 30 euroa

9. Millainen on mielestäsi terveydentilasi

- hyvä
- kohtalainen
- huono
- erittäin huono

10. Onko sinulla

- astmaa ja/tai allergioita
- diabetes
- toistuvia päänsärkyjä
- toistuvia vatsakipuja
- ei mitään edellä mainituista oireista/sairauksista
- Jokin muu, mikä _____

11. Viihdytkö pääsääntöisesti koulussa

- hyvin
- kohtalaisesti
- huonosti
- en lainkaan

12. Oletko tullut koulukiusatuksi

- en lainkaan
- joskus
- usein
- lähes päivittäin/päivittäin
- Jos kyllä, niin miksi _____

13. Oletko kiusannut

- en lainkaan
- joskus
- usein
- lähes päivittäin/päivittäin
- Jos kyllä, niin miksi _____

14. Aiheuttaako koulunkäynti ja koulutehtävät sinulle stressiä

- ei ollenkaan
- muutamia kertoja vuodessa
- muutamia kertoja kuukaudessa
- viikoittain
- päivittäin

15. Onko sinulla
 monta hyvää ystävää
 muutama hyvä ystävä
 1 hyvä ystävä
 ei yhtään ystävää
16. Onko sinulla ongelmia, joista haluaisit keskustella jonkun kanssa
 ei lainkaan
 joskus
 usein
 lähes päivittäin/päivittäin
17. Jos sinulla on ongelmia, puhutko niistä
 vanhemmille
 sisaruksille
 ystäville
 muun aikuisen kanssa, esim. opettaja, terveydenhoitaja
 en puhu kenenkään kanssa
 Jollekin muulle, kenelle
-
18. Kuinka monta tuntia nukut keskimäärin koulupäivinä
 10 tuntia tai enemmän
 9-8 tuntia
 7-6 tuntia
 6 tuntia tai alle
19. Mihin aikaan menet koulupäivinä nukkumaan
 klo 21 tai sitä ennen
 klo 21-22
 klo 22-23
 klo 23-24
 klo 24 jälkeen
20. Kuinka monta tuntia nukut keskimäärin viikonloppuisin
 10 tuntia tai enemmän
 9-8 tuntia
 7-6 tuntia
 6 tuntia tai alle
21. Tunnetko usein itsesi
 aamulla väsyneeksi
 päivällä väsyneeksi
 yleisesti ottaen väsyneeksi
 en tunne itseäni väsyneeksi
22. Onko sinulla vaikeuksia nukahtaa
 ei lainkaan
 joskus
 viikoittain
 päivittäin

23. Heräiletkö öisin

- en lainkaan
- joskus
- usein
- joka yö

24. Kuinka monta tuntia päivässä käytät aikaasi tv:n katseluun, tietokoneella olemiseen tai videopelien pelaamiseen

- en lainkaan
- 1-2 tuntia
- 2-4 tuntia
- 4 tuntia tai enemmän

25. Syötkö aamupalan

- päivittäin
- 2-3 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- harvoin
- en koskaan

26. Syötkö pääsääntöisesti koulussa

- lämpimän ruoan, salaatin, leivän ja juoman
 - vain lämpimän ruoan
 - vain salaattia ja/tai leipää
 - kotoa tuodut omat eväät
 - en syö kouluruokaa
 - syön lämpimän ruoan muualla, missä
-

27. Jos syöt kouluruoan, syötkö sen

- päivittäin
- 2-3 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- harvoin
- en koskaan

28. Kuinka usein syöt hedelmiä, kasviksia tai marjoja

- päivittäin
- 2-3 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- harvoin
- en koskaan

29. Käytätkö maitovalmisteita, esim. maitoa, piimää, juustoa, jogurttia

- päivittäin
- silloin tällöin
- en lainkaan

30. Kuinka usein syöt epäterveellisiä välipaloja, esim. makeisia, limsaa, sipsejä ja roskaruokaa

- en koskaan
- harvoin
- kerran viikossa
- 2-3 kertaa viikossa
- päivittäin

31. Kuinka usein harjaat hampaasi

- kaksi kertaa päivässä
- yhden kerran päivässä
- muutaman kerran viikossa
- harvoin/en lainkaan

32. Millaiseksi koet fyysisen kuntosi

- hyvä
- kohtalainen
- huono
- erittäin huono

33. Kuinka monta kertaa viikossa liikut vähintään 30 minuuttia

- päivittäin
- 3-4 kertaa viikossa
- 1-2 kertaa viikossa
- en lainkaan

34. Kuinka usein harrastat hikoiluttavaa ja hengästyttävää liikuntaa viikossa koululiikunnan lisäksi

- 4 tuntia tai enemmän
- 2-3 tuntia viikossa
- tunnin viikossa tai vähemmän
- en harrasta ollenkaan

35. Miten kuljet kouluun

- kävelen
- pyörällä tai mopolla
- vanhempani tai joku muu tuo autolla
- koulukyydillä tai julkisella kulkuneuvolla

36. Tunnetko itsesi

- sopivan painoiseksi
- hieman ylipainoiseksi
- ylipainoiseksi
- liian laihaksi

37. Tunnetko olosi pääsääntöisesti

- onnelliseksi
- tyytyväiseksi
- surulliseksi
- masentuneeksi

38. Oletko kokeillut/ poltatko tupakkaa

- en ole kokeillut
- olen kokeillut, mutta en polta
- olen kokeillut ja poltan

39. Jos poltat tupakkaa, poltatko

- joskus
- säännöllisesti, mutta en päivittäin
- päivittäin

40. Jos poltat tupakkaa, kuinka monta tupakkaa poltat keskimäärin viikossa

- 0-5
- 6-10
- 11-15
- 16-20
- 20 tai enemmän

41. Poltetaanko kotonasi tupakkaa

- ei
- kyllä

42. Polttavatko ystäväsi tupakkaa

- ystäväni eivät polta
- suurin osa ystäväistäni ei polta
- suurin osa ystäväistäni polttaa
- kaikki ystäväni polttavat

43. Oletko kokeillut/käytätkö alkoholia

- olen kokeillut, mutta en käytä
- olen kokeillut ja käytän silloin tällöin
- olen kokeillut ja käytän säännöllisesti
- en ole kokeillut

44. Jos käytät alkoholia, käytätkö sitä

- harvoin
- joskus
- viikonloppuisin
- muutaman kerran viikossa

45. Jos käytät alkoholia, niin kuinka monta pulloa olutta, siideriä tai lasia viiniä viikossa kulutat keskimäärin

46. Käyttävätkö ystäväsi alkoholia

- ystäväni eivät juo alkoholia
- ystäväistäni suurin osa ei juo alkoholia
- ystäväistäni suurin osa juo alkoholia
- ystäväistäni kaikki juovat alkoholia

47. Onko joku tarjonnut sinulle huumeita

- ei koskaan
 yhden tai kaksi kertaa
 monta kertaa

48. Oletko kokeillut huumeita tai lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttöä

- en
 kyllä

49. Jos olet kokeillut huumeita tai lääkkeiden ja alkoholin yhteiskäyttöä, niin mitä olet kokeillut

50. Onko sinulle kerrottu koulussa

	kyllä	ei	Jossain muualla, missä
seksistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
raskaaksi tulemisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
ehkäisystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
sukupuolitaudeista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Suomalaisen kyselyn reliabiliteettiajo

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,866	43

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
sukupuoli	88,86	189,363	,194	,865
kotimaa	89,50	192,269	,000	,866
koulu	87,36	193,016	-,062	,872
ikä	88,43	193,187	-,133	,868
Käyttörahan määrä viikossa	88,21	172,797	,440	,862
Koettu terveydentila	89,21	180,951	,666	,859
Kouluviihtyvyys	88,79	172,181	,803	,853
Koulukiusatuksi tuleminen	88,93	181,456	,440	,861
Kiusaaminen	88,79	177,412	,645	,857
Koulustressi	88,21	164,027	,780	,850
Ystävät	86,93	191,148	,039	,868
Ongelmien esiintyvyys	87,00	187,692	,303	,864
Unen määrä koulupäivinä	88,43	180,571	,494	,860
Nukkumaanmenoaika koulupäivinä	88,14	182,286	,469	,861
Unen määrä viikonloppuisin	88,79	187,566	,155	,867
Nukahtamisvaikeudet	88,50	176,423	,731	,856
Yöheräily	88,57	179,033	,780	,857
Viihde-elektroniikan käyttö	87,71	178,527	,611	,858
Aamupalan syönti	88,64	177,478	,464	,860
Kouluruokailu	88,57	167,648	,580	,857
Säännöllinen kouluruoan syöminen	88,71	172,835	,543	,858
Hedelmien, kasvien ja marjojen kulutus	86,57	190,725	-,006	,875

Maitovalmisteiden kulutus	89,43	189,495	,367	,865
Epäterveellisten välipalojen kulutus	87,07	188,379	,117	,868
Hampaiden harjaus	88,64	189,632	,096	,867
Koettu fyysinen kunto	86,86	191,978	-,018	,870
Kuntoliikunta/vko, väh. 30 min. kerta	87,14	188,747	,104	,868
Hikiliikunta/vko	87,14	182,901	,306	,864
Koulumatkan kulkeminen	88,07	189,918	,032	,872
Koettu paino	89,36	193,324	-,118	,868
Mieliala	87,14	195,978	-,176	,874
Tupakointi	89,07	181,610	,588	,860
Tupakoinnin säännöllisyys	89,43	186,264	,813	,862
Perheenjäsenten tupakointi	88,71	195,912	-,321	,870
Ystävien tupakointi	88,86	172,901	,758	,854
Alkoholin käyttö	88,93	179,456	,716	,858
Ystävien alkoholin käyttö	89,29	181,297	,682	,859
Huumeiden tarjonta	89,36	180,401	,807	,858
Huumeiden tai alkoholin ja lääkkeiden yhteiskäytön kokeilu	89,29	189,604	,212	,865
Onko sinulle kerrottu koulussa seksistä	88,79	188,027	,231	,865
Onko sinulle kerrottu koulussa raskaaksi tulemisesta	88,14	187,978	,224	,865
Onko sinulle kerrottu koulussa ehkäisystä	88,71	186,989	,312	,864
Onko sinulle kerrottu koulussa sukupuolitaudeista	88,71	183,297	,551	,861

