



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

NOPS 2010-2012-hanke, Nuoren työ- ja toiminta-
kyvyn edistäminen ammattiopistoissa
- Ammattiopiston opiskelijan päihteisiin
liittyvä terveystasaaminen

Hyvönen, Ann-Katri

Vitikainen, Sanna

2011 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Hyvinkää

NOPS 2010-2012-hanke, Nuoren työ- ja toimintakyvyn parantaminen
ammattiopistoissa
- Ammattiopiston opiskelijan päihteisiin liittyvä terveystosaaminen

Hyvönen Ann-Katri
Vitikainen Sanna
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2011

Ann-Katri Hyvönen & Sanna Vitikainen

NOPS 2010-2012-hanke, Nuoren työ- ja toimintakyvyn parantaminen ammattiopistoissa, ammattiopiston opiskelijan päihteisiin liittyvä terveysosaaminen.

Vuosi 2011 Sivumäärä 57+11

Opinnäytetyömme liittyy Laurea-ammattikorkeakoulun yhdessä useiden muiden toimijoiden kanssa vuosina 2010-2012 toteuttamaan NOPS-hankkeeseen. NOPS-hankkeen tarkoituksena on uudistaa ammattiopistojen käytänteitä terveyden edistämisen työ- ja toimintatavoissa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää IMB-mallin pohjalta, miten toimiva interventio yksittäinen terveystapahtuma on ammattiopistossa opiskelevan nuoren terveyden edistämiseksi ja millaista on ammattiopistossa opiskelevien nuorten terveysosaaminen ennen ja jälkeen interventioiden. Tarkoituksena on tutkia millaisia terveystaitoja opiskelijoille muodostuu interventioiden aikana ja miten interventio motivoi opiskelijoita huolehtimaan terveydestään. Tutkimme myös terveystapahtuman käytännön toteutusta.

Ammattiopiston opiskelijan terveysosaamisen ohella teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään eri päihteitä ja niiden terveysvaikutuksia, nuorten päihteisiin liittyviä terveystottumuksia sekä ehkäisevää päihdetyötä. Tarkastelemme myös terveyden edistämisen vaikuttavuutta ja sen arviointia. Nämä teoreettiset lähtökohdat antavat monipuolisen mahdollisuuden analysoida tutkimustehtäviä ja tutkimusten tuloksia.

Tutkimusmenetelmänä tässä opinnäytetyössä käytettiin kvantitatiivisen tutkimuksen metodeja. Aineisto kerättiin strukturoiduin kyselylomakkein, johon vastasi yhteensä 95 nuorta. Kysymysten muoto oli vakioitu eli kaikilta kyselyyn vastaajilta kysyttiin täsmälleen samat asiat samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS-tilastointiohjelmalla. Tutkimustuloksia analysoitiin terveystietojen, terveystaitojen ja motivaation sekä käytännön toteutuksen näkökulmasta.

Keskeisimpinä tutkimustuloksina voidaan todeta, että terveystietojen osalta ammattiopistossa opiskelevilla nuorilla oli jo ennen terveystapahtumia melko hyvät tiedot eri päihteistä ja niiden vaikutuksista. Noin 40 % ammattiopistojen opiskelijoista hyötyi terveystapahtumasta ja oli saanut sen avulla uusia käyttäytymistaitoja. Nuoret kokivat taitonsa huolehtia terveydestään lisääntyneen ja, että he osaisivat soveltaa saamiaan tietoja omiin terveystottumuksiinsa. Tutkimustulosten perusteella terveystapahtuma oli kokonaisuudessaan melko onnistunut.

Asiasanat: terveystapahtuma, päihteet, nuoruus, ammattiopistot, IMB-malli, terveysosaaminen, vaikuttavuus

Ann-Katri Hyvönen and Sanna Vitikainen

NOPS 2010-2012. Promotion of work ability and functional capacity among young people in vocational colleges. Health Competence Related to Intoxicants.

Year	2011	Pages	57+11
------	------	-------	-------

Our Bachelor's thesis was linked to a project called NOPS (Promotion of work ability and functional capacity among young people in vocational colleges) carried out in 2010-2012 by Laurea University of Applied Sciences with several other actors. NOPS aims at reforming the practices of such colleges within health promotion modes of work. The purpose of our thesis was to study, based on the IMB model (Information-Motivation-Behavioral Skills), how effective an intervention a single health event was in promoting the health of a young person studying at a vocational college and what such students' health competence was like before and after interventions. The objective was to study what kind of health skills these students adopted during the interventions and how an intervention motivated them to look after their health. We also took a look at the practical organisation of a health event.

Besides the health competence of a college student, the theoretical frame of reference treats of various intoxicants, their effects on health, health habits related to use of intoxicants by youths as well as of substance abuse prevention. We also discuss the efficiency and assessment of health promotion. These theoretical starting points gave a versatile opportunity to analyse research tasks and results.

In our thesis, quantitative research methods were used. The material was collected by structured questionnaires, to which a total of 95 youths responded. The standardised form of the questions meant that every respondent had to answer exactly the same questions in the same manner and order. The quantitative material was analysed by SPSS, and the findings of the study were interpreted from the viewpoints of health knowledge and skills, motivation and practical implementation.

To conclude, one of the primary findings was that the youths studying at the vocational college had, concerning their health knowledge, fairly good knowledge of different intoxicants and their effects. Roughly 40 % of the students derived benefit from the health promotion event and acquired new behavioral skills. The youths felt that they had become more able to look after their health and that they were more capable of applying the knowledge they had obtained as their personal health habits. As judged by the findings, the health event was, in general, fairly successful.

Keywords: health promotion event, intoxicants, youth, vocational college, IMB model, health competence, effectiveness

Sisälllys

1 Johdanto	3
2 Taustaa	4
3 Päihteet ja niiden terveysvaikutukset	6
3.1 Tupakka ja nuuska	7
3.2 Alkoholi	9
3.3 Huumeet	11
4 Nuoret ja päihteet	13
4.1 Ammattiopistossa opiskelevan nuoren elämänvaihe	13
4.2 Nuorten päihteisiin liittyvät terveystottumukset	14
4.3 Ehkäisevä päihdetyö	16
5 Terveystapahtumat ja ammattiopiston opiskelijan terveysosaaminen	17
5.1 Terveystiedon edistämisen määrittely	17
5.2 Terveystiedon edistämisen malli	18
5.3 Asiakaslähtöinen ohjausprosessi	20
5.4 Terveystiedon edistämisen vaikuttavuus ja sen arviointi	21
5.5 Päihteisiin liittyvät terveystapahtumat syksyllä 2010	22
6 Aiemmat tutkimukset	24
7 Tutkimusongelmat	25
8 Tutkimusmenetelmä	26
8.1 Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä	27
8.2 Aineistojen analyysimenetelmä	28
8.3 Tutkimuksen eettisyys	29
9 Tutkimuksen tulokset	30
9.1 Tutkimuksen kohderyhmien kuvailu	30
9.2 Ammattiopistojen opiskelijoiden terveystiedot	31
9.2.1 Terveystiedot alkoholin käytöstä ja sen vaikutuksista	31
9.2.2 Terveystiedot tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutuksista	33
9.2.3 Terveystiedot huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutuksista	35
9.3 Terveystaidot ja motivaatio	36
9.4 Terveystapahtuman käytännön toteutus	38
10 Pohdinta	41
10.1 Tutkimuksen luotettavuus	41
10.1.1 Mittareiden reliabiliteetti ja validiteetti	41
10.1.2 Aineiston analyysin luotettavuus	43
10.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	44
10.3 Jatkotutkimusehdotukset	47
10.4 Oma oppiminen	48

Lähteet	50
Kuviot	55
Taulukot.....	56
Liitteet	57

1 Johdanto

Nuoruus on usein voimakkaiden tunteiden ja myllerrysten aikaa. Nuori pohtii omaa elämäntapaansa ja tekee omaa itseään koskevia päätöksiä asenteisiinsa ja tietotaitoonsa pohjautuen. Nuoruus on myös tärkein ikävaihe yksilön myöhemmän terveyden kannalta. Epäterveellisten elämäntapojen ja syrjäytymisen noidankehä alkaa usein jo varhaisessa teini-ikässä ja terveyskäyttäytymisen perusteella voidaan jopa ennustaa mihin sosiaaliluokkaan nuori aikuisena sijoittuu. (Rimpelä 2005.)

Terveys 2015 - kansanterveysohjelman mukaan riippuvuutta aiheuttavien aineiden käytön aloittamisikä on alentunut ja ne aiheuttavat terveysriskin sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Kansanterveysohjelman mukaan kehitystä voidaan muuttaa vain, jos huumeiden ja alkoholin käyttöön ja niihin liittyviin asenteisiin saadaan muutoksia. (STM 2001.) Hallituksen Terveystiedon edistämisen politiikkaohjelman mukaan erityisesti ammattiopistoissa opiskelevien nuorten terveyteen tulisi kiinnittää huomiota. Uusimpien tutkimusten mukaan ammattiin opiskelevien nuorten terveys on melko hyvä, mutta heidän terveyttään koskevat tulevaisuudennäkymänsä asettavat haasteita terveyden edistämiselle ja terveyspolitiikalle. Vuonna 2009 toteutetussa Kouluterveyskyselyssä todettiin, että ammattiin opiskelevien nuorten terveystottumukset ovat huonompia kuin lukiolaisten. Selkeimmät erot muodostuivat vertailtaessa nuorten humalahakuista juomista, tupakointia ja huumeiden käyttöä. Kouluterveyskyselyssä selvisi, että ainoastaan 16 %:a ammattiin opiskelevista oli täysraittiita ja humalajuominen sekä laittomien huumeiden käyttö olivat lähes kaksi kertaa yleisempiä kuin lukiolaisilla. Ammattiin opiskelevilla päivittäinen tupakointi oli neljä kertaa yleisempää kuin lukiolaisilla. Koska tupakoinnilla ja alkoholin käytöllä tiedetään olevan vahva yhteys huonoon tai hyvään terveyteen, tulisi nuorten terveyseroja pyrkiä kaventamaan ja ammattiin opiskelevat nuoret ovat tällöin tärkeässä asemassa. (Valtioneuvosto 2007; Luopa ym. 2010.)

Nuorten terveyden edistämisessä oli pitkään tapana keskittyä haitallisen terveyskäyttäytymisen, kuten tupakoinnin ja alkoholinkäytön, ehkäisyyn antamalla aikuisten asettamia, valmiita ”oikeita vastauksia” sen sijaan, että nuoria olisi rohkaistu tekemään omat valintansa (Graham 2000, 125). Nykyään vallalla ovat menetelmät, joissa korostetaan nuoren roolia aktiivisena tiedon hankkijana ja vastaanottajana. Ammattiopistoissa opiskelevien nuorten terveysosaamista tulisi vahvistaa siten, että opiskelijat saisivat riittävät tiedot, taidot ja asenteelliset valmiudet terveyttä edistävien tottumusten omaksumiseen (Valtioneuvosto 2007). Valtioneuvoston asetuksen (2009) mukaan opiskelijoiden terveysosaamista voidaan tukea joko yksilöllisen, ryhmässä tapahtuvan tai yhteisöllisen terveysneuvonnan keinoin siten, että se tukee tiedon soveltamista käytäntöön ja vastuun ottamista omasta terveydestä. Vaikka nuorten terveyskäyttäytymisestä tiedetäänkin jo paljon, tarvitaan lisää tutkimuksia siitä, mitkä interventiot ovat tehokkaita nuorten terveyden edistämisessä (France 2004, 176).

Opinnäytetyömme teoreettisessa osuudessa tarkastelemme päihteitä, nuorten terveystietoja ja -taitoja käsitteenä sekä terveystottumuksia viitaten viime vuosina tehtyihin tutkimuksiin.

Tutkimusosuudessa analysoimme nuorille NOPS-hankkeen muodossa tehtyjen terveystapahtumien (interventioiden) vaikutusta heidän terveysosaamiseensa ja -käyttäytymiseensä. Tavoitteenamme on selvittää miten toimiva interventio yksittäinen terveystapahtuma on ammattiopistossa opiskelevan nuoren terveyden edistämiseksi ja millaista on ammattiopistossa opiskelevien nuorten terveysosaaminen ennen ja jälkeen interventioiden.

2 Taustaa

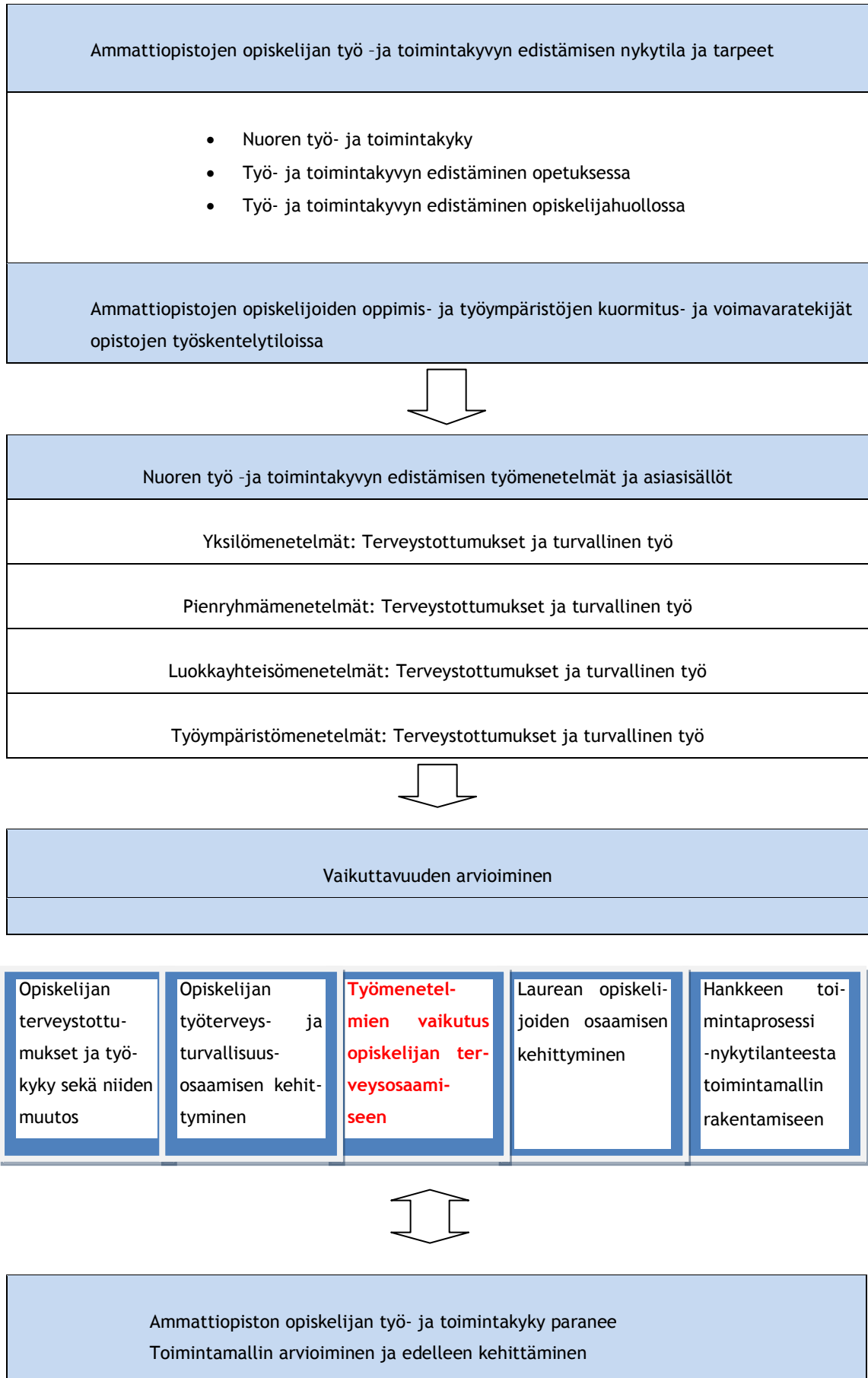
Opinnäytetyö liittyy Laurea ammattikorkeakoulun yhdessä Hyvinkään-Riihimäen seudun Ammatti- ja aikuisopisto Oy:n (HYRIA), Keski-Uudenmaan koulutuskuntayhtymän (KEUDA) sekä Hyvinkään, Järvenpään, Mäntsälän ja Nurmijärven opiskeluterveydenhuoltojen kanssa vuosina 2010-2012 toteuttamaan NOPS (Nuoren työ- ja toimintakyvyn edistäminen ammattiopistoissa 2010-2012)-hankkeeseen. Hankkeen rahoittajana toimii sosiaali- ja terveysministeriö.

Hankkeen tarkoituksena on uudistaa terveyden edistämisen työ- ja toimintatapoja ammattiopistojen käytänteissä. Päämääränä on luoda ammattiopistossa opiskelevan nuoren työ- ja toimintakykyä edistävä toimintamalli ammattikorkeakoulun ja ammattiopiston välille. Toimintamallin avulla pyritään edistämään ammattiopiston opiskelijan työ- ja toimintakykyä koulutuksen aikana niin, että nuorella on mahdollisuus nauttia elämästään myöhemmissäkin elämänvaiheissa. Tavoitteeseen pyritään vahvistamalla nuoren terveysosaamista muun muassa päihitteettömyyttä ja terveellisiä ravitsemustottumuksia edistämällä, lisäämällä nuoren tietoisuutta terveyttä edistävästä työympäristöstä sekä vahvistamalla turvallisen ja terveellisen työnteon osaamista. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

NOPS-hankkeessa nuoren työ- ja toimintakyvyn edistämiseen käytetään useita työtapoja eli interventioita, jotka voidaan jakaa seuraavasti:

1. Nuoren työ- ja toimintakykyä tukevien ympäristöjen luominen: työympäristöinterventiot
2. Yhteisöjen toiminnan vahvistaminen: ryhmä - ja luokkayhteisöinterventiot
3. Työ- ja toimintakykyä edistävien yksilöllisten tietojen ja taitojen vahvistaminen: yksilöinterventiot.

Interventiot toteutetaan oppilaita osallistamalla siten, että ne vahvistavat sekä ryhmän että yksilön tietoja, taitoja ja asenteita samanaikaisesti. Alla olevassa kuviossa on esitelty tämän hankkeen tutkimuksellinen asetelma.



Kuvio 1 NOPS-hankkeen tutkimus- ja kehittämisasetelma (Rimpilä-Vanninen 2010.)

Interventioiden vaikuttavuutta arvioidaan viiden eri osa-alueen osalta, joita ovat opiskelijan terveystottumukset ja työkyky sekä niiden muutos, opiskelijan työterveys- ja turvallisuusosaamisen kehittyminen, työmenetelmien vaikutus opiskelijan terveysosaamiseen, Laurean opiskelijoiden osaamisen kehittyminen ja hankkeen toimintaprosessi. Opinnäytetyömme liittyy Työmenetelmien vaikutus opiskelijan terveysosaamiseen-osioon. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

3 Päihteet ja niiden terveysvaikutukset

Päihteiksi määritellään aineet, jotka aiheuttavat aineen keskushermostovaikutuksista johtuvia korjaantuvia käyttäytymisoireita tai psykologisia muutoksia ja, jotka on nautittu nautinnon tai huumauksen saavuttamiseksi ilman terapeutista tarkoitusta. Päihteitä ovat alkoholi ja huumeet. Huumeisiin luetaan kuuluviksi nikotiini, opiaatit, kannabistuotteet, hallusinogeenit (LSD), barbituraatit, bentsodiatsepiinit sekä joukko stimulantteja (amfetamiini, kokaiini, ja kofeiini) ja teknisiä liuottimia. (Salaspuro, Kiianmaa & Seppä 2003, 110.)

Päihteiden käyttötapa vaihtelee. Niitä voidaan nauttia suun (alkoholi, kofeiini, barbituraatit, bentsodiatsepiinit) tai hengitysteiden (kannabistuotteet, nikotiini, liuottimet) kautta, nuuskaamalla (kokaiini) tai injektioina (opiaatit). Joitakin huumeita käytetään useita nauttimistapoja soveltaen (amfetamiini). (Salaspuro ym. 2003, 110.)

Päihteiden käyttöön vaikuttavat ulkoiset tekijät, kuten päihteiden saatavuus ja yksilön sosiaalinen ympäristö sekä biologiset seikat, kuten perinnöllinen alttius, ikä ja kokemus päihteiden käytöstä. Huumaavat ja päihdyttävät vaikutukset perustuvat päihteiden ainekohtaisiin keskushermostovaikutuksiin. Osa päihteistä, kuten kokaiini, amfetamiini, kofeiini stimuloi, kun taas osa, kuten alkoholi, opiaatit, barbituraatit, bentsodiatsepiinit rauhoittaa tai lamaannuttaa hermostoa. Vaikka päihteiden vaikutusten voimakkuus riippuu käytetystä päihteen määrästä, hermoston eri toimintojen herkkyys päihteille vaihtelee. (Salaspuro ym. 2003, 110.)

Päihteet tuottavat huumaavan vaikutuksen ohella psyykkisiä vaikutuksia, jotka koetaan miellyttävinä ja joiden takia käyttäjä on taipuvainen nauttimaan niitä toistuvasti. Mitä voimakkaampia päihteen vaikutukset ovat, sitä todennäköisemmin sitä käytetään uudestaan ja käyttäjä addiktoituu eli tulee riippuvaiseksi päihteestä. Eri päihteiden addiktiopotentiaali vaihtelee. Suhteellinen riski addiktoitua kokaiinille, amfetamiinille, nikotiinille ja opiaateille on suurempi kuin alkoholille, barbituraateille ja bentodiatsepiineille, kun taas riippuvuusriski kofeiinin ja kannabistuotteiden suhteen on alhaisempi kuin edellä mainituissa aineissa. Päihteiden psyykkiset vaikutukset perustuvat eri hermostollisiin mekanismeihin kuin niiden huumaavat vaikutukset. Toisaalta eri päihteiden toistuvaan käyttöön johtavien psyykkisten vaikutusten uskotaan perustuvan pohjimmiltaan samoihin keskushermoston vahvistamismekanismeihin. (Salaspuro ym. 2003, 110.)

Päihderiippuvuus on krooninen, uusiutuva sairaustila, jolle on ominaista toleranssin kehittyminen ja pakonomainen tarve saada päihdettä ja jonka vaikutukset heijastuvat yksilön kaikkinaiseen terveyteen. Toleranssi eli päihteen kestokyvyn kasvu ja fyysinen riippuvuus liittyvät

olennaisina ilmiöinä päihteiden toistuvaan käyttöön. Toleranssi ja fyysinen riippuvuus eivät sinänsä kuitenkaan merkitse väärinkäyttöä tai addiktiota, vaan ne ovat normaaleja biologisia sopeutumislmiöitä, jotka kehittyvät monien lääkeaineiden käytön seurauksena. (Salaspuro ym. 2003, 110.)

3.1 Tupakka ja nuuska

Tupakkavalmisteiden sisältämä nikotiini aiheuttaa vahvan fyysisen riippuvuuden, vaikka nikotiiniriippuvuus on farmakologisilta ja käyttäytymistä sääteleviltä tekijöiltään muiden aineriippuvuuksien kaltaista. Nikotiiniriippuvuus kehittyy nopeasti, ja sen voimakkuuteen vaikuttavat keskushermoston herkkyys nikotiinille ja nikotiinin aineenvaihdunta maksassa. Tupakoinnin terveyshaitoista suurin osa aiheutuu muista aineosista kuin nikotiinista. Tupakka koostuu 5000 kemiallisesta yhdisteestä, joista 50 tiedetään syöpää aiheuttaviksi. Nikotiinilla on sekä stimuloivia että lamaavia vaikutuksia. Se esimerkiksi rentouttaa poikkijuovaisia lihaksia, mutta lisää samalla henkistä vireyttä. Nikotiini aktivoi aivojen nikotiinireseptoreja ja lisää dopamiinin vapautumista, jonka tupakoitsija tuntee mielihyväksi. Tunteiden yhdistyminen tupakointiin saa aikaan psyykkistä riippuvuutta. Etenkin nuorilla ryhmäpaine lisää tupakoinnin kokeilua ja sosiaalisen riippuvuuden riskiä. Tupakoinnin aloittamisen ja jatkamisen taustalla on iän lisäksi monia muita tekijöitä, kuten riippuvuusalttius, persoonallisuus ja elinympäristö. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 66.)

Tupakointi aloitetaan usein nuoruudessa virheellisen mielikuvan perusteella, aikuistumiseen liittyvänä riittinä. Kuvitellaan, että tupakointi tekee nuoren aikuiseksi. Todellisuudessa tupakka tappaa ja tekee käyttäjänsä sairaaksi. Puolet niistä, jotka ovat aloittaneet tupakoinnin nuorena, kuolevat ennenaikaisesti johonkin tupakan aiheuttamaan tautiin. Riski-ikä tupakoinnin aloittamiseen on 13–14-vuotta. Säännöllinen tupakointi aloitetaan 12–16-vuoden iässä. Harva aloittaa enää 18-vuoden ikäisenä. Tytöt aloittavat tupakkakokeilunsa pari vuotta aikaisemmin kuin pojat. 14-vuotiaista tytöistä 64 % on kokeillut tupakkaa. Nykyisin joka viides nainen Suomessa tupakoi. Naisten tupakointi lisääntyy eniten nuorten tyttöjen, vähemmän koulutettujen ja alimman sosiaaliluokan parissa. Naisista Suomessa eniten tupakoivat ammattipiistoissa opiskelevat tytöt sekä eronneet, vähän koulutusta saaneet tehdastyötä tekevät naiset. (Viertola 2006, 9, 11-12, 18.) Tampereen yliopiston terveystieteidenlaitoksen vuonna 2001 tekemässä nuorten terveystapatutkimuksessa 16-vuotiaista pojista tupakoi 29 % ja tytöistä 31 %. Vuonna 2009 samassa tutkimuksessa 16-vuotiaista pojista 21 % ja tytöistä 22 % tupakoi. (Tilastokeskus 2009a.)

Tupakoinnilla on monia haitallisia terveysvaikutuksia, jotka kohdistuvat muun muassa sydän- ja verenkiertoelimistöön, hengityselimistöön, hormonitoimintaan ja ruoansulatuselimistöön. Tupakan haittavaikutuksille voi altistua myös passiivisen tupakoinnin mukana, koska tupakan savun haitta-aineista suuri osa joutuu tupakoitsijan ympäristöön. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 66). Liian moni tupakoitsija tulee tietoiseksi tupakan terveysriskeistä vasta sairastuttuaan itse syöpään, sydänsairauteen tai aivohalvaukseen. Iso-Britanniassa tehdyssä tupakoitsijoiden haastattelututkimuksessa päädyttiin tylyyn lopputulokseen; tupakoivat naiset kuolevat

muun muassa tietämättömyyteen ja välinpitämättömyyteen. 80 % tutkimukseen osallistuneista naisista ei tiennyt lisääntyneestä rintasyöpäriskistä. Kuitenkin joka kolmannen uuden rintasyöpätapauksen synty on yhteydessä tupakointiin. Tupakointi lisää keuhkosyövän ohella ainakin yhdeksän muun syöpäsairauden riskiä. Tupakoiva kuolee usein keski-ikässä tai ennen eläkeikää. Jos säännöllisen tupakoinnin aloittaa teini-ikässä, elinikä lyhenee keskimäärin kahdeksan vuotta. (Viertola 2006, 14, 15.)

Tupakointi on myös sekä ekologinen että taloudellinen riski. Suomessa vuosittain poltetuista 5 miljardista verollisesta savukkeesta syntyy 275 tonnia tupakantumppeja (yksi natsa painaa 0,5g). Tämä ongelmajätevuori sisältää useita haitallisia aineita, jotka kuuluisivat talousjätteen sijaan ongelmajätteisiin. Pienipalkkaisissa perheissä tupakointi on suuri taloudellinen ongelma. Hyvin toimeentulevissa perheissä vain viidesosassa, mutta vähävaraisista perheistä joka toisessa tupakoidaan. Niissä sosiaaliturvan varassa elävissä perheissä, joissa sekä äiti että isä tupakoivat, lapset kärsivät enemmän vaatteiden, ruuan ja urheiluvälineiden puutteesta kuin niissä sosiaaliturvan varassa elävissä perheissä, joissa kumpikaan vanhemmista ei tupakoi. (Viertola 2006, 283, 286.)

Nuuska valmistetaan kosteasta raakatupakasta, johon sekoitetaan muut seosaineet, kuten tärkkelys, kaliumkarbonaatti ja makuaineet, vesiliuoksena. Nuuskasta on löydetty jopa 2500 kemiallista yhdistettä, joista osa on tunnettuja karsinogeeniä eli syöpää aiheuttavia aineita. Nuuska sisältää myös huomattavia määriä raskasmetalleja, kuten lyijyä ja kadmiumia, sekä jäänteitä useista myrkyllisistä kasvinsuojeluaineista. Nuuskan sisältämät aineet, erityisesti nikotiini, imeytyvät verenkiertoon suun limakalvon läpi. Nuuska sisältää jopa 20 kertaa enemmän nikotiinia kuin savukkeet. Nuuskassa olevasta nikotiinimäärästä imeytyy tunnin aikana vereen noin kolmannes, suurin piirtein yhtä paljon kuin kymmenen minuutin tupakoinnin aikana. Tupakoidessa nikotiinipitoisuus on ensimmäisten minuuttien aikana kaksinkertainen verrattuna nuuskaamiseen. Koska nuuskaa kuitenkin pidetään suussa kauemmin kuin tupakkaa, pysyy nuuskaajan veren nikotiinipitoisuus korkeana kauemmin. Tavanomaisella päiväannoksella nuuskan käyttäjä saa nikotiinia 3–5 kertaa enemmän kuin savukkeita polttava. (Rautalahti 2010.)

Jo suhteellisen lyhytaikaisen nuuskaamisen jälkeen suun limakalvolla alkaa näkyä muutoksia siinä kohdassa, jossa nuuskaa pidetään. Pitempiaikainen, säännöllinen nuuskaaminen värjää limakalvot vähitellen ruskehtaviksi ja ne kovettuvat. Herkempien nuuskan käyttäjien limakalvo alkaa halkeilla. Nuuska voi aiheuttaa myös paikallista ikenen vetäytymistä ylöspäin, jolloin hampaidenjuuret saattavat paljastua. Pitkään käytettynä nuuska aiheuttaa ientulehdusta. Nuuskaajan hampaat ja vaaleat etuhammaspaikat saattavat värjäytyä ruskeaksi. Nuuskan karkeat lisäaineet voivat myös kuluttaa hampaita. Syljenerityksen lisääntyessä nuuskaaja tuntee tarvetta syljeskellä. Pitkäaikainen nuuskaaminen aiheuttaa myös hampaiden kiinnityskudos-sairautta. Kiinnityskudosten syöpyessä hammas alkaa heilua ja saattaa lopulta irrota. Nuuskaamisen aiheuttamat vahingot voivat nuorilla olla suuremmat kuin aikuisilla, koska heillä on erityisen herkäät ikenet. (Rautalahti 2010.)

Nuuskan käyttö erityisesti nuorella iällä lisää suuontelon, nielun ja nenän syöpää. Riski nousee käyttöajan kasvaessa. Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa on havaittu syövän esiastetta jopa puolella nuuskan käyttäjistä. Niitä alkaa ilmaantua limakalvoihin muutaman vuoden käytön jälkeen. Noin 5-10 % syövän esiasteista muuttuu vuosien kuluessa syöpäkasvaimiksi. Käytettävissä olevan tutkimustiedon perusteella ei voida täysin todeta, kuinka paljon nuuskan käyttö lisää suusyövän vaaraa. Tutkimukset ovat usein olleet liian pieniä tai lyhyitä nuuskan ja suusyövän välisen yhteyden tutkimiseen. Tämänhetkisten tutkimustulosten mukaan vaara ei olisi niin suuri kuin tupakoitsijoiden keuhkosyövän vaara. (Rautalahti 2010.)

Suomalaiset naiset eivät juurikaan käytä nuuskaa, koska se koetaan epäsiistiksi, epämiellyttävän näköiseksi ja hajuiseksi. Sen sijaan urheilevien nuorten nuuskan käyttö rentouttajana on ongelma. Nuorten tulisi saada enemmän tietoa ja neuvoa nuuskaamisen terveysriskeistä. Nuuska aiheuttaa riippuvuuden nopeasti, mutta siitä eroon pääseminenkin on mahdollista muutamassa viikossa. Nuuskan käyttö ei estä tupakointia, vaan se voi olla nuoren ensimmäinen askel kohti tupakointia ja riippuvuutta. (Viertola 2006, 240, 243.)

Nuuskan nikotiini aiheuttaa samanlaisia haittoja kuin tupakan nikotiini: käsien ja jalkojen verisuonet supistuvat, sydämen lyöntitiheys kasvaa, verisuonet kalkkeutuvat vähitellen ja sydänveritulpan vaara kasvaa. Heikentyneen verenkierron takia nuuskaavan urheilijan vamma-riski kasvaa. Hermoston toiminta ja hormonitasapaino häiriintyvät ja kunto heikkenee asteittain. Nuuskaajalla ilmenee unettomuutta, päänsärkyä ja hikoilua. Osa nuuskasta tulee väistämättä niellyksi, joten monet sen sisältämät haitalliset aineet pääsevät mahalaukun kautta helposti imeytymään elimistöön. Nikotiini muuttaa jo pieninä annoksina sisäeritystoimintaa, rasittaa sydäntä ja häiritsee mahalaukun luonnollista toimintaa. Nuuskaaminen lisää myös diabeteksen vaaraa. Raskauden aikaisen nuuskan käytön terveydelliset haitat vastaavat savukkeiden polton aiheuttamia haittoja. Jos mittariksi otetaan syövän vaara, nuuskan käyttö on vähän haitallista kuin savukkeiden poltto. Haitatonta nuuskan käyttö ei kuitenkaan ole. (Rautalahti 2010.)

3.2 Alkoholi

Alkoholi (etanoli) on Suomessa eniten käytetty päihde ja se on useimmissa maissa yleisesti hyväksytty aikuisväestön laillinen päihde. Suomessa alkoholi aiheuttaa arvioiden mukaan valtaosan päihteisiin liittyvistä ongelmista. Alkoholin kulutus on viime vuosina kasvanut ja ennusteiden mukaan se kasvaa lähivuosina edelleen. Vuonna 2004 kulutus kasvoi ensimmäisen kerran yli kymmeneen litraan asukasta kohden. Huippu saavutettiin seuraavana vuonna, jolloin kulutus oli 10,5 litraa asukasta kohden. Vuonna 2006 kulutus sen sijaan väheni takaisin 10,3 litraan asukasta kohden. Alkoholia käyttävät eniten 20–29-vuotiaat miehet ja heillä on myös eniten rajuja juomiskertoja. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 67.)

Alkoholilla on mielihyvää tuottavia, huumavia ja lamaavia keskushermostovaikutuksia. Pitkäaikaisessa käytössä käyttäjälle kehittyy toleranssi sekä psyykinen ja fyysinen riippuvuus. Useimpien muiden päihteiden tavoin alkoholilla ei ole erityistä sitoutumiskohtaa aivoissa. On

todettu, että alkoholi vaikuttaa useimpiin hermosolujärjestelmiin sekä viestinkulun mekanismeihin ja sen käyttäytymisvaikutukset syntyvät ilmeisesti eri tekijöiden yhteisvaikutuksena. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 67.)

Humala on suorituskykyä, mielialaa, arvostelukykä ja käyttäytymistä muuttava tila, joka syntyy siitä, että alkoholi vaikuttaa hermosolujen toimintaan erityisesti keskushermostossa. Pienet veren alkoholipitoisuudet vaikuttavat yleensä virkistävästi ja mielialaa kohottavasti, jolloin ihminen rentoutuu ja muuttuu sosiaalisesti avoimemmaksi. Humalan vahvuus on suoraan suhteessa nautitun alkoholin määrään. Poikkeuksena ovat kuitenkin sellaiset ihmiset, jotka ovat tottuneita alkoholin käyttäjiä ja joille on kehittynyt toleranssi. Humalan voimakkuuteen vaikuttavat sukupuolierot, ihmisten ikä- ja kokoerot sekä hormonaaliset ja muut fysiologiset tekijät. Naisilla kehon vesipitoisuus on pienempi ja rasvapitoisuus hieman suurempi kuin miehillä. Koska etanoli liukenee huonosti rasvaan, sama alkoholimäärä johtaa naisella 20–30 prosenttia suurempaan veren alkoholipitoisuuteen kuin miehillä. Runsas ja pitkäaikainen alkoholin nauttiminen myös lisää alkoholin palamisnopeutta, jolloin maksan koko kasvaa ja alkoholia maksassa hapettavien entsyymijärjestelmien toiminta lisääntyy. Humalaa vahvistavat myös jotkin lääkeaineet, kuten eräät psyykenlääkkeet, rauhoittavat lääkkeet, veren hyytymistä estävät lääkkeet ja diabeteslääkkeet. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 67-68.)

Noin yhden promillen humala vaikuttaa useimpiin ihmisiin piristävästi nousuhumalan aikana. Se ilmenee mielihyvän kokemisena, rentoutumisena, itsevarmuuden lisääntymisenä ja estojen katoamisena sekä puheliaisuutena. Joillakin yhden promillen pitoisuus aiheuttaa masennusta, arvaamatonta käytöstä ja väkivaltaisuutta. Jo alhainenkin promillemäärä veressä laskee suoritus- ja arvostelukykä, heikentää liikkeiden säätelyä, hidastaa reaktioaikaa ja nostaa kipukynnystä. Samalla tapaturmariski kasvaa. Yli promillen humalassa humalaoireet ovat jo selkeitä; liikkeet ovat kömpelöitä, puhe sammaltaa, kuulo heikkenee ja valppaus sekä henkiset toiminnot heikkenevät. Kahden promillen humalatila sedatoi eli lamauttaa jo selkeästi ja kolmen promillen ja sen ylittävä humalatila ovat jo hengenvaarallisia erityisesti tottumattomille alkoholin käyttäjille. (Dahl & Hirschovits 2002, 130.)

Alkoholin pitkäaikainen käyttö vaikuttaa sekä keskushermostoon että psyykkeeseen. Runsas alkoholin käyttö voi aiheuttaa mielenterveysongelmia, kuten masennusta, ahdistuneisuutta, pelkotiloja ja väkivaltaisuutta. Runsas juominen voi heikentää unen laatua ja aiheuttaa uni-häiriöitä. Alkoholisteilla voidaan todeta myös aivojen surkastumista, henkisen suorituskyvyn heikkenemistä ja alkoholidementiaa. Alkoholihallusinoosissa ihminen kärsii kuulo- ja näköharhoista. Pitkäaikaisen alkoholin käytön lopettaminen voi johtaa delirium tremensikseen eli niin sanottuun juoppohulluuteen. (Dahl & Hirschovits 2002, 132-133, 136.)

Alkoholin määrä ja juomatapa vaikuttavat alkoholin aiheuttamien aivomuutosten vakavuuteen. Alkoholinkäyttö aiheuttaa muutoksia muun muassa oppimista ja muistia säätelevillä aivoalueilla. Tutkimuksissa on todettu aivoille kaikkein haitallisinta olevan usein toistuvan humalajuomisen ja siihen liittyvät krapulat ja vieroitusoireet. Nuorilla näiden runsas toistumi-

nen ennustaa huonompaa suoriutumista tiedollista kykyä mittaavissa tehtävissä. Nuorilla alkoholin aiheuttamat aivomuutokset ovat kuitenkin suhteellisen lieviä ja luultavasti palautuvia. (Kiianmaa, Hyytiä & Partonen 2007.)

Runsas ja pitkäaikainen alkoholinkäyttö vaikuttaa lähes kaikkiin elimiin. Alkoholin vaikutuksesta verenpaine kohoaa ja sydäninfarktirisiki kasvaa. Myös sydänlihas saattaa vaurioitua ja riski sairastua sydämen vajaatoimintaan kasvaa. Alkoholin aiheuttamat aivoverenkiertohäiriöt ovat yleisiä. Runsas alkoholinkäyttö aiheuttaa rasvan maksoittumista ja voi johtaa maksan tulehdukseen (alkoholihepatiitti) tai maksakirroosiin. Gastriitit eli mahalaukun tulehdukset ja mahahaavat ovat yleisiä alkoholisteilla. Jo muutaman päivän mittainen raju juomaputki voi aiheuttaa haimatulehduksen, joka voi pahimmillaan johtaa diabetekseen tai kuolemaan. Riski sairastua suuontelon, nielun, kurkunpään, ruokatorven ja maksan syöpään kasvaa. Koska alkoholi häiritsee ravinnon imeytymistä suolessa, ovat vitamiinin puutostilat alkoholisteilla hyvin yleisiä. Alkoholinkäyttö lisää myös ylipainoriskiä, sillä jo kaksi tuopillista olutta päivässä tuottaa 1.5–2 lisäkiloa kuukaudessa. (Dahl & Hirschovits 2002, 133-136; Käypä hoito: Alkoholiongelmaisen hoito 2010.)

Alkoholinkäytön riskirajalla tarkoitetaan sitä alkoholimäärää, joka jo todennäköisesti lisää merkittävästi terveyshaittoja. Suomessa alkoholinkäytön päivittäiskäytön riskirajoiksi on asetettu naisille 20 g absoluuttista alkoholia (noin kaksi ravintola-annosta) ja miehille 40 g absoluuttista alkoholia (noin neljä ravintola-annosta) vuorokaudessa. Riskirajaa voidaan tarkastella myös humalahakuisen juomisen mukaan, mikä tarkoittaa naisilla vähintään viiden ravintola-annoksen ja miehillä seitsemän ravintola-annoksen kertakäyttöä viikoittain. Nämä rajat sopivat useimmille aikuisille, mutta nuorilla, ikääntyneillä ja sairailta haittoja voi ilmaantua jo alemmalla kulutustasolla. On huomioitava, että riskiraja on keskimääräinen arvio, ei turvaraja. Humalajuominen voi aiheuttaa ongelmia, vaikka kokonaiskulutus jäisi riskirajan alapuolelle. (Käypä hoito: Alkoholiongelmaisen hoito 2010.)

3.3 Huumeet

Ihmiset ovat kautta vuosisatojen käyttäneet päihteitä vaikuttaakseen mielialaansa, ajatuksiinsa ja käyttäytymiseensä. Alkoholi, tupakka ja erilaiset luonnonmukaiset tai synteettiset huumeet ovat kaikki psykoaktiivisia aineita. Huumeet voivat olla rauhoittavia, piristäviä tai hallusinogeenia. Rauhoittaviin kuuluvat opiaatit kuten heroini, piristeisiin kokaiini, crack ja amfetamiinit. Hallusinogeenia edustavat marihuana, ekstaasi ja LSD. Huumeet joko pureskellaan, hengitetään, poltetaan, nuuskataan tai niitä käytetään suonensisäisesti. Ennen suurin osa huumeista valmistettiin kasveista: kokaiini kokapensaasta, heroini unikon kukista ja hasis ja marihuana kannabiksesta. Nykyään monet uudemmit huumeista, kuten ekstaasi ja LSD, tehdään synteettisesti. (THL 2009.)

Hoitoon hakeutuneiden huumeasiakkaiden ensisijainen päihde vuonna 2006 oli opiaatit (41 %). Opiaatteihin kuuluva buprenorfiini oli ensisijaisena hoitoon johtaneena päihteenä 31 %:lla koko asiakaskunnasta. Lähes kaksi kolmasosaa asiakkaista oli ilmoittanut käyttävänsä vähintään

kolmea ainetta. Huumeasiakaskunnan keski-ikä oli 28 vuotta. Huumeiden käyttöön liittyy sekä yhteiskunnallisia, sosiaalisia että yksilöllisiä tekijöitä. Yhteiskunnallisia tekijöitä ovat päihteiden tarjonta, hinta, valvonta ja saatavuus. Nuorilla huumeongelmat liittyvät usein huonoon itsetuntoon, huonoon surun ja kilpailun sietokykyyn, ahdistukseen ja stressiin. Päihteiden kautta haetaan hetkellistä mielihyvää ja niiden avulla vähennetään nuorille tyypillisiä estoja ja ujoutta. (THL 2009.)

Rauhoittavat huumeet rentouttavat ja antavat välittömän hyvän olon tunteen. Samalla ne poistavat kipua ja ahdistusta. Keskushermoston lamaantuessa hengitys, refleksit ja puhe hidastuvat. Liiallinen elintoimintojen hidastuminen voi olla kohtalokasta: hengityksen pysähdys on melko yleinen kuolinsyy heroisiin käyttäjillä. Rauhoittavat huumeet, kuten heroini, johtavat usein fyysiseen ja psyykkiseen riippuvuuteen. Lisäksi ne aiheuttavat voimakkaita vieroitusoireita. (THL 2009.) Opiaatit aiheuttavat myös verisuonitukoksia, imusuonitulehduksia, endokardiittia ja keuhkotulehduksia (Käypä hoito: Huumeongelman hoito 2006).

Piristeet, kuten amfetamiini ja sen johdannaiset, vaikuttavat keskushermostoa kiihottavasti. Amfetamiinin välitön psyykinen vaikutus on hyvänolon ja energisyyden tunne. Käyttäjä saattaa tuntea itsensä voimakkaaksi ja yliveriseksi, mikä johtaa usein aggressiiviseen ja arvaamattomaan käyttäytymiseen. Harkintakyky heikkenee ja pitkäaikaiskäyttäjillä on todettu skitsofreniaa muistuttavaa amfetamiinipsykoosia. Jo suhteellisen pienillä annoksilla saattaa ilmetä myrkytyksen kaltaisia oireita, kuten pahoinvointia, sydämen lyöntitiheyden nopeutumista, verenpaineen kohoamista ja pupillien laajenemista. (THL 2009.) Koska amfetamiini vähentää ruokahalua, voi pitkäaikaisen käytön seurauksena olla vajaanavitsemus ja vastustuskyvyn heikkeneminen. Krooninen käyttö aiheuttaa myös unettomuutta. (Käypä hoito: Huumeongelman hoito 2006). Hallusinogeenien kirjo on laaja ja niillä on monenlaisia psyykkisiä vaikutuksia. Usein niillä haetaan vahvoja tunne-elämyksiä. Monet hallusinogeenit aiheuttavat nimensä mukaisesti aistiharhoja. Käytön aikana aistiharhat ja mielialat muuttuvat dramaattisesti ja usein käyttäjät näkevät ja kuulevat asioita, joita ei todellisuudessa esiinny. (THL 2009.) Voimakkaiden aistiharhojen lisäksi hallusinogeenien käyttö saattaa aiheuttaa ahdistusta, harhaluuloja, pelkoja, paniikkia ja masennusta. Hallusinogeenien fyysisiä vaikutuksia ovat verenpaineen kohoaminen, pupillien laajeneminen ja sydämen lyöntitiheyden nopeutuminen. Muun muassa kannabis aiheuttaa pitkään ja säännöllisesti jatkuvan käytön jälkeen suun, nielun ja ruokatorven alueen syöpäriskiä sekä heikentää oppimiskykyä (Käypä hoito: Huumeongelman hoito 2006).

Nykyään myös monia tutkimuskemikaaleja käytetään päihdetarkoituksessa, jolloin ne voivat olla luonteeltaan mitä tahansa; hallusinaatioita aiheuttavia, elintoimintoja lamaavia tai piristeitä. Tästä syystä mitään yksittäistä vaikutusmekanismia ei tutkimuskemikaaleille voida määrittellä. Yhdisteisiin ja niiden päihdekäyttöön liittyvää luotettavaa tietoa on tarjolla hyvin vähän. Yleisellä tasolla voidaan olettaa, että tutkimuskemikaalien vaikutusmekanismiin tai myrkyllisyyteen liittyvät tiedot ovat hyvin puutteellisia. Mikäli yhdistettä on virallisesti aikoinaan tutkittu esimerkiksi lääkekäyttöön, laadukkaita tutkimuksia aineen lyhytaikaisista ja mahdollisesti myös pitkäaikaisista vaikutuksista saattaa olla olemassa. Yksittäisten tutkimuskemikaali-

en päihdekäyttö on usein ohimenevä ilmiö. Yhdisteen luokitteluun huumausaineeksi hillitsee omalta osaltaan yhdisteellä käytävää kauppaa. Tullin mukaan tutkimuskemikaalien päihdekäyttö on kasvava ilmiö. (Surakka 2010.) Vuoden 2007 lopulla Suomeen alkoi virrata Spice-valmistetta. Se on kasvirouhevalmistetta, jota myydään lähinnä internetin välityksellä ja poltetaan marihuanan tavoin. Spice-valmisteiden yksi vaaratekijä piilee niiden sisältämien synteettisten kannabioidien pitoisuudessa, joka voi olla mitä tahansa. Lainsäädännön kannalta ongelmana on, että sitä mukaan, kun synteettisiä kannabioideja saadaan luokitelluksi lääkkeiksi tai huumausaineiksi, on markkinoille tullut jo uusia vastaavia. (Szilvay 2010.)

4 Nuoret ja päihteet

4.1 Ammattiopistossa opiskelevan nuoren elämänvaihe

Nuoruus on elämänvaihe, jota eletään sekä tietyssä ajassa että yhteiskunnassa. Koska jokainen nuori on eri aikaan ja eri tavalla kehittyvä yksilö, nuoruutta on vaikeaa määritellä tiettyyn ikään kuuluvaksi. Yleisellä tasolla nuoruuden voidaan katsoa alkaneeksi, kun tietyt biologiset muutokset tuleva näkyviin. Tätä kutsutaan puberteetiksi. Tavallisesti nuoruus jaetaan kolmeen eri vaiheeseen. Ikää, joka sijoittuu 11–14 ikävuoden välille, kutsutaan varhaisnuoruudeksi. Keskinuoruus sijoittuu 15–18 ikävuoden väliin ja myöhäisnuoruus 19–25 ikävuoden välille. (Aaltonen, Ojanen, Vihunen & Vilen 2003, 32-33.)

Keski- ja myöhäisnuoruuteen liittyviä tavoitteiden asetteluja ja päätöksentekoa voidaan kuvailla tapahtumakulkuna, jossa nuori vertailee motiiveitaan ja kiinnostustaan ympäristönsä tarjoamiin mahdollisuuksiin ja rajoitteisiin. Nuorten tavoitteet ja huolet kohdistuvat yleensä koulutukseen, ammattiin, tulevaisuuteen, perheeseen ja muihin ihmissuhteisiin. Nuorten käsitykset tulevaisuudesta ovat kuitenkin usein optimistisia. Nuoren muodostaessa koulutukseen ja ammattiin liittyviä tavoitteita, hän vertaa omia yksilöllisiä motiiveitaan tarjolla oleviin realistisiin koulutus- ja työmahdollisuuksiin. Suurin osa suomalaisista nuorista on hyvin koulutettuja ja kielitaitoisia. Suomalaisessa koulujärjestelmässä koulutusvalinnat tehdään aikaisimmillaan 15-16-vuoden iässä. Tämä tarkoittaa useimmiten valintaa lukion ja ammattiopiston välillä. Ratkaisut ovat paljolti nuorten omissa käsissä. (Nurmi, Ahonen, Lyytinen, Lyytinen, Pulkkinen, Ruoppila 2006, 135-137, 156.)

Ammattiopisto on toisen asteen oppilaitos, jossa voi suorittaa ammatillisia perustutkintoja sekä ammatti- ja erikoistutkintoja. Ammatillinen perustutkinto antaa mahdollisuuden jatkaa opintoja ammatillisessa lisäkoulutuksessa, ammattikorkeakouluissa ja yliopistoissa. Ammattiopistoissa opiskelu valmistaa suoraan tutkintoon ja on hyvin käytännönläheistä. Koulutus kestää yleisimmin kolme vuotta ja on laajuudeltaan 120 opintoviikkoa. Opinnot koostuvat ammatillisista opinnoista, jotka antavat tietyn alan ammattitaidon. Opintoihin sisältyy myös 20 opintoviikon ammattitaitoa kartuttava harjoittelujakso. Ammatillisten opintojen lisäksi opintoihin kuuluu yhteisopintoja kuten kieliopintoja, matematiikkaa ja luonnontieteitä. Ammatillisesta koulutuksesta voi valmistua kahdeksalta eri koulutusalueelta yli sataan ammattiin. Nykyisin ammattitutkinnon ohella voi suorittaa myös ylioppilastutkinnon. Ammattiopistoissa

voi suorittaa ammatillisen tutkinnon myös oppisopimuskoulutuksena tai aikuisille tarkoitettuna monimuoto-opintoina, jotka mahdollistavat esimerkiksi työn teon opintojen ohella. (Opiskelupaikka 2010.)

Tilastokeskuksen mukaan ammatilliseen peruskoulutukseen osallistui vuonna 2009 131 200 opiskelijaa. Oppisopimusopiskelijoiden määrä samana vuonna oli 66 000. Vertailupohjaksi voidaan ottaa lukiolaisten määrä vuonna 2009, joka oli 112 100. Viimeaikaisen suuntauksen mukaan ammattiopistojen opiskelijamäärät ovat kasvussa, kun samanaikaisesti lukioiden oppilasmäärät vähenevät. (Tilastokeskus 2010b, 2010c.)

4.2 Nuorten päihteisiin liittyvät terveystottumukset

Terveystottumuksilla tarkoitetaan yksilön niitä tottumuksia, joiden vaikutus terveyteen on lääketieteessä varsin vakuuttavasti osoitettu tai kiinnostuksen kohteena. Koko väestön yhteiset tottumukset muodostavat terveystavan. (Rosblom, Ruuskanen, Laine & Vertio 1994, 18.)

Nuorten päihteiden käyttö alkaa keskimäärin 12 –13 vuoden iässä ja varsinaisten päihdehäiriöiden alkamisikä on tutkimusten mukaan noin 14 –15 vuotta. Häiriöt ovat tyypillisesti vaikeahoitoisia ja helposti uusiutuvia. On tavallista, että päihdehäiriöstä kärsivä nuori käyttää samanaikaisesti useaa päihdettä. Päihteiden käyttö vaarantaa monella tavalla nuoren suotuisaa ikätasoista kehitystä muun muassa vaikeuttamalla nuoren älyllistä, emotionaalista ja sosiaalista kehitystä. Vaikka nuorten päihdekokeilut ovat yleisiä, valtaosalle ei kehity riippuvuutta tai haitallista käyttöä. Kehitys päihdeettömyydestä kokeiluun, väärinkäyttöön ja riippuvuuteen on hyvin yksilöllistä. Siinä missä käyttö jollakin nuorella ilmentää psyykkisesti terveen nuoren seikkailunhalua ja rajojen kokeilua, jollain toisella nuorella käyttö voi olla itsetuhoon päättyvän kierteen alku. (Päihdetyö 2010.) Nuoren päihdekokeilu saattaa muuttua erityisen vaaralliseksi, jos alkoholin kanssa käytetään lääkkeitä. Sekakäyttö nuorten keskuudessa onkin tutkimusten mukaan yleistymässä. (Kannas, Eskola, Välimaa & Mustajoki 2010, 97.)

Nuoren päihteiden käyttö voi johtua hänen omasta kehitysvaiheestaan, subjektiivisista alkoholin käyttökokemuksista ja ympäristön antamista malleista. Juomisen syiksi nuoret yleensä sanovat uteliaisuuden, kavereiden esimerkin, seurallisuuden, kovuuden osoittamisen, aikuismaisuu den ja hyvän fiiliksen. Nuorten mielestä iloiseen juhlintaan kuuluu alkoholi. Yleisin juomispäivä on perjantai. Lisäksi Uudenvuodenaatto, vappu ja koulujen päättäj äispäivä ovat vakiintuneita juomispäiviä. Juomisen riskit moninkertaistuvat, jos kaveripiirissä käytetään runsaasti alkoholia. Juominen on nuorille sosiaalinen tapahtuma. (Kempainen 1997, 15.)

Ryppyporukoissa nuorten alkoholin käyttö on yleensä rajumpaa kuin vanhempien. Nuorten mielestä monet asiat on koettava ja kokeiltava hyvin nopeasti. Vaarana tällöin on, että alkoholin käyttöä kokeillaan liian varhain ja liian nuorena. Hyvin tyypillistä on myös, että nuori haluaa näyttää kavereilleen miten paljon he kestävät alkoholia. Monia aggressiivisia ja hallitsemattomia tilanteita syntyy, koska nuoret ovat vielä tunne-elämältään kypsymättömiä. Lisäksi niitä lisää nuoruuteen kuuluva impulsiivisuus. Kontrolloitu käyttäytyminen vähenee nau-

tittaessa alkoholia ja johtaa usein kielteisiin tunnepurkauksiin, joista saattaa seurata hyvinkin suurta vahinkoa. (Kempainen 1997, 20.)

Nuoruus on aikaa, jolloin omaksutaan erilaisia elintapoja ja asenteita. Tällöin suurimmat ongelmat syntyvät, kun nuori ei tiedosta käyttäytymiseensä liittyviä riskejä. Taloudelliset, sosiaaliset ja yksilökohtaiset tekijät vaikuttavat nuoren tekemiin päätöksiin muun muassa terveyskäyttäytymisen osalta. Taloudellisten ongelmien, yhteisöllisyyden puutteen ja heikon koulumenestyksen on todettu altistavan nuoria terveysriskeille. Iso-Britannian johtava terveydenedistämisen organisaatio, Health Education Authority (HEA), on tutkimuksissaan todennut, että terveysriskeillä on tapana kasaantua tietyille nuorille. HEA:n vuonna 1991 tekemän tutkimuksen mukaan ne 9 –15-vuotiaat, jotka tupakoivat säännöllisesti, juovat viikossa alkoholia kaksi kertaa enemmän ja käyttävät 50 % todennäköisemmin huumeita kuin ei-tupakoivat ikätoverinsa. European Network of Health Promoting Schools-hankkeen raportissa todetaan, että ne oppilaat, jotka suhtautuvat kielteisesti opiskeluun ja asettavat itselleen matalia tavoitteita, aloittavat tupakoinnin ja alkoholinkäytön muita ikätovereitaan aikaisemmin ja heistä tulee todennäköisemmin säännöllisiä tupakoitsijoita ja alkoholinkäyttäjiä. (Naidoo & Wills 2000, 282-283; European Network of Health Promoting Schools 1997.)

Nuorten terveyteen liittyvästä käyttäytymisestä tiedetään nykyisin Suomessa paljon. Nuorten terveystapatutkimuksessa (NTTT) on seurattu valtakunnallisin postikyselyin 12 –18-vuotiaiden nuorten terveyttä ja terveystottumuksia vertailukelpoisin menetelmin joka toinen vuosi vuodesta 1977 alkaen. Viimeisin terveystapatutkimus on tehty vuonna 2009 ja sen mukaan muun muassa tupakointikokeilut ovat vähentyneet tutkimusjakson 1977 –2009 aikana. Valtioneuvoston asettaman Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitetta, jonka mukaan 16-18-vuotiaista tupakoi alle 15 %, on hieman lähestytty, mutta tavoite on edelleen kaukana, sillä noin joka neljäs 16 –18-vuotias tupakoi päivittäin. Raittiuden myönteinen kehitys on pysähtynyt kaikissa ikäryhmissä ja molemmilla sukupuolilla kahden viime vuoden aikana. Alkoholinkäytön laskusuunta kääntyi nousuun lukuun ottamatta 12-vuotiaita, samoin lisääntyi humalajuominen 16 –18-vuotiailla nuorilla. (Rainio ym. 2009, 13-14.)

Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan ammattiopistojen opiskelijoiden terveystottumukset ovat epäterveellisempiä kuin lukiolaisilla. Päivittäinen tupakointi ja humalajuominen ovat tyypillisempiä ammattiin opiskelevilla. Kaksi viidestä ammattiopistossa opiskelevasta nuoresta tupakoi päivittäin. Pojista 43 % joi itsensä humalaan ainakin kerran kuukaudessa, tytöistä vastaava osuus oli 37 %. Ammattiopiston opiskelijoista 17 % oli kokeillut huumeita ainakin kerran elämänsä aikana. (Luopa ym. 2010, 39, 71-72.)

ESPAD-kysely (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) on eurooppalainen 15 –16-vuotiaiden koululaistutkimus päihteidenkäytöstä ja siinä suomalaisten nuorten tuloksia alkoholin ja muiden päihteiden käytön osalta verrataan muiden Euroopan maiden nuorten parissa tapahtuneisiin muutoksiin. Viimeisimmän ESPAD-kyselyn tulokset ovat vuodelta 2007 ja niiden mukaan yli puolet nuorista oli ollut joskus humalassa, noin kolmannes kyselyä edeltäneen kuukauden aikana ja runsas kymmenesosa nuorista humaltui viikoittain. Kuten

Nuorten terveystapatutkimuksen, myös ESPAD-kyselyn mukaan nuorten tupakointi on vähentynyt 2000-luvulla. Kyselyn mukaan suomalaisten nuorten huumeiden käyttö on suhteellisen vähäistä verrattuna muiden Euroopan maiden nuoriin. Suomessa kannabis-kokeilut muodostavat suurimman osan nuorten huumeikokeiluista. (Metso, Ahlström, Huhtanen, Leppänen & Pietilä 2009.)

Terveys 2015-ohjelmassa huumeiden aiheuttamat terveysongelmat nostettiin alkoholin rinnalle ja tavoitteeksi asetettiin korkeintaan 1990-luvun alun taso vuoteen 2015 mennessä; konkreettisenä indikaattorina sosiaalinen altistuminen huumeille. Sosiaalisella huumealtistuksella tarkoitetaan sitä, että nuori tuntee ainakin yhden huumeita käyttävän ja että hänelle on tarjottu huumeita. Sosiaalinen altistuminen huumeille on ollut laskusuunnassa vuosituhannen vaihteesta alkaen, mutta näyttää nyt pysähtyneen. Neljän viime vuoden aikana sosiaalinen huumealtistus ei ole enää vähentynyt, vaan etenkin poikien osalta suunta näyttäisi kääntyneen uudelleen nousuun. Terveys 2015-ohjelmassa asetetun tavoitteen saavuttaminen voi olla vaikeaa, ellei yhteistyötä ja toimenpiteitä tehosteta erityisesti huumeiden käyttöön liittyvien asenteiden muuttamiseksi. (Rainio ym. 2009, 53.)

4.3 Ehkäisevä päihdetyö

Ehkäisevän päihdetyön käsite on syntynyt sosiaali- ja terveysalalla, josta sen käyttö on yleistynyt muille toimialoille. Käsitteenä se on laaja ja kuvailee sosiaali- ja terveysalan lähestymistapaa päihdetyön yhteen osa-alueeseen. Ehkäisevän päihdetyön tavoitteena on vaikuttaa päihdeitä koskeviin tietoihin, asenteisiin ja oikeuksiin, päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin ja niiden riskitekijöihin sekä päihdeiden käyttöön ja käyttötapoihin. (Pylkkänen, Viitanen & Vuohelainen 2009). Ehkäisevää päihdetyötä voidaan pitää kokonaisuutena, johon kuuluvat terveyttä suojaavat toimet, objektiivinen tiedonvälitys, keskittyminen arvoihin ja normeihin sekä laajoille ja tietyille kohderyhmille suunnatut hankkeet. Ehkäisevällä päihdetyöllä on myös oltava selkeät kohteet ja tavoitteet. (Kylmänen 2004, 9.) Ehkäisevään päihdetyöhön liittyy monia käsitteitä kuten terveyden edistäminen, terveyskasvatus, terveysneuvonta, haittojen ja sairauksien ehkäisy ja terveysriskien vähentäminen (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 104).

Ehkäisevän päihdetyön tarkoituksena on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tukemalla päihdeettömiä elintapoja ja vähentämällä päihdeiden käyttöä sekä käytöstä aiheutuvia haittoja. Ammattiopistoissa järjestettävät terveystapahtumat ovat yksi ehkäisevän päihdetyön muoto. Vaikka ehkäisevä päihdetyö kohdistetaan yleisesti juuri nuoriin ikäluokkiin, nuorten parissa tehtävälle ehkäisevälle päihdetyölle ei ole selkeää määritelmää. Ehkäisevän päihdetyön tulee olla pysyvä osa nuorisokasvatusta. (Pylkkänen ym. 2009.) Tällä hetkellä ammattiopistojen, ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen toiminta opiskelijoiden terveyden edistämässä ja ehkäisevän päihdetyön alalla on vaihtelevaa. Koulutusorganisaatiot laativat päihdetoimintaohjelmia, mutta niiden kattavuus on maanlaajuisesti selvittämättä. Ohjelmat perustuvat enimmäkseen ehkäisevälle otteelle, kampanjoihin ja toimintaohjeisiin päihdeidenkäyttöön liittyen ongelmien ilmetessä. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 116). Moralisointi, leimaaminen ja

syöllistäminen ovat huonoja keinoja vaikuttaa päihteiden käyttöön kaikissa ikäryhmissä. (Pylkkänen ym. 2009.)

Ehkäisevää päihdetyötä toteutetaan kolmella tasolla: primaari-, sekundaari- ja tertiääritasolla. Primaaritason ehkäisyn tavoitteena on tehdä interventio ennen terveys- tai muun ongelman syntymistä. Sekundaaritason ehkäisevä työ on riskiryhmäehkäisyä, joka kohdistuu johonkin tiettyyn ryhmään tai yksilöön. Tavoitteena on varhainen puuttuminen mahdollisesti kehittyvään sairauteen, terveys- tai muuhun ongelmaan. Tertiääriehkäisyn eli korjaavan ehkäisyn kohderyhmänä ovat päihteiden ongelmakäyttäjät. Tällöin ehkäistään esimerkiksi yksilön päihdeongelman uusiutumista, rajoitetaan jonkin päihteiden käytöstä johtuvan sairauden etenemistä tai rajoitetaan käyttäytymishäiriön oireita mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ehkäisevän päihdetyön tehtäviä ovat muun muassa päihdeopetuksen tarjonta, päihteiden käytön haittoihin kohdistuvan kontrollin lisääminen, alkoholin tarjonnan tai käytön rajoittaminen erilaisissa vapaa-ajan tapahtumissa, alaikäisten alkoholijuomien saatavuuden estäminen, julkisen alkoholinkäytön kontrollointi, rattijuoppouden kontrollointi ja vastuun painottaminen yksilö- ja paikallistasolle. (Kylmänen 2004, 10-11.)

Vuosittain toteutettavan eurooppalaisen ehkäisevän päihdetyön viikon tarkoituksena on kiinnittää huomiota ajankohtaisiin ehkäisevän päihdetyön teemoihin. Viikon aikana annetaan yksilötasoisista terveystalustusta muun muassa päihteitä ja niiden käyttöä koskevien, eri kohderyhmille suunnattujen kirjallisten esitteiden avulla. Yksisuuntaista terveystalustusta ovat esimerkiksi aihetta koskevat luennot ja tietoisut. Vaikka näiden vaikutusta yksilöiden käyttäytymisen muuttumiseen ei pidetä toteennäytettynä, tietovalistusta pidetään kuitenkin yhtenä osana ehkäisevää päihdetyötä. (Havio, Inkinen & Partanen 2009, 115.)

5 Terveystapahtumat ja ammattiopiston opiskelijan terveysosaaminen

5.1 Terveystalustuksen edistämisen määrittely

Terveystalustusta määriteltäessä viitataan tavallisesti Maailman terveystalustuksen WHO:n vuonna 1948 julkaisemaan terveyden määritelmään, jonka mukaan terveys ei ole ainoastaan sairauksien ja toiminnanvajaavuuden puuttumista, vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Tässä määritelmässä fyysisellä terveydellä tarkoitetaan elimistön moitteetonta toimimista, psyykkisellä terveydellä kykyä hyödyntää omia henkisiä voimavaroja ja sosiaalisella terveydellä kykyä solmia ihmissuhteita. Määritelmässä terveys nähdään täydellisenä tilana, joka on mahdotonta saavuttaa. WHO:n määritelmää onkin kritisoitu epärealistisesta tavoitteiden asettelusta. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10; Vertio 2003, 26.)

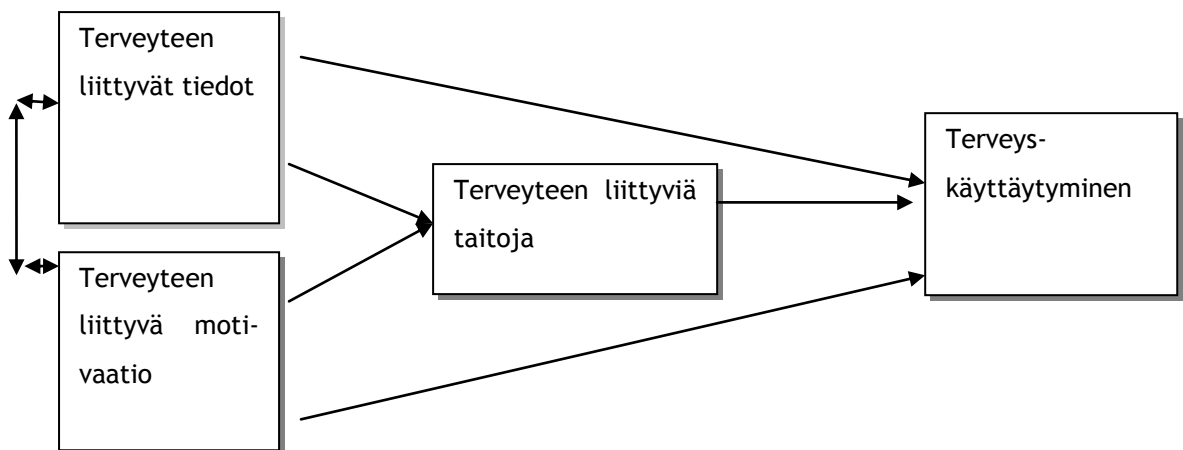
WHO:n vuonna 1986 julkaisemassa Ottawan asiakirjassa terveyttä pidetään jokapäiväisen elämän voimavarana, ei elämän päämääränä. Määritelmän mukaan terveyttä pidetään kaikkien oikeutena ja näkemyksessä korostuvat yhteiskunnalliset ja henkilökohtaiset voimavarat sekä fyysiset toimintamahdollisuudet. Tässä määritelmässä terveys sisältää toiminnallisen läh-

tökohdan ja se soveltuu näin paremmin terveyden edistämiseen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10-11; Vertio 2003, 27.)

Terveyden edistäminen on toimintaa, tekoja ja päätöksiä, joilla pyritään luomaan edellytyksiä ihmisille tehdä terveyttä vahvistavia valintoja. Sairauksien ennaltaehkäisy, subjektiivisesti koetun terveyden edistäminen, elämän laatu, tasa-arvo ja ihmisten osallisuuden vahvistaminen ovat tärkeitä periaatteita monen ammatin ja sektorin välisessä yhteistyössä kansanterveyden parantamiseksi. (Kannas ym. 2010, 15.) Terveyden edistäminen sitoutuu moneen muutossuuntaan, trendiin. Yksilöllinen näkökulma korostuu, sosiaalisen terveyden merkitys lisääntyy ja yhteisön tärkeys terveyden tuottajana kasvaa. Yksi väline terveyden edistämiseen on terveyskasvatus. (Vertio 1993, 3.)

5.2 Terveyden edistämisen malli

Terveysosaaminen voidaan määritellä usein eri tavoin. Tässä opinnäytetyössä terveysosaaminen määritellään käyttämällä Tiedot-Motivaatio-Käyttäytymistaidot-mallia (Information-Motivation-Behavioral Skills Model; IMB) (Kuvio 2.).



Kuvio 2 Terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät (soveltaen Fisher ym. 2002; Kannas 2006.)

IMB-mallissa terveystiedon perusta muodostuu tiedosta, motivaatiosta ja käyttäytymistaidoista. Mallin mukaan ihminen kykenee edistämään omaa terveyttään ja saa myönteisiä kokemuksia terveysvalinnoistaan silloin, kun hän on saanut hyvin tietoa, on motivoitunut terveystiedon perusteella ja omaa vaadittavia käyttäytymistaitoja. (Fisher, Fisher & Harman 2003, 84.)

Terveystiedot

Terveystietoa ovat ihmisten kokemusten ja koetun terveyden kuvaaminen, epidemiologisen tutkimuksen, sosiaalitieteiden ja muiden tieteiden tuottama tieto terveydestä ja sairauksista ja niihin vaikuttavista tekijöistä sekä kuva siitä ympäristöstä, jossa terveys ja terveyttä koskevat päätökset ja valinnat syntyvät. (Vertio 1993, 24.) Terveystiedon jakaminen on tär-

keimpiä terveystieteen muotoja oppilaitoksissa. Tiedolla voidaan vaikuttaa tietoisuuteen, asiaa koskevan tiedon oikeellisuuteen, määrään, uskomuksiin ja asenteisiin. (Havio ym. 2009, 115.)

Jotta nuori voi kehittää terveysosaamistaan, hänellä tulee olla kykyä hankkia tietoa, omaksua ja soveltaa terveystietoa ja -taitoa arkipäivän tilanteissa sekä omakohtaisessa arvopohdinnassa. Passiivisen terveystiedon vastaanottajan sijaan nuoren tulisi olla tiedonhankintaprosessin aktiivinen toimija. (Jakonen, Tossavainen & Vertio 2005, 2891; Puuronen 2006, 15.) Terveystietoja omaksumalla nuori voi vahvistaa terveystietoisuuttaan. Kriittisen tietoisuuden avulla hän oppii analysoimaan terveystietoa, pohtimaan omia elämäntapavalintojaan ja näin edistämään omaa terveyttään (Puuronen 2006; Kannas 2006). Terveyttä koskevan tiedon tulee olla helposti omaksuttavaa, ymmärrettävää, tutkittua ja ajantasaista sekä kohderyhmän näkökulman huomioivaa. (Fisher & Fisher 1998; Canadian Guidelines for Sexual Health Education 2003.)

Motivaatio

Motivaatio koostuu yksilön omasta halusta edistää terveyttään, myönteisistä asenteista ja tunteista terveyttä kohtaan, yhteisön normeista ja sosiaalisesta tuesta (Fisher & Fisher 1998; Canadian Guidelines for Sexual Health Education 2003). Motiivit voivat olla tiedostettuja tai tiedostamattomia, ulkoisia tai sisäisiä, biologisia tai sosiaalisia. Motivaatio voi syntyä tietoisista valinnoista. Sen avulla olemme valmiimpia käyttämään henkisiä voimavarojamme muutoksen tekemiseen. Motivaatio on usein tilannesidonnainen, vaikkakin meillä on myös pitkäkestoisia motivaatiotekijöitä. Motivaatiotekijät vaikuttavat asenteisiimme. (Patja, Iivonen & Aatela 2009.)

Motivaatiolla on merkitystä oppimisen kannalta ja siihen vaikuttavat sekä oppijan omat sisäiset tekijät, kuten käsitys itsestä oppijana ja oppimiseen liittyvät arvot, että oppimiseen liittyvät seikat. Oppijan sisäiset ja oppimiseen liittyvät ulkoiset tekijät ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Motivaatio jaetaan siis sisäiseen ja ulkoiseen motivaatioon. Oppija, joka opiskelee ainoastaan tavoitellakseen palkintoa kuten arvosanaa, on ulkoisesti motivoitunut. Oppija, joka kiinnostuu tehtävästä ilman ulkoisen palkkion tavoittelua, on sisäisesti motivoitunut. Tavoitteet, joita oppijat toiminnalleen asettavat, ennustavat merkittävällä tavalla oppimisprosessin lopputulosta. Oppimistavoitteet viittaavat oppijan pyrkimyksiin ymmärtää opiskeltava asia, kun taas suoritustavoitteet viittaavat oppijan pyrkimyksiin saada palkkio. Opettajan tai ohjaajan on tärkeää hahmottaa keinoja, joilla oppimisen kannalta suotuisan motivaation kypsymistä ja ylläpysymistä voitaisiin tukea. (Salovaara 2004.)

Terveyteen liittyvät taidot

IBM- mallin mukaan nuoren tulisi hallita erityisiä käyttäytymistaitoja, jotka edistävät hänen terveyttään. Käyttäytymistaidot muodostuvat tavoitteellisista toimintataidoista (objective skills) ja minä-pystyvyyden (self-efficacy) tunteesta sekä näiden yhteisvaikutuksesta. Käyttäytymistaitoihin sisältyy itseluottamus tai uskomus siitä, että nuori voi toteuttaa ja ilmen-

tää näitä taitojaan tehokkaasti arkielämässään. Nuoren tulisi osata soveltaa opittua tietoa omassa arkielämässä. (Fisher ym. 2003, 85.)

Kannaksen (2006) mukaan terveystaidot ovat toiminnallisia valmiuksia tai käytännöllisiä taitoja, jotka mahdollistavat tai edesauttavat terveystottumusten omaksumista tai helpottavat oman terveyden arviointia. Terveystaitoja ovat myös erilaiset sosiaaliset taidot, viestintätaidot sekä tunnetaidot. Tavoitteena tulisivin olla kriittisen tietoisuuden, arviointi- ja ongelmaratkaisukykyjen kehittyminen terveyteen vaikuttavista tekijöistä (Leskinen & Koskinen-Ollonqvist 2000, 23-25).

Terveyskäyttäytyminen

Aiemmin terveyskäyttäytymisellä ymmärrettiin sairauden ennaltaehkäisyä, nykyisin enemmänkin terveyteen liittyviä elintapoja, kuten tupakointia ja alkoholin käyttöä. (Rahkonen, 1993, 6). Terveyskäyttäytyminen näkyy terveyttä edistävinä valintoina, jotka liittyvät ravintoon, liikuntaan, lepoon ja päihteiden käyttöön (Fogelholm, Huuhka, Reinikkala, Sundman 2009, 16). Ossi Rahkosen vuonna 1994 Stakesille tekemässä tutkimuksessa "Terveydentila ja terveyskäyttäytyminen", käytetään Ingrid Waldronin (1988) määritelmää terveyskäyttäytymisestä. Waldron ryhmittelee terveyskäyttäytymisen riskikäyttäytymiseen, ehkäisevään käyttäytymiseen sekä hoitokäyttäytymiseen. Riskikäyttäytymisenä pidetään tupakointia, alkoholin käyttöä, epäterveellistä ravitsemusta ja liikunnan puutetta. Maallikolle lääkkeiden tai vitamiinien käyttö voi olla terveyskäyttäytymistä, mutta tuskin tupakointi ja alkoholin käyttö. Nuorille taas tupakalla ja alkoholilla on aivan muita kuin terveyteen liittyviä merkityksiä. Nuorelle tupakointi ja alkoholin käyttö voivat merkitä symbolista elämänhallintaa ja aikuisuuden symbolia, mutta harvemmin terveyttä vaarantavaa käyttäytymistä. (Rahkonen, 1993, 6,9.)

5.3 Asiakaslähtöinen ohjausprosessi

Kääriäisen, Lahdenperän ja Kyngäksen (2005) mukaan ohjauksen tarkoituksena on tukea ohjaajan ja ohjattavan välistä tavoitteellista ongelmanratkaisua, jossa autetaan ohjattavaa tarkkailemaan itseään, elämäntodellisuuttaan, mahdollisuuksiaan ja rajoituksiaan sekä päättämään muutoskeinoista. Ohjaus määritellään aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, jossa ohjaajan ja ohjattavan välille muodostuu vuorovaikutteinen ohjaussuhde, joka on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan kontekstiin eli heidän fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiinsa sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Ohjauksen tulisi perustua ohjattavan aikaisempiin tietoihin, kokemuksiin ja elämäntilanteeseen. Ohjattava on itse vastuussa toiminnastaan. Ohjaajan tehtävänä on ainoastaan tukea, auttaa ja opastaa ohjattavaa tekemään valintoja ja muuttamaan toimintaansa. Asiakaslähtöinen ohjausprosessi edellyttää ohjattavalta aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta. Ohjattavan aiemmat kokemukset ja uskomukset sekä tarpeet voivat estää aktiivisuutta. Aktiivisuuden edellytyksenä on vastuullisuus omasta toiminnasta. Ohjaajan tuleekin kiinnittää huomiota ohjattavan valmiuksiin ottaa vastuu omasta toiminnastaan ja rohkaista häntä vastuunottoon. Ohjattavan halu oppia ja itselle tärkeäksi koettu tieto

edistävät hänen sitoutumistaan ja päämäärän saavuttamista. Ohjaaja voi tukea ohjattavan motivoitumista esittämällä ohjattavan tuntemuksiin ja motivaatioon liittyviä avoimia kysymyksiä. Ohjaajan tulisi myös kannustaa ohjattavaa luottamaan omiin kykyihinsä ja tukea ohjattavan oma-aloitteisuutta. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 27-29.)

Asiakaslähtöinen ohjausprosessi voidaan jakaa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Tarkoituksena on, että ohjaaja ja ohjattava suunnittelevat ja rakentavat ohjausprosessin yhdessä sekä edistävät ohjattavan tietoisuutta omasta toiminnastaan. Ohjauksen suunnitteluvaiheessa asetettavat lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet tulisi määrittellä yhteistyössä ohjattavan kanssa, jotta ne sopivat hänen elämäntilanteeseensa. Tavoitteet määräävät ohjauksen sisällön ja niiden tulisi olla realistisia, konkreettisia, muuttuvia ja mitattavissa olevia. (Kääriäinen ym. 2005, 28.)

Onnistuneen ohjauksen lähtökohtina voidaan ohjaajan osalta nähdä riittävät tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä eri ohjausmenetelmistä ja -tyyleistä. Ohjauksessa annettavan tiedon tulisi olla ajantasaista näyttöön perustuvaa tutkimustietoa ja sen jakamisessa tulisi huomioida ohjattavan näkemykset ja elämäntilanne. Ohjaajan tulisi välttää ammattislangia ja puhua niin, että ohjattava ymmärtää asiat. Toteutusvaiheessa on olennaista, että ohjausta annetaan asianmukaisissa tiloissa. Käytännössä asianmukaisia tiloja ei kuitenkaan aina ole käytettävissä ja ohjausta voivat häiritä erilaiset keskeytykset. Koska ohjattavien vahvuudet vaihtelevat heidän taustansa mukaan, edellyttää sopivien ohjausmenetelmien käyttö tietoa siitä, miten ihminen omaksuu asioita. Koska ihminen muistaa 75 % näkemästään, 10 % kuulemastaan ja 90 % tiedosta, jonka hän on saanut sekä näkö- että kuuloaistin välityksellä, tulisi ohjauksen vaikuttavuuden varmistamiseksi käyttää useita eri menetelmiä. Koska ihminen muistaa parhaiten ensimmäisen ja viimeisen asian, joka ohjauksessa on kerrottu, on olennaista kerrata keskeiset asiat ohjaustilanteen lopuksi. (Kääriäinen ym. 2005, 28-29.)

Toiminnan arvioinnilla tarkoitetaan ohjaajan ja ohjattavan toiminnan edellytysten ja vaikutusten vertaamista ja sitä voidaan tehdä sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä. Koska arviointi lisää ohjattavan tietoisuutta itsestään toimijana, voi lyhyen aikavälin tavoitteiden positiivisten vaikutusten ja mahdollisten taantumien arviointi johtaa parempiin tuloksiin ja toiminnan hallintaan pitkällä aikavälillä. Ohjaaja voi myös osallistua arviointiin antamalla ohjattavan toiminnasta palautetta ja rohkaisemalla keskustelun tai kirjallisen kyselyn avulla ohjattavaa pohtimaan ohjauksen vaikuttavuuteen tai vaikuttamattomuuteen johtaneita syitä. Ohjausprosessissa ohjattavalle on annettava mahdollisuus tehdä valintoja ja toimia omalla tavallaan. (Kääriäinen ym. 2005, 29.)

5.4 Terveiden edistämisen vaikuttavuus ja sen arviointi

Terveiden edistämiseen pyrkivän toiminnan tavoitteena tulisi olla muutoksen aikaansaaminen ihmisen käyttäytymisessä tai elämänoloissa. Muutokseen pyritään muun muassa lisäämällä tietoisuutta tai vaikuttamalla asenteisiin ja näin ihmisille luodaan paremmat mahdollisuudet tehdä omaa terveyttään koskevia valintoja. Jotta muutos mahdollistuisi ja tavoite toteutuisi,

terveyden edistämisen on oltava vaikuttavaa. (Koskinen-Ollonqvist, Peltö-Huikko & Rouvinen-Wilenius 2005.)

Arviointi voidaan määritellä toiminnaksi, jonka tarkoituksena on mahdollistaa vaikuttavuuden ja tehokkuuden tietoinen kehittäminen sekä määrittää toiminnan onnistuneisuus ja tuloksellisuus (Hakulinen, Pietilä & Kurkko 2002, 287). Terveystieteen edistämistä tarkasteltaessa arvioinnin tehtävänä on määritellä terveyden edistämisen politiikan, ohjelmien, käytännön, intervention tai palvelujen arvo tai vaikutus ja tarjota muutossuosituksia. Vaikuttavuutta arvioitaessa ei tule arvioida ainoastaan yksilön tai yhteisön käyttäytymisen muutosta, vaan olennaista on tarkastella myös itse toimintaprosessia ja pyrkiä ymmärtämään tapahtumien taustalla olevia, välittäviä tekijöitä ja prosessin laatua. Jotta vaikuttavuutta voidaan arvioida, tulee olla selkeä käsitys siitä, miksi ja miten tietty interventio vaikuttaa. Varsinaisessa arvioinnissa pyritään ottamaan arvioinnin kohde haltuun, arvioimaan toiminnan tarkoituksenmukaisuutta ja vaikuttavuutta sekä mahdollisesti parantamaan toimintaa. (Hakulinen ym. 2002, 284; Koskinen-Ollonqvist ym. 2005.)

Vaikuttavuuden osoittaminen terveyden edistämässä on hyvin haastavaa. Koska vaikuttavuusarvioinnin tavallisin kysymys kuuluu, kuinka merkittävästi voimme sanoa arvioitavalla asialla olleen vaikutusta, vaikuttavuusarvioinnin keskeisin ongelma liittyy kiistattoman näytön osoittamiseen. Terveystieteen edistämisen vaikuttavuuden arviointia hankaloittaa se tosiasia, ettei kaikkia muita ulkoisesti ja sisäisesti vaikuttavia tekijöitä pystytä rajaamaan pois, eikä näin ollen voida olla varmoja, mitkä kaikki tekijät ovat muutoksen taustalla ja miten. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005.) On myös huomioitava, ettei tarjolla olevien toimintavaihtoehtojen luotettavastikaan osoitettu vaikuttavuus välttämättä takaa väestön terveyden kannalta suurta edistystä (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 121).

Pyykkö (2008, 28) toteaa, että terveyden edistämisen arvioinnissa riittää paljon kehitettävää. Arvioinnin ei tarvitse kaikissa tapauksissa tarkoittaa akateemiset tutkimuskriteerit täyttävää lähestymistapaa, vaan tärkeää on olennaisiksi määriteltujen tietojen systemaattinen kerääminen ja läpikäyminen sekä uskallus tehdä johtopäätöksiä niiden pohjalta (Pyykkö 2008, 28).

Tässä opinnäytetyössä vaikuttavuuden arvioinnin tehtävänä on määritellä NOPS-hankkeeseen kuuluvien päihteisiin liittyvien terveystapahtumien (interventioiden) vaikutus. Lähtökohtana ovat hankkeen päämäärät ja tavoitteet, joihin tutkimuksella saatuja tuloksia verrataan. Tavoitteena on pyrkiä tunnistamaan terveystapahtumien aikaansaamat vaikutukset osallistujien terveysosaamiseen ja näin todistamaan, että tehdyillä interventioilla on vaikuttavuutta. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

5.5 Päihteisiin liittyvät terveystapahtumat syksyllä 2010

Tapahtuman järjestäminen on kolmivaiheinen prosessi, johon kuuluvat suunnittelu, toteutus ja jälkitoimenpiteet. Minimiaika tapahtuman suunnittelusta jälkitoimenpiteisiin on vähintään kaksi kuukautta, jotta tapahtuma onnistuisi. Lyhyemmällä aikataululla joudutaan todennäköi-

sesti tinkimään tapahtuman toteutuksesta. Tapahtuman suunnittelu tulee aloittaa hyvissä ajoin ja ottaa mukaan kaikki ne ihmiset, joiden panosta ja osallistumista tarvitaan tapahtuman toteuttamisessa. Erilaiset ideat ja näkökulmat saadaan mukaan toteutukseen ja näin todennäköisyys tapahtuman onnistumisesta kasvaa. (Vallo & Häyrinen 2003, 178-179.)

Tapahtuman järjestelyillä tarkoitetaan ajankohtaa ja aikataulua suhteessa tapahtuman sisältöön. Tapahtuman ajankohtaan ja keston kannattaa kiinnittää huomiota, sillä se vaikuttaa joissain tapauksissa oleellisesti siihen, kuinka moni kutsutuista voi tai haluaa osallistua tapahtumaan. (Vallo & Häyrinen 2008, 137). Tapahtumat toteutetaan niitä varten tehtyjen suunnitelmien avulla. Olennaista on, että tapahtumasta on suunniteltu aikataulu, jotta tiedetään, mitä tehdään ja milloin tehdään. (Shone & Parry 2010.)

Tapahtuman asiasisällöllä tarkoitetaan aiheita, joiden tulee muovautua tavoitteen viestin ja kohderyhmän mukaisesti. Sisältöä suunniteltaessa tulee kohderyhmä tuntee hyvin, jotta tapahtumasta saadaan mielenkiintoinen. Kohderyhmä pitää analysoida tarkkaan ja samalla muistaa, että se mikä sopii yhdelle, ei välttämättä sovi toiselle. On otettava huomioon kohderyhmän ikä ja tausta. Kohderyhmänä voivat olla organisaation omistajat, oma henkilökunta, tämän hetkiset tai potentiaaliset asiakkaat, yhteistyökumppanit ja muut sidosryhmät. (Vallo & Häyrinen 2008 111, 113-115.)

Hyvien terveystottumusten edistämiseen liittyviä, Laurean opiskelijoiden järjestämiä terveystapahtumia oli jokaisessa ammattiopistossa neljä syksyn 2010 aikana ja niiden aiheet käsittelivät liikuntaa, päihteitä, unta ja ravitsemusta. Terveystapahtumat toteutuivat pääosin oman luokan pienryhmissä, mutta joissakin oli mukana myös muita ammattiopistojen opiskelijoita. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

Yksittäiselle terveystapahtumalle oli varattu aikaa neljä tuntia eli joko aamu- tai iltapäivä. Keskimäärin yksi opiskelijaryhmä vietti yhden aiheen parissa 45 minuuttia. Päihdetapahtumat oli jaettu seuraaviin aiheisiin: tupakoimattomuus, alkoholi ja huumeet. Tupakoimattomuutta koskevassa osiossa käsiteltiin tupakoinnin terveysvaikutuksia, kuten eri sairauksia, ihon kuntoa, suun terveyttä, potenssia ja hedelmällisyyttä, tupakoinnin lopettamisen vaikutuksia ja tupakkalakia. Alkoholi-osio sisälsi tietoa alkoholin haittavaikutuksista ja käytön keskeisistä riskeistä, alkoholiriippuvuudesta, kohtuukäytön ja suurkulutuksen terveysvaikutuksista, alkoholin fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista vaikutuksista sekä alkoholinkäytön riskeistä raskauden aikana. Yhdessä terveystapahtumassa käsiteltiin lisäksi alkoholin ja lääkkeiden yhteisvaikutuksia asiantuntijaluennon avulla. Huumeita käsiteltiin antamalla yleistietoa huumeiden vaikutuksesta yksilöön ja yhteiskuntaan. Lisäksi huume-osio sisälsi tietoa ensiavusta ja tajuttoman kylkiasentoon laittamisesta.

Terveystapahtumat olivat menetelmiltään monipuolisia. Ohjausta ja neuvontaa annettiin sekä ryhmä- että yksilötasolla. Tiedottamisen keinoina käytettiin lyhyitä PowerPoint-esityksiä. Tapahtumat sisälsivät myös ryhmäkeskusteluja. Terveystapahtumat olivat luonteeltaan toiminnallisia. Toiminnallisuuteen pyrittiin tietovisojen, erilaisten kyselyjen, esimerkiksi AUDIT, ja

mittausten, kuten häkämittaus ja PEF, avulla. Tapahtumissa käytettiin lisäksi runsaasti erilaisia oheismateriaalia, kuten näyttöviä ja todenmukaisia lavasteita, informatiivisia postereita ja julisteita sekä kuvia.

6 Aiemmat tutkimukset

Kuten aiemmin todettiin, vaikuttavuuden osoittaminen terveyden edistämiseen tähtäävissä interventioissa on hyvin vaikeaa (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005). Yksittäisten interventioiden vaikutusta yksilön terveystyötyymiseen on tutkittu hyvin vähän. Lähes kaikissa vaikuttavuustutkimuksissa on keskitytty laajempien terveyttä edistävien ohjelmien vaikuttavuuteen. Näissäkin näkökulma on nuorten osalta ollut pääosin terveisiin ravintotottumuksiin tai seksuaaliterveyteen liittyviä.

Terveyden edistämiseen liittyvien interventioiden tutkimuksissa on vaikuttavuuden arvioinnin sijaan keskitytty pääasiassa eri hankkeiden ja toimintojen kehittämiseen laajemmasta näkökulmasta. Kokon (2007) raportissa arvioitiin Suomessa vuonna 2007 terveyden edistämisen määrärahoilla rahoitettuja hankkeita. Lasten ja nuorten päihteidenkäytön ennaltaehkäisyn hankkokonaisuudessa oli muutamia hankkeita, joiden päätehtävänä oli tiedonjakaminen. Kokon (2007) mukaan hankkeissa tulisi pohtia nykyistä enemmän sitä, miten niissä voitaisiin tiedonjakamisen lisäksi motivoida ihmisiä käyttäytymisen muutokseen. Tupakointia koskevien hankkeiden osalta todettiin, että oppilaitoksissa tehtävä tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn tai lopettamiseen tähtäävä työ on tavoitettavuudeltaan hyvää. Tupakoinnin ehkäisyyn tähtäävässä työssä on kuitenkin tärkeää muistaa, että nuori on koulussa päivittäin ainoastaan osan ajastaan, eikä muiden ympäristöjen, esimerkiksi harrastusympäristö, merkitystä tule unohtaa. Koulujen tupakoinnin vastaiset hankkeet olisikin hyvä kytkeä koteihin ja harrastuksiin. (Kokko 2007, 14,17.)

IMB-mallia on sekä Suomessa että kansainvälisesti käytetty pääasiassa ihmisten seksuaaliterveyteen liittyvissä tutkimuksissa. Tereniuksen pro gradu-työssä vuodelta 2009 tarkasteltiin nuorten, lukioissa ja ammattioppilaitoksissa opiskelevien miesten terveydenlukutaitoa IMB-mallin pohjalta. Tutkimuksessa todettiin, että nuorten (miesten) asenteet oman terveytensä edistämiseen olivat myönteisiä. Singhin (2003, 71) tutkimuksessa kartoitettiin IMB-malliin pohjautuvan, AIDS:in leviämisen ehkäisyyn pyrkivän intervention vaikutusta nuorten yliopistossa opiskelevien naisten seksuaalikäyttäytymiseen Intiassa. Tulosten mukaan kolmeosaiseen interventioon osallistuneilla naisilla terveyteen liittyvät tiedot, motivaatio ja käyttäytymistaidot kehittyivät huomattavasti verrattuna vertailuryhmään, joka ei osallistunut interventioihin. Lisäksi tutkimus osoitti, että mikäli intervention halutaan olevan mahdollisimman tehokas, sen tulee perustua kohderyhmän käytökseen olennaisesti vaikuttavaan tietoon, motivaatioon ja käyttäytymistaitoihin. (Singh 2003, 76.)

Myös Jaworskin ja Careyn (2001, 417) tutkimus, joka liittyi yliopisto-opiskelijoille suunnattuun sukupuolitautien ehkäisyyn tähtäävään interventioon, antoi samansuuntaisia tuloksia. Tutkimustulosten mukaan pelkkä tieto ei lisännyt opiskelijoiden motivaatiota omaa terveyttä koh-

taan, vaan siihen vaadittiin lisäksi käyttäytymistaitojen omaksumista. IMB-mallin mukaiseen interventioon osallistuneiden opiskelijoiden seksuaalinen riskikäyttäytyminen väheni osittain intervention avulla. (Jaworski & Carey 2001, 417, 423-424.)

7 Tutkimusongelmat

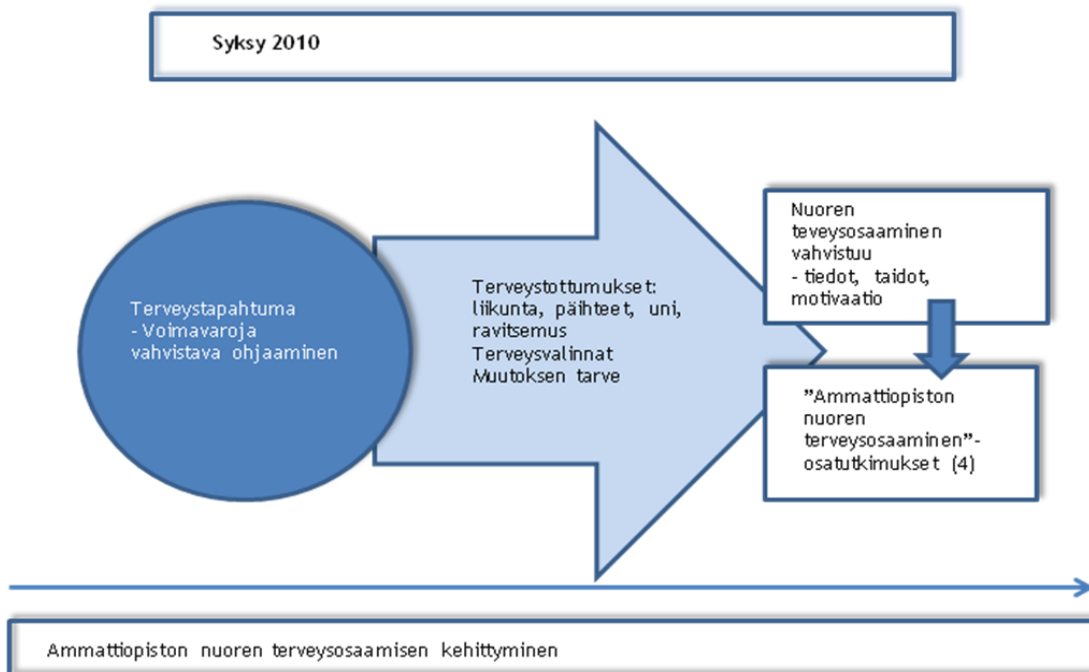
Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa tietoa siitä, miten toimiva interventio yksittäinen terveystapahtuma on ammattiopistossa opiskelevan nuoren terveyden edistämiseksi. Muun muassa Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa todetaan, että oppilaitosten yhteistoimintaa lisätään nuorten huonon terveyden ja riippuvuutta aiheuttavien aineiden käytön vähentämiseksi terveystietoutta lisäämällä. Jotta ammattiopistoissa opiskelevien nuorten terveysosaamiseen voidaan vaikuttaa, on perusteltua tutkia, miten yksittäiset terveystapahtumat vaikuttavat nuoren terveyttä koskevan osaamisen kehittymiseen. Koska ammattiin opiskelevien terveystottumukset erityisesti päihteiden käytön osalta olivat huonompia kuin lukiolaisten, perehdymme työssämme juuri tähän aihepiiriin.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, minkälainen ammattiopiston nuoren päihteisiin liittyvä terveysosaaminen on terveystapahtumien (=interventiot) jälkeen.

Tutkimuksessa vastataan seuraaviin kysymyksiin:

- 1. Millaiset ovat ammattiopistojen opiskelijoiden terveystiedot päihteistä (alkoholi, tupakka, huumeet) ennen ja jälkeen terveystapahtumaa?*
- 2. Minkälaisia terveystaitoja ammattiopistojen opiskelijoille syntyy terveystapahtuman aikana?*
- 3. Minkälainen on ammattiopiston opiskelijan motivaatio huolehtia terveydestään terveystapahtuman jälkeen?*
- 4. Miten terveystapahtuman käytännön toteutus toimi.*

Tutkimuksen tutkimusasetelma on esitetty seuraavassa kuviossa.



Kuvio 3 Terveystapahtuma ammattipiston nuoren terveystasaamisen edistajänä (Rimpilä-Vanninen 2010)

8 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusmenetelmällä. Kvantitatiiviselle tutkimustavalle on tyypillistä tiedon tarkastelu numeerisesti eli tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Määrällisellä tutkimusmenetelmällä vastataan kysymyksiin kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. Tavoitteena on löytää aineistosta yleisiä lainalaisuuksia. (Vilka 2007, 14, 26.)

Määrällisen tutkimuksen ominaispiirteitä ovat tiedon operationalisointi ja strukturointi, mittaaminen ja tutkimuksen objektiivisuus. Operationalisoinnissa teoreettiset ja käsitteelliset asiat muutetaan sellaiseen muotoon, että tutkittava ymmärtää asian arkiymmärryksellään. Strukturoinnilla tarkoitetaan sitä, että tutkittava asia ja sen ominaisuudet suunnitellaan ja vakioidaan. Mittaaminen tarkoittaa erilaisten asioiden ja ominaisuuksien tai ilmiöiden määrittämistä mitta-asteikolle, joiden avulla ryhmitellään tai järjestetään tutkittavat muuttujat, joita ovat esimerkiksi sukupuoli ja ikä. Tutkimuksen objektiivisuudella tarkoitetaan, että sekä tutkimustulokset havaintoina ja tunnuslukuina että tulosten tulkinta on tehty puolueettomasti. (Vilka 2007, 16.)

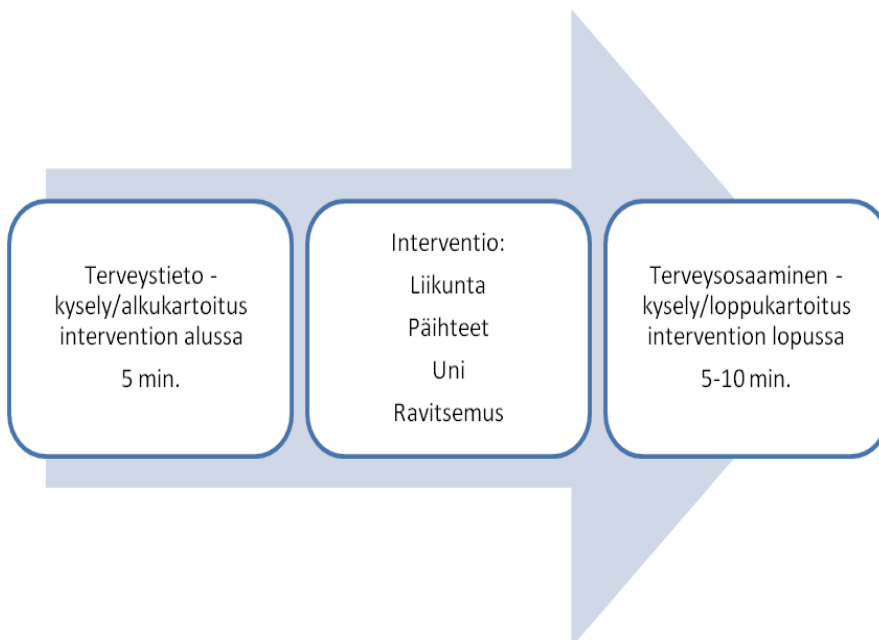
Määrällisessä tutkimuksessa vastaajien lukumäärä on tavallisesti suuri. Tilastollisia menetelmiä käytettäessä suositeltava havaintoyksiköiden, esimerkiksi henkilöiden, vähimmäismäärä on 100. Jotta otos olisi edustava, sen tulisi edustaa kaikkia kohderyhmän eli perusjoukon ominaisuuksia ja ilmenemistapoja. Suuren otoksen etuna on, että se edustaa pientä otosta paremmin perusjoukon keskimääräistä mielipidettä, asennetta tai kokemusta tutkittavasta asi-

asta. Toisin sanoen, mitä suurempi otos on, sitä luotettavammasta tulokset. (Vilka 2007, 17.) Tässä tutkimuksessa otoksen muodostivat ne Hyrian ja Keudan opiskelijat, jotka osallistuivat syksyllä 2010 järjestettyihin päihteitä koskeviin terveystapahtumiin (n = 95).

8.1 Kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä

Aineisto kerättiin strukturoiduin kyselylomakkein. Kyselyssä kysymysten muoto on vakioitu eli kaikilta kyselyyn vastaajilta kysytään samat asiat täsmälleen samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. Kyselyä käytettäessä vastaaja lukee itse kysymyksen ja vastaa siihen. Kyselylomake soveltuu käytettäväksi silloin, kun havaintoyksikkönä on henkilö ja halutaan saada tietoa esimerkiksi hänen mielipiteistään, arvoista ja asenteistaan, ominaisuuksistaan tai käyttäytymisestään. Kysely soveltuu aineistonkeruumenetelmäksi myös silloin, kun tutkittavia on paljon tai kun halutaan tutkia henkilökohtaisia asioita, kuten ihmisen koettua terveyttä tai terveyskäyttäytymistä. Tavallisesti kyselylomakkeisiin sisältyy myös taustakysymyksiä, kuten sukupuoli, ikä ja koulutus. (Vilka 2007, 27-28; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 182, 186.)

Kukin terveystapahtuma arvioitiin interventioon osallistuvilla ammattiopiston opiskelijoille suunnatun ”Ammattiopiston opiskelijan terveysosaaminen”-kyselyn avulla, joka toteutettiin ennen ja jälkeen jokaista terveystapahtumaa. Ennen tapahtuman alkua ammattiopiston opiskelijat vastasivat kyselyyn ”Terveystiedot-kysely/Alkukartoitus” (Liite 2) ja terveystapahtuman jälkeen he vastasivat kyselyyn ”Terveysosaaminen-kysely/Loppukartoitus” (Liite 3), jossa oli uudestaan alkukartoituksen tieto-osuus ja sen lisäksi terveystaitoja ja -motivaatiota sekä tapahtuman käytännön toteutusta koskevia kysymyksiä. Kyselylomakkeen terveystietoja koskevan osion teemat olivat seuraavat: Alkoholin käyttö ja sen vaikutukset, tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutukset ja huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutukset. Alla olevassa kuvassa on esitelty tutkimuksessa käytetyn tiedonhankinnan prosessi. (Rimpilä-Vanninen 2010.)



Kuvio 4 Tutkimuksen tiedonhankinnan prosessi (Rimpilä-Vanninen 2010.)

Kyselylomakkeet laati NOPS-hankkeen projektipäällikkö ja tutkimusvastaava Pirkko Rimpilä-Vanninen. Konsulttina toimi terveystieteiden tohtori Päivi Laine. Kyselylomake pohjautui IMB-mallin mukaiseen teoriaan terveyden edistämisestä terveysosaamiseen vaikuttamalla. Terveystapahtuman toimivuusosion taustateorianä käytettiin asiakkaan ohjausprosessin ydinasioita. Kokonaistutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa siitä, miten tapahtuma vahvisti nuoren terveysosaamista ja miten terveystapahtuman käytännön toteutus sujui. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

Aineistonkeruu tehtiin syksyn 2010 aikana. Pääteisiin liittyvien terveystapahtumien aineisto oli kerätty 11.11.2010 mennessä. Tiedonhankinnan suorittivat terveystapahtumien vetämisestä vastuussa olevat Laurean sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijat. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

8.2 Aineistojen analyysimenetelmä

Koska aineisto on kvantitatiivinen, se käsiteltiin tilastollisin menetelmin. Aineiston tallennukseen ja analysointiin käytettiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16.0 - tilastointiohjelmaa, jonka avulla voitiin suorittaa tutkimusaineistolle tilastollisia analyyskejä. (Rasi 2006.)

Aineiston 1 muodosti Terveystiedot/alkukartoitus-kysely taustatietoineen ja aineiston 2 muodosti Terveysosaaminen/loppukartoitus-kysely. Kummatkin aineistot analysoitiin omina aineistoina. Kyselylomakkeilla saatu aineisto käsiteltiin koko ammattiopiston tasolla, vertailua yksilö- tai pienryhmätasolla ei tehty. Tarkoituksena oli kuvailla nuoren terveysosaamisen tilannetta ennen ja jälkeen terveystapahtuman.

Tulokset ilmaistiin prosentteina (%). Luettavuuden helpottamiseksi prosenttiluvut pyöristettiin lähimpään kokonaislukuun, mistä johtuen tuloksissa esiintyy tilastollista poikkeamaa +/- 1 prosenttia.

Alku- ja loppukartoituksessa käsiteltiin vastaajien terveysosaamista alkoholin ja huumeiden käyttöä ja tupakointia koskevien väittämien avulla. Vastaajat arvioivat väittämien oikeellisuutta valitsemalla vaihtoehtoista ”oikein”, ”väärin” ja ”en tiedä”. Tulosten tarkastelun helpottamiseksi ”väärin”- ja ”en tiedä”- vastausvaihtoehdot käsiteltiin yhtenä kokonaisuutena, ”väärin”-vastauksena.

Loppukartoituksessa käsiteltiin lisäksi vastaajien terveystaitoja ja motivaatiota sekä terveystapahtuman käytännön toteutusta. Vastaajat rastittivat itselleen sopivimman vaihtoehdon seuraavista: ”täysin samaa mieltä”, ”melko samaa mieltä”, ”melko eri mieltä”, ”täysin eri mieltä” ja ”en osaa sanoa”. Tuloksia tarkasteltaessa yhdistettiin vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”melko samaa mieltä” yhdeksi ”samaa mieltä”-vastaukseksi ja ”täysin eri mieltä” ja ”melko eri mieltä” yhdeksi ”eri mieltä”-vastaukseksi.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuseetiikalla tarkoitetaan hyviä tieteellisiä käytäntöjä. Tieteen eettiset periaatteet ohjaavat tutkimuksen tekoa ja niiden tarkoituksena on ehkäistä eettisesti huono käytös. Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu noudattaa tieteessä hyväksytyjä ja eettisesti kannattavia tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010). Tutkijat ja tiedeyhteisöt ovat vastuussa sekä yhteiskunnalle että itselleen tutkimuksensa etiikasta. Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään. Ensimmäinen ryhmä koskee tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaa koskevia normeja, ja toinen ryhmä koskee tutkijan vastuuta tulosten soveltamisessa koskevia normeja. Muun muassa Suomen Akatemia on julkaissut vuonna 1987 suosituksen tutkimushankkeiden eettisyyden arvioinnista, mutta jo vuonna 1964 ns. Helsingin julistuksessa on käsitelty tutkimuseiikan kannalta tärkeitä asioita; Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti, tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin haitan, tutkimus on siihen osallistuvalla vapaaehtoinen, vastuu on tutkimuksen johtajalla ja kokeellisessa tutkimuksessa on tiedostettava ongelmat kuten milloin tutkittavia voidaan manipuloida ja onko toimenpide eettisesti oikein. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 26-27.)

Tässä tutkimuksessa, kohdejoukon nuoresta iästä johtuen, eettisyys oli huomioitava erittäin tarkasti. Ennen kyselyn tekemistä ammattiohjeiden opiskelijoilta ja alle 18-vuotiailta myös heidän vanhemmiltaan pyydettiin kirjallinen suostumus hankkeessa tehtäviin tutkimuksiin. Projektipäällikkö Pirkko Rimpilä-Vanninen tiedotti suullisesti Hyrian ja Karankadun ja Keuda Järvenpään opiskelijoiden vanhempia vanhempainilloissa NOPS-hankkeesta ja siihen liittyvistä nuorille tehtävistä tutkimuksista. Aineistonkeruutilanteissa Laurean terveystapahtumista vastaavat opiskelijat kertoivat tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja siitä, miten tärkeä rooli ammattiohjeiden opiskelijoilla oli tutkimuksen onnistumisen kannalta. Osallistujille kerrottiin myös, että kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Aineistonkeruun jälkeen Laurean terveystapahtumien järjestämisestä vastaavat opiskelijat tallettivat vastauslomakkeet suljettavaan kirjekuoreen, jonka he toimittivat projektipäällikölle. Projektipäällikkö talletti alkuperäiset lomakkeet omaan lukittavaan huoneeseen, jolloin kellään ulkopuolisella ei ollut mahdollisuutta nähdä tuloksia. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

Tutkimusta julkaistaessa on huomioitava osallistujien anonymiteetti. Raporteissa ei voida paljastaa sellaista mikä aiheuttaa tutkimukseen osallistuville hankaluuksia tai paljastaa tutkimukseen osallistuvan yksilön näkemyksiä. Nimettömyyskään ei riitä, sillä edes tutkittavan lähiympäristö ei saa tunnistaa heitä. Tutkimuseetiikasta puhuttaessa voidaan sanoa, että eettisyyttä tutkimuksessa on tutkijan itsensä kehittäminen ja tutkimustehtävien ja -menetelmien oikea valinta. Tutkijan tulee hakea neuvoa ja ohjausta, jos hän ei itse tiedä miten toimia. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa eettisyyttä on oman alan jatkuva seuraaminen ja yhteistyö muiden tutkijoiden kanssa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 31-32.)

Tutkimuksessa taattiin vastaajien oikeus anonymiteettiin siten, että terveystapahtumien arvioinnit tehtiin nimettöminä. Raportoiminen tapahtui yleisellä tasolla kokonaistuloksina siten, ettei ketään vastaajaa voitu tunnistaa. Aineistossa ei tehty vertailevaa tutkimusta esimerkiksi eri opiskelijaryhmien kesken, sillä osa ryhmistä oli hyvin pieniä (4–16 opiskelijaa) ja vertailu olisi voinut vaarantaa vastaajien anonymiteetin. Eettiseksi ongelmaksi olisi tällöin voinut muodostua myös terveystapahtumista vastanneiden Laurea ammattikorkeakoulun opiskelijoiden henkilöllisyyden paljastuminen. Lisäksi pienten ryhmien vertailu suurempiin ryhmiin olisi voinut vääristää tuloksia ja vaikeuttaa näin aineiston analyysin eettisyyttä. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

9 Tutkimuksen tulokset

Tutkimustulokset raportoidaan seuraavissa alaluvuissa tutkimusongelmittain. Tulokset esitetään prosenttilukuina yksityiskohtaisten koontitaulukoiden avulla. Tiettyjä taulukoissa esitetyjä tuloksia esitellään myös sanallisesti.

9.1 Tutkimuksen kohderyhmien kuvailu

Tämän tutkimuksen kohdejoukkona olivat ne Hyria- ja Keuda-ammattipistojen opiskelijat (n=95), jotka osallistuivat syksyllä 2010 Laurea-ammattikorkeakoulun toteuttamiin interventiioihin. Alkukartoitukseen osallistui 95 (n=95) opiskelijaa ja loppukartoitukseen 88 (n=88) opiskelijaa. Alkukartoituksen mukaan Hyria Karankatu 3–5 oppilaitoksesta hankkeeseen osallistui hotelli-, ravintola- ja catering -alan perustutkinnon kaksi syksyllä aloittanutta kokkiopiskelijaryhmää (n=23) ja Karankadun autoalan ajoneuvoasentajaryhmä (n=16) sekä yksi (n=1) AKVA-koulutukseen osallistunut opiskelija. Keudan Järvenpään yksiköstä osallistui puualan perustutkinnon syksyllä 2010 aloittanut puuseppäryhmä (n=14) sekä vaatetus- ja tekstiilialan perustutkinnon vaatetusompelijaopiskelija-ryhmä (n=13). Keuda Nurmijärveltä osallistuivat aloittavat ajoneuvoasentajaopiskelijat (n=17) ja media-alan opiskelijat (n=11). (Taulukko 1.)

Alkukartoitukseen vastanneista naisia oli 46 (48 %) ja miehiä 49 (52 %). Vastajat olivat iältään yli 14-vuotiaita. Vastajista 15-vuotiaita oli 9 (10 %), 16-vuotiaita 59 (62 %), 17-vuotiaita 17 (18 %), 18-vuotiaita 6 (6 %) ja 19-vuotiaita ja yli 4 (4 %).

Alkukartoituksen mukaan opintonsa vuonna 2010 aloittaneita oli 91 (99 %) ja vuonna 2009 aloittaneita 1 (1 %).

Opiskelijoista 53 (60%) osallistui terveystapahtumaan oman luokkansa opiskelijoiden kanssa. Yhdessä 2–3 alan opiskelijoiden kanssa osallistui 34 (38 %) opiskelijaa. 2 (2 %) opiskelijaa vastasi osallistuneensa terveystapahtumaan kaikkien opiston opiskelijoiden kanssa.

Taulukko 1. Ammattiopiston opiskelijoiden taustatiedot

Taustamuuttujat	n	%
Ikä vuosina	n = 95	100
15-vuotta	9	10
16-vuotta	59	62
17-vuotta	17	18
18-vuotta	6	6
19-vuotta ja yli	4	4
Sukupuoli	n = 95	100
Nainen	46	48
Mies	49	52
Opiskelupaikka	n = 95	100
Hyria	40	42
Keuda	55	58
Perustutkinto	n = 95	100
Autoala	33	35
Hotelli-, ravintola- ja catering-ala	23	24
Puuala	14	15
Tekstiili- ja vaatetusala	13	14
Audiovisuaalinen viestintä	11	12
Puutarhatalous	0	0
Muu, mikä?	1	1
Opintojen aloitusvuosi	n = 92	100
2008	0	0
2009	1	1
2010	91	99
Terveystapahtuman ryhmä	n = 89	100
Oman luokan opiskelijoiden kanssa	53	60
2-3 alan (esim. media-ala+autoala) opiskelijoiden kanssa	34	38
Kaikkien opiston opiskelijoiden kanssa	2	2
Asuntolassa	0	0

9.2 Ammattiopistojen opiskelijoiden terveystiedot

9.2.1 Terveystiedot alkoholin käytöstä ja sen vaikutuksista

Kyselylomakkeen toisessa kohdassa kartoitettiin ammattiopiston opiskelijoiden terveystietoja alkoholin käytön ja sen vaikutusten osalta. Kohdassa oli viisi väittämää, joista osa piti paikkansa, osa ei. Vastaaajien tuli rastittaa heidän mielestään oikeat väittämät. Alku- ja loppukartoitusten tulokset alkoholin käytön osalta ilmenevät alla olevasta taulukosta (Taulukko 2).

Taulukko 2. Alkoholin käyttöä ja sen vaikutuksia koskevien väittämien tulokset.

Alkoholin käyttö ja sen vaikutuksia	Ennen tapahtumaa Alkukartoitus			Heti tapahtuman jälkeen Loppukartoitus			Muutos oikein-vastausten määrässä ennen ja jälkeen tapahtuman prosenttiyks.
	n	oikein %	väärin / eos %	n	oikein %	väärin / eos %	
Nuorilla toistuva humalajuominen ja siihen liittyvät krapulat ovat kaikkein haitallisimpia terveydelle	95	58	42	88	69	31	+ 11
Nuoren säännöllinen humalaan juominen heikentää muistia ja vaikeuttaa oppimista	95	84	16	88	86	14	+ 2
Kaksi tuopillista olutta päivässä tuottaa 1½-2 kg ylipainoa kuukaudessa	93	42	58	88	64	36	+ 19
Alkoholin aiheuttamat aivomuutokset nuorilla ovat pysyviä	95	15	85	86	17	83	+ 2
Sama määrä alkoholia nostaa yhtä paljon samanpainoisen naisen ja miehen veren alkoholipitoisuutta	95	48	52	87	60	40	+ 12

Alkukartoituksen mukaan 58 % vastaajista tiesi, että nuorilla toistuva humalajuominen ja siihen liittyvät krapulat ovat haitallisinta terveydelle. Terveystapahtuman jälkeen oikein vastanneiden osuus kasvoi 69 %:iin.

Alkoholia koskevista väittämistä parhaiten osattiin vastata väitteeseen, joka koski nuoren säännöllistä humalaan juomista ja sen vaikutusta muistiin ja oppimiseen. Neljä viidestä nuoresta tiesi jo ennen terveystapahtumaa nuoren säännöllisen humalaan juomisen heikentävän muistia ja vaikeuttavan oppimista. Ilmeisesti jo alkujaan korkeasta oikein vastanneiden osuudesta johtuen, terveystapahtuma ei juurikaan lisännyt oikein vastanneiden osuutta.

Alkukartoituksessa ainoastaan kaksi viidestä nuoresta tiesi, että kaksi tuopillista olutta päivässä tuottaa 1,5 –2 kiloa ylipainoa kuukaudessa. Terveystapahtuman jälkeen oikein vastanneiden osuus kohosi peräti 19 prosenttiyksikköä eli tuolloin oikein vastauksen tietäviä nuoria oli 64 %.

Väittämä ”Alkoholin aiheuttamat aivomuutokset nuorilla ovat pysyviä” osoittautui haastavaksi. Alkukartoituksessa vain 15 % nuorista tiesi väittämän olevan väärin, eikä muutosta juurikaan tapahtunut terveystapahtuman aikana. Loppukartoituksessa oikein vastanneita oli 17 %.

Noin puolet vastaajista tiesi ennestään, ettei sama määrä alkoholia nosta yhtä paljon samantyyppisen naisen ja miehen veren alkoholipitoisuutta. Terveystapahtuman jälkeen oikein vastauksen tiesi kolme viidestä (60 %) nuoresta.

Alkukartoituksessa alkoholia koskevien kysymysten osalta oikein vastanneiden vastausprosentti oli keskimäärin 51. Loppukartoituksessa oikein vastanneiden osuus kasvoi keskimäärin 8 prosenttiyksiköllä ollen 59 %.

9.2.2 Terveystiedot tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutuksista

Kyselylomakkeen kolmannessa kohdassa kartoitettiin ammattiopistojen nuorten terveystietoja tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutuksista kuuden oikein/väärin-väittämän avulla. Vastaajien tuli rastittaa heidän mielestään oikeat väittämät. Oheisessa taulukossa on esitelty alku- ja loppukartoitusten tulokset (Taulukko 3).

Taulukko 3. Tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutuksia koskevien väittämien tulokset.

Tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutukset	Ennen tapahtumaa Alukartoitus			Hetki tapahtuman jälkeen Loppukartoitus			Muutos oikein-vastausten määrässä ennen ja jälkeen tapahtuman
	n	oikein %	väärin / eos %	n	oikein %	väärin / eos %	prosenttiyks.
Kevytsavukkeet ovat terveydelle vähemmän vaarallisempia kuin muut savukkeet	95	51	49	87	53	47	+ 2
Tupakointi aiheuttaa luuston haurastumista	95	48	52	86	50	50	+ 2
Nuuskaaminen parantaa fyysistä suorituskykyä	92	66	34	86	72	28	+ 6
Nuorena aloitettu pysyvä tupakointi lyhentää elämään keskimäärin 20 vuotta	95	63	37	86	66	34	+ 3
Savukkeiden ja muiden tupakka-tuotteiden terva aiheuttaa riippuvuutta	95	51	49	87	58	42	+ 7
Nikotiiniriippuvuus kehittyi hitaasti	95	57	43	87	44	56	- 13

Sekä ennen että jälkeen terveystapahtuman noin puolet vastaajista luuli, että kevytsavukkeet ovat terveydelle vähemmän vaarallisempia kuin muut savukkeet. Terveystapahtuma ei siis juurikaan lisännyt tapahtumiin osallistuvien tietoja kevytsavukkeiden osalta.

Alukartoituksen perusteella hieman alle puolet tiesi tupakoinnin aiheuttavan luuston haurastumista. Terveystapahtuman jälkeen oikein vastanneiden osuus oli tasan puolet vastaajista.

Ennen terveystapahtumaan osallistumista 66 % nuorista tiesi, ettei nuuskaaminen paranna fyysistä suorituskykyä. Loppukartoituksen perusteella tietämys kohosi 6 prosenttiyksikköä ja tapahtuman jälkeen oikein vastanneita oli 72 %.

63 % vastaajista tiesi ennen terveystapahtumaa, että nuorena aloitettu pysyvä tupakointi lyhentää elämää keskimäärin 20 vuotta. Loppukartoituksessa oikein vastanneiden osuus kasvoi hieman ollen tuolloin 66 %.

Alkukartoituksessa puolet nuorista tiesi, ettei savukkeiden ja muiden tupakkatuotteiden terva aiheuta riippuvuutta. Terveystapahtuman jälkeen oikean vastauksen tiesi 58 %.

Väittämän ”nikotiiniriippuvuus kehittyy hitaasti” tiesi alkukartoituksessa olevan väärin 57 % vastaajista. Huomioitavaa on, että loppukartoituksessa oikein vastanneiden osuus väheni merkittävästi ja tapahtuman jälkeen oikein vastasi ainoastaan 44 %.

Alkukartoituksessa tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutuksista kysyttäessä keskimäärin 56 % nuorista tiesi oikean vastauksen, loppukartoituksessa oikein vastanneita oli keskimäärin 58 %.

9.2.3 Terveystiedot huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutuksista

Kyselylomakkeen neljännessä kohdassa kartoitettiin ammattiopistojen nuorten terveystietoja huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutuksista. Kohta sisälsi kuusi väittämää, joista vastaajien tuli rastittaa heidän mielestään oikeat väittämät. Kartoitusten tulokset on esitelty alla olevassa taulukossa (Taulukko 4).

Taulukko 4. Huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutuksia koskevien väittämien tulokset.

Huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutukset	Ennen tapahtumaa Alkukartoitus			Hetimitapahtuman jälkeen Loppukartoitus			Muutos oikein-vastausten määrässä ennen ja jälkeen tapahtuman prosenttiyks.
	n	oikein %	väärin / eos %	n	oikein %	väärin / eos %	
Kannabis heikentää oppimiskykyä	94	55	45	85	69	31	+ 14
Kannabis lisää suun, nielun ja ruokatorven alueen syöpäriskiä	94	51	49	85	66	44	+ 17
Amfetamiini vähentää jännitys- ja pelkotiloja	95	28	72	85	34	66	+ 6
Kokaiini aiheuttaa nukkumisvaikeuksia	93	50	50	83	66	34	+ 16
Stimulantit (esim. ekstaasi) eivät aiheuta oppimisen ja muistin huononemista	94	34	66	85	47	53	+ 13
Opiaatit (esim. heroini, morfiini) aiheuttavat verisuonten ja sydämen tulehduksia	95	50	50	85	65	35	+ 15

Väittämä ”Kannabis heikentää oppimiskykyä” oli oikein. Alkukartoituksessa oikein vastasi joka toinen nuori. Loppukartoituksessa oikein vastanneiden osuus kohosi 69 %:iin.

Väittämä ”Kannabis lisää suun, nielun ja ruokatorven alueen syöpäriskiä” oli oikein. Puolet nuorista vastasi oikein alkukartoituksessa, kun loppukartoituksessa oikein vastanneita oli 66 %.

Paikkansa pitämättömään väittämään ”Amfetamiini vähentää jännitys- ja pelkotiloja”, tiesi alkukartoituksessa oikean vastauksen ainoastaan 28 % vastaajista. Loppukartoituksessa oikein vastanneita oli yksi kolmannes (34 %).

Alkukartoituksessa tasan puolet vastaajista tiesi, että kokaiini aiheuttaa nukkumisvaikeuksia. Terveystapahtuman jälkeen tehdyssä loppukartoituksessa oikein vastanneiden osuus kohosi 66 %:iin.

Ennen terveystapahtumaa jopa 66 % vastaajista luuli, etteivät stimulantit aiheuta oppimisen ja muistin huononemista ja vain yksi kolmannes tiesi oikean vastauksen. Loppukartoituksessa oikein vastanneita oli 47 %.

Alkukartoituksen mukaan puolet vastaajista tiesi opiaattien aiheuttavan verisuonten ja sydämen tulehduksia. Terveystapahtuman jälkeen oikein vastanneiden osuus nousi 15 prosenttiyksikköä, joten tällöin oikean vastauksen tiesi 65 % vastaajista.

Huumeita koskevien kysymysten osalta oikein vastanneita oli alkukartoituksessa keskimäärin 45 %. Tapahtuman jälkeen kysyttäessä oikein vastanneiden osuus kasvoi 13 prosenttiyksiköllä ollen 58 %.

9.3 Terveystaidot ja motivaatio

Loppukartoituksessa käsiteltiin vastaajien tämän hetkisiä taitoja ja motivaatiota hoitaa terveytään. Taitoja kartoitettiin neljän väittämän avulla. Kyselyn avulla haluttiin saada selville, oliko terveystapahtuma lisännyt nuorten taitoja huolehtia terveydestään tai saiko tapahtuma nuoret pohtimaan omia terveystottumuksiaan. Lisäksi kysyttiin, osaisivatko nuoret soveltaa terveystapahtuman asiasisältöä arkipäivän tilanteissa ja pystyisivätkö he sisällön avulla ratkaisemaan terveysvalintoihin liittyviä tilanteita. Nuorten tämän hetkisiä taitoja kartoittavien väittämien tulokset on esitelty oheisessa taulukossa (Taulukko 5).

Taulukko 5. Terveystapahtumien taitoja koskevien väittämien tulokset.

Terveystapahtumien taidot	n	Samaa mieltä (%)	Eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)
Terveystapahtuma lisäsi taitojani huolehtia terveydestäni.	87	46	33	21
Terveystapahtuma sai minut pohtimaan omia terveystottumuksiani.	87	45	34	21
Osaisin soveltaa terveystapahtuman asiasisältöä arkipäivän tilanteissa.	86	44	33	23
Pystyisin ratkaisemaan erilaisia terveysvalintoihin liittyviä tilanteita (esim. vähentää energijuoman käyttöä) tapahtuman avulla.	86	45	34	21

Hieman vajaa puolet (46 %) nuorista koki, että terveystapahtuma oli lisännyt heidän taitojaan huolehtia terveydestään. Kolmasosa nuorista oli sitä mieltä, etteivät heidän taitonsa olleet lisääntyneet tapahtuman aikana. Viidesosa (21 %) vastaajista valitsi vaihtoehdon ”en osaa sanoa”.

Terveystapahtuma sai 45 % vastaajista pohtimaan omia terveystottumuksiaan. 34 % opiskelijoista tapahtumalla ei ollut vaikutusta. ”En osaa sanoa” vastasi 21 %.

Opiskelijoista 44 % koki, että he osaisivat soveltaa terveystapahtuman asiasisältöä arkipäivän tilanteissa ja lähes sama määrä (45 %) uskoi pystyvänsä ratkaisemaan tapahtuman avulla erilaisia terveysvalintoihin liittyviä tilanteita. Kolmannes oli sitä mieltä, ettei osaisi soveltaa asiasisältöä arkipäivän tilanteissaan tai tehdä sen avulla terveysvalintoja.

Myös motivaatiota kartoitettiin neljän väittämän avulla. Kyselyssä haluttiin selvittää aiheiden kiinnostavuutta, käsiteltyjen asioiden tärkeyttä, opiskelijoiden suhtautumista aiheeseen ja halukkuutta muuttaa terveystottumuksiaan. Motivaatiota koskevien kysymysten tulokset on esitelty alla olevassa taulukossa (Taulukko 6).

Taulukko 6. Terveystapahtumien motivaatiota koskevien väittämien tulokset.

Motivaatio huolehtia terveydestä	n	Samaa mieltä (%)	Eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)
Tapahtuman aiheet kiinnostavat minua.	87	46	32	21
Tapahtumassa käsitellyt asiat ovat tärkeitä terveyteni edistämiseksi.	87	54	29	17
Suhtaudun myönteisesti tapahtuman aiheeseen.	87	61	22	17
Haluaisin muuttaa tapahtumaan liittyviä terveystottumuksiani parempaan suuntaan.	86	45	28	27

Tapahtuman aiheita piti kiinnostavina hieman vajaa puolet (46 %) nuorista. Eri mieltä oli kolmannes vastaajista. Kantaansa ei osannut sanoa 21 % terveystapahtumaan osallistuvista nuorista.

Hieman yli puolet (54 %) vastaajista koki, että tapahtumassa käsitellyt asiat olivat tärkeitä heidän terveydelleen, toista mieltä oli 29 % vastaajista. ”En osaa sanoa” vaihtoehdon valitsi 17 % opiskelijoista.

Myönteisesti tapahtuman aiheeseen suhtautui 61 % nuorista. Kielteisesti aiheeseen suhtautui 22 % ja 17 % ei osannut sanoa kantaansa.

Lomakkeella kysyttiin myös opiskelijoiden halukkuudesta muuttaa omia, tapahtumaan liittyviä terveystottumuksia parempaan suuntaan. Vastaajista hieman vajaa puolet (45 %) oli halukkaita muuttamaan omia terveystottumuksiaan. 28 % ei ollut halukkuutta muuttaa terveystottumuksiaan. Niiden nuorten määrä, jotka eivät osanneet kertoa mielipidettään, oli melko suuri eli 27 %.

9.4 Terveystapahtuman käytännön toteutus

Opiskelijoiden mielipiteitä terveystapahtuman käytännön toteutuksesta selvitettiin useiden väittämien avulla. Terveystapahtumassa käsiteltyjä asioita vastaajat saivat arvioida seitsemän väittämän avulla, joiden tulokset on esitelty alla olevassa taulukossa (Taulukko 7).

Taulukko 7. Tapahtumassa käsitellyjä asioita koskevien väittämien tulokset.

Tapahtumassa käsitellyt asiat olivat	n	Samaa mieltä (%)	Eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)
ymmärrettäviä	86	76	16	8
ajantasaisia	87	71	17	12
oikeita	87	68	22	10
helposti omaksuttavia	87	68	17	15
vaikeita	87	29	49	22
hyödyllisiä	85	64	24	13
esitetty nuoren näkökulmasta käsin	86	47	36	17

Suurin osa nuorista piti tapahtumassa käsitellyjä asioita ymmärrettävinä, ajantasaisina, oikeina ja helposti omaksuttavina. Reilusti yli puolet (64 %) tapahtumaan osallistuneista opiskelijoista koki, että käsitellyt asiat olivat myös hyödyllisiä.

Vajaan kolmanneksen mielestä asiat olivat vaikeita, päinvastaista mieltä oli 49 % nuorista. Opiskelijoista hieman vajaa puolet (47 %) koki, että terveystapahtumassa käsitellyt asiat oli esitetty nuoren näkökulmasta. Toista mieltä oli 36 % vastaajista.

Terveystapahtumissa käytettyjä ohjausmenetelmiä vastaajat arvioivat kahdeksan väittämän avulla. Väittämät koskivat tapahtuman innostavuutta ja kiinnostavuutta ja olivatko nuoret saaneet tapahtuman avulla uusia ajatuksia terveytensä edistämiseen. Lisäksi kysyttiin, oliko tapahtuma ollut riittävän osallistava. Myös ohjaajien uskottavuutta, opettamistaitoja ja heidän toimintansa uutuusarvoa tiedusteltiin. Nuoret saivat myös arvioida, oliko tapahtumassa jaettu materiaali käyttökelpoista. Näitä väittämiä koskevat tulokset ilmenevät alla olevasta taulukosta (Taulukko 8).

Taulukko 8. Ohjausmenetelmiä koskevien väittämien tulokset.

Ohjausmenetelmät	n	Samaa mieltä (%)	Eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)
Terveystapahtuma innosti minua huolehtimaan terveydestäni.	87	44	38	18
Terveystapahtuma oli järjestetty kiinnostavalla tavalla.	86	56	34	11
Sain uusia ajatuksia oman terveyteni edistämiseen.	87	38	44	18
Sain osallistua riittävällä tavalla.	87	60	24	16
Ohjaajat olivat uskottavia.	87	62	24	14
Ohjaajien toiminta oli uudenlaista verrattuna aikaisemmin kokemaani.	87	45	38	17
Ohjaajat osasivat opettaa.	86	64	23	13
Terveystapahtumassa saamani materiaali oli käyttökelpoista.	86	60	24	15

Yli puolet nuorista koki, että terveystapahtuma oli järjestetty kiinnostavalla tavalla ja, että se oli riittävän toiminnallinen ja osallistava. Ohjaajia pidettiin pääasiassa osaavina ja opettamistaitoisina. Kuitenkin vain noin 40 % vastaajista koki, että he olivat saaneet uusia ajatuksia oman terveytensä edistämiseen ja, että terveystapahtuma innosti huolehtimaan terveydestä.

Lähes kolmannes vastaajista piti terveystapahtumassa saamaansa materiaalia käyttökelpoisena. Toista mieltä oli 24 % nuorista.

Vastaajat arvioivat terveystapahtuman käytännön järjestelyjä viiden väittämän avulla. Väittämät koskivat terveystapahtuman pituutta, kokonaisuutta, toiminnallisuutta ja teoreettisuutta. Käytännön järjestelyjä koskevat tulokset ilmenevät oheisesta taulukosta (Taulukko 9).

Taulukko 9. Käytännön järjestelyjä koskevien väittämien tulokset.

Terveystapahtuma	n	Samaa mieltä (%)	Eri mieltä (%)	En osaa sanoa (%)
oli liian lyhyt	85	26	45	29
oli liian pitkä	85	34	41	25
oli selkeä kokonaisuus	85	65	25	11
oli riittävän toiminnallinen	85	62	25	13
oli liian teoreettinen	85	35	39	26

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että terveystapahtuma oli kestoltaan sopiva. 65 % nuorista koki, että tapahtuma muodosti selkeän kokonaisuuden. Reilusti yli puolet (62 %) vastaajista piti terveystapahtumaa riittävän toiminnallisena, vaikkakin kaksi viidestä (39 %) koki sen olleen liian teoreettinen.

10 Pohdinta

10.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuus voi koskea koko tutkimusta tai sitä voidaan tarkastella mittarikohteisesti. Tutkimuksen luotettavuus liittyy siihen, kuinka pätevää, yleisluontoista tai käyttökelpoista tietoa tutkimuksella on saatu. Mittarin luotettavuutta tarkastellaan validiuden eli pätevyyden suhteen ja reliabeliuden eli mittausvirheettömyyden suhteen. (Soininen 1997, 43.) Tässä osiossa pyritään selventämään sekä mittareiden että koko tutkimuksen luotettavuutta.

10.1.1 Mittareiden reliabelius ja validius

Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoituskin mitata. Tutkimuksen validiteettia arvioitaessa arvioinnin kohteena ovat teoreettisten käsitteiden arkikielelle operationalisointi, mittarin kysymykset ja vastausvaihtoehtojen sisältö ja muotoilu, valitun asteikon toimivuus ja mittarin epätarkkuudet. (Vilka 2007, 150.) Reliabiliteetillä tarkoitetaan mittaustuloksen toistettavuutta, ei- sattumanvaraisuutta. Toisin sanoen käsitteellä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän ja käytettyjen mittareiden kykyä saavuttaa tarkoitettuja tuloksia. (Virtuaali ammattikorkeakoulu 2011.)

Laadukkaan ja luotettavan määrällisen tutkimuksen perusta on onnistunut kyselylomake. Koska virheitä ei voida korjata enää aineiston keräämisen jälkeen, tärkeimmät lomakkeen laatimisen vaiheet ovat lomakkeen suunnittelu, kysymysten muotoilu ja testaus. (Vilka 2007, 78.)

Koska valmiita mittareita tämänkaltaiseen tutkimukseen ei ollut, kehitettiin opiskelijoiden pähteisiin liittyvän terveysosaamisen arviointiin uusi mittari. Tutkimuksesta vastaava NOPS-hankkeen projektipäällikkö Pirkko Rimpilä-Vanninen laati tutkimuksen kyselylomakkeet. Tut-

kimuksen teoriaosassa perehdyttiin erittäin huolellisesti taustateorioihin. Mittarin laatimisen apuna käytetty teoria perustui Käypä hoito-suosituksille, jotka ovat näyttöön perustuvia parhaimpien asiantuntijoiden laatimia yhteenvetoja yksittäisten sairauksien diagnostiikasta ja hoidon vaikuttavuudesta (Käypä hoito 2010). Käytetyt lähteet olivat ajankohtaisia ja niissä käytetty termistö yleisesti tunnettua, mikä paransi mittarin luotettavuutta.

Koska aiempia tutkimuksia opiskelijoiden terveysosaamiseen liittyen oli hyvin vähän, projektipäällikkö Pirkko Rimpilä-Vanninen varmensi mittarin luotettavuutta perehtymällä aikaisempiin, samankaltaisiin tutkimuksiin ja niissä käytettyihin kyselylomakkeisiin, muun muassa terveystieteiden tohtori Päivi Laineen tohtoriväitöskirjassa esiteltyyn RRmittTest:iin. Lomakkeisto on esitettävä kahteen kertaan ja terveystiedot osio kerran. Seuraavassa on esitelty kyselylomakkeen teon prosessi, josta ilmenee, millä muilla tavoin kyselylomakkeen luotettavuutta on pyritty varmentamaan.

Kyselylomakkeen taustalla on NOPS -hankkeen eräessä Hyrian pilotti-interventiossa (pääteet) keväällä 2010 käytetyn kyselylomakkeen rakenne. Kysely toteutettiin huhtikuussa 2010 päihdetapahtuman jälkeen ja siihen vastasi 20 puualan opiskelijaa. Tämän jälkeen kyselylomaketta muokattiin, koska tieto ammattiopiston opiskelijan terveysosaamisesta oli määritelty juuri päihdetapahtuman tavoitteista käsin ja tähän ”Ammattiopiston opiskelijan terveysosaaminen”-tutkimukseen haluttiin luoda sellainen kyselylomake, joka sopii jokaiseen terveystapahtumaan riippumatta niiden yksityiskohtaisista tavoitteista. (Rimpilä-Vanninen 2010)

Pilottikyselylomakkeen muokkauksen jälkeen kaksi Laurean opinnäytetyöntekijää tekivät esikyselyn elokuussa 2010 Hyrian Uudenmaankadun puutarhatalouden opiskelijoiden kanssa ja kyselyyn vastasi 18 opiskelijaa. Kyselylomakkeella arvioitiin kolmea eri liikuntatapahtumaa. Esikyselyn jälkeen kyselylomaketta tarkennettiin terveystapahtuman käytännön toteutus-osion osalta. Kyselylomaketta arvioi ulkopuolinen asiantuntija terveystieteiden tohtori Päivi Laine ja tapahtumista vastaavat Laurea-ammattikorkeakoulun lehtorit. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

Terveystiedot/Alkukartoitus/Päihteet -esikysely tehtiin Keuda Järvenpään sähköalan ensimmäisen vuoden opiskelijoiden kanssa syyskuussa 2010, jolloin vastaajia oli 20. Tämän jälkeen projektipäällikkö analysoi esikyselyjen aineiston ja rakensi Terveystiedot/Alkukartoitus-kyselyt valmiiksi. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

Tässä tutkimuksessa opiskelijoiden päihteisiin liittyvän terveysosaamisen osa-alueita olivat: terveystiedot alkoholin käytöstä ja sen vaikutuksista, terveystiedot tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutuksista, terveystiedot huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutuksista sekä terveystaidot ja motivaatio. Tutkimuksen luotettavuutta paransi terveysosaaminen-käsitteen selkeä määrittely IMB-mallin pohjalta.

Tutkimus oli tapaustutkimus ja vaikka kysymyksessä on kvantitatiivinen tutkimus, aineiston koko oli suhteellisen pieni (N = 95). Vaikka mittareita voidaan pitää luotettavina, ei tuloksissa voida tämän vuoksi pyrkiä niiden yleistettävyyteen. Ammattiopistojen opiskelijoiden terveys-

osaamisesta päihteiden osalta saatiin melko luotettava käsitys ja tutkimus antaa selkeitä viitteitä nuorten terveysosaamisen kehittymisestä terveystapahtumien aikana. Useimmat opiskelijat tiesivät jo paljon ennestään päihteiden käytön vaikutuksista, mikä osaltaan vaikutti heidän terveysosaamiseensa myönteisesti. Toisaalta 16–19-vuotiaat nuoret eivät välttämättä ole kovinkaan valmiita ottamaan uutta tietoa vastaan. Tutkimus antoi hyvän käsityksen aikuisikää lähestyvien ammattiopistojen opiskelijoiden terveysosaamisesta ja käytetyn asteikon erotte-lukyky oli riittävän selkeä tutkimukselta haluttuja tuloksia ajatellen.

Projektipäällikkö Rimpilä-Vanninen oli tutustunut aiheeseen ja metodeihin perusteellisesti. Varsinaisen aineistonkeruun suorittaneet Laurea ammattikorkeakoulun opiskelijat olivat melko kokemattomia kyselytutkimuksen toteutuksessa. Aineistonkeruun luotettavuus pyrittiin varmistamaan siten, että projektipäällikkö Rimpilä-Vanninen johti aineistonkeruuprosessin ja ohjasi opiskelijat aineiston keruuseen erillisin aineistonkeruuohjein (Liite 5). Aineistonkeruusta vastaaville Laurean opiskelijoille pidettiin aiheesta erillinen oppitunti. Lisäksi projektipäällikkö ohjasi opiskelijoita sähköpostitse. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

Tutkimuksen sisäistä validiutta parantaa se, että tutkimukseen osallistuneille opiskelijoille annettiin selkeät ohjeet lomakkeiden täytöstä terveystapahtuman aikana ja että tutkimus suoritettiin ammattiopiston opiskelijoille tutussa tilassa. Suurin osa ammattiopistojen opiskelijoista vastasi kyselylomakkeisiin hyvin paneutuen. Koska samat opiskelijat osallistuivat useaan, eri aihetta koskevaan terveystapahtumaan, osa väsyi kyselylomakkeiden täyttämiseen, eikä jaksanut vastata todenmukaisesti. Aineistosta oli myös nähtävissä, etteivät kaikki tutkimukseen osallistuneet jaksaneet vastata loppukartoituksen kysymyksiin yhtä hyvin kuin olivat tehneet alkukartoituksessa. Tyhjiä vastauksia ei ollut. Sitä, miten vakavasti vastaajat ovat kyselyyn suhtautuneet, ei pystytä varmistamaan. Myös mahdollisia, kysymysten erilaisista tulkinnoista johtuvia väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida.

Samaa kyselylomaketta käytettiin kaikissa päihteisiin liittyvissä terveystapahtumissa. Vastajat vastasivat samoihin kysymyksiin samassa järjestyksessä samoissa olosuhteissa. Eri tapahtumiin osallistuneiden ryhmien vastauksissa ei ilmennyt suuria eroja, joten voidaan todeta, että tutkimuksella on mahdollista saavuttaa ei-sattumanvaraisia tuloksia.

10.1.2 Aineiston analyysin luotettavuus

Aineisto on analysoitava huolellisesti. Hankkeista esiin nousevista tutkimusaineistoista ja hankkeen prosessista tehtävien johtopäätösten täytyy olla luotettavia. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 45).

Analyysin luotettavuuteen pyrittiin monin eri tavoin. Projektipäällikkö Rimpilä-Vanninen oli hahmotellut aineistonanalyysitapaa jo tutkimussuunnitelmavaiheessa. Tutkimuksen kokonaisuutta ja aineistonkeruuprosessia käsiteltiin kesällä 2010 pidetyssä aloituspalaverissa, johon osallistuivat projektipäällikön lisäksi opinnäytetöitä ohjaava opettaja Siru Lehto ja NOPS-hankkeesta opinnäytetyönsä tekevät opiskelijat. Aineiston analyysiä sivuttiin muun muassa

kertomalla, miten ja kenen avulla kerätty aineisto syötetään SPSS-tilastointiohjelmaan. (Rimpilä-Vanninen 2010.)

Aloituspalaverissa sovittu mukaisesti varsinainen aineiston analyysi aloitettiin yhteisellä, alkuvuodesta 2011 järjestetyllä kokouksella, johon osallistuivat projektipäällikkö, ohjaava opettaja, tilastollisen aineiston asiantuntija lehtori Timo Kumpulainen ja opinnäytetyöntekijät. Kokouksessa sovittiin aineiston analyysitavasta ja opiskelijoita ohjattiin SPSS-ohjelman käyttöön.

Aineisto syötettiin numeerisessa muodossa SPSS-ohjelman aineistonsyöttöön tarkoitettuun moduuliin korkeakoulusihteri Harri Stenin teknisellä avustuksella. Tulosten varmuutta pyrittiin lisäämään siten, että datan syöttöön osallistui kaksi opinnäytetyöstä vastaavaa henkilöä; toinen saneli tulokset ja toinen kirjoitti. Tulosten analysoinnissa, muun muassa taulukoinnin osalta, neuvoi tilastollisen aineiston asiantuntija. SPSS-ohjelmaan tallennettua aineistoa tarkasteltiin luokiteltujen muuttujien prosenttijakaumien avulla. Tällöin tarkistettiin myös mahdolliset tallennuksen aikana tapahtuneet virhelyönnit minimi- ja maksimiarvoja hyödyntäen. Myös puuttuvat tiedot tarkastettiin ja samalla havaittiin, että niiden lukumäärä suhteessa aineiston kokoon on pieni, eikä vaikuta aineiston analyysiin merkittävästi. Aineiston otoskoko ei ollut mahdollisuutta vaikuttaa. Analyysin luotettavuutta parantaa suuri vastausprosentti, joka oli alkukartoituksessa lähes kaikkien kysymysten osalta 100 % ja loppukartoituksessa noin 95 %.

10.2 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Pyökkänen ym. (2009) toteavat oppilaitoksissa järjestettävien terveystapahtumien olevan yksi ehkäisevän päihdetyön muodoista. Nykyaikana nuoret aikuistuvat yhä aikaisemmin ja siksi päihdevalistus tulisi aloittaa jo hyvissä ajoin. Päihteisiin liittyvät terveystapahtumat oikein suunniteltuina ja toteutettuina ovat erinomainen ehkäisevän päihdetyön menetelmä. Terveystietämiseen tähtäävien hankkeiden osalta kaivataan lisää tietoa siitä, miten niissä voitaisiin tiedonjakamisen lisäksi motivoida ihmisiä käyttäytymisen muutokseen (Kokko 2007). Pyykönen (2008, 28) mukaan terveyden edistämisen arviointia tulee kehittää siten, että akateemiset tutkimuskriteerit täyttävästä lähestymistavasta siirrytään olennaisiksi määriteltyjen tietojen systemaattiseen keräämiseen ja läpikäymiseen ja johtopäätösten tekemiseen kerättyjen tietojen pohjalta. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tutkia IMB-mallin pohjalta yksittäisten terveystapahtumien vaikutusta nuorten terveystietämiseen päihteidenkäytön osalta. Tässä osiossa tarkastelemme tutkimuksessa esille tulleita tuloksia teoreettiseen viitekehykseen pohjautuen.

Tutkimuksen terveystietoja koskevan osion perusteella voidaan todeta, että ammattiopistossa opiskelevilla nuorilla oli jo ennen terveystapahtumia melko hyvät tiedot eri päihteistä ja niiden vaikutuksista. Alkukartoituksen mukaan nuoret tiesivät eniten tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutuksista terveyteen. Nuorten terveystapatutkimuksessa vuonna 2009 on todettu, että nuorten 16–18-vuotiaiden sekä tyttöjen että poikien tupakointi on vähentynyt vuodesta 2001 (Tilastokeskus 2009). Tämä tutkimus puoltaa terveystapahtuman nuorten terveystietämystä

juuri tupakan terveysvaikutusten osalta. Terveysvalistus kouluissa, kampanjat mediassa ja erilaisilta tahoilta tuleva tieto saattaa olla syynä tupakoinnin suosion laskuun nuorten keskuudessa. Myös nuorten harrastuneisuuden lisääntyminen on voinut laannuttaa ihannetta tupakoinnista.

Alkoholin käyttöön liittyvien väitteiden osalta vastaajien tiedot vaihtelivat paljon. Suurin osa nuorista tiesi jo ennen tapahtumaa säännöllisen humalaan juomisen heikentävän muistia ja vaikeuttavan oppimista. Lähes sama määrä uskoi näiden alkoholin aiheuttamien aivomuutosten olevan pysyviä. Mielenkiintoista onkin, että vaikka nuoret uskovat säännöllisen humalaan juomisen olevan aivoille vahingollisempaa kuin se todellisuudessa onkaan, Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan tämä tieto ei estä nuorten humalajuomista; ammattiopistoissa opiskelevista pojista 43 % ja tytöistä 37 % juo itsensä humalaan ainakin kerran kuukaudessa (Luopa, Lommi, Kinnunen & Jokela 2010, 39).

Terveystapahtumaan osallistuneet nuoret olivat enimmäkseen 16-vuotiaita (62 %) ja syksyllä 2010 (99 %) opintonsa aloittaneita. Tämän ikäiset nuoret elävät vaihetta, jossa aikuisuuteen on kiire. He haluaisivat olla itse vastuussa valinnoistaan. Päihteisiin tutustuminen ja niiden kokeilu ja käyttö on yksi siirtymäriitti aikuisuuden maailmaan. Kempin (2007, 20) mukaan nuorten runsas päihteiden käyttö liittyy tällöin usein aikuisuuden kokemiseen ja kavereille näyttämiseen. Nuoren päihteiden käyttö voi johtua hänen omasta kehitysvaiheestaan, nuoren subjektiivisista alkoholin käyttökokemuksista ja ympäristön antamista malleista. Kyse ei siis luultavastikaan ole siitä, ettei nuorilla olisi tietoa alkoholin käytön haitoista, vaan, että heiltä puuttuu riittävä motivaatio käyttäytymisensä muuttamiseen.

Terveystietoja koskevan osion perusteella voidaan todeta, että terveystapahtumat olivat onnistuneita. Tapahtumien avulla pystyttiin lisäämään tapahtumaan osallistuneiden opiskelijoiden terveystietoja juuri niiden aiheiden (alkoholi ja huumeet) osalta, joista nuorilla oli ennen terveystapahtumaa vähäisimmät tiedot. Esimerkiksi huumeita koskevan osion osalta ainoastaan puolet tai vajaa puolet opiskelijoista osasi alkukartoituksessa vastata oikein esitettyihin väitteisiin, mutta terveystapahtuman jälkeen oikein vastanneiden nuorten osuus kasvoi keskimäärin 13 prosenttiyksiköllä. Tieto siis tavoitti nuoret toivotulla tavalla. Terveys 2015-ohjelmassa on asetettu tavoitteeksi, että huumeiden aiheuttamat terveysongelmat saataisiin 1990-luvun alun tasolle vuoteen 2015 mennessä (Rainio ym. 2009, 53). Tässä tutkimuksessa käy ilmi, ettei huumevalistuksen osuus nuorten terveyskasvatuksesta nykyisellään ole riittävää tai nuoria tavoittavaa. Toisaalta, kuten Jakonen ym. (2005, 2891) toteavat, nuoret eivät voi jättäytyä passiivisen toiminnan varaan, vaan heidän itsensä tulee olla aktiivisia tiedonhankkijoita. Tämä edellyttää paljon sekä nuorilta itseltään että terveystiedon tarjoajilta. Nuoren tulee hallita terveydenlukutaito ja tiedon tarjoajan on osattava esittää asiat ymmärrettävässä muodossa ja kohderyhmän näkökulma huomioiden.

Tutkimuksen tulokset tukivat aiempia tutkimuksia, jotka on tehty IMB-malliin pohjautuvien interventioiden osalta. Singhin (2003, 71) ja Jaworskin ja Careyn (2001, 417) tutkimusten mukaan interventio oli vaikuttanut joiltakin osin siihen osallistuneiden opiskelijoiden terveys-

käyttäytymiseen. IBM-mallin mukaan nuorten tulisi hallita heidän terveyttään edistäviä käyttäytymistaitoja, jotka ovat avainasemassa nuoren tehdessä terveyteensä vaikuttavia päätöksiä (Fisher ym. 2003, 85). Myös Fogelholm ym. (2009, 16) toteaa terveyskäyttäytymisen näkyvän terveyttä edistävinä valintoina, jotka liittyvät ravintoon, liikuntaa, lepoon ja päihteiden käyttöön. Fisherin ym. (2003) mukaan käyttäytymistaidot muodostuvat tavoitteellisista toimintataidoista ja minä-pystyvyyden tunteesta. Kannaksen (2006) mukaan terveystaidot ovat käytännön taitoja, jotka edesauttavat terveystottumusten omaksumista. Toinen terveyskäyttäytymiseen vaikuttava tekijä on motivaatio, joka koostuu omasta halusta edistää terveyttä, asenteista sekä yhteisön normeista (Fisher & Fisher 1998). Hieman alle puolet ammattiopistojen opiskelijoista koki terveydestä huolehtimisen taitojensa lisääntyneen terveystapahtuman avulla ja suunnilleen sama määrä opiskelijoista koki, että haluaisi muuttaa omia, päihteisiin liittyviä terveystottumuksiaan parempaan suuntaan. Voidaan siis päätellä, että ne nuoret, jotka kokivat taitojensa lisääntyneen, osaisivat myös soveltaa saamiaan tietoja omiin terveystottumuksiinsa ja tehdä terveyttä edistäviä valintoja elämässään. Vaikka nuoret ovat alttiita saamaan vaikutteita monelta taholta, oma motivaatio määrää pitkälti sitä, mitä itseltään, elämältään ja terveydeltään haluaa. Motivaatio määrää myös paljolti sen, kuinka paljon uutta tietoa nuori pystyy tai haluaa omaksua. Uudet tiedot ja taidot lisäävät myös nuorten itsevarmuutta ja varmuutta tehdä itsenäisiä päätöksiä esimerkiksi päihdekokeilujen suhteen.

Nuorten saavuttamien terveystietojen, - taitojen ja -käyttäytymisen arvioinnin lisäksi terveystapahtumien käytännön toteutuksen arviointi on tärkeää. Vallo & Häyrinen (2003) mukaan palautteen keräämistä puoltaa se, että jokaisesta kerrasta voi oppia jotakin uutta seuraavaa kertaa varten. Palautteesta saadaan mahdollisesti tietää myös mikä toimii ja mitä kenties kannattaa välttää (Vallo & Häyrinen 2003, 204.) Loppukartoituksessa opiskelijat saivat arvioida ja antaa palautetta terveystapahtumien käytännön järjestelyistä. Tutkimustulosten perusteella terveystapahtumassa käsitellyt asiat olivat ymmärrettäviä ja ajantasaisia. Ammattiopistojen nuoret pitivät tapahtuman aiheita oikeina, helposti omaksuttavina ja hyödyllisinä. Kuitenkin vain vajaa puolet koki, että tapahtumassa käsitellyt asiat oli esitetty nuoren näkökulmasta. Vallo & Häyrinen (2008) mukaan tapahtuman sisältöä suunniteltaessa tulisi kohderyhmä tuntee hyvin, jotta tapahtumasta saadaan mielenkiintoinen. Kohderyhmä tulisi analysoida tarkkaan ja huomioida se, että mikä sopii yhdelle, ei välttämättä sovi toiselle. (Vallo & Häyrinen 2008, 111, 113-115). Kääriäinen ym. (2005, 27) toteavat yksilön aikaisempien tietojen, kokemusten ja elämäntilanteen vaikuttavan ohjauksen onnistumiseen. NOPS-hankkeeseen kuuluvat terveystapahtumat on suunnattu ammattiopistojen opiskelijoille, mutta tapahtumien järjestämistä voi osaltaan vaikeuttaa kohderyhmän heterogeenisuus ja se, ettei tapahtuman järjestäjille ollut tietoa opiskelijoiden taustoista ja elämäntilanteesta. Vaikka nuoret olivatkin ikäjakaumaltaan pääasiassa 16-vuotiaita, voivat he kuitenkin tuossa iässä olla henkiseltä kehitykseltään hyvin eritasoisia ja kiinnostuneita eri asioista. Voidaankin pohtia, olisiko terveystapahtumasta hyötyneiden opiskelijoiden osuus ollut suurempi, mikäli asiat olisi saatu esitettyä enemmän nuorten näkökulmasta.

Yhteenvedon voidaan todeta, että IBM-mallin käyttäminen terveysosaamisen määrittelyyn ja osaamisen kehittämiseen terveystapahtumien vaikuttavuutta tutkittaessa on vaativaa. Toi-

saalta, mallin moniulotteisuudesta johtuen, IMB-mallin hyödyntäminen antaa hyvin laajan pohjan johtopäätösten tekemiselle. Saatujen tulosten pohjalta voidaankin todeta terveystapahtumien onnistuneen melko hyvin. Lyhyellä tähtämellä noin 40 % nuorista koki terveystapahtumat jollakin tavoin vaikuttaviksi. Koska terveystapahtumat lisäsivät lähes poikkeuksetta nuorten tietoutta päihteidenkäytön vaikutuksista, voi tapahtumien vaikutus nuorten käyttäytymiseen näkyä vasta pitkän ajan kuluttua niiden toteutuksesta. Toisaalta, kuten Koskinen-Ollonqvist ym. (2005) toteavat, tällöin ei voida olla varmoja siitä, mitkä kaikki tekijät vaikuttavat nuoren käyttäytymisen muutokseen.

Koska ammattiin opiskelevien nuorten terveystottumusten on todettu olevan huonompia kuin lukiolaisten, hallituksen Terveysten edistämisen politiikkaohjelman mukaan erityisesti ammattiopistoissa opiskelevien nuorten terveyteen tulisi kiinnittää huomiota (Valtioneuvosto 2007; Luopa, Lommi, Kinnunen & Jokela 2010). Toisaalta, nuorten päihteiden käyttö alkaa keskimäärin jo ala-asteen viimeisimmällä luokalla tai yläasteen alussa ja varsinaiset päihdehäiriöt alkavat tutkimusten mukaan jo 14–15 vuoden iässä (Päihdetyö 2010). Voidaan siis todeta, että ammattiopistoissa tehtävä, nuorten päihteidenkäyttöön vaikuttava toiminta on monelta osin sekundaaritason ehkäisevää päihdetyötä, jonka tarkoituksena on puuttua olemassa olevaan ongelmaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ammattiopistoikäiset ovat saattaneet jo muodostaa omat käsityksensä päihteistä ja heidän jo valmiiksi muovautuneita käsityksiä voi olla haasteellisempi muuttaa kuin ala- ja yläkouluikäisten, joilla ei vielä välttämättä ole minikäänlaista omakohtaista kokemusta päihteistä. Voidaankin siis perustellusti pohtia, tulisiko päihteidenkäyttöön vaikuttavat interventiot kohdistaa pääasiassa 12–15-vuotiaisiin koululaisiin ammattiopiston, jo aikuisuutta lähestyvien opiskelijoiden sijaan. Tällöin interventioiden vaikutus nuorten terveysosaamiseen voisi olla suurempi.

10.3 Jatkotutkimusehdotukset

Koska tutkimuksessamme kartoitettiin terveystapahtuman vaikutusta nuorten terveysosaamisen lyhyellä aikavälillä, voisi olla hyödyllistä uusia tutkimus samalla otoksella tietyn ajanjakson, esimerkiksi puolen vuoden tai vuoden, jälkeen, ja verrata tuloksia keskenään. Näin saataisiin tietoa intervention vaikutuksista pidemmällä aikavälillä. Jotta tutkimustuloksista saataisiin jatkossa kattavammat ja yksityiskohtaisempi vertailu mahdollistuisi, olisi hyödyllistä kerätä sekä alku- että loppukartoituksissa enemmän analysoitavaa materiaalia, kuten vastaajien tarkempia taustatietoja. Mielenkiintoista olisi myös selvittää vastaajien päihteidenkäyttöön liittyviä tottumuksia ja verrata niitä terveystapahtuman avulla saavutettuun terveysosaamiseen. Tällöin olisi muistettava huomioida erityisten tarkasti tutkimuksen eettisyys, jottei yksittäisten vastaajien henkilöllisyys paljastu. Kyselylomakkeita voitaisiin myös kehittää lisäämällä niihin muutama avoin kysymys. Näin toimimalla laajennettaisiin aineiston analyysimahdollisuuksia ja tarkennettaisiin tutkimuksen loppupäätelmiä.

Kuten aiemmin todettiin, lisätietoa terveyden edistämiseen kohdistuvien interventioiden vaikuttavuudesta kaivataan. Koska päihteidenkäytön aloittamisikä laskee jatkuvasti, voitaisiin eri oppilaitoksiin suunnattujen interventioiden avulla tehdä vertailtavaa tutkimusta siitä, miten

tehokkaita eri ikäryhmille suunnatut interventiot ovat ja missä iässä interventiot vaikuttavat eniten yksilön terveysosaamiseen. Tutkimuksen tulosten avulla olisi mahdollista säästää resursseja ja kohdistaa toimenpiteet oikeille kohderyhmille.

Koska tutkimuksissa on osoitettu IMB-malliin perustuvilla interventioilla olevan vaikutusta yksilön terveyskäyttäytymiseen, tulee näiden interventioiden osuutta lisätä terveyden edistämiseen tähtäävissä ohjelmissa. IMB-mallin mukaiset interventiot ja tutkimukset ovat tällä hetkellä keskittyneet pääosin seksuaaliterveyteen. Lisätutkimuksia kaivataan erityisesti niistä IMB-malliin pohjautuvista hankkeista, joissa terveyden edistämisen kohteena on jokin muu kuin seksuaaliterveyden osa-alue.

10.4 Oma oppiminen

Opinnäytetyö suunnitteluvaiheesta julkaisuvaiheeseen on ollut pitkä ja vaativa prosessi. Jo pelkästään usean toimijan toteuttamaan NOPS-hankkeeseen tutustuminen ja oman työemme hahmottaminen sen osana vei oman aikansa. Koimme, että IMB-mallin hyödyntäminen terveystapahtumien vaikuttavuutta tutkittaessa on antanut meille vaativan, mutta samalla monipuolisen näkökulman tutkimuksen toteuttamiseen. Hämmästyttävää onkin, ettei mallia ole hyödynnetty laajemmaltikin vaikuttavuustutkimuksissa.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme oppineet paljon uutta. Työn edetessä tunteet ovat vaihdelleet epätoivosta riemuun ja kaikkeen siltä väliltä. Ajoittain työn tekeminen on ollut raskasta johtuen osittain meistä itsestämme, osittain ulkopuolisista tekijöistä. Haastava työ on kuitenkin auttanut meitä löytämään itsestämme uusia puolia ja voimavaroja. Tieto, että työtä tehdään tärkeän ja ajankohtaisen asian puolesta, helpotti turhautumisen hetkinä.

Haastavinta työssämme on ollut ajankohtaisen tutkimustiedon löytäminen. Sinänsä teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen ei ollut vaikeaa, löytyyhän päihteistä ja nuorten terveysosaamisesta runsaasti materiaalia. Ongelmalliseksi muodostui terveyden edistämisen interventioiden vaikuttavuuden arviointiin liittyvän ajankohtaisen tutkimustiedon vähäisyys. Monessa lähteessä todettiin vaikuttavuuden arvioinnin olevan haastavaa. Toisaalta tuli mieleen, ettei vaikuttavuutta monestikaan ole edes yritetty arvioida muutoin kuin hyvin yleisellä tasolla.

Opinnäytetyön tekeminen parin kanssa on ollut voimavaramme. Toistemme tukeminen ja motivoiminen ovat auttaneet meitä saamaan työn valmiiksi aikataulun puitteissa. Olemme pystyneet hyödyntämään toistemme vahvuuksia ja osaamista sekä antamaan rakentavaa palautetta toisillemme työn edetessä. Omien ideoiden peilaaminen toisen kautta on auttanut meitä löytämään laajempaa näkökulmaa työhömmä. Näin haasteellisen työn toteuttaminen yksin olisi ollut melko raskasta.

Toinen voimavaramme on ollut työhön varattu aika. Aloitimme työn tekemisen kesäkuussa 2010 ja kesän aikana meillä oli aikaa tutustua paremmin aiheeseen. Varsinainen kirjoitustyö

alkoi syksyllä ja joulukuun suunnitteluseminaariin mennessä meillä oli jo suhteellisen paljon materiaalia kasassa. Keväällä syvensimme ja rajasimme näkökulmaa ja keskityimme tulosten analysointiin. Riittävän väljäksi suunniteltu aikataulu mahdollisti lyhyiden taukojen pitämisen, eivätkä force majeure-tilanteet vaikeuttaneet suunnitelmissa pitäytymistä.

Opinnäytetyöprosessin aikana olemme oppineet paljon nuorten päihteisiin liittyvästä terveysosaamisesta ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Määrällisen tutkimuksen toteuttaminen oli meille suhteellisen uusi asia ja tuntui alkuun vaikealta. Toisaalta tulosten analysointi oli melko käytännönläheistä ja loogista. Koska työmme tutkimusosuus perustui valmiisiin strukturoituihin kyselylomakkeisiin, ei meillä ollut mahdollisuutta vaikuttaa lomakkeen sisältöön. Itse olisimme lisänneet taustatietoja kartoittavat kysymykset myös loppukartoitus-lomakkeeseen, jotta olisimme saaneet yksityiskohtaisempaa tietoa eri ryhmien terveysosaamisen kehittämisestä.

Tulevassa ammatissamme sairaanhoitajana tarvitsemme monipuolista tietoa ja taitoa eriikäisten ihmisten terveydestä, terveystottumuksista, sairauksien ehkäisystä ja hoidosta. Päihdehoitotyössä tarvitsemme ammattitaitoa ehkäistä, tunnistaa ja hoitaa erilaisia päihdeongelmia. Meillä täytyy olla myös taito kohdata ihmiset sensitiivisellä tavalla, ymmärtää muuttuvia tilanteita sekä osata ohjata ja neuvoa asiakkaita ja heidän läheisiään. Tulevina hoitotyön ammattilaisina velvollisuutenamme on päivittää tietoja ja tutustua alan uusimpiin tutkimuksiin ja niiden soveltamiseen käytännössä. Opinnäytetyöprosessin rinnalla olemme suorittaneet mielenterveys- päihde- ja kriisityön opintoja, joiden avulla olemme saaneet paljon uutta ja ajankohtaista teoria- ja tutkimustietoa. Näin olemme saaneet käytännön tasolla havaita, miten uuden tiedon omaksuminen auttaa pohtimaan omaa ammatti-identiteettiä, motivaatiota ja käyttäytymistä.

Lähteet

- Aaltonen, M., Ojanen T., Vihunen, R. & Vilen, M. 2003. Nuoren aika. Porvoo: WSOY.
- Dahl, P. & Hirschovits, T. 2002. Tästä on kyse - tietoa päihteistä. 4. uudistettu painos. Helsinki: Hakapaino.
- European Network of Health Promoting Schools. 1997. The health promotion school - an investment in education, health and democracy: conference case study book, Thessaloniki-Halkidiki 1-5 May. Copenhagen: WHO.
- Fisher, Wa. & Fisher, JD. 2002. The information-motivation-behavioral skills model. Teoksessa DiClemente, RJ. Richard A. Crosby, RA. & Michelle C. Kegler, MC. (toim.) Emerging theories in health promotion practice and research. Strategies for improving public health. San Francisco: Jossey-Bass, 40-70.
- Fisher, WA. Fisher, JD. & Harman, J. 2003. The Information-Motivation-Behavioral Skills Model: A general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. Teoksessa Suls, J. & Wallston, KA. (toim.) Social psychological foundations of health and illness. 1th ed. Cornwall: Blackwell Publishing Ltd, 82-106.
- Fogelholm, M. Huuhka, H. Reinikkala, P. & Sundman, T. 2009. Terveystieteet. Helsinki: WSOYpro.
- France, A. 2004. Young people. Teoksessa Fraser, S. Lewis, V. Ding, S. Kellett, M. & Robinson, C. (toim.) Doing Research with Children and Young People. London: Sage Publications, 175-190.
- Graham, G. 2000. Youth health promotion in the community. Teoksessa Kerr, J. (toim.) Community Health Promotion. Challenges for Practice. London: Baillière Tindall, 125-154.
- Hakulinen, T. Pietilä, A-M. & Kurkko, H. 2002. Terveystieteiden edistämisen vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa Pietilä, A-M. Hakulinen, T. Hirvonen, E. Koponen, P. Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) Terveystieteiden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 282-300.
- Havio, M. Inkinen, M. & Partanen, A. 2009. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hoikkala, T. & Hakkarainen, P. 2005. Nuorisokulttuurit terveyden lukutaitona. Teoksessa Javanainen, M. (toim.) Timantit terveyden edistämisen tutkimusohjelmasta. Tampere: Juvenes Print, 127-131.
- Jakonen, S. Tossavainen, K. & Vertio, H. 2005. Lasten ja nuorten terveydenlukutaidon oppiminen - haaste terveysneuvonnalle ja -opetukselle. Suomen lääkärilehti, 60, (27-29), 2891-2896.
- Jaworski, BC. & Carey, MP. 2001. Effects of a Brief, Theory-Based STD-prevention Program for Female College Students. Journal of Adolescent Health, 29 (6), 417-425.
- Kannas, L. Eskola, K. Välimaa, P. & Mustajoki, P. 2010. Virtaa. Nuoret, terveys ja arkielämä. Keuruu: Otava.
- Kempainen, P. 1997. Nuori minänsä vankina. Vantaa: Kannustusvalmennus.
- Kiianmaa, K. Hyytiä, P. & Partonen, T. 2007. Aivot ja alkoholi. Kansanterveyslaitos. Helsinki: Lönnberg Print.

- Kiiskinen, U. Vehko, T. Matikainen, K. Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki: STM.
- Kylmänen, P. 2004. Kun kaikki muutkin. Nuorten ehkäisevä päihdetyö. Helsinki: Tammi.
- Kääriäinen, M. Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö 3 (3), 27-31.
- Lappalainen-Lehto, R. Romu, M-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet - ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY.
- Leskinen, L. & Koskinen-Ollonqvist, P. Terveyden lukutaito ja sen kehittäminen. Passiivisesta tiedon vastaanottajasta aktiiviseksi toimijaksi. Promo 15. 4-5/2000, 22-25.
- Luopa, P. Lommi, A. Kinnunen, T. & Jokela, J. 2010. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000-2009. Raportti 10/2010. Helsinki: THL.
- Naidoo, J. & Wills, J. 2000. Health Promotion. Foundations for Practice. 2. edition. London: Baillière Tindall.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY-Kirjapainoyksikkö.
- Peltonen, H. & Kannas, L. 2006. Terveystieto-oppiaineen pedagogisia lähtökohtia. Terveystieto tutuksi -ensiapua terveystiedon opettamiseen. Opetushallitus. 2. painos. Helsinki: Haka-paino, 9-36.
- Puuronen, A. (toim). 2006. Mitä on terveys - tietoa, taitoa vai tajua? Terveystaju. Nuoret, politiikka ja käytäntö. Nuorisotutkimusverkosto. Tampere: Nuorisotutkimusseura.
- Pylkkänen, S. Viitanen, R. & Vuohelainen, E. 2009. Mitä on nuorisoalan ehkäisevä päihdetyö? Laadukkaan päihdekasvatuksen tukimateriaali. Humanistinen ammattikorkeakoulu sarja C. Oppimateriaaleja.
- Pyykkö, M. Terveyden edistäminen ja elintapoihin vaikuttaminen - kuka, mitä ja miten?. Puheenvuoro. Kuntoutus 2/2008, 26-28.
- Rahkonen, O. 1994. Terveydentila ja terveyskäyttäytyminen. Jyväskylä: Gummerus.
- Rainio, S. Pere, L. Lindfors, P. Lavikainen, H. Saarni, L. & Rimpelä, A. Nuorten terveystapatutkimus 2009. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2009. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:47. Helsinki: STM.
- Rasi, I. Lepola, E. Muhli, A. & Kannianen, A. 2006. SPSS 14.0 for Windows. Perusteet. Oulu: Oulun yliopistopaino.
- Rosblom, O. Ruuskanen, U. Laine, T. & Vertio, H. 1994. Nuorten hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Salaspuro, M. Kiiänmaa, K. & Seppä, K. 2003. Päihdelääketiede. Jyväskylä: Gummerus.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Shone, A. & Parry, B. 2010. Successful event management a practical handbook. Second edition. Lontoo: Thomson.
- Singh, S. 2003. Study of the effect of information, motivation and behavioural skills (IMB) intervention in changing AIDS risk behavior in female university students. AIDS care 1/2003, vol 15, 71-76.
- Soininen, M. 1997. Kasvatustieteellisen evaluaation perusteet. 3. uud. Painos. Turku: Turun yliopisto.

Vallo, H. & Häyrinen, E. 2003. Tapahtuma on tilaisuus: opas onnistuneen tapahtuman järjestämiseen. Helsinki: Tietosanoma.

Vallo, H. & Häyrinen, E. 2008. Tapahtuma on tilaisuus. Tapahtumamarkkinointi ja tapahtuman järjestäminen. 2.uud.p. Helsinki: Tietosanoma.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. 28.5.2009/380.

Vertio, H. 1993. Terveyden edistäminen. Hämeenlinna: Karisto.

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

https://mail.laurea.fi/owa/?ae=Item&a=Open&t=IPM.Note&id=RgAAAADw6Xkpl%2bXHQ6vgi0jG5BcRBwBAeJjwWB4sS4o0cpq6uk3uAAAZ6NDsAAAr6bVYhw5uRLZ7D56JrTHFAAAVil2wAAAJ&pspid=_1323687994300_257236245Internet-lähteet

Canadian Guidelines for Sexual Health Education. 2003. Her Majesty the Queen in Right of Canada, represented by the Minister of Public Works and Government Services Canada. 2003; 32-37. [PDF-dokumentti].

<<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cgshe-ldnemss/index-eng.php>>. (Luettu 26.11.2010).

Fisher, WA. & Fisher, JD. 1998. Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior. Theory and method. Annual Review of Sex Research 9, 39-76. [WWW-dokumentti].

<<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=13&sid=03cf96f4-8e11-463e-aa3a-0944905c84c3%40sessionmgr12&bdata=JnNpdGU9ZWZwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=afh&AN=1824287>>. (Luettu 1.12.2010).

Kokko, S. 2007. Terveiden edistämisen määrärahalta vuonna 2006 rahoitettujen hankkeiden arviointiraportti. [PDF-dokumentti].

<<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/tervedi/index.htx.i760.pdf>>. (Luettu 14.4.2011).

Koskinen-Ollonqvist, P. Peltto-Huikko, A. & Rouvinen-Wilenius, P. 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveiden edistämisen keskus. [PDF-dokumentti].

<<http://www.health.fi/timage.php?i=100269&f=1&name=N%E4k%F6kulmia+vaikuttavuusarviointiin.pdf>>. (Luettu 24.2.2011).

Käypä hoito. 2010. Vastuun raja. [WWW-dokumentti].

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/vastuunrajaus>>. (Luettu 22.4.2011).

Käypä hoito. 2010. Alkoholiongelmaisen hoito. Suomalaisen lääkäriseura Duodecim ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. [PDF-dokumentti].

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>>. (Luettu 25.2.2011).

Käypä hoito. 2006. Huumeongelmaisen hoito. [WWW-dokumentti].

<<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50041?hakusana=huumeet>>. (Luettu 25.3.2011).

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. [WWW-dokumentti].

<http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu-mutta_epaselva_ka/>. (Luettu 30.11.2010).

Metso, L. Ahlström, S. Huhtanen, P. Leppänen, M. & Pietilä, E. 2009. Nuorten päihteiden käyttö Suomessa 1995-2007. ESPAD-tutkimusten tulokset. Raportti 6/2009. Helsinki: THL. [PDF-dokumentti].

<http://www.espad.org/sa/node.asp?node=637&id=179&sa_content_url=%2Fplugins%2Fliterature%2Fview.asp>. (Luettu 2.4.2011).

Opiskelupaikka. 2010. Ammattioppilaitos. [WWW-dokumentti].

<<http://www.opiskelupaikka.fi/Koulutus/Ammattioppilaitos>>. (Luettu 13.4.2011).

Patja, K. Iivonen, K. & Aatela, E. 2009. Motivaation etsiminen ja asennemuutos. [WWW-dokumentti].

<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=pet00011>. (Luettu 26.11.2010).

Päihdetyö. 2010. Nuorten alkoholikäyttö. [WWW-dokumentti].

<http://neuvoa-antavat.stakes.fi/FI/kehittaminen/tyovalineet/nuoret_1.htm>. (Luettu 12.11.2010).

Rautalahti, M. 2010. Nuuskan terveyshaitat. [WWW-dokumentti].

<http://www.cancer.fi/syovanehkaisy/tupakka/nuuskahaitat/>>. (Luettu 26.11.2010).

- Rimpelä, A. 2005. Nuorten terveys. Suomalaisten terveys. Terveyskirjasto. [WWW-dokumentti].
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00046#s3>. (Luettu 11.4.2011).
- Rimpilä-Vanninen, P. 2010. NOPS-hanke 2010-2012. Nuoren työ- ja toimintakyvyn edistäminen ammattiopistoissa. Hankesuunnitelma 10.6.2010. [WWW-dokumentti].
<http://nops.laurea.fi/hankkeen_asiakirjat.html>. (Luettu 5.11.2010).
- Salovaara, H. 2004. Oppisen teoriasta tukea tieto- ja viestintätekniikan pedagogiseen käyttöön. Motivaatio oppimisessa. [WWW-dokumentti].
<http://tievie.oulu.fi/verkkopedagogiikka/luku_4/motivaatio.htm>. (Luettu 25.3.2011).
- STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Julkaisuja 2001:4. [PDF-dokumentti].
<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys15.htm>>. (Luettu 14.11.2010).
- Szilvay, I. 2010. Spice-tuotteet. Päihdelinkki. [WWW-dokumentti].
<<http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/326-spice-tuotteet>>. (Luettu 23.3.2011).
- THL. 2009. Huumeet. [WWW-dokumentti].
<http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/huumeet/>. (Luettu 12.11.2010).
- Tilastokeskus. 2010a. Tupakkatilasto 2009. [PDF-dokumentti].
<http://www.stat.fi/til/tup/2009/tup_2009_2010-12-22_sv.pdf>. (Luettu 12.4.2011).
- Tilastokeskus. 2010b. Ammatillinen koulutus. [WWW-dokumentti].
<<http://www.stat.fi/til/aop/index.html>>. (Luettu 14.4.2011).
- Tilastokeskus. 2010c. Lukiokoulutus. [WWW-dokumentti].
<<http://www.stat.fi/til/lop/index.html>>. (Luettu 14.4.2011).
- Tutkimusetiikkaa ja lakipykälää. 2010. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. [WWW-dokumentti].
<http://www.fsd.uta.fi/laki_ja_etiikka/etiikka_lait.html>. (Luettu 25.3.2011).
- Valtioneuvosto. 2007. Terveysten edistäminen. Hallituksen politiikkaohjelma. [PDF-dokumentti].
<<http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/fi.jsp>>. (Luettu 14.11.2010).
- Virtuaali ammattikorkeakoulu. 2011. Tutkimuksen reliabiliteetti. [WWW-dokumentti].
<<http://www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464185783/1194413792643/1194415307356.html>>. (Luettu 25.3.2011).

Kuviot

Kuvio 1 NOPS-hankkeen tutkimus- ja kehittämisasetelma	5
Kuvio 2 Terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat tekijät	18
Kuvio 3 Terveystapahtuma ammattiopiston nuoren terveysosaamisen edistäjänä	26
Kuvio 4 Tutkimuksen tiedonhankinnan prosessi	27

Taulukot

Taulukko 1. Ammattiopiston opiskelijoiden taustatiedot.....	31
Taulukko 2. Alkoholin käyttöä ja sen vaikutuksia koskevien väittämien tulokset.	32
Taulukko 3. Tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutuksia koskevien väittämien tulokset.	34
Taulukko 4. Huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutuksia koskevien väittämien tulokset.	35
Taulukko 5. Terveystä huolehtimisen taitoja koskevien väittämien tulokset.	37
Taulukko 6. Terveystä huolehtimisen motivaatiota koskevien väittämien tulokset.	38
Taulukko 7. Tapahtumassa käsitellyjä asioita koskevien väittämien tulokset.	39
Taulukko 8. Ohjausmenetelmiä koskevien väittämien tulokset.	40
Taulukko 9. Käytännön järjestelyjä koskevien väittämien tulokset.	41

Liitteet

Liite 1 Ammattiopiston nuorten terveystiedot-kyselylomakkeen saate	58
Liite 2 Terveystiedot-kysely/Alkukartoitus/Päihteet.....	59
Liite 3 Terveystiedot-kysely/Loppukartoitus/Päihteet.....	61
Liite 4 Tutkimuslupa-anomus	63
Liite 5 Aineistonkeruun ohjeistus Laurean opiskelijoille.....	65

Ammattiopiston nuoren terveystapahtumien -kyselylomakkeen saate

AMMATTIOPISTON OPISKELIJAN TERVEYSOSAAMINEN -kysely

Hei,

Terveystapahtumien -kyselyssä kerätään tietoja terveystapahtumien vaikutuksista terveystapahtumien toteutuksesta ja tapahtumien käytännön toteutuksesta. Kysely tehdään jokaisen terveystapahtuman yhteydessä syksyllä 2010 ja keväällä 2011. Kyselyyn vastataan ennen terveystapahtumia ja niiden jälkeen. Tuloksia käytetään nuorten terveyden edistämisen menetelmien kehittämiseen ja terveyden edistämisen toimintamallin luomiseen ammattiopistoihin.

Kysely on nimetön ja luottamuksellinen. Ketään yksittäistä opiskelijaa ei tulla tunnistamaan missään tutkimuksen vaiheessa. Tulokset valmistuvat vuoden 2011 loppuun mennessä.

Mikäli sinua askarruttaa jokin kyselyyn liittyvä asia, keskustele asiasta kyselyn tiedonhankinnan toteuttavien Laurea ammattikorkeakoulu opiskelijoiden kanssa tai ota yhteys NOPS -hankkeen projektipäällikköön.

Ystävällisin terveisin

Pirkko Rimpilä-Vanninen

Projektipäällikkö

Terveystiedot -kysely / Alkukartoitus/Päihteet

Tällä kyselyllä arvioit terveystietojasi ennen terveystapahtumaa.

Vastaa jokaiseen kysymykseen ohjeiden mukaan.

Taustatiedot

Vastaa seuraaviin kysymyksiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto.

1. Minkä ikäinen olet tällä hetkellä ?

- 1 15 -vuotta
- 2 16- vuotta
- 3 17 -vuotta
- 4 18- vuotta
- 5 19 - vuotta tai yli

2. Sukupuoli

- 1 mies
- 2 nainen

3. Opiskelupaikka

- 1 KEUDA Keskiuudenmaan koulutusyhtymä Oy
- 2 HYRIA Koulutus Oy

4. Perustutkinto

- 1 Autoalan perustutkinto
- 2 Hotelli- , ravintola- ja catering alan perustutkinto
- 3 Puualan perustutkinto
- 4 Tekstiili- ja vaatetusalan perustutkinto
- 5 Audiovisuaalisen viestinnän perustutkinto
- 6 Puutarhatalouden perustutkinto
- 7 Muu, mikä ? _____

5. Minä vuonna olet aloittanut opintosi ? Kirjoita vuosiluku. _____

6. Terveystapahtuma tapahtui

- 1 Oman luokan opiskelijoiden kanssa
- 2 2-3 alan (esim. media-ala+autoala) opiskelijoiden kanssa
- 3 Kaikkien opiston opiskelijoiden kanssa
- 4 Asuntolassa

7. Terveystapahtuman aihe oli

- 1 Liikunta
- 2 Päihteet (alkoholi, tupakka, nuuska, huumeet)
- 3 Uni ja mieli
- 4 Ravitsemus

Päihteet / Seuraavat kysymykset koskevat päihteitä

Arvioi rastittamalla väittämien oikeellisuutta asteikolla väittäjä on oikein / väittäjä on väärin. Jos asia on sinulle tuntematon, valitse vaihtoehto ”en tiedä”.

A8. Seuraavat väittämät koskevat alkoholin käytön vaikutuksia.

Alkoholin käyttö ja sen vaikutuksia	1 = oikein	2= väärin	3= en tiedä
a. Nuorilla toistuva humalajuominen ja siihen liittyvät krapulat ovat kaikkein haitallisimpia terveydelle	1	2	3
b. Nuoren säännöllinen humalaan juominen heikentää muistia ja vaikeuttaa oppimista	1	2	3
c. Kaksi tuopillista olutta päivässä tuottaa 1½-2 kg ylipainoa kuukaudessa	1	2	3
d. Alkoholin aiheuttamat aivomuutokset nuorilla ovat pysyviä	1	2	3
e. Sama määrä alkoholia nostaa yhtä paljon samanpainoisen naisen ja miehen veren alkoholipitoisuutta	1	2	3

TN9. Seuraavat väittämät koskevat tupakoinnin ja nuuskaamiseen vaikutuksia.

Tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutukset	1 = oikein	2= väärin	3= en tiedä
a. Kevytsavukkeet ovat terveydelle vähemmän vaarallisia kuin muut savukkeet	1	2	3
b. Tupakointi aiheuttaa luuston haurastumista	1	2	3
c. Nuuskaaminen parantaa fyysistä suorituskykyä	1	2	3
d. Nuorena aloitettu pysyvä tupakointi lyhentää elämään keskimäärin 20 vuotta	1	2	3
e. Savukkeiden ja muiden tupakkatuotteiden terva aiheuttaa riippuvuutta	1	2	3
f. Nikotiiniriippuvuus kehittyy hitaasti	1	2	3

H10. Seuraavat väittämät käsittelevät huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutuksia.

Huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutukset	1 = oikein	2= väärin	3= en tiedä
a. Kannabis heikentää oppimiskykyä	1	2	3
b. Kannabis lisää suun, nielun ja ruokatorven alueen syöpäriskiä	1	2	3
c. Amfetamiini vähentää jännitys- ja pelkotiloja	1	2	3
d. Kokaiini aiheuttaa nukkumisvaikeuksia	1	2	3
e. Stimulantit (esim. ekstaasi) eivät aiheuta oppimisen ja muistin huononemista	1	2	3
f. Opiaatit (esim. heroini, morfiini) aiheuttavat verisuonten ja sydämen tulehduksia	1	2	3

Terveysosaaminen -kysely/loppukartoitus/Päihteet

Tällä kyselyllä arvioit terveysosaamistasi ja terveystapahtuman käytännön toteutusta heti tapahtuman jälkeen.

Vastaa jokaiseen kysymykseen ohjeiden mukaan.

Terveysosaaminen

Seuraavat kysymykset koskevat tietojasi terveydestä sekä taitojasi ja motivaatiosi huolehtia itsestäsi.

Päihteet

Arvioi rastittamalla väittämien oikeellisuutta asteikolla väittämä on oikein / väittämä on väärin. Jos asia on sinulle tuntematon, valitse vaihtoehto ”en tiedä”.

A8. Seuraavat väittämät koskevat alkoholin käytön vaikutuksia.

Alkoholin käyttö ja sen vaikutuksia	1 = oikein	2= väärin	3= en tiedä
a. Nuorilla toistuva humalajuominen ja siihen liittyvät krapulat ovat kaikkien haitallisimpia terveydelle	1	2	3
b. Nuoren säännöllinen humalaan juominen heikentää muistia ja vaikeuttaa oppimista	1	2	3
c. Kaksi tuopillista olutta päivässä tuottaa 1½-2 kg ylipainoa kuukaudessa	1	2	3
d. Alkoholin aiheuttamat aivomuutokset nuorilla ovat pysyviä	1	2	3
e. Sama määrä alkoholia nostaa yhtä paljon samanpainoisen naisen ja miehen veren alkoholipitoisuutta	1	2	3

TN9. Seuraavat väittämät koskevat tupakoinnin ja nuuskaamiseen vaikutuksia.

Tupakoinnin ja nuuskaamisen vaikutukset	1 = oikein	2= väärin	3= en tiedä
a. Kevytsavukkeet ovat terveydelle vähemmän vaarallisia kuin muut savukkeet	1	2	3
b. Tupakointi aiheuttaa luuston haurastumista	1	2	3
c. Nuuskaaminen parantaa fyysistä suorituskykyä	1	2	3
d. Nuorena aloitettu pysyvä tupakointi lyhentää elämään keskimäärin 20 vuotta	1	2	3
e. Savukkeiden ja muiden tupakkatuotteiden terva aiheuttaa riippuvuutta	1	2	3
f. Nikotiiniriippuvuus kehittyy hitaasti	1	2	3

H10. Seuraavat väittämät käsittelevät huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutuksia.

Huumeiden pitkäaikaiskäytön vaikutukset	1 = oikein	2= väärin	3= en tiedä
a. Kannabis heikentää oppimiskykyä	1	2	3
b. Kannabis lisää suun, nielun ja ruokatorven alueen syöpäriskiä	1	2	3
c. Amfetamiini vähentää jännitys- ja pelkotiloja	1	2	3
d. Kokaiini aiheuttaa nukkumisvaikeuksia	1	2	3
e. Stimulantit (esim. ekstaasi) eivät aiheuta oppimisen ja muistin huononemista	1	2	3
f. Opiaatit (esim. heroiini, morfiini) aiheuttavat verisuonten ja sydämen tulehduksia	1	2	3

Terveystaidot ja motivaatio

Seuraavat väittämät käsittelevät tämän hetkisiä taitojasi ja motivaatiota hoitaa terveyttäsi . Vastaa kysymyksiin rastittamalla sopivin vaihtoehto. Vaihtoehdot ovat

- 1 Täysin samaa mieltä
- 2 Melko samaa mieltä
- 3 Melko eri mieltä
- 4 Täysin eri mieltä
- 5 En osaa sanoa

11. Seuraavat väittämät koskevat taitojasi huolehtia terveydestäsi.

Terveydestä huolehtimisen taidot	1	2	3	4	5
a. Terveystapahtuma lisäsi taitojani huolehtia terveydestäni.					
b. Terveystapahtuma sai minut pohtimaan omia terveystottumuksiani.					
c. Osaisin soveltaa terveystapahtuman asiasisältöä arkipäivän tilanteissa.					
d. Pystyisin ratkaisemaan erilaisia terveysvalintoihin liittyviä tilanteita (esim. vähentää energiajuoman käyttöä) tapahtuman avulla.					

12. Seuraavat väittämät koskevat motivaatiotasi huolehtia terveydestäsi.

Motivaatio huolehtia terveydestä	1	2	3	4	5
a. Tapahtuman aiheet kiinnostavat minua.					
b. Tapahtumassa käsitellyt asiat ovat tärkeitä terveyteni edistämiseksi.					
c. Suhtaudun myönteisesti tapahtuman aiheeseen.					
d. Haluaisin muuttaa tapahtumaan liittyviä terveystottumuksiani parempaan suuntaan.					

Terveystapahtuman käytännön toteutus

Seuraavat väittämät koskevat terveystapahtuman käytännön toteutusta . Vastaa väittämiin rastittamalla sopivin vaihtoehto. Vaihtoehdot ovat:

1 Täysin samaa mieltä

2 Melko samaa mieltä

3 Melko eri mieltä

4 Täysin eri mieltä

5 En osaa sanoa

13. Seuraavat väittämät koskevat terveystapahtumassa käsiteltyjä asioita.

Tapahtumassa käsitellyt asiat olivat	1	2	3	4	5
a. ymmärrettäviä					
b. ajantasaisia					
c. oikeita					
d. helposti omaksuttavia					
e. vaikeita					
f. hyödyllisiä					
g. esitetty nuoren näkökulmasta käsin					

14. Seuraavassa on väittämiä, jotka koskevat ohjaajien taitoa ohjata.

Ohjausmenetelmät	1	2	3	4	5
a. Terveystapahtuma innosti minua huolehtimaan terveydestäni.					
b. Terveystapahtuma oli järjestetty kiinnostavalla tavalla.					
c. Sain uusia ajatuksia oman terveyteni edistämiseen.					
d. Sain osallistua riittäväällä tavalla.					
e. Ohjaajat olivat uskottavia.					
f. Ohjaajien toiminta oli uudenlaista verrattuna aikaisemmin kokemaani.					
g. Ohjaajat osasivat opettaa.					
h. Terveystapahtumassa saamani materiaali oli käyttökelpoista.					

15. Seuraavat väittämät koskevat terveystapahtuman järjestelyjä.

Terveystapahtuma	1	2	3	4	5
a. oli liian lyhyt					
b. oli liian pitkä					
c. oli selkeä kokonaisuus					
d. oli riittävän toiminnallinen					
e. oli liian teoreettinen					

Tutkimuslupa -anomus

Hei,

Syksyllä 2010 Hyvinkään Laurea ammattikorkeakoulun sairaan- ja terveydenhoitaja-opiskelijat ohjaavine lehtoreineen järjestävät NOPS -hankkeessa mukana oleville opiskelijoille neljä terveystapahtumaa jokaisessa Hyrian ja Keudan ammattiopistossa. Tapahtumien aiheet ovat: päihteet, liikunta, ravitsemus ja uni.

Tapahtumien yhteydessä ammattiopiston opiskelijat (N=160/yksi tapahtuma)vastaavat kyselyyn.

Kyselyn tavoitteena on kartoittaa, miten terveystapahtumat vaikuttavat nuoren terveysosaamiseen (mm. terveyden edistämiseen liittyvät tiedot, taidot ja asenteet) sekä miten toimivia terveystapahtumat ovat nuoren näkökulmasta. Tutkimusten tuloksia käytetään mm. terveysaiheisten oppisisältöjen kehittämiseen osaksi opetussuunnitelmaa. Kyselyn toteuttaja on Laurea ammattikorkeakoulu.

Tutkimustulokset ovat ehdottoman luottamuksellisia. Kyselyihin vastataan nimettömänä. Tulokset raportoidaan kokonaistuloksina, ei yksittäisen opiskelijan vastauksina. Raportointi tapahtuu siten, että ketään vastaajaa ei voida tunnistaa. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista, mutta toivomme kovasti jokaisen opiskelijan vastaavan kyselyyn. Se on tärkeää opiskelijan terveyttä edistävän toiminnan kehittämiseksi ammattiopistoissa.

Koska osa kyselyyn vastaavista opiskelijoista on alle 18-vuotiaita, tarvitsemme teidän huoltajien lupaa lapsenne kyselyyn osallistumiseen. Seuraavalla sivulla on suostumuslomake, joka tulisi palauttaa luokan ohjaavalle opettajalle __.__. 2010 mennessä.

Mikäli teillä on asiaan liittyviä kysymyksiä, ajatuksia tai toiveita, älkää epäröikö ottaa yhteyttä NOPS -hankkeen projektipäällikköön.

Hyvinkäällä 20.8.2010

Ystävällisin terveisin

Pirkko Rimpilä-Vanninen

Projektipäällikkö, lehtori, THM

Laurea ammattikorkeakoulu

Uudenmaankatu 22

05800 Hyvinkää

p.09 8868 7722

sposti pirkko. rimpila-vanninen@laurea.fi

Suostumus ” Ammattiopiston nuoren terveystapahtumien ” -kyselyihin osallistumiseen.

Lapseni _____ saa/ei saa osallistua NOPS -hankkeen ” Ammattiopiston opiskelijan terveystapahtumien ” -kyselyihin terveystapahtumien yhteydessä.

____. ____ 2010

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Ohjeet ”Ammattiopiston opiskelijan terveysosaaminen ”- tutkimuksen aineistonkeruun toteuttamiseen.

1. Heti tunnin alussa kerro lyhyesti se, mihin kysely liittyy ja miten se toteutuu.

Kerro:”Ammattiopiston opiskelijan terveysosaaminen” -kyselyssä kerätään tietoja terveystapahtumien vaikutuksista terveysosaamiseen ja tapahtumien käytännön toteutuksista. Kysely tehdään jokaisen terveystapahtuman yhteydessä syksyllä 2010. Tuloksia käytetään nuorten terveyden edistämisen menetelmien kehittämiseen ja terveyden edistämisen toimintamallin luomiseen ammattiopistoihin. Kysely on nimetön ja luottamuksellinen. Ketään yksittäistä opiskelijaa ei tulla tunnistamaan missään tutkimuksen vaiheessa. Tulokset valmistuvat vuoden 2011 loppuun mennessä. Kyselyyn kunnolla vastaaminen on tärkeää terveyttä edistävän toiminnan kehittämiseksi. Tässä terveystapahtumassa vastaatte kahteen kyselyyn: tunnin alussa alkukartoitukseen ja tunnin lopussa loppukartoitukseen. Aloitetaan alkukartoituslomakkeeseen vastaamisella.”

2. Jakakaa alkukartoituslomakkeet jokaiselle opiskelijalle (usea jakaja, niin kysely nopeutuu).Jakakaa myös vastauskyniä niille, joilla kyniä ei ole. Laskekaa, kuinka monta kyselylomaketta jaoitte. Kirjatkaa palautuskuoreen. Kun lomakkeet on kaikilla, ohjeista

Kerro: ”Kyselyssä kysytään taustatietojanne ja terveystietokysymyksiä. Vastataan koko kyselylomakkeeseen. Palauttakaa lomake, kun olette vastanneet. Kyselyyn vastaaminen kestää noin vajaa 5 minuuttia. Mikäli teillä on kyselyyn liittyviä pulmia, pyytäkää apua.”

Ohjeita aineistonkerääjille: Kaikki lomakkeet, vastaamattomatkin palautetaan ehdottomasti. Jos tulee tilanne, että joku ei halua vastata, niin pyytäkää vastaamaan ehdottomasti taustatietokysymyksiin. Näin varmistetaan se, että saamme oikean tiedon kyselyyn vastanneiden määrästä (on tutkimuksen luotettavuuteen liittyvä asia). Kerää kaikki jaetut kyselylomakkeet, myös vastaamattomat. Laita ne omaksi kokonaisuudeksi alkukartoituksen palautuskuoreen.

3. Tapahtuman lopussa ohjeista loppukartoituskysely. Jakakaa myös vastauskyniä niille, joilla kyniä ei ole. Laskekaa, kuinka monta kyselylomaketta jaoitte. Kirjatkaa palautuskuoreen. Kun lomakkeet on kaikilla, ohjeista

Kerro:”Kyselyssä on uudestaan samoja terveystietokysymyksiä kuin alkukartoituksessa. Vastatkaa niihin uudestaan, uudelleen vastaaminen on ehdottoman tärkeää. Näin saamme tietoa tämän tapahtuman vaikutuksista teidän terveystietoihinne. Kyselylomakkeessa on myös kysymyksiä, jotka koskevat taitoja ja motivaatiota hoitaa itseänne sekä tämän terveystapahtuman käytännön toteutusta. Vastatkaa myös niihin. Muistakaa vastata jokaiseen kysymykseen. Jokainen palauttaa kyselylomakkeen. Kyselyyn vastaaminen kestää reilu 5 minuuttia. Mikäli teillä on kyselyyn liittyviä pulmia, kysykää apua.”

Ohjeita aineistonkerääjille: Kaikki lomakkeet, vastaamattomatkin palautetaan ehdottomasti. Jos tulee tilanne, että opiskelijat eivät jaksaa vastata tai ”hutiloivat”, kannustakaa myönteisesti vastaamaan kunnolla. Kerää kaikki jaetut loppukartoituslomakkeet. Laita lomakkeet omaksi kokonaisuudeksi loppukartoituksen palautuskuoreen.