

KANSAN TERVEYS



KANSANTERVEYSLAITOKSEN TIEDOTUSLEHTI • FOLKHÄLSOINSTITUTETS INFORMATIONSTIDNING

TOUKOKUU 5/2000 MAJ

KTL 5/2000

TEEMA:
NUORTEN TERVEYS

■ **Tunkeutukaamme nuorten maailmaan**

Sivu 1

■ **Terveen itsetunnon ja elämänhallinnan edistäminen peruskoulussa -projekti**

Sivu 2

■ **"Meillä on unelma" -tukioppilaat kiusaamista vähentämässä**

Sivu 2

■ **Vieraskynä: Se tärkeä aikuinen**

Sivu 3

■ **WHO:n koululaistutkimus kartoitti nuorten elintapoja**

Sivu 3

■ **Peruskoulu ei anna kaikille riittäviä tietoja nuorten seksuaaliterveyden perustaksi**

Sivu 9

■ **Terveystietoa kouluihin**

Sivu 9

■ **Euroopan terveet koulut -ohjelma Suomessa**

Sivu 10

■ **Tupakoinnin ja huumeiden käytön ehkäisyyn ohjelma**

Sivu 11

■ **Yläasteelta aikuisuuteen - muutokset tupakoinnissa**

Sivu 11

■ **Terveys 2000 - kansallinen tutkimus väestön terveydestä ja toimintakyvyistä alkaa**

Sivu 12

TARTUNTATAUTITILANNE
SUOMESSA SS. 5-8

• **Tartuntatautitilanne Suomessa**

• **Vakavia rokotteiden haittavaikutuksia vähän 1999**

TUNKEUTUKAAMME NUORTEN MAAILMAAN

Ikäsegregaatiosta puhuttaessa ajatellaan ydinperheen ja isovanhempien erillään asumista mutta valitettavasti näyttää siltä, että jo ydinperheen sisällä vanhemmat usein jättävät niin paljon tilaa omille nuorilleen, että heidän elämänsä kohtaavat vain lyhyitä aikoja kodin seinien sisällä. Nuorten elämä, olkoon se sitten koulussa tai vapaa-ajalla, on jätetty heidän omalle vastuulleen. Luonnollisesti nuorilla on suuri tarve irtautua vanhemmistaan ja kokeilla omaa itsenäisempää elämää, mutta ymmärretäänkö nuorten tarpeet väärin, kun heidän maailmansa jätetään niin paljon ilman aikuisia?

Nuoret luovat keskenään, ehkä tavatessaan kadulla, oman maailman johon aikuiset eivät tänään edes uskalla mennä. Heillä on omat sääntönsä tai omat puuttuvat säännöt. Varttuneemmat tai voimakkaammat "kasvattavat" nuorempia. Pärjääminen ja onnistuminen voivat merkitä aivan muuta, kuin mitä aikuiset toivoisivat. Nuorille, joilla koulussa tai kotona on vaikeaa, kadun maailma tarjoaa mahdollisuudet päteä toisten sääntöjen puitteissa ja ainakin nuorempiin nähden.

Kadut olisi vallattava takaisin kaikille ikäryhmille, myös iltaisin. Tukholmassa ja joillakin paikkakunnilla täällä kotimaassakin on hyvällä menestyksellä kokeiltu vanhempainryhmien liikkumista juuri niillä paikoilla, joissa nuoret hengailevat. Erityisesti isien läsnäolo (Ruotsissa: Pappa på stan) on saanut hyvän vastaanoton nuortenkin parissa. Liian monella aikuisten ja ehkä erityisesti isien puute on tuntuva.

Nuoruus ja aikuistuminen, varsinkin murrosiässä, merkitsee aikuisuuden kokeilemistä ja matkimista. Varsinkin kielletyt alueet on vallattava. Alkoholi ja tupakka ovat klassisia kokeilukohteita jo suhteellisen varhain murrosikäisillä. Tytöt kirivät hyvällä vauhdilla kiinni poikien etumatkan tälläkin alueella, valitettavasti. Alkoholin rinnalle ovat kasvamassa huumeiden kokeilut. Tänään ei voi enää puhua poikkeustapauksista, kun puolet 14-vuotiaista tuntee jonkun huumeita kokeilleen. Aikuisten valistavat varoitukset kilpailevat nuorten omien kokemusten kanssa, heidän omassa maailmassaan.

Tuskin näistä nuorten kokeiluista voidaan kokonaan päästä, niin tavalliseksi varsinkin tupakka ja viina ovat tulleet. Nuorten tapa kokeilla ja käyttää alkoholia voi tuskin kovinkaan paljon poiketa aikuisten tavasta käyttää alkoholia. Niin kauan kuin humalahakuista juomista pidetään erityisen suomalaisena tapana ja humalakokemuksista hieman pröystäillen kerrotaan (ja jos jotain ikävää humalapäissään on tehnyt, niin sen ainakin helpommin saa anteeksi), niin kauan myös nuorten alkoholikokeilut ovat tämän aikuismallin matkimista.

Jokaisella lapsella ja aikuisella on tarve onnistua ja kokea menestystä. Erityisen tärkeää on, että varttuvien lasten elämään tarjotaan tällaisia mahdollisuuksia kotona ja koulussa. Vapaa-ajan harrastuksissakin voi kokea onnistumista ja oppimista. Jollei nuori löydä näitä kokemuksia yhteisestä maailmastamme, niin hänen on haettava tai luotava ne puitteet, jossa hän voi menestyä.

Olisi tärkeätä enemmän pohtia, millä tavoin koulumaailma vastaa niihin kasvamisen haasteisiin, joita murrosikä tuo. Onko järkevää, että liikuntatunteja vähennetään juuri poikien tarvitessa runsaasti energian purkumahdollisuuksia? Olisiko järkevää koulussa painottaa lasten- ja aikuissuhteiden pitempijäteisyttä ja sosiaalista sitoutumista, vastuuta itsestään ja toisistaan enemmän kuin runsasta valinnaismahdollisuutta? Jossain tulee vastaan uusien tietojen ja kokemusten keruun hyöty. Ihminen on kokonaisuus eikä elä pelkästään informaatio-ohjauksella. Vain elämällä lastemme kanssa, myös heidän nuoruutensa läpi, voimme tarjota heille tukea, mallia ja myös välttämätöntä vastusta heidän kokeillessaan rajojaan.

Kansanedustaja Eva Biaudet



TERVEEN ITSETUNNON JA ELÄMÄNHALLINNAN EDISTÄMINEN PERUSKOULUISSA -PROJEKTI

Lasten ja nuorten huonovointisuuden nousussa yhä näkyvämmän tällä vuosikymmenellä esiin opetusministeriössä käynnistyi keskustelu koulun mahdollisuuksista tulla aktiivisemmin mukaan heidän hyvinvointinsa rakentamiseen. Keskustelujen pohjalta opetusministeriö asetti 17.6.1997 työryhmän selvittämään, miten peruskoulun oppilaiden tervettä itsetuntoa ja kouluviihtyvyyttä voitaisiin koulun toimin lisätä, ja siten paremmin toteuttaa peruskoululain tavoitetta lasten ja nuorten tasapainoisen kasvun tukemisesta.

Hanke käynnistyi vuoden 1998 lopussa kahdenoista kunnan ja niiden runsaan viidenkymmenen koulun sekä kymmen normaalkoulun voimin. Hanketta koordinoi opetushallitus ja työtä tukee seurantarayhmä.

Terveen itsetunnon ja elämänhallinnan edistäminen peruskouluissa -projektin tavoitteena on

- kaikkien oppilaiden itsetunnon ja selviytymistaitojen tukeminen ja
- erityisesti niiden lasten ja nuorten tukeminen, joiden kehittymistä ongelmat uhkaavat tai jo haittaavat.

Näihin tavoitteisiin pyritään

- kehittämällä yleisesti koulun toimintakulttuuria ja käytäntöjä, joilla voidaan tukea oppilaiden myönteisen minäkäsityksen kehittymistä ja sosiaalista selviytymistä;
- kehittämällä keinoja ja eri tahojen välistä yhteistyötä tunnistaa ja ehkäistä oppilaiden kehitystä uhkaavia tai hyvinvointia haittaavia ongelmia (esimerkiksi oppimisvaikeuksia tai muita toimintakyyn liittyviä ongelmia, perhetilanteeseen, toverisuhteisiin tai muuhun vuorovaikutukseen, tai arkipäivän hallintaan liittyviä ongelmia) sekä järjestämällä tarpeelliset ja riittävän kauan jatkuvat tukitoimet;
- kehittämällä koulun ja vanhempien/ huoltajien välistä yhteistyötä oppilaiden tueksi;
- tuottamalla aineistoa opetuksen tueksi sekä tuottamalla näkemyksiä opetussuunnitelmien ja opettajankoulutuksen uudistamiseksi;
- nostamalla lasten ja nuorten henkisen hyvinvoinnin kehittäminen julkisen keskustelun ja yhteisen vastuun piiriin.

Projektin päättyessä sen tekemän pilotin tulokset saatetaan kaikkien

peruskoulujen käyttöön. Projekti tukee omalta osaltaan merkittävästi syrjäytymisen ehkäisemiseksi sekä koulukiusaamisen ehkäisemiseksi tehtävää työtä.

MINÄKÄSITYSTÄ TUTKITAAN

Projektin kunnat ja koulut ovat kukin omilla tahoillaan ja yhdessä pohtineet, kouluttautuneet, laatineet kuntakohtaiset suunnitelmat, keränneet näkemyksiä ja aineistoa asian jäsentämiseksi sekä käynnistäneet merkittäviä kehittämistoimia omissa yksiköissään. Projektiin on liitetty myös siinä mukana olevien peruskoulun kuudes- ja yhdeksäsluokkalaisten sekä lukion toisen luokan oppilaiden minäkäsitystä koskeva tutkimus. Tutkimus tehdään koulujen ja projektin kehittämistyötä varten. Siinä arvioidaan projektin aikana tapahtuneita muutoksia. Koska tutkimus on monivuotinen, tutkimukseen eivät yksilöinä osallistu samat oppilaat, vaan tutkittavat luokka-asteet kuvaavat yleisellä tasolla tapahtuvaa kehitystä.

Itsetuntoa koskevan lomaketutkimuksen ensimmäinen osa, lähtötilanteen kartoitus on toteutettu opetushallituksen tuella yhteistyössä Helsingin yliopiston ja projektikuntien sekä koulujen kanssa. Kysely rakentui kolmesta osa-alueesta: käsitys omasta kompetenssista ja itsetunto, oppimisilmapiiri sekä tavoiteorientaatiot ja kausaalikäsitykset. Tulosten itsetuntoa kuvaavat käsitykset olivat suomalaisten oppilaiden keskimääräisiä tai hiukan positiivisempia ja kuvastivat monilta osin yleisiä mm. kehityskausiin ja sukupuolen merkitykseen liittyviä trendejä. Eri osa-alueista laadittiin myös yhdistelmämuuttajia, jossa kielteisiä käsityksiä yhdessä tai useammassa osavastauksessa koottiin heijastamaan syrjäytymisuhkaa. Syrjäytymisuhka (suuri tai havaittava) oli melko laajaa. Koulut analysoivat parhaillaan näitä tuloksia niin projektiin kuin omienkin tulevien toimintastrategioiden ja arkipäivän työmuotojen kehittämisen pohjaksi. □

*Marja-Liisa Niemi, Opetusministeriö
(09) 1341 7398,
marja-liisa.niemi@minedu.fi*

Lisää:

www.edu.fi/projektit/terveitsetunto

Viitteet:

Lähteet: Scheinin, P. ja Niemivirta, M. (2000): Itsetunto, syrjäytymisuhka ja koulun toimintakulttuuri. Opetushallitus. Moniste 4/2000.



"MEILLÄ ON UNELMA" - TUKIOPPILAAT KIUSAAMISTA VÄHENTÄMÄSSÄ

"Hyvän mielen viikko" -interventio-kampanja sai alkunsa erään eteläsuomalaisen koulun tukioppilaiden nuorten omasta aloitteesta. He pyysivät asiantuntija-apua kiusaamisen vastaisen teemaviikon toteuttamiseen ja yhteistyö johti myös kampanjan vaikutusten tutkimiseen. Tutkimuksessa tarkasteltiin mm. itsearvioitua ja toveriarvioitua kiusaamisen määrää, kiusaamisen laatuja sekä kiusaamista koskevia asenteita. Oppilaita pyydettiin kampanjan jälkeen myös suoraan arvioimaan sen vaikutuksia.

Lapsia ja nuoria itseään on alettu käyttää yhä enemmän kiusaamisen kitkemisessä. Käytännössä tällainen toveri- tai vertaisryhmän hyväksikäyttö voi olla kiusaamista sivusta seuranneiden oppilaiden mobilisointia kiusaamisen vastustamiseen tai se voi olla organisoitua toimintaa, jossa tietyt oppilaat toimivat auttajana (kuten tukioppilain) roolissa. Varsinkin Englannissa toveriapua on käytetty seksuaali- ja päihdevalistuksen lisäksi myös kiusaamisen vastaisessa työssä. Tällöin toiminta on ollut lähinnä kiusattujen tukemista yksilökeskusteluin tai soviteltelutoimintaa, jossa ongelmallisia tilanteita selvitetään yhdessä kiusaajan ja kiusatun kanssa. Oppilaiden toteuttamista yleisemmistä, kaikkiin kohdistuvista kampanjoista ja niiden vaikutuksista on vähemmän tietoa.

"Hyvän mielen viikko" koostui avaus-tilaisuudesta, johon kuului asiapitoisen luennon ja tunnepitoisemman vetoomuksen - "Meillä on unelma" - lisäksi näytelmäkerhon draamapätkiä ja koulun bändin koskettava esitys. Kampanjan keskeisin sisältö seurasi tämän jälkeen: tukioppilaat kävivät viikon aikana koulun jokaisessa luokassa ja käsitelivät kiusaamisteemaa ensin koko luokan kanssa ja sitten pienryhmäkeskusteluissa. Keskustelujen teemana oli jokaisen oppilaan vastuu ja mahdollisuudet kiusaamisen vähentämisessä. Pyrittiin herättämään tietoisuutta kiusaamisen ryhmämekanismista ja siitä, miten niitä voi vastustaa.

*Itsearvioitu kiusaaminen
(niiden oppilaiden määrä, jotka sanoivat tulevansa toistuvaksi kiusatuksi)
ennen ja jälkeen kampanjan. N=144.*

	Ennen	Jälkeen
Tytöt	8 (11,4 %)	3 (4,3 %)
Pojat	5 (6,8 %)	3 (4,1 %)
Kaikki	13 (9,0 %)	6 (4,2 %)

Tulokset osoittivat sekä itsearvioidun että toveriarvioidun kiusaamisen kampanjan jälkeen vähentyneen etenkin tyttöjen parissa. Tyttöjen asenteissa tapahtui myönteisiä muutoksia ja kokemus siitä, että itse voi vaikuttaa siihen onko kiusaamista vai ei, lisääntyi merkitsevästi. Vaikka poikienkin parissa itsearvioitu kiusaaminen saatiin vähenemään, esiintyi etenkin kahdeksaluokkalaisilla pojilla myös sellaisten asenteiden vahvistumista, että "kiusaaminen on hauskaa" - tapahtui siis jonkinlainen vastareaktio. Tytöt arvioivat viikkoa ja sen vaikutuksia poikia myönteisemmin.

Kiusattujen näkemyksiä tarkasteltiin erikseen, sillä on arvokasta tietää, miten tällaista kampanjaa eniten tarvitseva ryhmä, kiusatuksi joutuvat nuoret, sen kokee. Ne, jotka ennen kampanjaa suoritus- ja alkumittauksessa raportoivat tuloleensa kiusatuksi, pitivät kampanjaa erityisen tarpeellisenä ja sen vaikutuksia onnistuneina. Kaikkiaan tuloksia voidaan pitää varsin rohkaisevina. Kampanja oli kuitenkin lyhyt ja sen vaikutuksia tutkittiin vain lyhyellä aikavälillä. On mahdollista ja todennäköistäkin, että tilanne palautuu ennalleen nopeasti, ellei kiusaamisen vastainen toiminta jatku. Vaikutuksen vähäisyyttä poikien parissa saattaa selittää se, että kaikki kampanjaa vetäneet kahdeksan tukioppilasta olivat tyttöjä. Olisi tärkeää saada poikia mukaan tukioppilastoimintaan ja yleisemmin kiusaamisen vastaiseen toimintaan. □

Christina Salmivalli, Turun yliopisto
(02) 333 5423, tiina.salmivalli@utu.fi

Vieraskynä

SE TÄRKEÄ AIKUINEN

*"En minä halua olla lapsi, koska niitä pidetään tyhminä".
Josefiinan, 8 v., kommentit
hätkähdyttivät.*

Me aikuiset emme todellakaan aina kunnioita lapsia emmekä arvosta lapsuutta. Nykymeno pyrkii aikuistamaan lapsemme liian varhain; vakuutteleme, että lapsemme osaavat kyllä ja pärjäävät yksin. Lapsuuden ja aikuisuuden väliin rakentunut nuoruus on yhä pienempien lasten maailmaa. Tämä ei näy vain Barbie-nukeissa, vaan myös lasten muodissa ja vaatetuksessa.

Lapsi tarvitsee kasvaakseen aikuisen huolenpitoa ja suojaa sekä vastuunottoa rajoista. Lapsuuden lyhentymisen myötä tämä välttämätön suojamuuri on haurastunut. Lapset ja nuoret joutuvat yhä aikaisemmin ja paljaammin kovan aikuismaailman vaikutteiden - väkivallan, sodan, sairauksien, seksin, kilpailun - ympäröimiksi.

Media ja markkinat muovaavat lapsen maailmaa yhä enemmän, mutta missä on niiden vastuu? Onko vastuu vain vanhemmilla? Vai onko sitä myös muilla aikuisilla, päättäjillä, järjestöillä?

AIKUISSUHTEIDEN JATKUVUUS

Kysyin kerran lastensuojelutyön vete- raanilta, isä Shay Cullenilta, miten jotkut nuoret voivat selvitä köyhyyden, hyväksikäytön ja väkivallan piinasta? "Tärkeintä on, että nuorella on edes yksi ihminen, joka häntä rakastaa".

Tässä on suomalaistenkin lasten ja nuorten hyvinvoinnin ydin. Lapsi tarvitsee tutun aikuisen jatkuvaa hyväksyntää, läsnäoloa, välittämistä. Vanhemmat, isä ja äiti ovat lapselle ainutkertaisia, korvaamattomia. Perheessä rakennetaankin turvallisuuden, ihmisyyden ja eettisyyden perusta. Yhä tärkeämpää on vanhemmuuden tukeminen sekä kodin ja koulun yhteistyön vahvistaminen; vaikka koulu alkaa, vanhemmuuden tulee jatkaa.

Tällä hetkellä aikuisuhteiden jatkuvuus on uhattuna niin kodeissa kuin lasten ja nuorten palvelujen ja harrastusten piirissä. Ihmissuhteiden pysyvyyttä kaipaavat pienet, mutta myös murrosikäiset. Avainkysymys kuuluu, onko meillä aikuisilla aikaa lapsillemme ja nuorillemme. Joutaako työelämä? Voivatko "oma-aika" ja harrastuksemme odottaa?

KOKO KYLÄ KASVATTA

Kasvatustehtävä tarvitsee tuekseen aina koko yhteisön arvonnannon. Vanhemmat kaipaavat rinnalleen aikuisten verkostoa. Vanhemmat ovatkin viime vuosina tarttuneet uudella otteella asioihin. Tästä kertovat koulujen vanhempain- toiminnan ilkastuminen ja pienten koulu- laisten iltapäivähoidon järjestelyt.

Myös kodin ulkopuoliset aikuiset ovat nuorillemme esimerkkejä ja tärkeitä tuen antajia. Erityisen arvokkaita he ovat silloin kun omat vanhemmat eivät jaksaa; isovanhemmat, lähisukulaiset, naapurit, valmentajat, kerho-ohjaajat, päivähoitajat, opettajat...

Isä Cullen muistutti meitä aikuisia siitä, ettemme voi tehdä kaikkea, emme varsinkaan yksin. Meidän on toimittava vahvan yhteistyönäy varassa. Ensijajaista on nähdä lapset ja nuoret kumppaneina. Kuuntelemalla lapsia ja nuoria annamme myös heidän muuttaa meitä. Tämä ei kuitenkaan häivytä meidän aikuisten vastuuta.

Nuoretkin tarvitsevat vertaistukea. Samanikäiset ystävät ovat heille tärkeitä samalla tavalla kuin meille aikuisille. Meidän onkin kaikin tavoin luotava edellytyksiä nuorten keskinäiselle yhteydenpidolle ja sosiaalisten taitojen kehittämiselle.

Kokemukset ja elämykset niin aikuisyhteisöistä kuin nuorten vertaisyhteisöistä muokkaavat vahvasti käsityksiä maailmasta ja omista mahdollisuuksista.

Vapaa-ajan onnistuneet kokemukset tukevat vahvasti niitä nuoria, joilla menee koulussa huonosti. Harrastukset voivat myös antaa etäisyyttä arkipäivän ongelmiin.

Kansalaisjärjestöt kutsuvat ihmisiä yhteen rakentamaan hyvinvointiaan ja yhteistä hyvää. Vapaaehtoistyöllä on mahdollisuus luoda uudenlaisia aikuisten ja nuorten keskinäisiä verkostoja ja arkielämän toiminta-areenoja. Tätä vastuunottoa tarvitsevat myös 2000-luvun lapset ja nuoret. □

Eeva Kuuskoski,
Mannerheimin Lastensuojeluliitto



WHO:N KOULULAISTUTKIMUS KARTOITTI NUORTEN ELINTAPOJA

WHO:n koordinoi viidennen kerran kansainvälistä tutkimusta, jossa kartoitettiin nuorten elämäntyyliä terveyden näkökulmasta. Tutkimus kertoi suomalaisnuorten juovan itsensä humalaan eurokavereitaan holtittomammin, mutta tupakoinnin Euroopan mestareita he eivät enää ole. Tutkimustuloksia tullaan hyödyntämään kehitettäessä mm. koulun terveystiedon opetusta.

Toisin kuin kymmenisen vuotta sitten, suomalaiset nuoret eivät enää tupakoi yleisimmin Euroopassa. Suomessa päivittäin tupakoivia 15-vuotiaita poikia oli 19 prosenttia ja tyttöjä 20 prosenttia. Suomalaisten poikien tupakointi on vähentynyt selvästi 1990-luvun jälkipuoliskolla. Vuonna 1994 päivittäin tupakoivia 15-vuotiaita poikia oli peräti 25 prosenttia. Ilahduttava tulos oli myös se, että viikoittain poltettujen savukkeiden määrät säännöllisesti tupakoivilla olivat vähentyneet pojilla keskimääräisestä 59 savukkeesta 50:een viikossa ja tytöillä 43 viikoittaisesta savukkeesta 33:een. Kuitenkin poltetut savukemäärät ovat edelleenkin Euroopan korkeimpien joukossa.

Vuonna 1998 päivittäin tupakoivia poikia oli eniten Unkarissa (29%), Latviassa (27%) ja Puolassa (22%). Tytöt tupakoivat päivittäin yleisimmin Itävallassa (26%), Ranskassa (25%) ja Saksassa (25%). Grönlanti on aivan oma lukunsa; pojista 45 ja tytöistä peräti 56 prosenttia ilmoitti tupakoivansa päivittäin.

SUOMALAINEN JUO
EUROKAVEREITAAN
HARVEMMIN
MUTTA HUMALAHAKUISEMMIN

Säännöllisesti viikoittain alkoholia käytettiin yleisimmin Walesissa, Tanskassa, Englannissa ja Kreikassa, jossa 15-vuotiaista pojista noin joka toinen ja ty-

töistä joka kolmas joi alkoholia viikoittain. Vastaavasti viikoittain juovia oli suomalaisista nuorista vain kymmenen prosenttia. Sen sijaan kannikokemusten määrässä Suomi oli aikaisempien vuosien tapaan edelleenkin kärkimaita. Neljä kertaa tai useammin tosihumalan kokeneiden tyttöjen osuus oli Suomessa kolmanneksi suurin (37 %) ja poikien sija oli kuudes (34 %). Tyttöjen osalta vain Walesissa ja Tanskassa humalajuominen oli yleisempää kuin Suomessa ja poikien osalta edellä mainittujen maiden lisäksi Pohjois-Irlannissa, Englannissa ja Grönlannissa. Humalahakuisuus oli huomattavasti harvinaisempaa mm. Israelissa, Sveitsissä, Kreikassa ja Ranskassa.

ENSIMMÄISET
VERTAILUTIEDOT
NUORTEN SEKSISTÄ
JA EHKÄISYÄ

Tutkimus julkistaa nyt ensimmäistä kertaa vertailutietoja kymmenen maan 15-vuotiaiden nuorten seksuaalokokemuksesta ja ehkäisykäytännöistä. Suomalaisista 15-vuotiaista tytöistä 30 ja pojista 23 prosenttia vastasi olleensa yhdynnässä. Yleisimpiä yhdyntäkokemukset olivat Unkarissa, jossa vastaavat osuudet olivat tytöillä 34 ja pojilla 47 prosenttia. Kymmenen maan vertailussa suomalaisten tyttöjen sija tässä indikaattorissa on keskivaiheilla, sen sijaan suomalaisten poikien osuus oli tutkituista maista pienin.

Suomalaisista 15-vuotiaista yhdynnän kokeneista nuorista vain kymmenen prosenttia oli laiminlyönyt ehkäisyn edellisellä yhdyntäkerralla, mikä oli toiseksi pienin osuus kaikista maista. Esimerkiksi Unkarissa ja Latviassa ehkäisyn oli laiminlyönyt runsas neljännes seksuaalisesti aktiivisista nuorista. Ranskassa kondomin käyttö oli yleisintä, pojista 87 ja tytöistä 86 prosenttia oli käyttänyt sitä viimeisimmässä yhdynnässä. Vastaavat osuudet suomalaisnuorilla olivat pojilla 78 ja tytöillä 64 prosenttia.

MAKEISTEN
SYÖNTI
VÄHÄISINTÄ

Suomalaisista pojista 19-24 ja tytöistä 12-22 prosenttia söi päivittäin makeisia tai suklaata. Osuudet olivat alhaisimmat muihin tutkimukseen osallistuneisiin maihin verrattuna. Suomen ohella päivittäinen makean syönti oli melko harvinaista myös muissa Pohjoismaissa. Innokkaimpia makeisten ja suklaan syöjiä löytyi Pohjois-Irlannista, Skotlannista ja Irlannista: 70-80 prosenttia nuorista popsi makeaa päivittäin. Makeisten ja suklaan syönnissä ikäryhmä- ja sukupuolierot olivat melko vähäisiä.

LIMSANLITKIJÄTKIN
SUOMESSA
HARVINAISIA

Päivittäinen limsojen juonti oli Pohjoismaissa vähäisintä muihin maihin ver-

*Ollut tosihumalassa
15-vuotiaana vähintään 4 kertaa
elämänsä aikana.*

Alue	pojat %	Tytöt %
Wales	53	41
Tanska	52	43
Pohjois-Irlanti	39	30
Englanti	38	32
Grönlanti	36	34
Suomi	34	37
Skotlanti	33	34
Slovakia	31	13
Irlanti	29	14
Itävalta	28	19
Kanada	27	25
Latvia	25	6
Eesti	25	8
Ruotsi	24	25
Belgia (ranskankiel.)	23	12
Norja	23	25
Unkari	23	9
USA	21	15
Puola	19	6
Portugali	19	4
Saksa	19	13
Belgia (flaaminkiel.)	15	6
Tšekki	15	6
Ranska	14	8
Sveitsi	14	6
Venäjä	13	9
Liettua	12	6
Kreikka	9	5
Israeli	8	2

WHO-Koululaistutkimus 1998

rattuna. Suomessa tämä osuus oli kaikkein pienin ja vaihteli pojilla 19-22 ja tytöillä 6-9 prosenttiin. Kulutustilastoa johtaa Pohjois-Irlanti yli 70 prosentin osuudella. Limsojen juonti ei eronnut ikäryhmien välillä, mutta kaikissa maissa pojat joivat enemmän kuin tytöt.

HAMPAIDEN
HARJAUKSESSA
PUUTTEITA

11-vuotiaat suomalaisnuoret sijoittuvat viimeiseksi ja 13- ja 15-vuotiaat toiseksi viimeiseksi hampaiden harjauksessa muihin maihin verrattuna. Nuorimman ikäryhmän suomalaispojista vain 28 prosenttia ja -tytöistä 42 prosenttia harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä. 15-vuotiailla suomalaispojilla vastaava osuus oli 31 ja tytöillä 61 prosenttia.

Ruotsalaiset, tanskalaiset ja sveitsiläiset johtavat tilastoa: näissä maissa yli 80 prosenttia harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä. Iän myötä useammin kuin kerran päivässä hampaansa harjaavien osuus lisääntyi jonkin verran, mutta kaikissa ikäryhmissä se oli tytöillä poikia yleisempää.

Koululaistutkimuksen viimeisimpään, vuoden 1998 kyselyyn osallistui 26 Euroopan maata, Kanada ja Yhdysvallat. Aineisto on valtaisa: luokkakyselyihin vastasi 123 000 11-, 13- ja 15-vuotiasta. Suomessa aineisto kerättiin 256 koulusta, jolloin tutkimukseen osallistui 4 864 oppilasta 5., 7. ja 9. luokilta. Tutkimuksen Suomen osuutta johtaa professori Lasse Kannas Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitokselta. □

Aiheesta lisää: www.jyu.fi/~jtynjala/press/HBSCfinalreport.pdf

Lähde:
Currie, C., Hurrelman, K., Settertobulte, W., Smith, R., Todd, J. (eds.) (2000)
Health and Health Behavior in School-aged Children: A WHO Cross-National Study (HBSC). International Report.
Health Policy for Children and Adolescents (HEPCA) Series No. 1.
World Health Organization. Copenhagen. Denmark.

(Artikkeli pohjautuu WHO:n koululais-tutkimuksen lehdistötiedotteeseen 11.4.2000)

TARTUNTATAUTITILANNE SUOMESSA

RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET

Rotavirusepidemiaa lukuun ottamatta kotimaan tartuntatautilanne on kohtalaisen rauhallinen. Sen sijaan ulkomaan matkailuun liittyvät Salmonella Typhimurium -epidemia Pohjoismaissa ja useissa eri maissa todettu ryhmän W135 meningokokki-epidemia ovat aiheuttaneet runsaasti keskustelua.

ROTAVIRUS-EPIDEMIA

Rotavirusdiagnoosit saavuttivat huipunsa huhtikuun ensimmäisellä viikolla ja vaikuttivat tämän jälkeen olevan jo lievässä laskussa. Tapausmäärät saattavat tosin vielä lisääntyä raportointiviiveen vuoksi. Diagnoosien määrä ovat suunnilleen toissavuotisen epidemian tasolla, sen sijaan viimevuotinen epidemia oli ainakin tartuntatautirekisterin tilastojen valossa lievempi (kuukausittainen tapausmäärä maksimissaan 202). Tilastojen perusteella vaikuttaakin siltä, että epidemia on joka toinen vuosi hieman suurempi (vrt kuva). Tapauksia on ollut ympäri Suomea, erityisesti Pirkanmaalla.

MULTIRESISTENTTEJÄ

SALMONELLA TYPHIMURIUM -INFEKTIOITA

TENERIFFALLE MATKUSTANEILLA SUOMESSA JA RUOTSISSA

Noin viidelläkymmenellä Teneriffalle matkustaneella ruotsalaisella turistilla on todettu multiresistentin *Salmonella Typhimuriumin* aiheuttama infektio maaliskuun lopussa ja huhtikuun alussa. Tähän mennessä tyypitetyt kannat ovat olleet faagityyppejä 104 ja ne ovat olleet resistenttejä ampisilliinille, kloramfenikolille, sul-

falle ja tetrasykliinille, mutta herkkiä mm. fluorokinoloneille. Infektion lähde ei ole tiedossa. Sairastumiset eivät ole liittyneet mihinkään tiettyyn hotelliin, matkanjärjestäjään tai lentoyhtiöön.

Suomessa todettiin tammikuussa seitsemällä ja maaliskuun huhtikuussa noin viidellätoista Kanarian saarille tai Espanjan matkustaneella kyseisen faagityypin aiheuttama infektio. Kyseessä on selvä ryvä, sillä faagityyppejä 104 on aiemmin ollut harvinaisen. Suomessa todettiin viime vuonna yhteensä 30 kyseisen faagityypin aiheuttamaa tapausta, joista 18 oli ulkomaista alkuperää ja niistä vain Espanjan matkaan liittyvä. Teneriffan matkojen sesonki on osittain ohi, mutta kaksi matkatoimistoa järjestää edelleen matkoja saarelle. Infektioepidemiologian osasto suosittaa, että tavallisia turistiripulin ehkäisy-suosituksia (tiettyjen elintarvikkeiden ja vesijohtoveden juonnin välttäminen, käsienpesu) tulisi antaa erityisesti Teneriffalle matkustaville. Tarkempaa tietoa turistiripulista ja sen ehkäisytoivoista saa KTL:n kotisivuilta matkailijan terveysoppaasta (www.ktl.fi/oppaita/matkailijan/tartunta.html#Turistiripuli).

MENINGOKOKKI-INFEKTIOITA MEKASTA PALANNEILLA PYHIINVAELTAJILLA

Saudi-Arabiaan matkustaneilla pyhiinvaeltajilla on todettu meningokokkiepidemia maaliskuun huhtikuussa. Sairastuneet tai heidän läheisensä ovat osallistuneet uskonnolliseen juhlaan (haj, 15-18.3.2000). Sairastuneita arvioidaan olevan noin 313 ja tapauksia on todettu ympäri maailmaa,

mm. Euroopassa, USA:ssa että Arabi-maissa. Aiheuttajana on ollut useimmiten ryhmän W135 meningokokki. Infektioon menehtyneitä on noin 73.

Huhtikuussa todettiin pääkaupunkiseudulla yksi ryhmän W135 meningokokki-infektio, joka liittyi kyseiseen epidemiaan. Potilas toipui sairaudesta ja hänen lähipiirinsä on saanut suositusten mukaisen estolääkityksen. Kyseinen tapaus on ensimmäinen ryhmän W meningokokki-infektio viimeisen viiden vuoden aikana (tartuntatautirekisteri). Tietävästi noin kuusikymmentä pyhiinvaeltajaa Helsingistä, Turusta ja Kuopiosta on osallistunut kyseiseen juhlaan. Matkaan osallistuneille on jaettu tiedote uskonnollisen yhteisön välityksellä, myös sairaanhoitopiirejä on informoitu asiasta.

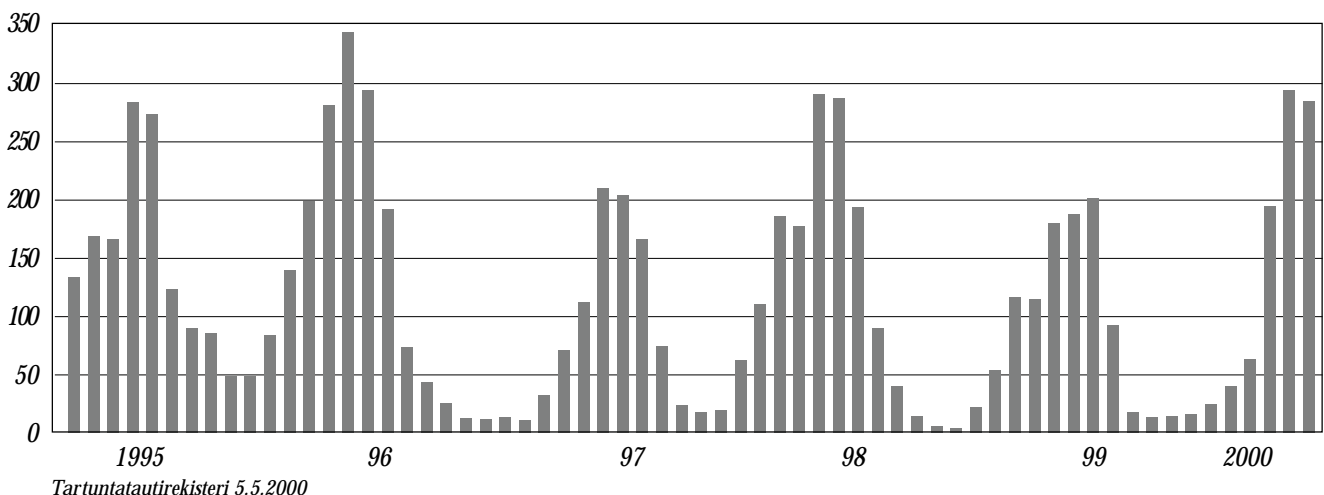
Saudi-Arabiassa on jo pidempään vaadittu voimassa oleva meningokokkirokote pyhiinvaeltajilta. Useimmiten on kuitenkin käytetty A+C meningokokkirokotetta (Meningovax A+C), joka ei anna suojaa tämän harvinaisen seroryhmän aiheuttamalta infektiolta. Saatavilla on myös tämän seroryhmän kattava rokote (Mencevax ACWY), jonka antamista täytyykin jatkossa harkita Saudi-Arabiaan matkustaville pyhiinvaeltajille. Myös meningokokkirokotteista saa tarkempaa tietoa KTL:n kotisivuilta (www.ktl.fi/oppaita/roko/rok_meningokokki.htm). □

Helsingissä 5.5.2000

Kirsi Skogberg, KTL

(09) 4744 8670, kirsi.skogberg@ktl.fi

Rotavirusdiagnoosit kuukausittain 5/1995–4/2000



RAPORTOIDUT MIKROBILÖYDÖKSET / VALTAKUNNALLINEN TARTUNTATAUTIREKISTERI
 RAPPORTERADE MIKROBFYND / RIKSOMFATTANDE REGISTER ÖVER SMITTSAMMA SJUKDOMAR

	Marraskuu November 1999 1998		Joulukuu December 1999 1998		Yhteensä ** Totalt 1999 1998		Tammikuu Januari 2000 1999		Helmikuu Februari 2000 1999		Maaliskuu Mars 2000 1999	
HENGITYSTIEPATOGEENIT / LUFTVÄGSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. pneumoniae</i>)	33	14	33	9	198	188	22	17	36	9	27	10
Mykoplasma (<i>M. pneumoniae</i>)	44	48	35	29	224	251	37	19	38	9	37	19
Pertussis	119	124	99	125	917	832	62	84	74	59	48	58
Adenovirus	56	29	52	31	466	412	35	36	53	66	57	48
Influenssa A -virus	2	0	328	9	1 426	914	880	240	430	637	72	195
Influenssa B -virus	0	0	10	5	145	15	8	32	2	48	10	39
Parainfluenssavirus	33	39	34	50	164	223	22	18	14	17	15	10
RSV (respiratory syncytial virus)	74	4	230	8	1 345	586	360	54	705	100	518	226
SUOLISTOPATOGEENIT / TARMPATOGENER												
Salmonella	270	238	319	167	2 801	2 735	183	146	183	119	201	194
Shigella	5	7	3	7	70	86	5	7	3	1	4	4
Yersinia	80	94	30	50	634	713	39	40	42	42	39	64
Kampylo	248	247	215	210	3 303	2 851	187	203	189	139	222	168
EHEC	3	0	3	0	32	44	0	0	0	3	1	6
Kalivirus	6	3	7	27	167	150	40	30	72	40	73	24
Rotavirus	24	23	41	55	1 029	1 373	63	118	195	115	292	180
Giardia	15	23	21	19	283	296	14	20	21	32	23	22
Ameba (<i>E.histolytica</i>)	10	12	13	8	112	113	9	8	14	8	9	10
HEPATIITIPATOGEENIT / HEPATITPATOGENER												
Hepatitis A -virus	3	14	6	5	39	99	2	5	3	4	4	3
Hepatitis B -virus	38	43	62	29	559	468	57	36	58	31	45	64
Hepatitis C -virus	173	136	168	104	1 686	1 664	150	104	159	132	155	166
SUKUPUOLITAUTIPATOGEENIT / KÖNSSJUKDOMSPATOGENER												
Klamydia (<i>C. trachomatis</i>)	998	892	836	906	10 660	10 654	887	846	923	795	942	918
HI-virus	9	10	16	8	142	80	18	7	16	11	12	8
Gonokokki	26	19	26	21	243	243	22	8	20	18	27	15
Syfilis (<i>T. pallidum</i>)	12	11	14	16	116	174	13	16	15	8	13	11
VERI- JA LIKVORIVILJELYLÖYDÖKSET / BLOD- OCH LIKVORODLINGSFYND												
Pneumokokki (<i>S. pneumoniae</i>)	52	46	38	56	568	561	79	53	47	55	38	58
A-streptokokki (<i>S. pyogenes</i>)	5	13	10	9	116	105	14	13	12	6	10	7
B-streptokokki (<i>S. agalactiae</i>)	22	17	15	13	154	151	8	5	14	8	17	12
Meningokokki	5	5	1	5	54	51	5	6	5	9	9	5
RESISTENTIT BAKTEERIT / RESISTENTA BAKTERIER												
Enterokokit (VRE)	2	4	1	4	31	53	6	7	14	3	6	2
MRSA	26	18	18	17	211	189	22	15	10	12	15	33
Pneumokokki (PenR)	1	4	7	9	60	62	10	5	4	14	8	9
MUITA MIKROBEJA / ÖVRIGA MIKROBER												
Borrelia*	35	56	9	25	350	457	31	23	26	22	15	24
Tularemia	5	4	4	1	87	117	0	1	1	0	0	0
Tuberkuloosi (<i>M. tuberculosis</i>)	39	33	48	32	470	477	35	42	23	34	17	26
Echovirus	0	0	0	0	18	10	1	1	0	1	0	1
Enterovirus	15	6	21	3	103	30	4	2	2	3	5	3
Parvovirus	15	13	13	10	191	75	16	21	9	14	28	29
Puumalavirus	314	295	337	362	2 300	1 305	116	263	87	140	65	112
Malaria	4	3	1	3	27	35	5	4	3	2	5	4

* Sis./inkl. *B. burgdorferi*, *B. garinii*, *B. afzelii*

** Yhteensä = tapaukset vuoden alusta joulukuun loppuun

VAKAVIA ROKOTTEIDEN HAITTAVAIKUTUKSIA VÄHÄN 1999

Kansanterveyslaitos on seurannut Suomessa lisensoitujen rokotteiden haittavaikutuksia vuosien ajan ja lakisääteistä seuranta on tehostettu vuodesta 1997 lähtien. Näillä tehostetuilla toimenpiteillä haittavaikutuksista vuosittain tehtyjen ilmoitusten määrä on viimeisen kolmen vuoden aikana yli kaksinkertaistunut, mutta lisäys on koskenut lähinnä lieviä tapauksia.

Rokoteosaston kliniseen yksiköön perustetun uuden tietokannan avulla rokoteturvallisuuslääkäri antaa jokaiseen ilmoitukseen kirjallisen, tieteellisiin julkaisuihin perustuvan palautteen. Haitta-ilmoituksia voidaan verrata aikaisempiin ja eri rokotteista seuranneita haittatapahtumia voidaan nopeasti analysoida rokote tai eräkohtaisesti, mutta myös oireiden, syy-seuraussuhteen tai reaktion vakavuuden perusteella. 1998 uudistetulla ilmoitus rokotteen haittavaikutuksesta -lomakkeella on raportointia ohjattu tarkoituksenmukaiseen suuntaan. Haittavaikutus-seurannasta on myös tiedotettu aktiivisemmin.

Vuonna 1999 saatiin kaiken kaikkiaan 490 haittavaikutusilmoitusta. Kasvua edellisvuoteen oli 30 prosenttia. Vakavia haittoja raportoitiin 17, joista todennäköisesti rokotuksesta johtuviksi luokiteltiin kahdeksan. Lasten ja nuorten yleisen rokotusohjelman mukaisia rokotuksia annetaan Suomessa vuosittain yli miljoona annosta.

ROKOTUSTURVALLISUUDEN SEURANTA

Vuodesta 1997 lähtien KTL:n rokoteosaston klinisessä yksikössä on keskitetty sekä tehokkaaseen rokotusten haittavaikutusten seurantaan että rokotusneuvonnan kehittämiseen.

Rokotusten haittavaikutuksia seurataan Suomessa passiivisesti, eli se perustuu rokotettajan havaitseman rokotukseen liittyvän haittatapahtuman kirjalliseen raportointiin. Tietojen kerääminen ja rekisteröinti on luottamuksellista ja edellyttää rokotetun tai hänen huoltajansa suostumuksen. Vakavien ja odottamattomien rokotteiden haittavaikutusten seuranta on lakisääteistä. Kaikista vakavaksi luokitelluista haittavaikutuksista raportoidaan Lääkelaitokselle ja sieltä edelleen WHO:n Drug Monitoring Centreen. Epäselvistä tai kiireellisistä rokotehaitoista ilmoitus tehdään myös puhelimitse KTL:n rokoteosastolle, puhelin (09) 4744 8487.

Kiireellisiä ovat epäilyt, jotka saattaisivat johtaa esimerkiksi rokote-erän poistamiseen käytöstä.

Yksikön rokoteturvallisuuslääkäri käsittelee kaikki haittavaikutusilmoitukset yksilöllisesti. Tietokantaan tallennetaan yksityiskohtaiset tiedot rokotustapahtumasta, sitä seuranneista oireista, aikaisemmista rokotusreaktioista sekä rokotetun mahdollisista perussairauksista. Sairaskertomuksista, epikriiseistä tai lääkärin konsultaatioista pyydetään erikseen kopioita, jos haittatapahtumaan liittyviä dokumentteja on olemassa. Jokaisesta ilmoituksesta annetaan kirjallinen palaute, jossa otetaan kantaa rokotuksen ja ilmoitetun reaktion väliseen syy-yhteyteen sekä annetaan suositukset jatkorokotusten suhteen. Palautteessa on myös rokotetta ja oiretta koskevat yhdenmukaiset kirjallisuusviitteet. Rokotehaittatietokannan tieteellistä tasoa kehitetään jatkuvasti tekemällä ajankohtaisia kirjallisuusselvityksiä erityisesti uusia rokote-reaktioita havaittaessa.

Yksikkö edistää ja seuraa turvallisuutta myös rokotusneuvonnan avulla. Rokotusneuvonnalla on neuvontapuhelin (09) 4744 8243, jossa terveydenhoitajat vastaavat kysymyksiin mm. rokotuksiin liittyvistä haitoista arkisin klo 9–12. Neuvonta toimii eräänlaisena tietopankkina ensisijaisesti rokotajille, rokotettaville tai heidän vanhemmilleen.

Kansanterveyslaitokselle ilmoitettavat rokotteiden haittavaikutukset.

Vakavat haittavaikutukset

- Kuolemaan johtaneet
- Hengenvaaralliset
- Pysyvän tai pitkäkestoisen vamman aiheuttaneet
- Sairaalahoitoon johtaneet tai sen kesto pidentäneet

Muut ilmoitettavat haittavaikutukset

- Kuume yli 40 °C
- Voimakas kipu, turvotus, kuumotus tai kovettuma rokotuskohdassa (yli puolet raajasta tai kesto yli 4 vrk)
- Absessi
- Suurentuneet imusolmukkeet
- Niveloireet
- Osteomyeliitti
- Laaja-alainen nokkosihottuma tai muu ihottuma
- Kasvojen alueen turvotus
- Hengitysvaikeudet tai hengityspysähdys
- Anafylaksia
- Kouristukset, infantiili spasmi
- Halvausoireet
- Enkefalopatia, enkefaliitti, meningiitti
- Epänormaali kimeä kirkuminen, yli 3 tuntia
- Heikentynyt reagointi, alentunut lihasjänteys
- Trombosytopenia

PALJON ILMOITUKSIA – VÄHÄN VAKAVIA HAITTAVAIKUTUKSIA

Rokotteiden haittavaikutusten luokittelussa käytetään Lääkelaitoksen määräysten mukaisia lääkkeiden haittavaikutusten määritelmiä. Vakaviksi haittoiksi luokitellaan kaikki yli yön sairaalaseuranta vaatineet reaktiot riippumatta arvioidusta syy-yhteydestä rokotukseen. Lisäksi vakavia haittoja ovat kaikki kuolemaan tai hengenvaaraan johtaneet reaktiot. Ajallinen yhteys rokottamisen ja eriluonteisten haittatapahtumien välillä on keskeinen näiden välisen syy-yhteyden selvittämisessä. Usein on punnittava toisen samanaikaisen tekijän vaikutusta tapahtumaan.

Vuonna 1999 saatiin kaiken kaikkiaan 490 haittavaikutusilmoitusta. Kasvua edellisvuoteen oli 30 prosenttia. Vaikka ilmoitusten määrä lisääntyi, vakavien haittojen ilmaantuvuus jopa aleni. Kehitykselle on monta syytä. Viimeisen kolmen vuoden aikana vakavien haittojen kokonaismäärä on pysynyt suuruusluokaltaan samana, noin 20–30 tapausta vuodessa. Haitta-ilmoitusten määrän lisääntymistä selittänevät tiettyihin rokotteisiin liittyneet kansainväliset mediakohut, matkailijoiden lisääntyneet rokotukset sekä uuden solutonta hinkuuskä-komponenttia sisältävän kolmoisrokotteen ottaminen yleiseen rokotusohjelmaan erityisindikaatioilla.

Vakavaksi luokiteltuja haittavaikutusilmoituksia vuonna 1999 oli yhteensä vain 17 eli 3,5 prosenttia kaikista ilmoituksista. Näistä todennäköisesti rokotuksesta johtuviksi luokiteltuja oli kuitenkin vain kahdeksan. Mahdollisesti rokotuksesta, mutta yhtä todennäköisesti muusta selittävästä tekijästä, esimerkiksi samanaikaisesta infektiosta aiheutuviksi luokiteltuja tapauksia ilmoitettiin kuusi.

Vuonna 1999 jaettiin rokoteannoksiin suhteutettuna vakavien haittatapahtumien määrä on huomattavan pieni. Lasten ja nuorten yleisen rokotusohjelman mukaisia rokotuksia annetaan Suomessa vuosittain yli miljoona annosta. Vakavia haittavaikutuksia oli MPR, Polio, Hepatiitti-B, Hib ja Kolmoisrokotteella yhtä paljon. Yhtäkään ei luokiteltu odottamattomaksi reaktioksi. Vakaviksi haittoiksi luokiteltiin kaikki sairaalahoitoon johtaneet oireet kuten korkea kuume, kouristukset, vakava paikallisreaktio sekä pitkittyneet nivel- tai neurologiset oireet.

MINKÄLAISIA HAITTOJA RAPORTOITIIN?

Yleisimmin haittatapahtumia raportoitiin Kolmoisrokotteen (hinkuuskä-kurkkumätä-jäykkäkouritus) annon jälkeen. Yhteensä 223 ilmoitetusta reaktiosta yleisimpiä olivat pistoskohdan paikallisreaktiot (116), kuume (101) sekä nokkosrokko tai muu ihottuma (44). Vakaviksi haittoiksi luokiteltiin vain kolme tapausta.

Ensimmäisessä neljän kuukauden ikäiselle lapselle nousi kuume kaksi tuntia rokotuksesta. Lisäksi todettiin velttoutta,

ihon sinerrystä ja alaraajojen nykyään noin viiden minuutin ajan. Sairaalassa ei laboratorio eikä neurologisissa tutkimuksissa (status+EEG) todettu poikkeavaa. Lapsi kotiutui ja on myöhemmin ollut oireeton. Kolmoisrokotteen jälkeen lähes puolet lapsista saa yli 38 asteen kuumeen, jonka yhteydessä noin 0,06 prosentilla esiintyy kouristuksia. Oireet selittyvät rokotteen sisältämän hinkuyskäkomponentin aiheuttamiksi. Jatkorokotusten suhteen esitetyssä tapauksessa päädyttiinkin suositteluun pelkkää DT(kurkkumätä-tetanus)-rokotetta.

Toisessa tapauksessa viiden kuukauden ikäinen lapsi muuttui vaisuksi ja huonosti reagoivaksi muutaman minuutin kuluttua rokotuksesta. Hengitysvaikeuksia tai limakalvoturvotusta ei kuitenkaan todettu. Adrenaliini- ja kortikosteroidilääkityksellä vointi koheni ja lapsi voi seurannassa hyvin.

Kolmannessa viiden kuukauden ikäisellä lapsella todettiin pistoskohdan turvotusta puoli tuntia rokotuksesta. Turvotus levisi molempiin alaraajoihin, jotka muuttuivat punoittaviksi. Punoitusta ja turvotusta todettiin myös kasvoissa ja vartalolla. Lapsen yleistila oli kuitenkin hyvä, verenpaine normaali eikä hengenahdistusta esiintynyt. Adrenaliini- ja kortisonipistosten jälkeen turvotus lievittyi vähitellen. Sairaalaseurannassa hän oli seuraavana päivänä oireeton, mutta ajoittaista punoitusta esiintyi kasvoissa, vartalolla ja alaraajoissa. Esitetyistä tapauksista kahdessa jälkimmäisessä päädyttiin suositteluun rokoteallergian selvittämistä. Lisäksi ajateltiin, että toisessa tapauksessa voisi olla kyse hinkuyskäkomponentin aiheuttamasta harvinaisesta hypotoonis-hyporesponsivisesta-episodista.

Kolmoisrokotteen jälkeen haittavaikutuksia raportoitiin eniten Tetanus-d-ro-

kotten yhteydessä (105), näistä selvästi yleisimpiä olivat pistoskohdan paikalliset reaktiot (85). □

*Ilona Idänpään-Heikkilä, KTL,
Rokoteturvallisuuslääkäri
(09) 4744 8671,
ilona.idanpaan-heikkila@ktl.fi*

Kansanterveyslaitokselle tulleet haittavaikutusilmoitukset vuonna 1999: yhteensä 490, näistä vakavia 17. Rokotteittain laskettu haittavaikutusten määrä on ilmoitusten määrää suurempi, koska rokotuskerralla annetaan joskus kaksi rokotetta ja haittavaikutus liitetään molempiin rokotteisiin. Rokotteita, joita annetaan vain muutamia satoja annoksia vuodessa sarake haitat/100 000 annosta on epätarkka ja merkitty NA.

Rokoteet	Kaikki ilmoitetut	Haittavaikutukset/ 100 000 annosta	Vakavat
BCG	2	1,4	0
Diphtheria	1	8,5	0
Diphtheria-tetanus (DT)	2	30	0
Hepatiitti A	6	17	0
Hepatiitti B	24	48	3
Hepatiitti A + B	4	13	0
Hib	92	42	3
Infanrix (DTPa)	2	NA	0
Influenssa	14	4	2
Japanin enkefaliitti	4	31	0
Keltakuume	1	NA	1
Kolera	-	-	0
Lavantauti	3	NA	1
Meningokokki	1	2	0
Morbilli-parotitis-rubella (MPR)	62	37	5
Pertussis-diphtheria-tetanus (PDT)	223	89	3
Pneumokokki	2	NA	0
Polio, IPV	102	19	4
Puutiasaivokuume	1	NA	0
Tetanus-diphtheria (Td)	105	28	1
Vesirokko	-	-	0
<i>Muut</i>			
Gammaglobuliini	6	1	1

Ilmoitus rokotuksen haittavaikutuksesta-lomakkeita voi tilata Oy Edita Ab:stä, puhelin (09) 566 0252, faksi (09) 566 0347. Lomakkeesta on myös ruotsinkielinen versio. Lomakkeet löytyvät myös Editan Netmarketista osoitteessa www.edita.fi/netmarket/lomake/lomakkeet/rokotes.pdf (suomenkielinen) ja www.edita.fi/netmarket/lomake/lomakkeet/rokoter.pdf (ruotsinkielinen). Lomakkeen voi täyttää suoraan verkossa ja tulostaa lähetettäväksi Kansanterveyslaitokselle.

The Nordic Council of Ministers finances the project "Infectious disease control in the Barents and Baltic Sea regions 1998-2001". The project area is Denmark, Finland, Iceland, Norway, Sweden, Murmansk, Arkhangelsk, Karelia, St. Petersburg, Leningrad, Kaliningrad, Estonia, Latvia and Lithuania.

We invite medical professionals who are responsible for, or interested in, infectious disease control at the national, regional or local level in their respective countries (in the project area), to take part in the international, advanced

COURSE IN INFECTIOUS DISEASE EPIDEMIOLOGY

Date and location: Jurmala (near Riga), Latvia, September 3-15, 2000.

Format and content: Lectures and case studies on epidemiological theory, outbreak investigations, communication, surveillance and other related subjects. Some homework must be expected. Only full-time participants will be accepted.

Faculty: Epidemiologists from the Nordic institutes for infectious disease control.

Fee: The course, meals and lodging are free of charge. The participants from Estonia, Latvia, Lithuania and Russia shall be granted fellowships, which cover travel costs, health insurance and daily allowances.

Language: The official language of the course is English. Participants could be asked to prove their language abilities.

Application: Applications, including a CV, and a description of background and motivation, should be sent to the National Institute of Public Health, PO Box 4404 Torshov, N-0430 Oslo, Norway, before June 15, 2000.

Information: More information and curriculum can be obtained from: Torgeir Boehler, National Institute of Public Health, Oslo
Tel: +47 22042655 Fax: +47 22042513
E-mail: torgeir.boehler@folkehelse.no



PERUSKOULU EI ANNA KAIKILLE RIITTÄVIÄ TIETOJA NUORTEN SEKSUAALITERVEYDEN PERUSTAKSI

Hyviä tietoja seksuaalisuudesta, raskauden ehkäisystä sekä suunnittelemattomiin raskauksiin, sukupuolitauteihin ja aidsiin liittyvästä riskikäyttäytymisestä pidetään seksuaaliterveyden perusedellytyksenä. Tietojen rakentuminen kehityksen myötä on tärkeää myös psyykkisessä sopeutumisessa murrosiän muutoksiin. Nuorten seksuaaliterveys kehittyi suotuisasti 1970–90-luvuilla, mutta viime vuosien tietojen mukaan ongelmat ovat lisääntymässä.

Suomessa avoin suhtautuminen seksuaalisuuteen ja seksuaalisuudesta keskusteluun on lisännyt tietoja ja edistänyt seksuaaliterveyttä. Nuorten kannalta on kuitenkin oleellista, että he saavat kehitysvaiheensa mukaisesti hyvin suunniteltua seksuaaliopetusta. Kansainvälisten arviointitutkimusten mukaan esimerkiksi koulujen suunnitelmallinen seksuaaliopetus valmistaa nuorta kohtaamaan oman seksuaalisuutensa heräämistä, lisää tietoja, lykkää yhdyntäkokenuksia myöhemmäksi iäkään sekä tehostaa raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisyä.

Oikeus tietoon, koulutukseen ja neuvontaan on etenkin nuorten kannalta tärkeimpiä kansainvälisen perhesuunnittelujärjestön IPPF:n määrittelemistä seksuaalioikeuksista. Nuoret tarvitsevat tietoa ehkäisymenetelmistä, sukupuolitaudeista ja HIV-infektiosta sekä omista oikeuksistaan. Heidän tulee myös saada tietoa omasta kasvustaan ja heitä on tuettava vastuullisuuteen. Tietoperustaan sisältyvät siten lisääntymisen fysiologian sekä raskauksien ja sukupuolitautilien ehkäisyn rinnalla myös tiedot seksuaaliterveyden psyykkisistä ja sosiaalisista ulottuvuuksista. Suunnitelmallisen ja monipuolisen seksuaaliopetuksen tulisi vuosittain tavoittaa kaikki nuoret etenkin murrosiässä.

SEKSUAALIOPETUS
JA TERVEYSPALVELUT UHATTUINA

1980-luvulla HIV/AIDS-epidemian virittämä kiinnostus tehosti koulujen seksuaaliopetusta ja samalla järjestettiin valtakunnallista tiedottamista. Kuntien koulu- ja opiskelijaterveydenhuollot ja perhesuunnitteluneuvolat toimivat tuolloin vielä hyvin. 1990-alun alkupuolella hallinnon hajauttamisen yhteydessä vähennettiin valtakunnallista ohjausta. Kunnat ja koulut ovat vuodesta 1994 lähtien vastaanottaneet opetussuunnitelmistaan, ja aiempaan

verrattuna valtakunnallisen opetussuunnitelman velvoite seksuaaliopetuksen toteuttamiseen on selvästi löystynyt. Väestövastuun toteuttaminen terveydenhuollossa on vähentänyt kouluterveydenhuoltoon ja perhesuunnitteluun erikoistunutta asiantuntemusta.

Vuoteen 1986 mennessä tehdyissä tutkimuksissa todettiin huomattavia puutteita seksuaaliterveystiedoissa, erityisesti nuorten tiedoissa sukukypsyysdestä ja raskaaksi tulosta. Seuraavien kuuden vuoden aikana tiedot paranivat merkittävästi. 1990-luvun alussa noin 80 prosenttia pojista ja 90 prosenttia tytöistä tiesi 15-vuotiaana keskeiset raskaaksi tuloon ja raskauden ehkäisyyn liittyvät asiat. Nuorilla oli hyvät tiedot AIDSista ja HIV-infektiosta, mutta yleisemmin sukupuolitaudeilta suojautumiseen liittyvissä tiedoissa oli kuitenkin edelleen puutteita.

SEKSUAALITERVEYS-
TIEDOISSA AUKKOJA

Stakesin kouluterveyskyselyissä on vuodesta 1996 lähtien kysytty 8. ja 9. luokkalaisten tietoja sukukypsyys- ja raskauttamisesta, raskaaksi tulosta, sukupuolitaudeista ja homoseksuaalisuudesta. Nämä asiat sisältyvät peruskoulun yläasteen valtakunnallisen opetussuunnitelmaan sekä muuhun koulu- ja terveyshallinnon ohje- ja tukimateriaaliin. Suurin osa nuorista (80–90 %) vastasi oikein sukukypsyys- ja homoseksuaalisuuden määritelmää koskeviin väittämiin. Eniten puutteita oli tiedoissa sukupuolitaudeista ja raskaaksi tulosta. Viidesosa nuorista ei tiennyt, että vain kondomi suojaa sukupuolitaudeilta. Kolmasosa nuorista oli tietämättömiä siitä, että ensimmäinen yhdyntä voi johtaa raskautteen. Vain 57 prosenttia vastaajista tiesi, että sukupuolitauti voi olla täysin oireeton ja vielä harvemmat (46 %) tiesivät, että klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä.

Kouluterveyskyselyjen aineistossa oli kymmenen koulua, joiden yhdeksäsluokkalaisten oppilaat vastasivat neljään samaan tietoväittämään jo KISS-tutkimuksessa vuosina 1986, 1988 ja 1992. Tässä osa-aineistossa tiedontaso parani voimakkaasti vuosien 1986 ja 1988 välillä ja hieman myös vuoteen 1992 mennessä, mutta ei enää vuosikymmenen lopulle (1998–99) tultaessa. Tämän vertailun perusteella näyttää jopa siltä, että joissakin osioissa nuorten tiedot ovat heikentyneet. Väittämän 'Nainen ei voi tulla raskaaksi ensimmäisellä yhdyntäkerralla' tiesi vääräksi 1990-luvun lopussa 9. luokkalaista pojista 15 prosenttisyksikköä (80 % vs. 65 %) ja tytöistä kuusi prosenttisyksikköä (84 % vs. 78 %) pienempi osuus vuosikymmenen alun tilanteeseen verrattuna.

SUUNNITELMALLINEN OPETUS
JA VALISTUS TÄRKEÄÄ

Kouluterveyskyselyissä seksuaaliterveystietojen taustatekijöiden tarkastelu

osoitti, että luokka-asteen ja sukupuolen ohella tärkeitä huonojen seksuaaliterveystietojen määreitä olivat huono koulu- ja menestys, keskimääräistä myöhäisempi sukukypsyys saavuttaminen, lyhyet jatkokoulutus suunnitelmat peruskoulun jälkeen, vanhempien matala koulutustausta, se että seksiasiat eivät vielä olleet nuorelle ajankohtaisia sekä tytöillä seksuaalitekemusten vähäisyys. Näiden taustatekijöiden vakiointin jälkeenkin koulussa saatu seksuaaliopetus ja STM:n seksuaalikasvatuslehden lukeminen selittävät voimakkaasti nuoren seksuaaliterveyden tiedontasoa. Oppilaalla, joka ei ollut saanut koulussa seksuaaliopetusta, oli monipuolista opetusta saaneeseen oppilaaseen verrattuna lähes kaksinkertainen riski omata puutteelliset tiedot seksuaaliterveydestä.

Kouluterveyskyselyssä pojilla seksuaalitekemusten karttuminen tai varhainen biologinen kypsyminen eivät olleet yhteydessä tiedontasoon. Tämänikäisillä pojilla on seksuaalitekemuksia lähes yhtä paljon kuin tytöillä. Aikaisempien tutkimusten mukaan seksuaalitekemuksia omaavat tytöt hankkivat myös kokemattomia aktiivisemmin tietoja esimerkiksi kirjoista, kavereilta, koulusta. Pojilla vastaavaa yhteyttä ei ole yhtä selvästi havaittu. Myös koulun seksuaaliopetus tavoittaa paremmin tytöt kuin pojat.

Nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi keskeisenä haasteena on riittävien tietojen välittäminen kaikille nuorille, sekä pojille että tytöille. Ongelmien kääntyessä kasvuun seksuaalikasvatuksen sisältöjä ja menetelmiä tulisi entistä enemmän tutkia ja kehittää. Tällaiselle tutkimus- ja kehittämistyölle ei kuitenkaan ole toistaiseksi rakentunut pitkäjänteisiä toimintaedellytyksiä yliopistoihin eikä valtion tutkimuslaitoksiin. □

Arja Liinamo,

Jyväskylän ammattikorkeakoulu,

(014) 444 6907, arja.liinamo@jypoly.fi

Matti Rimpelä, Stakes



TERVEYSTIETOJA KOULUIHIN

Tulevaisuuden terveys- ja hyvinvointipolitiikan suurimpia haasteita on löytää keinot, jotka edistävät terveyden oikeudenmukaista jakautumista. Väestön terveysosaaminen on eräs keskeinen keino terveyserojen pienentämisessä. Itsenäinen terveystiedon oppiaine perusopetuksessa olisi oiva keino taata jokaiselle peruskoulunsa päättäneelle riittävä terveysosaaminen.

Terveystiedon opetuksen järjestämisestä koskevat päätökset perusopetuksessa, lukiossa ja ammatillisessa perus-

opetuksessa tehdään eduskunnassa tämän kevään aikana. Opetusministeriön virkamiestyöryhmä ehdotti syksyllä 1999 valmistelemissaan muistiossa terveystietoa omaksi oppiaineeksi lukioihin ja ammatillisiin oppilaitoksiin. Se esitti, että terveystieto ja liikunta jaetaan erillisiksi oppiaineiksi. Perusopetukseen (peruskouluun) terveystietoa ei esitetty omaksi oppiaineeksi, vaan yhdeksi kolmesta kansalaistaito-oppiaineen sisällöistä. Kaksi muuta sisältöaluetta olisivat sosiaaliset taidot ja yleisten kansalaistaitojen kehittäminen sekä turvallisuustaitojen ja valmiuksien saavuttaminen.

Koululakien mukaan opetuksen pitää antaa valmiuksia myöhempää elämää ja jatko-opintoja varten. Tästä päämäärästä huolimatta terveyttä käsittelevät oppitunnit ovat 1990-luvulla vähentyneet ja peruskoulujen väliset erot kasvaneet. Monessa peruskoulussa terveyttä käsittelevät oppitunnit tulevat liian myöhään lapsen kehitystä ajatellen ja opetus kokonaisuudessaan on niin vähäistä, jäsentymättömyyttä ja sattumanvaraista, ettei se täytä opetukselle asetettuja yleisiä tavoitteita. Opettajien terveystiedon asiantuntemuksessa on myös puutteita.

KOULULAKEJA TARKISTETAAN

Nyt koululakeja tarkistettaessa nämä epäkohdat voitaisiin korjata lisäämällä perusopetuksesta annettuun lakiin terveystieto omana oppiaineenaan. Terveystiedon opetus olisi järjestettävä suunnitelmallisesti esiopetuksesta alkaen koko perusopetuksen ajan oppilaiden kehitysvaihe huomioon ottaen. Opetuksen tavoitteet ja sisältö suunnitellaan siten, että oppilaat oppivat terveystietoja ja -taitoja sekä terveyttä edistäviä asenteita. Perusopetuksessa terveystiedon opetukseen varataan 1-6 luokka-asteilla neljä ja 7-9 luokka-asteilla kolme vuosiviikkotuntia. Terveystietoa opettavien opettajien pätevytyminen varmistetaan lisäämällä terveystietojen peruskoulutukseen ja toteuttamalla laaja valtakunnallinen täydennyskoulutusohjelma.

Terveystiedon opetuksen tulisi perusopetuksen kuluessa antaa jokaiselle koulunsa päättävälle nuorelle riittävät terveystiedot ja -taidot. Niiden avulla hän ymmärtää terveyden, kasvun, kehityksen, vanhenemisen ja sairastumisen tärkeimmät prosessit, osaa ylläpitää ja hoitaa omaa terveyttään sekä voi osallistua yhteisönsä terveyden edistämiseen. Lasten ja nuorten tulisi lisäksi osata kriittisesti arvioida ympäristössään tarjolla olevaa terveyteen vaikuttavaa ja sitä koskevaa tietoa. Käytännössä tämä tarkoittaa riittävän tiedon antamista terveydestä ja sairauksista, terveyttä suojaavista ja vaarantavista tekijöistä sekä niiden vaikutusmekanismeista. Terveystiedon opetuksen tehtävänä on rakentaa tiedon, ymmärryk-

sen ja osaamisen perusta, jolloin myös erityiset terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen toiminnat tuottavat nykyistä parempaa tulosta.

Terveystiedon opetuksen keskeisinä sisältöinä tulisi olla ihmisen kasvu, kehitys ja vanheneminen, seksuaalinen terveys, mielenterveys, ravinto ja terveys, liikunta ja terveys, päihde- ja vaikutteen, uni ja lepo, henkilökohtainen hygienia, turvallisuus- ja ensiaputaidot, ympäristö- ja työterveys, sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut, yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy, psykosomaattiset oireet ja niiden tunnistaminen ja tulkitseminen, itsehoitovälitteet terveyden edistämässä ja sairauksien hoidossa. Nämä sisältöalueet kuvaavat terveystieto-oppiaineen ydinolemusta.

Terveystiedon saamista omaksi oppiaineeksi perusopetukseen ja sen opetuksen asianmukaista järjestämistä voidaan kansanterveydellisiltä vaikutuksiltaan verrata kouluruokailuun ja kouluterveydenhuoltoon. □

Eeva-Liisa Urjanheimo, Suomen Terveystietojärjestö STHL ry



EUROOPAN TERVEET KOULUT -OHJELMA SUOMESSA

Euroopan terveet koulut -ohjelma (The European Network of Health Promoting Schools) on WHO:n Euroopan aluetoimiston, Euroopan Neuvoston ja Euroopan Komission vuonna 1991 yhteistyössä käynnistämä koulu-yhteisön terveyden edistämisen ohjelma, johon kuuluu noin 40 Euroopan maata. Suomi liittyi mukaan 1993 ja ohjelmaa on toteutettu kaksi kolmivuotiskautta. Parhailaan ollaan käynnistämässä kolmatta toimintakautta.

ETK-ohjelman missiona on, että kaikista kouluista kehittyisi terveyttä edistäviä oppimis- ja työympäristöjä. Kokonaisvaltaiseen koulun terveyden edistämiseen ohjelmaan kuuluu opetussuunnitelmatyö, koulun toimintakulttuurin kehittäminen sekä yhteistyö kotien ja muiden sidosryhmien kanssa. Lähtökohdana on koulu-yhteisöjen aktiivinen osallistuminen toimintaprosessiin.

Suomen ETK-ohjelman toimintaa koordinoi Terveystiedon edistämisen keskus ja tutkimuksesta vastaa Kuopion yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkijaryhmä professori Kerttu Tossavainen johtamana. ETK-ohjelman keskeisenä tavoitteena on ollut koulu-yhteisön käytännön terveydenedistämistoimintojen kehittäminen yhdessä koulujen henkilöstön

kanssa (peruskouluja N=31). Koulujen verkostoituminen ja kokemusten vaihto ovat keskeisiä huomion kohteita ETK-ohjelmassa. Toimintamuodot ja käytännön tavoitteet ovat muotoutuneet kouluissa työskentelevien yhteisten pohdintojen ja yhteistyön avulla. Verkoston koulut ovat perehtyneet koulu-yhteisön terveyden edistämisen teoriaan ja käytäntöön sekä harjaantuneet toimintakokemuksella ja yhteistoiminnallisten oppimismenetelmien käytössä. Osallistavalla toimintatutkimuksella arvioidaan koulujen terveyden edistämisen prosesseja, ohjelman vaikuttavuutta ja toiminnan vakiintumista kouluissa.

TERVEYDEN EDISTÄMINEN KEHITTÄMISEN HAASTEENA

Suomen ETK-ohjelmaa on arvioitu ensimmäisellä (1993-96) ja toisella (1997-99) toimintakaudella. Tutkimusten mukaan terveyden edistämisen perusta (mm. kouluruokailu, liikunta, oppimisympäristön turvallisuus) on ETK-kouluissa yleisesti ottaen hyvää tasoa. Toisen toimintakauden (1997-99) aikana lisääntyvässä määrin on kiinnitetty huomiota oppimisympäristön fyysiseen ja psyykkiseen turvallisuuteen niin oppituntien kuin välituntienkin aikana. Kouluterveydenhuollon palvelut olivat huonontuneet jonkin verran kolmen vuoden aikana.

Kouluissa käytetään yhä enemmän oppilaita aktivoivia, yhteistoiminnallisia opetus- ja oppimismenetelmiä. Kouluissa on kehitetty terveyden edistämisen opetussuunnitelmia, mutta terveyden edistämisen integroituminen eri oppiaineisiin ei näytä toteutuvan kovinkaan hyvin. Terveystiedon edistämisen arviointiin on lisätyä määrin kiinnitetty huomiota, mikä on hyvä suunta.

Koulut ovat kehittäneet terveyttä edistävää toimintaa omista paikallisista tarpeistaan ja lähtökohdistaan käsin. Suurin osa koulujen henkilökunnasta on tietoinen ETK-ohjelman tavoitteista. Useimmissa kouluissa on ETK-ohjelman suunnitteluryhmä, joka kokoontuu säännöllisesti. Kolmen viimeisen toimintavuoden aikana ETK-koulujen verkostoituminen on lisääntynyt huomattavasti erityisesti omalla paikkakunnalla. Suurin osa ETK-koulujen yhdyshenkilöistä on kokenut saaneensa riittävästi tukea ohjelman käytännön toteuttamiseen, mutta ei riittävästi aikaa tehtävän hoitamiseen.

Tutkimustulosten mukaan hyvinvoinnin ja terveyden arvokeskustelut, arviointimenetelmien hallinta, paikallinen yhteistyö sekä oppilaiden ja vanhempien entistä aktiivisempi mukaan ottaminen ovat uuden toimintakauden keskeisiä painopistealueita koulujen terveyden edistämisen suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa. Koulu-yhteisö on keskeinen terveyden edistämisen areena, jossa lapset ja nuoret viettävät suuren osan tärkeitä kasvun ja kehityksen vuosiaan.

ETK-ohjelman jatkossa on tärkeää panna nostaa terveyden edistämisen sisällölliseen kehittämiseen, terveysopetukseen ja infrastruktuurin vahvistamiseen toiminnan jatkuvuuden turvaamiseksi. □

*Kerttu Tossavainen, Kuopion yliopisto
(017) 162 612, Kerttu.Tossavainen@uku.fi*
*Sirkka Jakonen, Kuopion yliopisto,
Hannele Turunen, Kuopion yliopisto,
Ulla Salomäki,
Terveyden edistämisen keskus*
*Heli Tyrväinen,
Terveyden edistämisen keskus*
Harri Vertio, Terveyden edistämisen keskus



TUPAKOINNIN JA HUUMEIDEN KÄYTÖN EHKÄISYYN OHJELMA

*Nuorten tupakoinnin ja huume-
kokeilujen ehkäisemiseksi tehdään
eurooppalaista ohjelmaa.*

ESFA -projekti (European Smoking prevention Framework Approach) on 1997 käynnistynyt Euroopan unionin ja kuuden jäsenvaltion yhteisesti rahoittama ja toteuttama eurooppalainen tutkimushanke, jonka pitäisi kehittää, toteuttaa ja arvioida viiden vuoden aikana nuorten tupakointia ehkäisevä ohjelma. Tätä koulu- ja yhteisötasoisia ohjelmaa sovellettaisiin myöhemmin myös muissa EU:n jäsenvaltioissa.

Suomessa ohjelmalla pyritään lisäksi ehkäisemään nuorten huume- ja huumekokeiluja. Suomen lisäksi projektiin osallistuvat maat ovat Tanska, Alankomaat, Iso-Britannia, Espanja ja Portugali. Projektin rahoituksesta 71 prosenttia saadaan Euroopan Komission Tobacco Fundista ja loput 29 prosenttia kuuluu kansalliseen rahoitusosuuteen. Suomessa Helsingin ESFA Nuorisotutkimuksesta vastaa KTL. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Helsingin opetusviraston kanssa ja hanketta rahoitetaan STM:n terveyskasvatusmäärärahasta.

RIPPILAIRILLEKIN

Helsingin 27 yläastetta on satunnaisesti jaettu koe- ja kontrolliryhmään. Interventio- ja kontrolliryhmäissä syksyllä 1998 yläasteensa aloittaneille oppilaille kehitetään ja toteutetaan erityinen tupakoinnin ja huumeiden käytön ehkäisyyn tähtäävä ohjelma 7., 8. ja 9. luokan ajalle. Koulutason interventio-ohjelma sisältää mm. erityisoppitunteja ja tupakoimattomuuskilpailuja. Yhteisötasolla interventio-ohjelmaa toteutetaan esimerkiksi koeryhmään kuuluvien nuorten hammashuollon vuositarkastusten ja rippileirien yhteydessä. Ohjelman vaikutuksia arvioidaan vuosittain toteutettavilla tutkimuskyselyillä (n=2 823). Kyselyihin osallistuvat myös

kontrolliryhmään kuuluvat helsinkiläiset nuoret, joiden osalta terveyskasvatus koulu- ja yhteisötasolla jatkuu entiseen tapansa.

"TUPAKOINTI RAUHOITTA"Ä

Lähtöasokyselyn tulosten perusteella tarkasteltiin yläasteensa aloittavien nuorten tupakointiin ja tupakointiaikomuksiin yhteydessä olevia tekijöitä. Tätä tietoa on käytetty apuna Helsingin ESFA Nuorisotutkimuksen toisen interventiovuoden ohjelman painopistealueita suunniteltaessa. Tupakointikäyttäytymisen kannalta tärkeiksi tekijöiksi osoittautui ensinnäkin sosiaalisen ympäristön suunnalta tuleva vaikutus, joka liittyy paljolti nuoren omaan kokemukseen siitä, kuinka moni hänen vertaisryhmästään tupakoi. Tärkeäksi osoittautui myös nuoren pystyvyys tupakoimattomuuteen tietyissä negatiivisissa tunnetiloissa, kuten masentuneena, huolestuneena tai hermostuneena. Kolmanneksi nuorten asenteet ja odotukset tupakoinnin vaikutuksista liittyvät paljolti käsityksiin tiettyjen mielialojen, kuten rauhoittuneeseen ja rentoutuneeseen olotilaan.

Yhteensä taustamuuttujilla pystyttiin selittämään 51 prosenttia tupakointikäyttäytymisen vaihtelusta. Tupakointiaikomusten osalta tärkeimmäksi tekijäksi osoittautui kyky kieltäytyä erilaisia kaveripaineita sisältävissä tupakan tarjoamislanteissa. Aikomusten kannalta muita tärkeitä tekijöitä olivat nuorten käsitykset tupakoinnin terveyshaitoista, muiden nuorten tupakointikäyttäytymisestä sekä positiivisten mielialojen saavuttamisesta tupakoinnin avulla. Tupakointiaikomusten vaihtelusta taustamuuttujilla pystyttiin selittämään 58 prosenttia. Nuorten tupakoinnin ehkäisyohjelmissa tulisi kehittää menetelmiä, joilla pystyttäisiin vaikuttamaan näihin tekijöihin. □

*Riku Lehtovuori, KTL
(09) 477 1207, riku.lehtovuori@ktl.fi*

Erkki Vartiainen, KTL



YLÄASTEELTA AIKUISUUTEEN – MUUTOKSET TUPAKOINNISSA

Nuorten tupakointi lisääntyy nopeasti yläasteella. Tupakoiko nuori yhdeksännellä luokalla, ennustaa tupakointikäyttäytymistä aikuisena.

Nuorten tupakoinnin aloittamisesta ja sen vakiintumisesta on olemassa vain muutama pitkittäistutkimus. Pohjois-Karjalan nuorisoprojektin arviointitutkimuksen yhteydessä kerätyn aineiston avulla selvitetään tupakointimuutoksia 15 vuoden seurantana. Ensimmäinen kysely tehtiin 13-vuotiaille 1978 ja viimeisin 28-vuotiaille 1993–94.

Nuorisoprojekti toteutettiin Pohjois-Karjalassa vuosina 1978–80 neljän yläasteen oppilaille. Arvioinnissa oli mukana kaksi kontrollikoulua Kuopion läänistä. Samojen oppilaiden tupakointia selvitetiin kuusi kertaa 15 vuoden aikana. Tutkittavat olivat tällöin 13-, 15-, 16-, 17-, 21- ja 28-vuotiaita.

Alkukartoituksessa tehtiin lomakekysely seitsemäsluokkalaisille (n=904). Yhdeksännellä luokalla vastaavaan kyselyyn osallistui 851 oppilasta, vastausprosentti oli 94. Vuosina 1981, 1982, 1986 ja 1993 vastausprosentit alkuperäisestä otoksesta olivat 94, 88, 75 ja 71.

TUPAKOINTI YLEISINTÄ 21-VUOTIAANA

Tupakointi lisääntyi voimakkaimmin 13–15-ikävuoden eli peruskoulun yläasteen aikana: seitsemäsluokkalaisista viikoittain tupakoivia oli neljä prosenttia ja yhdeksäsluokkalaisista 21 prosenttia. Tupakointi oli yleisintä 21-vuotiaana: tytöistä tupakoi päivittäin 24 ja pojista 36 prosenttia. Tämän jälkeen kummankin sukupuolen päivittäinen tupakointi väheni kolme prosenttiyksikköä 28-ikävuoteen mennessä. Sukupuolten välillä oli selvät erot ensimmäisen kerran 21-vuotiaana. Siitä lähtien miehet tupakoivat selvästi naisia enemmän.

Tupakoiviksi luokiteltiin vähintään viikoittain tupakoivat, tupakoimattomiksi muut. Tupakoivia oli 15-vuotiaista 21, 28-vuotiaista 30 prosenttia. Kaksi kolmasosaa tupakoivista 15-vuotiaista tupakoi myös 28-vuotiaana ja neljä viidestä tupakoimattomasta 15-vuotiaasta oli tupakoimaton myös 28-vuotiaana. Neljäsosa muutti tupakointikäyttäytymistään 15-vuotiaasta 28-vuotiaaseen.

SAVUTON KOULULAINEN – SAVUTON AIKUIINEN

Tupakoivista 28-vuotiaista puolet oli aloittanut tupakoinnin yläasteella ja puolet sen jälkeen. Tupakoimattomista 28-vuotiaista yhdeksän kymmenestä oli ollut tupakoimattomia myös 15-vuotiaana ja vain yksi kymmenestä oli tupakoimaton 15-vuotiaana. Pojat olivat aloittaneet tupakoinnin tyttöjä useammin peruskoulun jälkeen.

Nuorten tupakointi lisääntyi erittäin nopeasti yläasteen aikana. Tupakointi/tupakoimattomuus yhdeksännellä luokalla ennusti hyvin tupakointikäyttäytymistä myös aikuisena. Tupakoinnin aloittamisen ehkäisy on tärkeää yläasteen aikana, mutta sitä ei pitäisi unohtaa peruskoulun jälkeenkään, sillä tupakoivista aikuisista puolet oli aloittanut tupakoinnin vasta yläasteen jälkeen. □

*Meri Paavola, KTL
(09) 477 1206, meri.paavola@ktl.fi*

Erkki Vartiainen, KTL

Pekka Puska, KTL

TERVEYS 2000 – KANSALLINEN TUTKIMUS VÄESTÖN TERVEYDESTÄ JA TOIMINTAKYVYSTÄ ALKAA

Kansanterveyslaitoksen koordinoimana ensi syksynä käynnistyvä valtakunnallinen Terveys 2000 -tutkimus kartoittaa laajasti suomalaisten terveyttä, toimintakykyä, sairauksia ja niihin vaikuttavia tekijöitä. Edellinen tämän kaltainen terveystarkastukseen perustuva väestön laaja terveystutkimus, Kansaneläkelaitoksen Mini-Suomi -hanke, toteutettiin noin 20 vuotta sitten. Nyt kerättävää tietoa pyritään soveltuvien osin vertaamaan kahden vuosikymmenen takaiseen tietoon. Terveystiedot ovat tärkeitä mm. terveystietojen ja -turvan suunnittelussa.

Terveys 2000 -tutkimukseen valitaan valtakunnallisesti edustava 10 000 henkilön satunnaisotos 18 vuotta täyttäneistä suomalaisista. Heidät haastatellaan, ja lisäksi 30 vuotta täyttäneiden (noin 8 000 henkilöä) terveys tarkastetaan. Tässä vaiheessa on jo valittu ne 80 terveystarkastusta (kuntaa tai kuntayhtymää), joissa tutkimus toteutetaan. Mukana on erikoiskuntia Helsingistä Utsjoelle.

Runsaan vuoden ajan yli sata terveyden eri alojen asiantuntijaa on suunnitellut tutkimuksen sisältöä aihealuekohtaisesti ryhmissä. Siten mm. sydän- ja veri-

suonitauteja, tuki- ja liikuntaelinsairauksia, mielenterveyden ongelmia ja suun terveydentilaa selvittäviä kyselyitä ja mitauksia on valmisteltu omina kokonaisuuksinaan. Kuluvana keväänä palaset on koottu yhtenäiseksi tutkimuskokonaisuudeksi.

ENSIN KOTIKÄYNTTEJÄ

Terveys 2000 -tutkimus alkaa Tilastokeskuksen haastattelijoiden suorittamalla, noin tunnin mittaisella kotikäyntihaastattelulla, jolla kerätään perustiedot tutkittavan elinoloista, elintavoista ja terveydestä. Nämä tiedot ovat kenttätutkijoiden käytössä terveystarkastuksessa, jonne tutkittava kutsutaan muutama viikko haastattelun jälkeen. Terveystarkastus kestää runsaat kolme tuntia, ja siinä on mm. lääkärin ja hammaslääkärin tarkastus, toimintakykytestejä, monipuolisia mittauksia, verinäytteen otto sekä mielenterveyshaastattelu. Lisäksi tutkittavat vastaavat itse täytettäviin kyselyihin. Tutkittavat saavat palautteena itseään koskevia terveystietoja, kuten mittausten ja laboratoriotulosten tuloksia sekä lääkärin arvion terveydentilastaan.

Tutkimuskokonaisuutta testattiin ensimmäisen kerran tammi-helmikuussa 2000, jolloin Helsingissä Herttoniemen sairaalassa toteutettiin ensimmäinen esitutkimus, mihin kutsuttiin noin 30 henkilöä. Toinen esitutkimus toteutetaan niin ikään Helsingissä toukokuun alkupuolella, ja kutsuttavia on 132. Varsinainen kenttätyö alkaa koulutusjaksolla elokuun 2000 loppupuolella, jolloin ensimmäiset lopulliseen otokseen kuuluvat tutkittavat haastatellaan. Terveystarkastukset alkavat syyskuun puolessavälissä.

VIISI KENTTÄRYHMÄÄ

Syksyllä terveystarkastuksia toteuttaa viisi kenttäryhmää, jotka lähtevät liikkeelle yliopistosairaala-kaupungeista ja kiertävät noin puolen vuoden ajan omaa aluettaan. Paikasta toiseen siirrytään tiheimmillään kolmen päivän välein. Ryhmissä on 14–15 henkilöä, joista kaksi on lääkäreitä, yksi hammaslääkäri, yksi hammashoitaja ja loput ovat tutkimushoitajia tai laborantteja. Henkilöstön rekrytointi on paraikaa käynnissä. Kenttäjakso kestää helmi-maaliskuun vaihteeseen 2001. Tutkimustiloina toimivat ensi sijassa paikalliset terveystarkastukset tai sairaalaoastot. Terveystarkastukseen saapumatta jääneet pyritään tutkimaan lyhyemmän kaavan mukaan erillisellä kotikäynnillä.

KTL:n kanssa hanketta valmistelevat ja toteuttavat Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kuntien eläkevakuutus, Stakes, Tilastokeskus, Työterveyslaitos ja UKK-instituutti sekä monien korkeakoulujen ja useiden tutkimuslaitosten edustajat yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön sekä kuntien kanssa. Poikkileikkaustiedon ja mm. Mini-Suomi -vertailun lisäksi Terveys 2000 -tutkimus tarjoaa erinomaisen lähtökohdan myöhemmille seurantatutkimuksille ja jatkaa kansainvälisesti arvioiden poikkeuksellisen vahvaa kansanterveyden tutkimuksen perinnettä Suomessa. □

*Sami Heistaro, KTL
(09) 4744 8796, sami.heistaro@ktl.fi*

Seppo Koskinen, KTL

Arpo Aromaa, KTL

KANSANTERVEYSLAITOS



Päärakennus
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 47 441
<http://www.ktl.fi>

KANSANTERVEYS

KTL:N TIEDOTUSLEHTI
Päätoimittaja Pauli Leinikki
Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8403
Faksi (09) 4744 8468
pauli.leinikki@ktl.fi
Toimitussihteeri Merja Tielinen
Mannerheimintie 166, 00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8743
Faksi (09) 4744 8746
merja.tielinen@ktl.fi

TOIMITUSKUNTA

Pentti Huovinen
PL 57, 20521 Turku
Puhelin (02) 251 9255
Faksi (02) 251 9254
pentti.huovinen@ktl.fi

Leena Korhonen
PL 95, 70701 Kuopio
Puhelin (017) 201 372
Faksi (017) 201 155
leena.korhonen@ktl.fi

Hanna Nohynek
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8246
Faksi (09) 4744 8675
hanna.nohynek@ktl.fi

Eeva Pekkanen
Mannerheimintie 166
00300 Helsinki
Puhelin (09) 4744 8685
Faksi (09) 4744 8468
eeva.pekkanen@ktl.fi

Jouni Tuomisto
PL 95, 70701 Kuopio
Puhelin (017) 201 305
Faksi (017) 201 265
jouni.tuomisto@ktl.fi

*Lehden aineistoa lainattaessa
on lähde aina mainittava.*

TARTUNTATAUTIREKISTERI
Puhelin (09) 4744 8484 Eija Kela
Faksi (09) 4744 8468, ejja.kela@ktl.fi

EPIDEMIAKONSULTAATIOT
Puhelin (09) 4744 8234, 4744 8557

ROKOTUSNEUVONTA
Matkailijoiden rokotukset
ma ja to klo 10–12, puhelin (09) 4744 8485
Muu rokotusneuvonta (rokotusaikataulut,
neuvolarokotukset, haittavaikutukset):
arkisin klo 9–12
puhelin (09) 4744 8243

YMPÄRISTÖONGELMANEUVONTA
Puhelin (017) 201 325

ISSN 1236 - 973X
Painopaikka: Askon paino 9.99