SEIJA SIHVOLA

Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa

English summary

Tampereen yliopisto
Tampere 2000

Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa

Acta Universitatis Tamperensis 751

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, terveystieteen laitos

Ohjaajat
Professori Arja Rimpelä
Tampereen yliopisto
Tutkimusprofessori Matti Rimpelä
Stakes

Esitarkastajat
Professori Päivi Rautava
Turun yliopisto
Emeritusprofessori Mauri Isokoski

Myynti

Tampereen yliopiston
julkaisujen myynti
PL 617
33101 Tampere

Puh. (03) 215 6055
Fax (03) 215 7150
taju@uta.fi
http://granum.uta.fi

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Painettu väitöskirja
Acta Universitatis Tamperensis 751
ISBN 951-44-4825-1
ISSN 1455-1616

Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print
Tampere 2000

Sähköinen väitöskirja
Acta Electronica Universitatis Tamperensis 37
ISBN 951-44-4826-X
ISSN 1456-954X
http://acta.uta.fi

SEIJA SIHVOLA

Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa

■

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi terveystieteen laitoksen
luentosalissa, Medisiinarinkatu 3, Tampere,
maanantaina 15. päivänä toukokuuta 2000 klo 12.

English summary

Tampereen yliopisto
Tampere 2000

Ilkalle, Eijalle, Pekalle ja Jaakolle
sekä vanhemmilleni

SISÄLLYSLUETTELO

Tiivistelmä 12

Summary 14

1 Johdanto 17

2 Kirjallisuuskatsaus 21
2.1 Kouluterveydenhuolto 21
2.1.1 Historiaa 21
2.1.2 Nykymuotoisen kouluterveydenhuollon säädöspohja ja ohjeistus 23
2.1.3 Kouluterveydenhuoltoon liittyvät tutkimukset 26
2.1.4 Kouluterveydenhuoltoon liittyvä tilastointi 28
2.1.5 Lomakkeet ja tietosuoja 29
2.1.6 Määräaikaistarkastusten ohjeistus ja nykyinen toteutuminen 31
2.1.7 Terveyskeskustelu 36
2.2 Koulun alkaminen siirtymävaiheena 37
2.2.1 Demografiset tiedot koulutulokkaasta 37
2.2.2 Koulutulokkaan kehitysvaihe 38
2.2.3 Koulunkäyntiin ja luokkaan sopeutuminen 39
2.3 Lapsen terveys koulun alkaessa 43
2.3.1 Terveyteen liittyvän tiedon tuotanto 43
2.3.2 Pitkäaikaissairaudet 47
2.3.3 Lihavuus 49
2.3.4 Oireet 49
2.4 Lasten terveyteen vaikuttavat tekijät 51
2.4.1 Sosiodemografinen asema 51
2.4.2 Kotiolot 52
2.4.3 Kouluolot 53
2.4.4 Lapseen liittyvät omakohtaiset tekijät 54
2.4.5 Suoja- ja riskitekijät 56
2.5 Lapsen terveyden määrittäminen koulun alkaessa 57

3 Tutkimuksen tavoitteet 60

4 Aineisto ja menetelmät 61
4.1 Tutkimuksen rakenne 61
4.2 Kouluuntulotarkastuskysely 61
4.3 Terveyskeskustelututkimus 62
4.3.1 Ensimmäinen pilottitutkimus 63
4.3.2 Toinen pilottitutkimus 64
4.3.3 Terveyskeskustelun lomake ja aineisto 66
4.3.4 Aineiston kuvaus 74
4.3.5 Terveydenhoitajien palaute 75
4.4 Terveydenhoitajakysely 75
4.5 Tilastolliset menetelmät 78

5 Tulokset 79
5.1 Kouluuntulotarkastukset 1996 79
5.2 Terveydenhoitajakyselyn tulokset 82
5.2.1 Työaika, tehtäväalueet ja oppilasmäärät 82
5.2.2 Kouluuntulotarkastuksen ajankohta, kesto ja toteuttaminen 83
5.2.3 Lomakkeet, terveydenhoitosuunnitelma ja opettajan tapaaminen 84
5.2.4 Terveydenhoitajien näkemyksiä kouluuntulotarkastuksesta 84
5.2.5 Tiedot koulutulokkaista ja heidän perheistään 86
5.3 Terveyskeskustutkimuksen tulokset 88
5.3.1 Terveys 88
5.3.2 Terveysongelmien kasautuminen 91
5.3.3 Kotiolot 93
5.3.4 Kouluolot 97
5.3.5 Lapseen liittyvät omakohtaiset tekijät 100
5.3.6 Sosiodemografisen aseman, koti- ja kouluolojen ja lapseen liittyvien omakohtaisten tekijöiden yhteydet terveysindikaattoreihin 102
5.3.7 Yhteenveto objektiivisen ja subjektiivisen terveyden selittäjistä 112
5.3.8 Terveydenhoitajien palaute terveyskeskustelusta 114

6 Pohdinta 118
6.1 Tutkimusasetelma 118
6.2 Tutkimusaineistojen ja menetelmien arviointia 120
6.2.1 Kouluuntulotarkastusten nykytila ja terveydenhoitajien arviot tiedoistaan 120
6.2.2 Terveyskeskustelun valmistelu, aineisto ja sisältö 120
6.3 Terveyskeskustelun hyväksyttävyys 122
6.4 Kotiolot 123
6.5 Kouluolot 125
6.6 Lapseen liittyvät subjektiiviset tekijät 126
6.7 Terveys 127
6.8 Terveyden selittäjät 129
6.9 Kouluuntulotarkastukset 1990-luvulla 130
6.10 Ehdotus kouluuntulotarkastusten kehittämiseksi 131

Kiitokset 134

Lähteet 136

Liitetaulukot 145

Liitteet

Liite 1: Terveystietoja oppilaasta / huoltajan ilmoitus koulu-terveydenhuollolle 154
Liite 2: Yhteenveto ensimmäisen, toisen ja lopullisen tutkimuksen lomakkeiden kysymyksistä 156
Liite 3: Koulutulokas 1996 -lomake 157
Liite 4: Kouluuntulotarkastuksissa käytettyjen erillislomakkeiden tietosisällöt 161
Liite 5: Terveydenhoitajien antamia palautteita tieto-osan kysymyksistä 162

Taulukot

Taulukko 1: Kouluterveydenhuollon vaiheita sadan vuoden ajalta 1899–1999 23
Taulukko 2: Kouluterveydenhuolto valtioneuvoston hyväksymissä valtakunnallisissa suunnitelmissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuodesta 1975 lähtien 25
Taulukko 3: Lääkäreiden (L) ja terveydenhoitajien (T) tekemät määräaikaistarkastukset ala-asteen luokan mukaan 14:ssa kunnassa 32
Taulukko 4: Kouluuntulotarkastuksen ajankohta, sisältö ja terveyskyselyn (TK) tekeminen keskisuomalaisissa kunnissa 35
Taulukko 5: Lasten ja lapsiperheiden terveystietoa keräävät valtakunnalliset rekisterit, tilastot, tietojärjestelmät ja erillistutkimukset 45
Taulukko 6: Vuonna 1989 syntyneiden lasten kuolleisuus, syöpään sairastuminen, sijoittaminen kodin ulkopuolelle, huostaan ottaminen ja sairaalahoito 7-vuotiaana vuonna 1996 47
Taulukko 7: Oireiden esiintyvyys (%) 6–11-vuotiailla lapsilla eri tutkimusten mukaan 50
Taulukko 8: Oireiden esiintyvyys (%) 7-vuotiailla Pohjoismaissa 51
Taulukko 9: Kouluuntulotarkastuskyselyn aineisto 62
Taulukko 10: Vastausten yhtäpitävyysprosentti 68
Taulukko 11: Terveyskeskustelututkimuksen kato 70
Taulukko 12: Vanhempien työttömyyden jakauma (%) perhetyypin mukaan 74
Taulukko 13: Sisarusaseman jakauma (%) perhetyypin mukaan 75
Taulukko 14: Terveydenhoitajakyselyn aineisto kunnan mukaan 77
Taulukko 15: Terveyskeskusten kouluuntulotarkastuksen ajankohdan jakauma (%) lääneittäin vuonna 1996 79
Taulukko 16: Kouluuntulotarkastuspaikkojen jakauma (%) lääneittäin vuonna 1996 80
Taulukko 17: Terveyskeskusten kouluuntulotarkastuksessa mukana olevien henkilöiden jakauma (%) lääneittäin vuonna 1996 80
Taulukko 18: Terveydenhoitajien ensimmäisenä kouluvuonna pitämien tarkastusten lukumäärän jakauma (%) lääneittäin 81
Taulukko 19: Terveydenhoitajien (n = 168) mielipiteitä kouluuntulotarkastuksista ja niiden toteuttamisesta 85
Taulukko 20: Terveydenhoitajien (n = 209) oma näkemys hyvistä tiedoistaan lapsesta ja lapsen perheestä, 'hyvät tiedot' -vastanneiden osuudet (%) 86
Taulukko 21: Lääkärin toteamien pitkäaikaissairauksien, allergian ja lääkärin määräämien lääkkeiden käytön yleisyys (%) sukupuolen mukaan 88
Taulukko 22: Päänsäryn, vatsakipujen, univaikeuksien ja väsymyksen jakaumat (%) sukupuolen mukaan 89

Taulukko 23: Päivittäisten oireiden lukumäärää kuvaavan oiresumman jakauma (%) sukupuolen mukaan 90
Taulukko 24: Terveydenhoitajien kuvauksia lasten oireiden syistä ja hoidosta 90
Taulukko 25: Terveyden yleisarvion jakauma (n) oireiden esiintymistiheyden mukaan 90
Taulukko 26: Niiden lasten osuus (%), joilla ei ollut yhtään tässä tutkimuksessa mitattua terveysongelmaa, sosiodemografisen aseman (asuinalue, perhetyyppi, työttömyys, sisarusasema) ja sukupuolen mukaan 92
Taulukko 27: Huolenpitoa kuvaavien osioiden ja summamuuttujan prosenttiosuudet sosiodemografisen aseman (asuinalue, perhetyyppi, työttömyys, sisarusasema) mukaan 96
Taulukko 28: Kouluviihtyvyyttä kuvaavien osioiden ja summamuuttujan prosenttiosuudet sosiodemografisen aseman (alue, perhetyyppi, työttömyys, sisarusasema) mukaan 99
Taulukko 29: Lapseen liittyvien omakohtaisten tekijöiden prosenttiosuudet sosiodemografisen aseman (alue, perhetyyppi, työttömyys, sisarusasema) mukaan 101
Taulukko 30: Asuinalueen yhteys lihavuuteen yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan 103
Taulukko 31: Perhetyypin yhteys päivittäiseen oireiluun yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan 104
Taulukko 32: Huolenpidon osioiden yhteys päivittäiseen oireiluun yh - den selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan 104
Taulukko 33: Kouluviihtyvyyden yhteys päivittäiseen oireiluun yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan 105
Taulukko 34: Kouluviihtyvyyden summamuuttujan, asuinalueen, pitkäaikaissairauksien, kotihuolten, huolenpidon summamuuttujan, perhetyypin ja sisarusaseman yhteys päivittäiseen oireisuuteen monen selittäjän logistisessa regressiomallissa 106
Taulukko 35: Huolenpidon yhteys huonoon yleisarvioon terveydestä yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan 107
Taulukko 36: Kouluviihtyvyyden yhteys huonoon yleisarvioon terveydestä yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan 108
Taulukko 37: Kouluviihtyvyystason, sisällä tupakoinnin, huolenpitotason ja kotihuolien yhteys huonoon yleisarvioon terveydestä monen selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan 109
Taulukko 38: Sisarusaseman yhteys erittäin huonoksi koettuun terveyteen yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan 110
Taulukko 39: Huolenpidon yhteys erittäin huonoksi koettuun terveyteen yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan 110

Taulukko 40: Kouluviihtyvyyden yhteys erittäin huonoksi koettuun terveyteen yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan 111
Taulukko 41: Kouluviihtyvyyden, työttömyyden, sisarusaseman, kotihuolien ja huolenpidon yhteisvaikutus erittäin huonoksi koettuun terveyteen monen selittäjän regressiomallissa 112
Taulukko 42: Yhteenveto terveysindikaattoreiden tilastollisesti merkitsevistä selittäjistä yhden selittäjän logistisissa regressiomalleissa 113
Taulukko 43: Yhteenveto subjektiivisen terveyden indikaattoreiden selittäjistä lopullisissa regressiomalleissa 114
Taulukko 44: Terveyskeskustelujen sujuvuus, sopivuus osaksi ensimmäisen luokan kouluterveydenhuoltoa sekä uuden tiedon saanti, jakaumat (%) 116
Taulukko 45: Terveydenhoitajien näkemys terveyskeskustelun ajankohdasta, jakauma (%)..... 116
Taulukko 46: Terveydenhoitajien näkemys terveyskeskustelun myönteisistä ja kielteisistä asioista, jakauma (%) 117

Kuviot

Kuvio 1: Tutkimuksen osatyöt ja aikataulu 61
Kuvio 2: Terveydenhoitajien ilmoittaman kouluuntulotarkastusten ajankohdan jakauma (%) 83
Kuvio 3: Terveydenhoitajien omia arvioita tiedoistaan lapsesta ja hänen perheestään kuvaavan summamuuttujan frekvenssijakauma 87
Kuvio 4: Terveysongelmien kasautuminen, tytöt 92
Kuvio 5: Terveysongelmien kasautuminen, pojat 92
Kuvio 6: Kuinka usein saa hellyyttä äidiltä, jakauma (%) sukupuolen mukaan 94
Kuvio 7: Kuinka usein saa hellyyttä isältä, jakauma (%) sukupuolen mukaan 94
Kuvio 8: Huolenpitotason summapisteiden jakauma (%) sukupuolen mukaan 95
Kuvio 9: Kouluviihtyvyystason summapisteiden jakauma (%) sukupuolen mukaan 98

TIIVISTELMÄ

Sihvola Seija: Terveyskeskustelu kouluuntulotarkastuksessa. Acta Universitatis Tamperensis 751, Tampere 2000

Suomessa on pitkät perinteet kouluterveydenhuollosta, mutta kouluuntulotarkastusten toteutumista ja menetelmiä ei ole tutkittu. Varsin vähän on myös tietoja koulutulokkaiden terveydestä. Katsaus kouluterveydenhuoltoa koskevaan kirjallisuuteen, ohjeisiin ja aikaisempaan kehittämistyöhön osoittaa, että kouluuntulotarkastuksesta ei ole annettu yksityiskohtaisempia ohjeita ja kehittämistyötä on niukasti. Tämän tutkimuksen tavoitteena on 1) kuvata kouluuntulotarkastuksen toteuttamista, sisältöä ja terveydenhoitajien tietämystä koulutulokkaasta ja hänen perheestään, 2) kehittää terveyskeskustelua kouluuntulotarkastuksen menetelmänä, 3) tutkia terveyskeskustelussa saatavien tietojen perusteella koulutulokkaan terveyttä, sekä 4) tutkimustulosten ja muun kertyneen aineiston perusteella esittää suositus kouluuntulotarkastusten kehittämiseksi.

Kouluuntulotarkastuskyselyssä selvitettiin tarkastusten nykytilaa koko maan terveyskeskuksille suunnatulla postikyselyllä. Niistä vastasi 272 (96 %). *Terveydenhoitajakyselyssä* kartoitettiin kouluuntulotarkastuksia terveydenhoitajien näkökulmasta postikyselyllä kuudentoista kunnan kouluterveydenhoitajille, joista vastasi 209 (86 %). *Terveyskeskustelututkimus* oli terveydenhoitajan ja koulutulokkaan välinen keskustelu, johon valittiin systemaattisella otannalla 1837 koulutulokasta Espoosta, Turusta ja Keski-Suomen läänistä. Heistä saatiin haastatelluksi 1820 (99 %). Terveyskeskustelua kehitettiin yhteistyössä kouluterveydenhoitajien kanssa kahdessa pilottitutkimuksessa.

Terveyskeskustelussa selvitettiin koulutulokkaan terveyttä haastattelemalla, mittaamalla ja punnitsemalla sekä terveyskorteissa olevien tietojen perusteella. Kolme *objektiivisen terveyden* indikaattoria olivat: pitkäaikaissairaudet, allergia ja lihavuus. Kolme *subjektiivisen terveyden* indikaattoria olivat: päivittäinen oireisuus (päänsärky, vatsakipu, väsymys, univaikeudet), yleisarvio omasta terveydestä huono sekä erittäin huonoksi koettu terveys (päivittäisiä oireita ja yleisarvio omasta terveydestä huono) *Terveyttä selittävinä tekijöinä* olivat kotiolot (iltapäivähoito; huolenpito, johon sisältyivät aterointitottumukset, hygienia, nukkumaanmeno ja vanhemmilta saatu hellyys; sisällä tupakointi), kouluolot (kymmenen kouluviihtyvyysosiota), lapseen liittyvät omakohtaiset tekijät (harrastukset, tunteiden tunnistaminen, käsitys itsestään hyvänä, kotiin liittyvät huolet) ja sosiodemografiset tekijät (asuinalue, perhetyyppi, työttömyys ja sisarusasema). Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia ja taaksepäin askeltavaa logistista regressiomallitusta.

Vuosina 1996–98 kouluuntulotarkastusten toteuttamisessa ei Suomessa ollut yhtenäistä linjaa. Ajankohta, toteuttamispaikka ja tarkastukseen osallistuvat henkilöt vaihtelivat runsaasti lääneittäin ja terveyskeskuksittain. Vajaalla kymmenesosalla terveydenhoitajista oppilaiden lukumäärä suhteutettuna kouluterveydenhuoltoon varattuun työaikaan ylitti 1990-luvun alussa valmistuneen asiantuntijasuosituksen enimmäismäärän. Terveydenhoitajien tiedot lapsesta ja hänen perheestään vaihtelivat paljon. Parhaat tiedot katsoivat omaavansa ne terveydenhoitajat, jotka olivat olleet pitkään kouluterveydenhuollossa ja työskentelivät myös lastenneuvolassa. Enemmistö terveydenhoitajista arvioi hyviksi tietonsa lapsen terveydestä ja koulunkäynnistä. Sen sijaan merkittävä osa

koki puutteita tiedoissaan perheen asioista kuten vanhempien pitkäaikaissairauksista, tupakoinnista, päihde- ja mielenterveysongelmista.

Neljännes lapsista oli yksin iltapäivisin, ainoat lapset muita enemmän. Huolenpito oli yleensä hyvä, joskin pojilla tyttöjä huonompaa. Joka kymmenennen lapsen kodissa tupakoitiin, ei-biologisten vanhempien ja yksinhuoltajien perheissä kaksi kertaa useammin kuin biologisten vanhempien perheissä. Työttömien perheissä tupakoitiin kolme kertaa useammin kuin työssäkäyvien perheissä. Suurin osa lapsista viihtyi hyvin koulussa. Tytöt viihtyivät koulussa poikia paremmin. Koulukiusaamisen kohteena oli ollut 20 % tytöistä ja 30 % pojista. Enemmistö lapsista ilmoitti harrastuksia, vain viidenneksellä niitä ei ollut. Työttömien lapsilla oli harrastuksia muita vähemmän. Jalkapallo oli pojilla ja jumppa tytöillä suosituin laji. Suurin osa lapsista osasi kuvata tunteitaan sekä sanoa, missä asiassa on mielestään oikein hyvä. Pojat kokivat olevansa hyviä liikunnassa useammin kuin tytöt ja tytöt kokivat olevansa hyviä lukuaineissa yleisemmin kuin pojat. Noin 40 % lapsista raportoi kotiin liittyviä huolia.

Yli puolella lapsista todettiin tässä tutkimuksessa mitattuja terveysongelmia, pojilla hieman yleisemmin kuin tytöillä (59 % vs. 54 %). Joka kymmenennellä oli pitkäaikaissairaus, yleisimmin astma (3 %). Allergiaa oli joka viidennellä. Lihavia (suhteellinen paino $\geq$ 20 %) oli 13 %. Vajaalla kolmasosalla oli lähes päivittäin ainakin yksi neljästä oireesta. Oman terveytensä arvioi keskinkertaiseksi tai huonoksi 13 %. Erittäin huonoksi terveytensä koki 6 % lapsista. Subjektiivisessa terveydessä ei ollut eroja tyttöjen ja poikien välillä.

Yhden selittäjän regressiomalleissa huonoa subjektiivista terveyttä selittivät: sosiodemografinen asema (asuinalue Turku, työttömyys, perhetyyppi ei-biologiset vanhemmat, sisarusasema muu kuin ainut lapsi), kotiolot (huono huolenpito, sisällä tupakointi) huono kouluviihtyvyys ja lapsen kokemat kotihuolet. Lopullisissa monimuuttujamalleissa tärkein huonon subjektiivisen terveyden selittäjä oli huono kouluviihtyvyys.

Pitkäaikaissairauksiin oli pojilla yhteydessä tupakointi kotona ja kotihuolten kokeminen, lihavuuteen pojilla Keski-Suomi asuinpaikkana ja tupakointi kotona ja tytöillä kotihuolten kokeminen. Tutkitut tekijät eivät olleet yhteydessä allergioihin.

Terveydenhoitajan ja lapsen välinen terveyskeskustelu sopi hyvin kouluuntulotarkastuksen menetelmäksi. Terveydenhoitajat kokivat sen tukevan työtään ja systematisoivan oppilaiden seurannan kannalta relevantin tiedon keruuta. Lapset osasivat vastata subjektiivisen terveyden indikaattoreita kuvaaviin kysymyksiin. Jo 7-vuotiailla lapsilla oli merkittävästi koettuja terveysongelmia, jotka terveyskeskustelussa saatiin esiin.

Terveyskeskustelussa saadaan lasten terveydestä tietoa, jota voidaan käyttää myös epidemiologisten tutkimusten aineistona ja väestötasolla terveystrendien seuraamisessa. Kouluun liittyvien tekijöiden voimakas yhteys subjektiivisiin terveysongelmiin antaa aihetta selvittää sitä tarkemmin sekä yksittäisten oppilaiden jatkoselviytymisen kannalta että tieteellisessä mielessä.

Kouluuntulotarkastuksen tulisi olla kolmivaiheinen. Ensimmäinen osa on lastenneuvolan tietojen ja hoitosuunnitelmien siirtäminen kouluterveydenhuollolle. Toisena vaiheena on lapsen, vanhempien ja kouluterveydenhoitajan tapaamisena toteutuva määräaikaistarkastus ennen koulun alkua. Kolmanneksi osaksi esitetään terveydenhoitajan ja lapsen välistä terveyskeskustelua ensimmäisen luokan keväällä. Sen tulisi sisältää tässä tutkimuksessa relevanteiksi tiedoiksi osoittautuneita kysymyksiä kuten subjektiivinen terveys (yleisarvio omasta terveydestä ja oireet), kouluolot (koulunkäynnistä pitäminen, kiusaaminen, luokan ilmapiiri, oppiminen, työtehtävien määrä, opettajasta pitäminen, ystävät, kouluruuan syönti, koulumatkapelot), kotiolot (kotiin liittyvät huolet, hellyys ja huolenpito kotona sekä vanhempien tupakointi) sekä myös kysymyksiä lapsen harrastuksista ja tunteista (ilot, surut ja pelot).

SUMMARY

Sihvola Seija: A Health Dialogue in the School Entrance Health Examination.
Acta Universitatis Tamperensis 751, Tampere 2000

Finland has a long tradition of school health services, but no research has been done as to how the health examinations are carried out and with what methods at the time the child enters school. There is not much data available on the new pupils' state of health, either. Reviewing the literature, instructions and previous development work of school health services it is apparent that there are no detailed instructions as to the School Entrance Health Examination, and very little development has been made.

The purpose of this study is 1) to describe the performance of School Entrance Health Examination, its contents, and the extent to which school nurses know the new pupil and his/her family, 2) to develop a Health Dialogue as a method of School Entrance Health Examination, 3) to examine the new pupil's state of health on the basis of data gathered during the Health Dialogue, and 4) to present a recommendation for the development of School Entrance Health Examinations on the basis of the outcome of the research and other accumulated data.

A Questionnaire on School Entrance Health Examination was mailed to all health centres with the purpose of finding out the current state of such examinations in the country. The response rate was 272 (96 %). *A Questionnaire to School Nurses* was mailed to the school nurses in sixteen municipalities, with the aim of surveying School Entrance Health Examinations as seen by the nurses. The response rate was 209 (86 %). *A Study of Health Dialogues* was conducted by means of a dialogue between the school nurse and a new pupil, for which 1 837 new pupils were chosen with a systematic sampling from the cities of Espoo and Turku and from the province of Central Finland. The compliance rate was 1 820 (99 %). The Health Dialogue was developed in co-operation with school nurses in two pilot studies.

The purpose of the Health Dialogue was to examine the state of health of the new pupil by means of interviews, physical measurements and on the basis of the data on the individual's health file. The three indicators of *objective health* were: chronic diseases, allergy and obesity. The three indicators of *subjective health* were: daily symptoms (headache, stomach ache, fatigue, sleeping disorders), own health considered generally poor and own health considered very poor (daily symptoms and own health considered generally poor). The *health explaining factors* were: conditions at home (afternoon care; care including eating habits, hygiene, time of going to bed, and tenderness received from parents; smoking inside home), conditions at school (ten items describing school enjoyment), personal factors associated with the child (hobbies, recognizing emotions, conception of oneself as a good person, worries about home) and sociodemographic factors (location of residence, family type, unemployment and position within sisterhood). The statistical methods used were cross tabulation and a backward stepwise logistic regression model.

Between 1996 and 1998 the way of conducting the School Entrance Health Examinations had not been generally agreed on. The time, place and persons involved va-

ried greatly between provinces and health centres. With less than a tenth of school nurses the number of pupils in relation to the working hours allocated for school health services exceeded the recommended limit set by experts in the early 1990's. The data available to the nurses on the child and his/her family varied greatly. The nurses who had worked long in school health services and who also worked at child health centres considered themselves to own the best data. The majority of the school nurses gave a good assessment of their data on children's health and school matters. Instead, a significant part of them experienced a lack of data on family matters, like chronic illnesses, smoking, and alcohol, drug and mental health problems of the parents.

One fourth of the children spent the afternoons alone, single children more than others. Care was usually good, yet somewhat inferior for boys than girls. Smoking inside home was common for every 10th child, the frequency doubled in families with single or non-biological parents, and tripled in families with unemployed parents compared to homes with working parents. Most of the children enjoyed being in school. Nearly every item showed that the girls liked school better than the boys. 20 % of the girls and 30 % of the boys reported having been bullied at school. The majority of the children reported having hobbies, only one fifth had no hobby. The children of unemployed parents reported less hobbies than the others. Soccer was the most popular sport for the boys, and gymnastics for the girls. Most of the children were able to describe their emotions, and to say what they considered themselves to be good at. The boys considered themselves good at sports more often than the girls, and the girls considered themselves good at the theoretical school subjects more often than the boys. About 40 % of the children reported to have worries about home.

More than half of the children were observed to have health problems as defined in the study, it was somewhat more common with the boys than with the girls (59 % and 54 % respectively). Every 10th child had a chronic disease, mostly asthma (3 %). Every fifth suffered from allergy. 13 % were overweight (relative weight $\geq$ 20 %). Less than one third of the children showed daily at least one symptom out of four. Own health was considered average or poor by 13 %. 6 % of the children experienced their health as very poor. There was no difference in subjective health between the boys and the girls.

Poor subjective health was explained with a univariate regression model as follows: socio-demographic status (residence in Turku, unemployment, family type non-biological parents, position in sisterhood other than single child), conditions at home (inferior care, smoking inside home), poor school enjoyment and worries about home as experienced by the child. In the final multivariate regression models, the most important factor explaining poor subjective health appeared to be poor school enjoyment.

Chronic diseases with the boys were associated with smoking inside home and experiencing worries about home. Overweight of the boys was associated with living in the province of Central Finland and with smoking inside home, and of the girls with experiencing worries about home. None of the health explaining factors was associated with allergies.

A Health Dialogue between the school nurse and the child was a good method for the School Entrance Health Examination. The school nurses felt that this method supported their work and offered a systematic way of collecting data relevant to the follow-up of each pupil. The children were able to answer questions related to the subjective health indicators. Children as young as 7 years old had experienced health problems to a significant degree, which were disclosed in the Dialogues.

The Health Dialogues produce information on children's health, which can also be used in epidemiological research and when surveying health trends on a population level. The strong relation of school associated factors to subjective health problems gives

substance for further research on the subject, both from the perspective of the individual pupils, of how they will be able to cope in the future, as well as from the scientific point of view.

The School Entrance Health Examination should consist of three phases. In the first phase, the data gathered at the child health centres and in the health plans are transferred to the school health services. In the second phase, a regular health examination is carried out before starting the school, in the form of a meeting between the child, the parents and the school nurse. It is proposed that the third phase is a Health Dialogue between the school nurse and the child during the spring term of the first school year. This Dialogue should include such questions which have proved to be relevant in this study, like subjective health (general assessment of own health and symptoms), conditions at school (school enjoyment, bullying, atmosphere in class, learning, amount of homework, liking/disliking of teacher, friends, eating school lunch, fears about going to/from school), conditions at home (worries about home, tenderness and care at home, smoking inside home) and also questions on the hobbies and feelings of the child (joys, griefs and fears).

1 JOHDANTO

Kouluterveydenhuolto on sadan vuoden ajan vaalinut lasten terveyttä ja sen toimijoilla, terveydenhoitajilla ja lääkäreillä, on ollut keskeinen osuus lasten ja nuorten terveyden paranemisessa. Vaatimattomasta alusta käynnistynyt toiminta laajentui 1950-luvulla kattamaan kaikki oppivelvollisuusikäiset.

Kouluterveydenhuollon ohjeistus on elinkaarensa aikana muuttunut paljon. Alussa toimintaa ohjasi ja kehitti Mannerheimin Lastensuojeluliitto yhdessä kouluhallituksen kanssa (Korppi-Tommola 1990). Käytännön toimintaa 1950-luvulta lähtien ohjasivat lääkintöhallitus yleis- ja ohjekirjeillään sekä lääninhallitukset. Kansanterveyslain myötä 1970-luvulta lähtien kouluterveydenhuolto oli terveyskeskuksissa itsenäinen toiminta-alue, joka edelleen toimi valtionhallinnon ohjauksen alaisena. 1990-luvun alussa tilanne kuitenkin muuttui olennaisesti valtionosuusjärjestelmän uudistamisen yhteydessä. Valtakunnallinen ohjaus purettiin ja vastuu kansaterveystyön sisällöstä siirtyi kunnille ja terveyskeskuksille.

Viime vuosina kouluterveydenhuollossa ei ole ollut valtakunnallista asiantuntijaohjausta eikä sen kehittäminen ole kuulunut minkään tutkimusyksikön perustehtäviin. Kehittämistyötä ovat hankaloittaneet myös kuntien taloudelliset vaikeudet, jotka ovat johtaneet kouluterveydenhuollon voimavarojen supistamiseen useissa kunnissa. Väestövastuuseen siirtyminen supisti osaltaan kouluterveydenhuoltoon erikoistuneiden terveydenhoitajien ja lääkäreiden määrää. Suurten hallinnollisten ja taloudellisten muutosten aikana lasten ongelmat lisääntyivät. Psykososiaalisten ongelmien ja päihteiden käytön lisääntyessä niihin ei ollut käytettävissä valtakunnallisesti suositeltavia työtapoja eikä menetelmiä.

Kouluterveydenhuolto oli ajautumassa 1990-luvun alussa paitsi voimavarojensa myös sisältönsä ja menetelmiensä osalta kriisiin. Tätä havainnollistaa Helsingin kaupungin terveysviraston raportin (1990) yhteenveto. Raportissa todetaan, että koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoa tekevä henkilökunta koki, ettei heidän työtään arvostettu. Lisäksi todetaan, että koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sisältöä kehitettävät rakenteet puuttuvat kokonaan. Vastaaviin johtopäätöksiin tultiin useissa kannanotoissa, eikä tilanne olennaisesti parantunut vuosikymmenen loppupuolellakaan. ’Hyvän tuloksen saamiseksi kouluterveydenhuollon tulee muuttua’, totesi Strid (1998) vuonna 1998.

Kouluterveydenhuollon heikentynyt tilanne ja samanaikainen lasten psykososiaalisten ongelmien kasvu johtivat siihen, että lasten terveyteen alettiin kiinnittää voimakkaammin huomiota. Stakesin asiantuntijatyöryhmä julkaisi vuonna 1993 kannanoton lasten ja nuorison terveyspalveluiden vähimmäistasosta, sisällöstä, mitoituksesta ja saa-

tavuudesta (Kokko 1993). Mannerheimin Lastensuojeluliitto tuotti vuonna 1993 laajan kokoomateoksen lasten terveydestä, 'Lasten ja nuorten terveydentila 1990-luvun Suomessa' (Rajantie ym. 1993). Sen lisäksi liitossa valmistui Lapsiraportti (1994) ja sosiaalipediatrinen tutkimus lasten terveydestä ja lapsiperheiden hyvinvoinnista (Sihvola 1994). Liiton vuonna 1996 järjestämät Kouluterveyskäräjät nostivat kouluterveydenhuollon ongelmat julkisuuteen. Näiden raporttien ja tilaisuuksien yhteydessä todettiin, että varsin vähän on olemassa tietoa ala-asteikäisistä lapsista ja erityisesti puuttui sellaista tietoa, joka olisi saatu lapsilta itseltään. Niin syntyi ajatus tutkia koulutulokkaita ja heidän vointiaan.

Koulun alkaminen on elämänkulussa siirtymävaihe (transition), joka koskettaa jokaista lasta. Rankinin mukaan (1989) siirtymiin liittyvät muutokset tapahtuvat asteittain ja ne kuuluvat odotettuun kuvaan (normatiiviset) tai ne ovat nopeita ja saattavat myös olla odottamattomia (ei-normatiiviset). Siirtymät välittävät yksilön elämänkulun uusiin olosuhteisiin, jotka toisaalta muovaavat terveyden ylläpitämisen edellytyksiä, toisaalta saattavat lisätä terveyteen liittyviä riskejä ja vaikuttaa siten osaltaan sairastavuuteen. Schulenberg ym. (1997) ovat esittäneet neljä selitysmallia, joista kolmessa ensimmäisessä siirtymät nähdään väliaikaisiksi ja kausaalisina terveysriskejä edeltäviksi, neljännessä ajan myötä terveydentilan ja hyvinvoinnin muutoksia tasaaviksi. 1. Terveysriskit ovat siirtymien aiheuttamia 2. Terveysriskit ovat siirtymien vaikutuksen tuloksia. 3. Riskikäyttäytyminen ja riskit ovat siirtymien elementtejä. 4. Siirtymät tyynnyttävät terveysriskejä ikääntymisen myötä. Elämänkulun siirtymät vaikuttavat terveyteen, mutta myös terveys tai sairastuminen voivat vaikuttaa siirtymään.

Koulun alkamista siirtymävaiheena on tutkittu kehityspsykologiselta ja pedagogiselta kannalta paljon (Poskiparta 1995, Ahonen ym. 1996, Dufva ym. 1996), mutta lapsen terveyden kannalta varsin vähän. Kouluterveydenhuollon kortistoihin kertyy 7-vuotiaitten lasten terveydestä tietoa, jota on varsin vähän hyödynnetty tutkimuksissa. Koulutulokkaat eivät myöskään ole samanlaisten, määräajoin toistuvien tiedonkeruujärjestelmien piirissä kuin ovat yläasteikäiset (esim. Nuorten terveystapatutkimus, WHO:n koululaistutkimus, Kouluterveyskysely). Näin ollen ei tiedetä, minkälainen koulutulokkaiden terveys on ja mitkä tekijät ovat yhteydessä terveyteen koulun alkaessa. Koulun jo alettua lasten terveyttä on tutkittu enemmän (Edelsohn ym. 1992, Anttila 2000).

Lasten terveyden ja siihen yhteydessä olevien tekijöiden tunnistaminen siirtymävaiheessa ensimmäisenä kouluvuonna on tärkeää siksi, että siten voidaan löytää erityistä tukea tarvitsevat oppilaat ajoissa ja kehittää heille tarkoitettuja terveydenhuollon palveluja (Puura ym. 1995, Rintanen 2000). Langinvainio (1984), joka tutki helsinkiläisiä koulutulokkaita 1980-luvun alussa, esitti, että kouluterveydenhuoltoon liittyvää tutkimusta tulisi suunnata lasten psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen kehityksen edellytysten tutkimiseen ja pyrkiä standardoitujen tiedonhankintamenetelmien käyttöön. Näitä menetelmiä ei kuitenkaan ole kehitetty.

Kun tietoa lasten terveydestä kootaan, se on useimmiten objektiivisen terveyden kuvaamista (Köhler 1977, Hermanson ym. 1998). Tyypillisimmillään siihen kuuluvat esimerkiksi pitkäaikaissairaudet, viat ja vammat, lihavuus ja tapaturmat. Viime vuosina on

kuitenkin alettu yhä enemmän puhua lapsinäkökulmasta (Strandell 1995). Yläasteikäisillä on osoitettu, että oman terveyden kokemukset antavat arvokasta lisätietoa lasten kokonaisterveydestä. Tällaisia kokemuksia kutsutaan subjektiiviseksi terveydeksi, jota mitataan esimerkiksi yleisarviona omasta terveydentilasta sekä oireilla (Moilanen 1986, Karvonen 1998). Subjektiivisilla terveysongelmilla on osoitettu olevan ennustearvoa myöhemmälle sairastavuudelle (Aro ym. 1982). Subjektiivisen terveyden lisääntyvä painotus lasten terveystutkimuksissa korostaa tiedon saamista suoraan lapsilta itseltään (Jakobsson ja Köhler 1991, Puura 1998, Köhler 1998, Järventie 1999).

Valtakunnallisessa Lapset-tutkimuksessa on osoitettu, että 8-vuotiaat osaavat varsin luotettavasti raportoida masennustaan (Puura 1998). Anttila (2000) on äskettäin osoittanut, että päänsärky on ajankohtainen ongelma jo koulutulokkaille. Vaikka koulutulokkaiden subjektiivista terveyttä ei aikaisemmin juurikaan ole tutkittu, terveyskokemukset näyttävät tärkeiltä jo 7-vuoden iässä.

Koulutulokkaaksi kutsutaan lasta, joka menee ensimmäiselle vuosiluokalle peruskouluun. Koulu alkaa kouluun ilmoittautumisella, joka lähes aina tapahtuu koulutiloissa kouluunlähtövuoden alussa. Ilmoittautumisessa ovat läsnä opetustoimen henkilöt. Kouluterveydenhuolto ja lapsi kohtaavat yleensä ensimmäisen luokan kouluuntulotarkastuksessa. Se tehdään ennen koulun alkamista keväällä tai koulun jo alettua sinä vuonna, kun koulu alkaa. Kouluntulotarkastus voi myös tapahtua neuvolassa, jolloin lapsen ja kouluterveydenhuollon ensimmäinen kohtaaminen ei välttämättä ajoitu koulun alkamiseen. Kouluuntulotarkastuksen toteutusta on selvitetty jonkin verran joissakin kunnissa (Koskinen 1998, Varjoranta ja Pietilä 1999), mutta koko maan tasolla sitä ei ole tutkittu. Selvittämättä on lisäksi, mitä kouluterveydenhoitaja tietää lapsesta ja hänen perheestään ja mitä hänen tulisi tietää lapsen terveydestä ja sitä selittävistä tekijöistä.

Tämän tutkimuksen virikkeet tulivat Mannerheimin Lastensuojeluliiton selvityksistä, lasten ja nuorison terveyspalvelujen asiantuntijaryhmän työskentelystä sekä myös Stakesin aloitteesta käynnistyneestä Kouluterveys 2002 –ohjelmasta. Alussa tärkein kysymys oli, voitaisiinko kouluuntulotarkastuksessa kerätä nykyistä suunnitelmallisemmin tietoja lapsesta ja hänen perheestään sekä lapsen oman hyvinvoinnin tukemiseksi että kunnan koko lapsiväestön hyvinvoinnin ja terveyden kehityksen seuraamiseksi. Varttuneemmilta lapsilta tietoja voidaan kerätä kyselylomakkeella, mutta tämä menetelmä ei toimi 7-vuotiaiden keskuudessa. Näin keskeiseksi tutkimustehtäväksi tuli terveyskeskustelun kehittäminen kouluuntulotarkastuksen menetelmäksi.

Tutustuminen kirjallisuuteen osoitti pian, että aikaisempaa tutkimus- ja kehittämistyötä tällä alueella on niukasti. Kouluterveydenhuoltoa onkin ensisijaisesti kehitetty valtakunnallisilla asiantuntijaryhmien ja viranomaisten ohjeilla ja viime vuosina paljolti paikallisen innostuksen varassa ilman valtakunnallista koordinaatiota. Tämä havainto antoi aiheen koota laajahko katsaus kouluterveydenhuollon kehityksestä Suomessa ja sitä ohjanneista säädöksistä ja ohjeista.

Tämän tutkimuksen ensimmäisenä osana selvitettiin kouluuntulotarkastuksen tilanne koko maassa. Seuraavaksi keskityttiin koulutulokkaan terveyskeskusteluun. Kouluterveydenhuolto toteutuu lääkäreiden ja terveydenhoitajien yhteistyönä. Lääkärin mahdol-

lisuus keskustella jokaisen lapsen kanssa on kuitenkin käytettävissä olevien voimavarojen puitteissa varsin vähäinen. Kouluterveydenhoitajat tapaavat lapset lähes vuosittain. Siksi oli luontevaa keskittyä kehittämään koulutulokkaan terveyskeskustelua yhteistyössä kouluterveydenhoitajien kanssa. Tutkimuksen edetessä tuli kiinnostavaksi selvittää kouluterveydenhoitajien omia käsityksiä työstään ja erityisesti heidän arvioitaan omista tiedoistaan lapsesta ja näiden perheistä.

Tämä tutkimus on käynnistynyt kouluterveydenhuollon käytännön kehittämistarpeista. Kun aikaisempaa väestötasoista tutkimusta koulutulokkaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä oli niukasti, tuntui tärkeältä esittää melko yksityiskohtaisesti kuvailevat tulokset kaikilta tämän tutkimuksen osa-alueilta. Työn edetessä tieteellisen tutkimuksen osuus on kasvanut. Terveyskeskustelun soveltuvuus 7-vuotiaiden lasten subjektiivisen terveyden tutkimiseen ja tämänikäisten koetut terveysongelmat nousivat tutkimuksen analyysi- ja raportointivaiheessa huomattavasti tärkeimmiksi teemoiksi kuin alussa osattiin ennakoida. Loppuun saakka keskeisimpänä haasteena on kuitenkin ollut kouluuntulotarkastuksen kehittäminen entistä paremmin sekä yksittäisten lasten että kuntien ja koko maan koulutulokkaiden hyvinvointia edistäväksi.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS

2. 1 Kouluterveydenhuolto

2.1.1 Historiaa

Kouluun liittyvän terveydenhuollon historiankuvaus alkaa 1800-luvun lopulla. Tuolloin tapahtui terveydenhuollon valtakunnallisessa kehittämisessä kolme merkittävää asiaa: kunnallinen itsehallinto muotoutui, kansakoululaitos kehittyi ja suomen kieli vahvistui. Vuonna 1899 laadittiin valtionapujärjestelmä, jonka mukaan kunnat, seurakunnat ja järjestöt saivat valtionapua kiertävien sairaanhoitajien ja diakonissojen palkkaamiseen. Koululaitoksen laajetessa Suomalainen Lääkäriseura Duodecim aloitti keskustelun koululääkärin tarpeellisuudesta. Helsingissä oli ollut koululääkäri muutamassa yksityiskoulussa jo 1880-luvulla. Helsinkiläinen lääkäri Maxmilian Oker-Blom oli tuonut suomalaiseen terveydenhuoltoon keskieurooppalaisen mallin koululääkäritoiminnasta (Korppi-Tommola 1990, Klossner 1992). Koululääkäritoiminta laajentui myös kouluterveydenhoidon järjestämistä koskevan komiteamietinnön ilmestyttyä vuonna 1915. Mannerheimin Lastensuojeluliitto oli heti perustamisestaan (1920) lähtien vahvasti mukana kouluterveydenhuollon kehittämisessä. Ensimmäinen liiton palkkaama kouluhoitajatar toimi Pietarsaaressa (Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton toimintakertomus 1920–21).

Liitto aloitti kouluhoitajatarkurssit Lastenlinnassa vuonna 1922. Koulutuksesta valmistuneista käytettiin nimityksiä huoltosisar, kiertävä lastenhoidonneuvoja, lastenhuoltajatar tai lastenhuoltosisar. Koulutus muutettiin vuonna 1924 terveyssisarkoulutukseksi (Korppi-Tommola 1990). Liitto laati yhdessä Kunnanlääkäriyhdistyksen kanssa johtosäännön kouluhoitajattarille, joka hyväksyttiin kouluhallituksessa (Mannerheimin Lastensuojeluliitto 1924). Johtosäännön 1 §:n mukaan *Kouluhoitajattaren tehtävänä on – yhdyssiteenä koulun, koululääkärin, apua tarjoavien eri huoltoelinten ja kodin välillä – valistusta levittämällä ja välitöntä apuaan antamalla toimia koululasten terveydentilan kohottamiseksi.*

Mannerheimin Lastensuojeluliitossa valmistui vuonna 1927 myös koululääkärien ohjesääntö. Sen 1 §:n mukaan *Koululääkärin tehtävänä on hänelle uskotuissa koulupiireissä toimia kansakoulujen oppilaitten terveydentilan edistämiseksi ja on hänen tarkattava ja valvottava sekä yleistä kouluhygieniaa että oppilaitten henkilökohtaista terveydenhoitoa* (Mannerheimin Lastensuojeluliitto 1927).

Kouluhoitajatoiminta vakiinnutti vähitellen paikkansa. Mannerheimin Lastensuojeluliiton paikallisosastot olivat pääasiassa kouluhoitajattarien työnantajia. Liiton keskustoimisto kehotti osastoja harkitsemaan terveyssisaren palkkaamista ja ottamaan yhteyttä kunnan viranomaisiin. Näin kunta toisensa jälkeen osallistui terveyssisarten palkkaamiseen (Siivola 1985). Kouluhoitajattarien määrä lisääntyi nopeasti. Heitä oli 1930-luvun lopulla noin 200 kaupunkien, kauppaloiden ja maalaiskuntien palveluksessa (Korppi-Tommola 1990). Terveyssisarten ammatillinen ohjaus järjestettiin vuodesta 1936 lähtien, jolloin Mannerheimin Lastensuojeluliiton toimesta oli alettu perustaa tarkastavien terveyssisarten toimia.

Vuonna 1944 tuli voimaan laki kunnallisista terveyssisarista (220/1944), laki kunnan kätilöistä (223/1944) ja laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista (224/1944). Niiden mukaan jokaisen kaupungin, kauppalan ja maalaiskunnan palveluksessa tuli olla koulutettuja terveyssisaria, yksi sisar jokaista asukasluvun alkavaa neljäätuhatta kohti. Terveyssisaret velvoitettiin kotien terveyden- ja asunnonhoidon ohjaamiseen ja neuvontaan sekä imeväisten, pienten lasten ja kouluikäisten lasten terveydenhuoltoon. Läänin-terveyssisaret toteuttivat 1950- ja 1960-luvuilla läänintyönohjaus- ja valvontatehtäväänsä seuraamalla yksittäisten terveyssisarten työtä kunnissa, käymällä heidän kanssaan henkilökohtaisia keskusteluja ja järjestämällä ryhmäkeskusteluja useamman kunnan kanssa (Simoila 1994).

Lääkintöhallituksella oli mahdollisuus lainsäädännössä annetun oikeutuksen nojalla antaa terveydenhuollon kentälle menettelyohjeita yleis- ja ohjekirjeiden muodossa. Niillä oli lain ja asetuksen tasoinen juridinen normatiivinen sitovuus. Kouluterveydenhuoltoa koskevia yleis- ja ohjekirjeitä lähetettiin kentälle useita, ensimmäiset jo 1950-luvulla. Sekä yleis- että ohjekirjeet menettivät kuitenkin sitovuutensa valtionosuus-uudistuksen myötä 1990-luvulla.

Taulukossa 1 on kouluterveydenhuoltoa ohjaavat johtosäännöt, lait, yleis- ja ohjekirjeet, koulutus, kannanotot ja suositukset sadan vuoden ajalta, 1899–1999.

Mannerheimin Lastensuojeluliiton panosta kouluterveydenhoidon kehittämiseksi 1900-luvulla kuvaa liiton keskustoimistoon nimettyjen kymmenien valiokuntien, komiteoiden, toimikuntien ja työryhmien suuri määrä. Tällaisia olivat mm. Kouluhoitajatarvaliokunta, Koululääkärivaliokunta, Kouluhammaslääkärikomitea, Koulurasituksen neuvottelukunta, Ryhtivaliokunta, Ravitsemusvaliokunta, Lasten ja nuorten alkoholin käyttöä ehkäisevä työryhmä, Koulunpihatyöryhmä ja Koulun yhteisökasvatuksen työryhmä. Näiden lisäksi liitto tuotti kouluterveydenhuoltoa varten 14 eri kirjasta tai lehtistä (Korppi-Tommola 1990).

Taulukko 1. Kouluterveydenhuollon vaiheita sadan vuoden ajalta 1899–1999. (Lähteet: Hultin 1973, Siivola 1985, Korppi-Tommola 1990, Kokko 1993, Simoila 1994).

Vuosi	Johtosäännöt, koulutus, lait, kannanotot, suositukset
1899	- valtionapujärjestelmä kuntia, seurakuntia ja järjestöjä varten kiertävien sairaanhoitajien ja diakonissojen palkkaamiseksi
1905	- ensimmäinen koululääkäri aloitti työnsä
1913	- tuberkuloosihoitajatar koulutus alkoi
1914	- tuberkuloosihoidon ohjesääntö (lh)
1915	- komiteamietintö kouluterveydenhuollon järjestämiseksi
1920	- MLL:n sairaanhoitajattarien koulutus
1922	- MLL:n hoitajakurssi
1924	- MLL:n terveyssisarkoulutus
1924	- MLL:n Kouluhoitajattaren johtosääntö
1926	- laki kansakoulujen kustannuksista
1927	- MLL:n Koululääkärien ohjesääntö
1936	- laki rokotuksista
1939	- komiteamietintö kunnallisista terveydenhoitajattarista (lh)
1944	- laki ja asetus kunnallisista terveyssisarista (223/44, 224/44, 220/4)
1945	- läänin terveyssisarten johtosääntö (lh)
1953	- laki kansakoulujen lääkärintoimesta
1957	- laki kansakoulujen hammaslääkäritoimesta
1957	- kunnallisen terveyssisaren johtosääntö (lh)
1963	- ohje terveydenhoitajan työskentelystä yksityisoppikouluissa (kh)
1965	- terveydenhoitolaki (469/1965)
1972	- kansanterveyslaki ja –asetus (66/72, 205/72)
1973	- oppilashuoltokomitean mietintö
1978	- ohjekirje terveyskasvatuksen järjestämisestä (lh)
1980	- ohjekirje koulun turvallisuudesta (kh)
1981	- ohjeet kouluterveydenhuollosta (lh)
1986	- Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –toimenpideohjelma (stm)
1990	- lastensuojelulaki (139/90)
1992	- kansanterveysasetus (802/92)
1993	- kouluterveydenhuollon tukiaineisto (Stakes)
1993	- kannanotto lasten ja nuorison terveyspalvelujen vähimmäistasosta (Stakes)
1993	- Terveyttä kaikille, uudistettu yhteistyöohjelma (stm)
1996	- Kouluterveyskäräjät (MLL)
1996	- MLL:n kannanotto kouluterveydenhuollon järjestämisestä
1998	- Seulonnat ja terveystarkastukset terveyskeskuksissa (stm)
1999	- Suomen Terveydenhoitajaliiton kannanotto kouluterveydenhuollon järjestämisestä

2.1.2 Nykymuotoisen kouluterveydenhuollon säädöspohja ja ohjeistus

Nykymuotoisen kouluterveydenhuollon puitteet määrittää kansanterveyslaki vuodelta 1972. Sen 14 §:ssä todetaan, että ’Kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee: ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon luetaan kunnassa sijaitsevien peruskoulujen sekä lukioiden terveydellisten olojen valvonta ja niiden oppilaiden terveydenhoito sekä oppilaan terveydentilan toteamista varten tarpeellinen erikoistutkimus, niin kuin viimeksi mainituista asetuksella tarkemmin säädetään (Kansanterveyslaki 66/1972).

Vuonna 1990 voimaan tulleen lastensuojelulain muutoksen perusteella kunnan tulee lisäksi järjestää kunnan koululaitoksen piirissä oleville oppilaille riittävä tuki ja ohjaus sekä muut tarpeelliset toimet koulunkäyntiin ja oppilaiden kehitykseen liittyvien sosiaalisten ja psyykkisten vaikeuksien poistamiseksi sekä koulun ja kotien välisen yhteistyön kehittämiseksi (Lastensuojelulaki 139/90).

Kansanterveysasetus (802/1992) määrää täsmällisemmin kunnallisen kouluterveydenhuollon järjestämisestä. Asetuksen 2. pykälä tarkentaa kouluterveydenhuollon velvoitetta: Kunnan tulee oppilaan terveydentilan toteamista varten järjestää tarvittaessa seuraavat tarpeelliset erikoistutkimukset; 1) asianomaisen alan erikoislääkärin tekemä näön tai kuulon tutkimus ja hänen määräämänsä laboratorio-, röntgen- ja muut vastaavat tutkimukset; 2) psykiatrin tekemä tutkimus mielenterveyden selvittämiseksi; ja 3) psykologin tekemä tutkimus.

Kouluterveydenhuollon järjestämiseen on otettu kantaa myös valtioneuvoston tuottamissa valtakunnallisissa suunnitelmissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi. Valtakunnalliset suunnitelmat (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM)) ovat käsitelleet kouluterveydenhuoltoa vaihtelevasti (taulukko 2). Kouluterveydenhuolto oli väliotsikkona valtakunnallisissa suunnitelmissa viimeisen kerran vuosien 1983–1987 suunnitelmassa. Sen jälkeen kouluterveydenhuoltoa on käsitelty Terveydenhoito- ja Kansanterveystyö -otsikkojen alla. Vuosien 1985–1989:n suunnitelmasta vuosien 1988–1992 ja vuosien 1990–1994:n suunnitelmasta vuosien 1992–1996 suunnitelmaan ei kouluterveydenhuolto -sanaa mainita lainkaan. Vuosien 1993–1996 suunnitelmassa puhutaan nuorten elintavoista, mutta ei mainita kouluterveydenhuoltoa. Samoin on vuosien 1994–1997:stä vuosien 1996–1999 suunnitelmissa. Vasta vuosien 1997–2001 suunnitelmassa oli kaksi lausetta kouluterveydenhuoltoon liittyen: ‘Kouluterveydenhuollon palvelujen tulee olla koululaisten saatavilla koulussa. Kouluterveydenhuollon on tarpeen toimia aktiivisesti myös kouluyhteisön fyysisen ja psyykkisen terveyden edistämiseksi yhteistyössä opettajien, oppilashuollon, oppilaiden ja heidän vanhempiensa sekä ulkopuolisten sidosryhmien kanssa’.

Kunnallinen päätäntävalta alkoi vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen myötä (laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 733/92). Kunnat ovat voineet siitä lähtien järjestää itsenäisesti sosiaali- ja terveyspalvelunsa yksilöllisellä tavalla, jolloin myös kouluterveydenhuollon kehittämisen käytännön linjaukset määritellään hyvin pitkälle kuntakohtaisesti. Sosiaalihallitus ja Lääkintöhallitus yhdistettiin vuonna 1992 sosiaali- ja terveyshallitukseksi. Seuraavana vuonna niistä muodostettiin Stakes, sosiaali- ja terveydenalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, jolla ei ole hallinnollista ohjausvaltaa.

Valtionhallinnolle jäänyttä informaatio-ohjausta toteutetaan tuottamalla erilaisia kannanottoja ja suosituksia. Niissä käsitellään myös kouluterveydenhuoltoa jonkin verran. Vuonna 1986 ilmestyi Terveyttä kaikille vuoteen 2000 (STM 1986). Siinä kouluterveydenhuolto-sana on yhdessä kappaleessa, vuonna 1993 ilmestyneessä Terveyttä kaikille vuoteen 2000 uudistetussa yhteistyöohjelmassa sitä ei mainita (STM 1993).

Taulukko 2. Kouluterveydenhuolto valtioneuvoston hyväksymissä valtakunnallisissa suunnitelmissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuodesta 1975 lähtien.

Vuodet	Kouluterveydenhuolto valtioneuvoston hyväksymissä valtakunnallisissa suunnitelmissa
*1975–1979	Kouluterveydenhuolto omana kappaleena
	- ryhtivirheiden opastus, vammautuneiden liikunnan ja kuntoutuksen opastus, mielenterveyden häiriöiden poistaminen
* 1976–1980	Kuten edellä
* 1977–1981	- lisäksi allergisten lasten ohjaus
	- lisäksi maininta, että kouluterveydenhuollon toiminta on järjestettävä koulun tiloissa
* 1978–1982	- lisäksi pitkäaikaisesti sairaiden lasten ohjaus
	- terveyskeskuspsykologin tulee avustaa mielenterveyskysymyksissä
* 1979–1983	Kuten edellä
* 1980–1984	Kuten edellä
* 1981–1985	Kuten edellä
* 1982–1986	Kouluterveydenhuolto vain pienenä kappaleena
	- maininta palvelujen järjestämisestä ostosopimuksina
* 1983–1987	Kuten edellä
+ 1984–1988	Kouluterveydenhuolto ei enää omana kappaleena, vaan Terveydenhoito kappaleen osana
	- opiskeluympäristön terveysriskit
+ 1985–1989	Kuten edellä, ei mainintaa kouluterveydenhuollosta
+1986–1990	Kuten edellä
+ 1987–1991	Kuten edellä
+ 1988–1992	Kuten edellä
+ 1989–1993	Otsikko Kansanterveystyö
	- maininta terveystarkastusten kuulumisesta kouluterveydenhuoltoon
x 1990–1994	- ei mainintaa kouluterveydenhuollosta
x 1991–1995	- ei mainintaa kouluterveydenhuollosta
x 1992–1996	- ei mainintaa kouluterveydenhuollosta
+ 1993–1996	- nuorten päihteiden käytön ja tupakoinnin ehkäisy
	- ei mainintaa kouluterveydenhuollosta
+ 1994–1997	- terveen itsetunnon tukeminen, lähimmäisvastuuseen kasvattaminen
	- ei mainintaa kouluterveydenhuollosta
+ 1995–1998	Kuten edellä
	-lisäksi nuorten kriisipalvelut
+ 1996–1999	- syrjäytymisvaarassa olevat nuoret
	- ei mainintaa kouluterveydenhuollosta
+ 1997–2000	Kouluterveydenhuolto kappaleessa Lasten ja nuorten terveen kehityksen tukeminen
+ 1998–2001	Maininta kouluterveydenhuollosta kappaleessa Huomio lapsiin ja nuoriin
+ 1999–2002	Maininta kouluterveydenhuollosta kappaleessa Vanhemmuuden tukeminen

*= Sosiaali- ja terveysministeriö STM Valtakunnalliset suunnitelmat kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten järjestämisestä

+= STM: Valtakunnallinen(set) suunnitelma(t) sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä

x= STM: Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristönsuojelun hallinnosta

Stakesin lasten ja nuorison terveyspalveluiden asiantuntijaryhmän tuottama ’Tähän meillä pitää olla varaa, Kannanotto lasten ja nuorison terveyspalveluiden vähimmäistasosta, sisällöstä, mitoituksesta ja saatavuudesta’ (Kokko 1993) otti kantaa mm. kouluterveydenhuollon resursseihin. Sen mukaan kokopäivätoimisesti työskentelevää kouluterveydenhoitajaa kohti voi olla enintään 1000 oppilasta. Mikäli kouluterveydenhoitajalla on vastuunaan useampia kouluja, työpanosta on varattava koulukohtaiseen työskentelyyn ja tällöin oppilasmäärän on oltava alhaisempi. Jos kouluterveydenhuoltoon

olisi käytettävissä vain laskennallisesti yksi työpäivä viikossa, oppilaita ei kannanoton mukaan saisi olla enempää kuin 200.

Vuonna 1993 ilmestyi myös Kouluterveydenhuollon tukiaineisto (Terho ja Vakkilainen 1993), jossa annettiin suosituksia kouluterveydenhuollon määräaikaistarkastuksista, terveyskasvatuksesta, oppilashuollosta, kouluruokailusta, kouluympäristön terveydenhoidosta ja koululiikunnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) nimeämä, nuorten savuttomuuden ja tupakoimattomuuden edistämisen yhteistyöryhmä tuotti valtakunnalliset suositukset vuonna 1996 (STM 1997a). Niissä, kuten myös vuoden 2000 alussa valmistuneessa uudistetussa yhteistyöohjelmassa kouluterveydenhuoltoa velvoitetaan kehittämään ohjelmia tupakkatuotteiden käytön vähentämiseksi (STM 1999a).

Vuonna 1997 ilmestyneessä STM:n toimenpideohjelmassa Suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi ei kouluterveydenhuoltoa erikseen mainita lasten terveyden edistämisen toimijatahona (STM 1997b).

2.1.3 Kouluterveydenhuoltoon liittyvät tutkimukset

Resursseja selvittävät tutkimukset

Stakes teki kouluterveydenhuollon tilaa vuosina 1992–1994 selvittävän kyselytutkimuksen, johon vastasi 406 kuntaa (Latikka ym. 1994). Sekä lääkäreiden että kouluterveydenhoitajien työpanosta kouluterveydenhuollossa oli vähennetty. Säästötoimet kohdistuivat henkilöstömenoihin ja seulontatutkimuksiin. Keskeisin lääkärien ja terveydenhoitajien toimenkuvien muutos oli terveystarkastusten väheneminen. Tutkimuksen mukaan kouluterveydenhuolto oli siirtymässä kouluilta terveyskeskuksiin. Valtaosa kunnista piti kouluterveydenhuollon resursseja kuitenkin yhä tarvetta vastaavina.

Vanhempien näkemystä kouluterveydenhuollosta on selvitetty vuonna 1994 (Sihvola 1994). Puhelinhaastattelussa 7–14-vuotiaitten vanhemmilta (n = 577) tiedusteltiin, onko kouluterveydenhuollon taso heidän mielestään muuttunut viime aikoina. Vastaajista 12 % oli sitä mieltä, että taso oli huonontunut, 59 % katsoi, että taso oli pysynyt ennallaan ja 4 %:n mielestä se oli parantunut. Neljännes (25 %) vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta. Koskinen (1998) on selvittänyt kouluterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä kouluterveydenhuollon palveluiden määrästä ja laadusta keskisuomalaisissa kunnissa. Vastaajista (n = 46) kaksi viidesosaa oli sitä mieltä, että kouluterveydenhuollon palveluja oli liian vähän.

Myös lääninhallitusten selvityksessä vuodelta 1998 (STM 1998) kartoitettiin kouluterveydenhuollon resursseja kaikille terveyskeskuksille (n = 258) osoitetun kyselyn avulla. Resurssien uudelleen suuntaaminen kouluterveydenhuollossa oli yleistä. Kolmannes terveyskeskuksista ilmoitti, että joitakin oleellisia muutoksia oli tapahtunut viime vuosina. Resursseja oli suunnattu siten, että niistä oli oletettu saatavan mahdollisimman paljon hyötyä. Terveystarkastuksia oli suunnattu erilaisiin riskiryhmiin ja va-

pautuvia resursseja koko kouluyhteisön hyvinvoinnin kehittämiseen. Kyselyn mukaan käsitykset kouluterveydenhuollon resurssien tarkoituksenmukaisesta käytöstä muuttuivat koululelämän ja yhteiskunnan muutosten seurauksena.

Käynteihin liittyvät tutkimukset

Valtakunnallisessa Kouluterveyskyselyssä on ollut vuodesta 1995 lähtien kysymyksiä kouluterveydenhuollosta (Kosunen ja Rimpelä 1998). Peruskoulun 8. ja 9. luokkien oppilailta on kysytty, kuinka monta kertaa he ovat käyneet koulunsa lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanotolla viimeisimmän lukuvuoden aikana (kysely on tehty huhtikuun lopussa). Lisäksi on kysytty, kuinka helpoksi tai vaikeaksi he kokevat lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn ja kuinka hyvin koulun terveydenhuolto toimii silloin kun oppilaat haluavat keskustella henkilökohtaisista asioista kuten seksiasioista tai masennuksesta.

Kouluterveyskyselyn viidellä alueella (Helsinki, Turku, Keski-Suomi, Etelä-Savo ja Rovaseutu, n = 19 000) tehty selvitys vuosina 1996 ja 1998 osoitti, että noin puolet oppilaista oli edeltävän lukuvuoden aikana käynyt koulun lääkärin vastaanotolla, 5 % oppilaista kolme kertaa tai useammin. Terveydenhoitajan luona oli käynyt 84 % oppilaista, 22 % oli käynyt kolme kertaa tai useammin. Vastaanotolle pääsy heikkeni vain hieman vuodesta 1996 vuoteen 1998. Oppilaat arvioivat lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn pääasiassa helpoksi. Runsas kymmenesosa piti vastaanotolle pääsyä vaikeana ja vain 2–3 % erittäin vaikeana. Kouluterveydenhuoltoon tyytymättömien osuus ei muuttunut vuodesta 1996 vuoteen 1998. Erot koulujen välillä olivat kuitenkin suuria. Pienimmillään tyytymättömien määrä oli 3 % ja suurimmillaan 63 %. (Kosunen ja Rimpelä 1998.)

Harju ja Keinänen-Kiukaanniemi (1995) tutkivat oppilaiden, opettajien ja vanhempien näkemyksiä terveystarkastuksista ja terveyskasvatuksesta kouluterveydenhuollossa. Tutkimukseen osallistui 178 oppilasta, joista 49 oli 6. luokan, 87 9. luokan ja 42 lukion 3. luokan oppilaita. Tutkimus tehtiin kyselytutkimuksena. Oppilaista 87 % piti terveydenhoitajien tekemien terveystarkastusten määrää sopivana, 7 % olisi halunnut terveystarkastuksia silloista useammin ja 6 % harvemmin. Opettajista 88 % piti määrää sopivana ja useammin niitä halusi 12 %. Ainoastaan ala-asteen opettajat erottuivat muista ryhmistä sikäli, että he toivoivat nykyistä useammin lääkärin ja myös terveydenhoitajan tekemiä terveystarkastuksia. Opettajista 59 % kuitenkin arvioi, että oppilailla ei ole riittävän usein mahdollisuutta tavata kouluterveydenhoitajaa. Oppilaiden vanhemmista 87 % piti terveystarkastusten määrää sopivana, kenenkään mielestä niitä ei ollut liian usein. Ala-asteen oppilaat ilmoittivat sairauden tai tapaturman yleisimmäksi syyksi käydä kouluterveydenhoitajan tai koululääkärin vastaanotoilla. Seuraavaksi tärkein syy oli terveystarkastus.

Hietala ja Ylilammi (1996) tutkivat käsityksiä terveystarkastuksista teemahaastattelemalla peruskoulun yläasteen terveydenhoitajia. Terveydenhoitajat pitivät tarpeelli-

sena henkilökohtaista tapaamista oppilaan kanssa vähintään kerran vuodessa ja korostivat oppilaiden yksilöllisten tarpeiden huomioon ottamista. Lisääntyvänä ongelmana he kokivat oppilaiden psykososiaaliset ongelmat. Terveystarkastusten ja terveyskasvatuksen sisältö ja ajankohta tuli terveydenhoitajien mukaan harkita yksilöllisesti oppilaiden tarpeet huomioon ottaen. Terveystarkastuksissa rutiinitutkimusten osuutta tuli vähentää ja paneutua enemmän oppilaiden psykososiaaliseen hyvinvointiin ja varata keskusteluun enemmän aikaa. Kouluterveydenhoitajat kokivat, että terveyskasvatukseen ja menetelmiin tuli saada lisää luovuutta.

Kouluterveydenhuoltoa on hoitotyön näkökulmasta tutkinut Koponen (1988), joka tarkasteli nuorten elämäntilanteita oppilashuollossa ja totesi, että nuorten elämäntilanteiden vaikeudet olivat hahmoteltavissa vain heidän kokonaistilanteidensa kautta ja että esimerkiksi terveydenhoitaja tarvitsee monipuolista tietoa ja ymmärrystä nuoren tilanteesta ja käyttäytymisestä voidakseen tukea nuoren terveyttä.

Kouluterveydenhoitajan ja oppilaan päätöksentekoa ovat selvittäneet Lauri ja Härmälä (1993). Mukana oli 90 terveydenhoitajaa ja 87 oppilasta. Tulosten mukaan oppilaiden mielestä päätökset tuli tehdä yhdessä. Pieni osa halusi, että terveydenhoitaja päättää. Terveydenhoitajat odottivat kuitenkin oppilailta suurempaa aktiivisuutta ja itsenäisyyttä päätöksen teossa kuin mitä oppilaat olisivat halunneet.

Vuori (1997) haastatteli pro gradu -työssään kymmentä perhettä, joiden lapsi aloitti koulunkäynnin. Kouluterveydenhuoltoa ei välttämättä mielletty perheissä terveyden ja hyvinvoinnin tukijaksi, vaan kouluterveydenhuollon rooli nähtiin kapeampana, pääasiassa fyysisen terveyden ja kehityksen seurantaan painottuvana. Perheissä ei Vuoren mukaan ollut erityisiä odotuksia kouluterveydenhuollolle, vanhemmat halusivat vain ’normaalipalveluita’. Toisaalta odotettiin perinteistä fyysisen terveyden, näön, kuulon, pituuden ja painon seurantaa. Joissakin perheissä tuotiin selvästi esille se, että kouluterveydenhuollon odotettiin pysyvän omalla alueellaan, perinteisessä terveydenseurannassa eikä rönsyilevän muualle.

2.1.4 Kouluterveydenhuoltoon liittyvä tilastointi

Kouluterveydenhuoltoon kertynyttä tietoa koottiin vuoteen 1984 saakka lääninhallituksiin, joista ne siirrettiin sosiaali- ja terveysministeriön tietokantaan. Vuosia 1984–1993 koskevat tiedot ovat Sosiaali- ja terveydenhuollon kertomusjärjestelmässä (KETI), jota ylläpitää sosiaali- ja terveysministeriö.

Nykyiset kouluterveydenhuollon käyntitiedot perustuvat kuntien toimintatilastoon. Toimintatilaston aikasarjat alkavat vuodesta 1994, jolloin tehtiin tilastouudistus. Tästä alkaen nämä tilastot ovat saatavissa kunnittain Stakesin ylläpitämästä Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokannasta eli SOTKAsta. Kaikki KETI tiedot eivät ole kuntakohtaisia eivätkä täysin vertailukelpoisia SOTKA tietojen kanssa.

Kouluterveydenhuollon käyntimäärät vähenivät vuosina 1989–1993. Osaksi se johtui toimintojen kirjautumisesta väestövastuuperiaatteen mukaan tavallisiksi terveyskeskus-

käynneiksi, osaksi myös siitä, että kunnat olivat kohdistaneet säätötoimenpiteitä juuri kouluterveydenhuoltoon (Uusitalo ym. 1995).

Kouluterveydenhuollon käynnit vuosina 1994–1996 pysyivät koko maassa lähes ennallaan. Kouluterveydenhuollon käyntejä oli keskimäärin yli kolme 7–15-vuotiasta kohti vuodessa. Kunnittain vaihteluväli oli vuonna 1996 1,2–4,5 käyntiä 7–15-vuotiasta kohden. Kaupunkimaisissa kunnissa käyntitiheys oli suurin ja aleni taajama-asteen ja väkiluvun aletessa. (Hermanson ym. 1998.)

2.1.5 Lomakkeet ja tietosuoja

Kouluterveydenhuollossa on alusta alkaen kirjattu kaikki lasten terveyteen liittyvät tiedot erillisille korteille. Mannerheimin Lastensuojeluliitto teetti 1920-luvulla koululääkärin käyttöön Kansakouluoppilaan terveyskortin, johon oppilaiden tiedot merkittiin. Liitto painatti ja myi niitä kunnille (Mannerheimin Lastensuojeluliiton MLL toimintakertomus 1924, Korppi-Tommola 1990). Terveyskorttia uudistettiin vuosien myötä jonkin verran, mutta pääpiirteiltään se säilyä samanlaisena vuoteen 1943 saakka. Silloin julkaisu siirtyi Maalaiskuntien liitolle, joka painoi lomakkeen edelleen Kansakouluoppilaan terveyskortti- nimisenä. Kortti oli kouluhallituksen hyväksymä. Vuonna 1956 Maalaiskuntien liitto ja Finlands Svenska Landskommuners Förbund painoivat uudet Koululaisten terveyskortti -lomakkeen sekä kouluterveydenhuoltoa koskevat muut lomakkeet (Lääkintöhallitus 1956). Samana vuonna tehtiin myös Oppilaan huoltajalle -lomake, joka toimitettiin oppilaan huoltajalle koulun alkaessa. Siitä saatiin lisätietoa oppilaiden vanhemmilta terveyskorttia varten (Lääkintöhallitus 1956). Kaikki lomakkeet olivat vuodesta 1956 lähtien lääkintöhallituksen hyväksymiä. Vuodesta 1962 ns. jatkuva terveyskortti otettiin käyttöön kansakoulujen ohella myös lastenneuvoloissa. Neuvola- ja kouluterveyskortilla luotiin järjestelmä, jossa samalle terveyskortille, sen seuratessa lasten terveydenhuoltojärjestelmästä toiseen, vietiin jatkuvasti terveyden- ja sairaanhoidolliset tiedot alusta alkaen lapsen syntymästä aina koulunkäynnin päättymiseen saakka (Hultin 1973).

Opettajan ja terveydenhoitohenkilöstön väliseksi tiedotuslomakkeeksi suunniteltiin vuonna 1961 Opettajan muistiinpanot oppilaan terveydentilasta -lomake, joka oli tarkoitettu luokanvalvojan huostaan, mutta muidenkin opettajien käyttöön (Lääkintöhallitus 1964). Lääkintöhallituksen vuoden 1964 yleiskirjeessä todetaan näin: ’*Lomake on tarkoitettu opettajan ja terveyssisaren neuvottelujen pohjaksi sekä toisaalta saattaa opettajan tietoon sellaiset tosiasiat oppilaan terveydestä, jotka koululääkäri katsoo (vanhempien suostumuksella), että opettajan olisi tiedettävä, jottei suotta vaarannettaisi oppilaan terveyttä tai opiskelua. Lomaketta on toistaiseksi käytetty vain niissä kouluissa, joissa opettajien ja terveydenhoitohenkilöstön yhteistyö oppilaiden terveyden hyväksi on saanut kiinteämpiä muotoja. Lomakkeen merkitys on ollut huomattava juuri sellaisissa tapauksissa, joissa opettaja havaintojensa perusteella on pyytänyt asiantuntija-apua ohjaamalla oppilaan terveyssisaren välityksellä koululääkärin tarkastettavaksi*’ (Lää-

kintöhallitus 1964). Opettajan muistiinpanot oppilaan terveydentilasta -lomake jäi pois siinä vaiheessa, kun terveyskertomusjärjestelmä otettiin käyttöön (Larjomaa, suullinen tiedonanto 1999).

Suomen Kuntaliitto (entinen Suomen Kunnallisliitto ja sen edeltäjä Suomen Maalaiskuntien liitto) on vastannut kaikista terveyskeskusten asiakirja- ja lomakekäytännöistä 1980-luvulta lähtien. Kuntaliiton toimesta laadittiin nykyisin neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa käytössä oleva ns. lasten ja nuorten terveyskertomusjärjestelmä, joka otettiin vaiheittain käyttöön vuonna 1984. Terveyskertomusjärjestelmässä lapsen kasvua ja kehitystä seurataan eri lomakkeilla, joita ovat terveydenhoitolomakkeet, rokotusten, kuulon ja näön seurannan sekä kasvukäyrien lomakkeet.

Nykyisessä terveyskertomusjärjestelmän terveydenhoitolomakkeessa on neljä osaa: A Ei erityistä huomautettavaa kehityksessä, B Terveystottumukset, C Psyykkiseen kehitykseen ja/tai toimintoihin liittyvät tekijät, D Sosiaaliset tekijät, ihmis- ja perhesuhteisiin liittyvät tekijät. Terveyskertomusjärjestelmä lastenneuvolan osalta uudistettiin vuonna 1997. Kouluterveydenhuollon uudistettu terveyskertomusjärjestelmä tulee käyttöön vuonna 2000.

Lapsen siirtyessä neuvolasta kouluterveydenhuoltoon on tiedonsaannin helpottamiseksi 1980-luvun alussa tehty (liite 1) Terveystietoja oppilaasta/huoltajan ilmoitus kouluterveydenhuollolle -erillislomake, joka oli uudistettu versio aikaisemmin tehdystä Oppilaan huoltajalle -lomakkeesta. Erillislomake kehitettiin Suomen Kunnallisliitossa yhdessä silloisen kouluhallituksen kanssa. Lomaketta on aikaa myöten uusittu ja korjattu tarpeen mukaan. Osa kunnista on tehnyt omia sovellutuksiaan kyseisestä lomakkeesta (Larjomaa, suullinen tiedonanto 1999). Erillislomake, josta myös käytetään nimitystä terveyskysely, annetaan vanhemmille täytettäväksi yleensä ennen kouluuntulotarkastusta tai se annetaan tarkastuksen yhteydessä. Lomakkeen keskeisiä sisältöjä ovat: huoltajuus, oppilaan sisarukset, oppilaan nykyinen terveydentila, sairaudet, jatkuva tai toistuva lääkitys, yliherkkyydet, oireet, näkö ja kuulo, muut oireet, päivähoito, hoito kouluajan ulkopuolella, lastenneuvola ja lisätietoja oppilaasta. Lomakkeessa kysytään lisäksi, saako oppilaalle suorittaa rokotukset, saako koulun lääkäri tai terveydenhoitaja harkintansa mukaan kertoa opettajalle sellaisista lapsen erityisongelmista, jotka vaikuttavat koulutyöhön ja onko vanhemmilla elämänkatsomuksensa perusteella asioita, joita on otettava huomioon kouluterveydenhuollossa.

Lainsäännöksillä pyritään terveydenhuollossa varmistamaan tietojen virheettömyys sekä yksilön hoidon kannalta välttämättömien tietojen asianmukainen käsittely. Henkilötietolaissa (523/99) tietosuojalla tarkoitetaan lailla säänneltyjen vaatimusten huomioon ottamista henkilötietojen käsittelyssä. Henkilötietolaki säätelee rekisteröityjen oikeudet ja henkilötietojen käsittelyn yleiset pelisäännöt. Näitä ovat mm. kuka saa kerätä ja tallentaa henkilötietoja rekistereihin, kuka kerätyistä tiedoista vastaa, millaisia tietoja saa tallentaa, mihin tarkoitukseen tietoja saa käyttää, milloin rekistereitä saa yhdistää, milloin henkilötietoja saa luovuttaa ja miten tiedot tulee säilyttää, päivittää, kirjata ja hävittää Olennaisimpia asioita kouluterveydenhuollon näkökulmasta on rekisteripidon vastuu ja tietojen luovuttaminen, joita on käsitelty myös laissa viranomaistoimin-

nan julkisuudesta (621/99). Terveyskertomusjärjestelmään kuuluvia arkistointivelvollisuuksia puolestaan säätelee Arkistolaki (831/94).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92) määrittelee potilasasiakirjat ja antaa niiden laatimista ja säilyttämistä sekä tietojen salassapitoa koskevia säännöksiä. Tällä hetkellä tietosuojalainsäädännössä ollaan tekemässä uudistuksia. Tietokantojen uudistuksessa kouluterveydenhuollossa on tärkeä määritellä, ketkä ovat oikeutettuja saamaan esimerkiksi koululaisen terveydentilaan liittyviä tietoja. Toisaalta on tärkeä verkostomaisen työotteen lisääntyessä pyrkiä hyödyntämään oppilaan ja yhteisön hyvinvointiin liittyviä tietoja. Nykyinen lainsäädäntö rajoittaa kuitenkin jatkuvan terveyskertomusjärjestelmän ylläpitämistä sellaisenaan. Kaikkea tietoa oppilaasta ei enää siirretä yksiköstä toiseen vaan tullaan kehittelemään tiivistelmä-osioita, jotka välittävät olennaisimmat tiedot terveydentilasta seuraavalle hoitoyksikölle.

Terveyskertomuslomakkeiden siirtyminen lastenneuvolasta kouluterveydenhuoltoon vaihtelee terveyskeskuksesta toiseen. Ohjeiden mukaan vain jatkuvakäyttöisten lomakkeiden tulee siirtyä oppilaan mukana, joka tarkoittaa, että lastenneuvolassa täytetyt seurantalomakkeet eivät siirtyisi lastenneuvolasta kouluterveydenhuoltoon. Neljän edellä mainitun lain tulkitsemisessa on kuitenkin eroja ja sen perusteella asiakirjoja siirtyy hyvin eri tavalla yksiköstä toiseen (Larjomaa, suullinen tiedonanto 1999).

2.1.6 Määräaikaistarkastusten ohjeistus ja nykyinen toteutuminen

Määräaikaistarkastukset ovat olleet kouluterveydenhuollon perusosa alusta alkaen. Aluksi ne olivat pääasiassa puhtaustarkastuksia. Kouluhoitajattaren johtosäännön 9 §:n mukaan *'Säännöllisten luokalla tapahtuvien puhtaustarkastusten ja terveellisiin elin-tapoihin innostavan havainnollisen ja käytännöllisen ohjauksen kautta kouluhoitajattaren tulee työskennellä puhtaustason kohottamiseksi ja harrastuksen herättämiseksi terveydenhoitoon oppilaiden keskuudessa*.' (Mannerheimin Lastensuojeluliitto 1924).

Kansanterveyslain kouluterveydenhuoltoa käsittelevässä kohdassa ei oteta kantaa erikseen terveystarkastusten tekemiseen eikä sisältöön. Viimeisin kouluterveydenhuoltoa koskeva lääkintöhallituksen ohjekirje vuodelta 1981 on monelta osalta vanhentunut. Kouluterveydenhuollon tukiaineisto -opas vuodelta 1993 määrittelee koululaisten määräaikaistarkastuksia ottamatta kuitenkaan kantaa terveystarkastusten määrään (Terho ja Vakkilainen 1993). Stakesin raportin 'Tämän meillä pitää olla varaa' mukaan terveydenhoitaja tarkastaa ala-asteen oppilaat joka toinen vuosi. Lääkärin tarkastus tehdään 1. ja 5.-luokalla. Mikäli lapsi on käynyt koulukypsyyden tarkastuksessa vuotta ennen koulun alkua, ei lääkärin tarkastusta 1. luokalla välttämättä tarvitse tehdä (Kokko 1993).

Lääninhallitukset selvittivät kaikilta terveyskeskuksilta (n = 258) vuonna 1998 mille koululaisryhmille lääkäri tai terveydenhoitaja teki terveystarkastuksen (STM 1998). Keskimäärin kouluterveydenhuollossa ala- ja yläasteella tehtiin ikäryhmäkohtaisia terveystarkastuksia yhteensä seitsemälle ikäryhmälle. Terveystarkastukset teki joko lääkäri tai terveydenhoitaja. Terveyskeskusten välinen vaihtelu oli suurta. Joissakin terveys-

keskuksissa tarkastettiin vain kolme ikäryhmää ja toisissa terveyskeskuksissa koululaiset taas tarkastettiin kaikkina ikävuosinaan. Vähiten luokkakohtaisia terveystarkastuksia tehtiin Pohjois- ja Keski-Suomessa. Lääkärintarkastus tehtiin yleisimmin ala-asteella 1. luokkalaisille (40 % terveyskeskuksista) ja 5. luokkalaisille (72 % terveyskeskuksista). Lääkäri tarkasti keskimäärin 1.4 ikäryhmää ala-asteella. Terveydenhoitaja tarkasti yleisimmin ala-asteella 1., 3. ja 5. luokkalaiset ja keskimäärin 4.5 ikäryhmää. Tavallisin käytäntö oli se, että osan ikäryhmistä lääkäri ja terveydenhoitaja tarkastivat yhdessä ja osan tarkasti terveydenhoitaja yksin.

Koskinen (1998) on selvittänyt määräaikaistarkastusten toteutumista keskisuomalaisissa kunnissa. Selvityksessä oli mukana 12 terveyskeskusta, joista 8 oli terveyskeskuskuntayhtymiä. Terveyskeskusten välillä oli suuria eroja määräaikaistarkastusten käytännöissä, ajoituksessa ja sisällössä. Terveystarkastuksissa seurattiin lähes joka kerta lapsen fyysistä kasvua ja kehitystä sekä pyrittiin selvittämään lapsen psyykkistä tilannetta. Ala-asteella terveydenhoitaja teki määräaikaistarkastuksia keskimäärin neljä kertaa. Määrä vaihteli kahdesta tarkastuksesta kuuteen. Lääkärintarkastus tehtiin keskimäärin yhden kerran. Tarkastukset painottuivat kolmannelle ja viidennelle luokalle, jolloin lähes kaikki lapset kävivät ainakin terveydenhoitajan tarkastuksessa.

Varjoranta ja Pietilä (1999) ovat selvittäneet ala-asteen määräaikaistarkastuksia Stakesin koordinoiman Lasten terveyden hyvinvointiselonteko kunnissa -projektiin osallistuneissa 14 kunnassa (Suominen 1999). Terveydenhuoltohenkilöstön teemahaastattelujen perusteella saatiin kuvaus määräaikaistarkastusten toteuttamisesta peruskouluissa (taulukko 3). Joissakin kunnissa (Nokia ja Rovaniemen maalaiskunta) ei lääkärintarkastuksia suoritettu lainkaan ala-asteella, kun taas Lappeenrannassa, Nastolassa ja Salossa niitä tehtiin kahdesti. Terveydenhoitajien määräaikaistarkastuksia tehtiin myös hyvin vaihtelevasti. Kokkolassa, Salossa, Turussa ja Lappeenrannassa oli kuusi tarkastusa ala-asteella, Jyväskylässä vain kaksi.

Taulukko 3. Lääkäreiden (L) ja terveydenhoitajien (T) tekemät määräaikaistarkastukset ala-asteen luokan mukaan 14:ssa kunnassa. (Lähde: Varjoranta ja Pietilä 1999.)

	1.		2.		3.		4.		5.		6.		Yht.	
Kunta	L	T	L	T	L	T	L	T	L	T	L	T	L	T
Jyväskylä	-	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	1	2
Jyv.mlk	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+	+	1	4
Kajaani	-	+	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	1	3
Kokkola	-	+	-	+	-	+	-	+	+	+	-	+	1	6
Kuopio	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+	-	1	3
Lappeenr.	-	+	+	+	-	+	-	+	-	+	+	+	2	6
Lappi	-	+	-	-	-	+	-	-	+	+	-	+	1	4
Nastola	+	+	-	-	-	+	-	-	+	+	-	-	2	3
Nokia	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	0	3
Porvoo	-	+	-	-	-	+	-	-	+	+	-	+	1	4
Rovaniemi	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	1	3
Rov.mlk	-	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	0	3
Salo	+	+	-	+	-	+	-	+	+	+	-	+	2	6
Turku	+	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	1	6

Koulun alkuun liittyvät tarkastukset

5-vuotistarkastus

Ohjelmakaavio lääkärin, terveydenhoitajan ja hammashoitajan tapaamisista on esitetty lääkintöhallituksen Lastenneuvolaoppaassa (Lääkintöhallitus 1990). Ohjelmakaavion mukaisia tarkastuksia ei terveyskeskuksissa kuitenkaan enää toteuteta. Esimerkiksi kaavion mukaiset lääkärintarkastukset toteutuvat vuonna 1998 vain alle kolmasosassa terveyskeskuksia (STM 1998).

Neuvolan 5-vuotistarkastus on usein ensimmäinen, kouluunlähtöä ennakoiva tarkastus, jossa selvitetään lapsen kouluvalmiutta ja mahdollisia oppimisvaikeuksia (Liuksiala 1993). Tehostettu 5-vuotistutkimus kehitettiin 1970-luvulla (Donner 1981). Tehostettu tutkimus suositeltiin tehtäväksi 5-vuotiaana lastenneuvolassa ja sen tavoitteena oli erityisesti löytää ne lapset, joilla oli neurologisen kehityksen erityisongelmia. Tutkimuksesta puhuttiin myös MBD-seulana.

Nokialla on kehitetty sosiaalitoimen ja terveystoimen yhteistyönä menetelmä, jolla on arvioitu 5-vuotiaitten lasten kehitystasoa havainnoinnin ja erityistehtävien avulla. Lapsen kehitystasoa on arvioitu päivittäistoiminnoissa, minäkäsityksessä, sosiaalisissa, motorisissa ja kognitiivisissa taidoissa. Sen pohjalta on sovittu uudenlaisesta työnjaosta päivähoidon ja neuvolan kesken. Nokialla päiväkodeissa olevat 5-vuotiaat eivät käy neuvolan 5-vuotisarvioinnissa vaan arviointi suoritetaan päiväkodissa. Neuvolassa arvioidaan kotona tai perhepäivähoidossa olevat lapset (Mäkinen 1999).

Strid (1999) on todennut, että 5-vuotistarkastus on osoittautunut tehokkaaksi seulaksi löytää erityistukea tarvitsevat lapset. Lappeenrannassa tehty selvitys osoitti, että niistä lapsista, jotka 5-vuotiaana olivat jääneet seurantaan, 2/3:lla oli vaikeuksia kuudennella luokalla. Jos lapsella oli todettu neuvolassa selkeä neurologisen kehityksen ongelma, niin heistä 78 %:lla oli kuudennella luokalla oppimiseen liittyviä ongelmia. Sellainenkin ryhmä lapsia, joilla oli neuvolassa epäilty vain hyvin lievää kypsymättömyyttä kehityksessä, kärsi kuudennella luokalla tunne-elämän ongelmista huomattavasti enemmän kuin kuudesluokkalaiset keskimäärin. Oppimisvaikeuksista kärsivistä 2/3 oli poikia.

Helsingissä tehdyn selvityksen mukaan (n = 761) 5-vuotistarkastukseen liittyvien toimintojen suoriutumisen ja lasten koulusuoriutumisen välillä oli selvä yhteys. 5-vuotistarkastuksen heikosti suoriutuneet ryhmät menestyivät koulussa huomattavasti heikommin verrattuna hyvin suoriutuneiden lasten ryhmiin (Ahlroth 2000).

Rintasen (2000) tutkimuksessa tarkastusten puuttuminen alle 4-vuotiaana ja 4–7 –vuotiaana ennakoi lapsen syrjäytymisvaaraa.

Kouluuntulotarkastus

Kouluuntulotarkastus-nimitys ei ole yhtenäinen. Kyseisestä tarkastuksesta käytetään myös muita nimiä kuten koulutarkastus, kouluunlähtötarkastus, kouluunmenotarkastus,

kouluvalmiustarkastus, koulupiikki ja vuositarkastus (Varjoranta ja Pietilä 1999). Kouluuntuloon liittyvistä tarkastuksista on annettu viimeisimmät suositukset Stakesin Kouluterveydenhuollon tukiaineistossa (Terho ja Vakkilainen 1993), jossa koululaisen määräaikaistarkastus ensimmäisellä luokalla on esitetty omana kohtanaan. Siinä todetaan, että *lastenneuvolaoppaan suosituksen mukaan lapsille tehdään lastenneuvolassa 6-vuotistarkastus, joka on yhteenveto lastenneuvola-ajasta. Jos se on tehty, 1. luokalla riittää terveydenhoitajan tekemä tarkastus. Vastuunjaosta ja menettelytavoista on selkeästi sovittava kouluterveydenhuollon ja lastenneuvolan kesken. Ellei 6-vuotistarkastusta ole tehty, on lapsi pyrittävä tutkimaan heti 1. luokan syksyllä koulun alettua. Vanhemmille on tarjottava mahdollisuus olla läsnä ja heitä tuetaan kasvatuksessa ja heidän kanssaan keskustellaan lapsen terveestä kasvusta ja kehityksestä. Esitiedoissa selvitetään perhetilanne ja terveystottumukset, psykososiaalinen tausta, fyysinen tausta ja älyllinen tausta. Oppilasta tutkittaessa huomioidaan psykososiaalinen kehitys, fyysinen kehitys ja älyllinen kehitys. Sen lisäksi kiinnitetään huomiota koulunkäyntiin liittyviin asioihin kuten koululiikuntaan, erityisruokavalioon, koulukuljetukseen, erityisopetukseen jne.*

Kouluuntulotarkastus on ensimmäinen lapsen ja kouluterveydenhuollon kohtaaminen. Sen toteuttaminen osuu tärkeään taitekohtaan lapsen ja lapsen perheen elämässä. Laakson (1998) mukaan ala-asteen kouluterveydenhuollon keskeinen tehtävä on varmistaa kaikkien sopeutuminen uuteen elämänvaiheeseensa. Tavallisimpia ongelmia ovat koulupelot ja -kiusaaminen sekä erilaiset psykososiaaliset ongelmat. Kouluuntulotarkastus voi Maulan ym. (1996) mukaan olla ensimmäinen syrjäytymisvaarassa olevien lasten kohtaaminen. Syrjäytymisuhka tulee usein näkyväksi vasta yläasteella. Jälkikäteen arvioiden on oireita siihen suuntaan usein esiintynyt jo ala-asteella.

Kouluuntulotarkastus toteutui Koskisen mukaan (1998) hyvin vaihtelevasti (taulukko 4). Keskisuomalaisissa kunnissa kouluuntulotarkastuksen ajankohta vaihteli. Useimmiten se pidettiin kouluunlähtövuoden keväällä tai kesällä. Terveydenhoitajan suorittamassa tarkastuksessa lääkäri oli läsnä tarvittaessa tai ei ollut lainkaan. Myös tarkastuksen sisältö vaihteli. Fyysisen ja psyykkisen kehityksen arvioinnin lisäksi arvioitiin koulukypsyyttä, iltapäivähoitoa ja muita koulunkäyntiin liittyviä asioita. Erillinen terveyskysely tehtiin seitsemässä kunnassa.

Myös Varjoranta ja Pietilä (1999) ovat selvittäneet kouluuntulotarkastuksia Stakesin koordinoiman Lasten terveyden hyvinvointiselonteko kunnissa -projektiin osallistuneissa 14 kunnassa. Kouluuntulotarkastus, jolla selvityksessä tarkoitettiin ensimmäisen luokan määräaikaistarkastuksia, tehtiin kaikissa kunnissa Jyväskylää lukuun ottamatta. Terveydenhoitajien tarkastukset toteutettiin joko koulun aloitusta edeltävänä keväänä, kesänä tai jo koulun alettua. Kaikissa kunnissa oli käytäntönä lähettää terveyskysely-lomake vanhemmille. Vanhemmat osallistuivat koulutulokkaiden tarkastukseen vaihtelevasti. Kaikki tai lähes kaikki vanhemmat olivat mukana lasten terveystarkastuksissa (lääkäri tai terveydenhoitaja) Kajaanissa, Kuopiossa, Lapissa, Nokialla, Porvoossa, Rovaniemellä ja Rovaniemen maalaiskunnassa sekä Salossa. Nastolassa vanhemmilla oli

Taulukko 4: Kouluuntulotarkastuksen ajankohta, sisältö ja terveyskyselyn (TK) tekeminen keskisuomalaisissa kunnissa. (Lähde: Koskinen 1998.)

Terveyskeskus	Ajankohta terveystarkastuksille		Sisältö	TK
	Terveydenhoitaja	Lääkäri		
Hankasalmi	Koulun alkua edeltävä kevät	1. luokan syksy	Kasvu, näkö, kuulo, hb, kehitys ja koulukypsyys, rokotukset (tarv.) iltapäivähoitoasiat, allergia ym.	
Joutsan seutu	6-7 v lastenneuvolassa	6-7 v. Lastenneuvolassa		X
Jyväskylän kaupunki	Kevään tai kesän aikana	6-vuotiaana neuvolassa	Fyysinen ja psyykkinen kehitys	
Jämsän seutu	6-v. lastenneuvolassa			X
Keuruu-Multia	6-vuotiaana	Tarvittaessa	Terveydenhoitajan tarkastus. Osalle moniammatillisen työryhmän järjestämä ryhmämuotoinen tapaaminen. Vanhemmille oma ryhmä	X
Konnevesi	Kevät-kesä lastenneuvolassa	Tarvittaessa		
Korpilahti-Muurame	Kouluunmeno kevät	Tarvittaessa	Fyysinen kasvu ja kehitys, paino, pituus, näkö, kuulo, psyykkinen ja sos.kehitys, keskittyminen, pelot, ryhmäkäyttäytyminen, omatoimisuus, kouluvalmius, rokotukset	
Laukaa	Kevät, kesä ennen koulun alkua		Keskustelu koulun aloittamiseen liittyvistä asioista, pituus, paino, näkö, kuulo, hb, RR, rok. polio	X
Palokka	Keväällä neuvolan th:t alkuvuonna täyttäville, kesällä loppuvuonna syntyneille		Puheen kehitys, perheen tilanne, lapsen psyykkinen ja sosiaalinen kouluvalmius, iltapäivähoito, allergia, sairaudet, paino, pituus, kuulo, näkö, ryhti, rokotus, hb. RR, ja koulunkäyntiin liittyvät asiat	
Saarijärvi-Karstula	6-7 v.	6-7 v.	Painopisteet koulukypsyydessä ja kouluvalmiuksissa. Ennen tarkastusta terveydenhoitajalla palaveri päiväkotien ja perhepäivähoidon ohjaajien kanssa.	X
Sydän-Suomi	Touko-elokuu		Paino, pituus, ryhti, näkö, kuulo, RR, hb, tehosterokotus (polio, MPRII, tarv.) kouluvalmiudet, koulunkäyntiin liittyvät asiat, kouluterveydenhuollon toiminta ja käytännöt	X
Ääneseutu	Ennen koulun alkua neuvolassa	Ennen koulun alkua neuvolassa		X

mahdollisuus osallistua, mutta käytännössä vain harvat vanhemmat olivat mukana. Jyväskylän maalaiskunnassa, Kokkolassa ja Lappeenrannassa vanhemmat eivät yleensä osallistuneet tarkastuksiin.

Terveydenhoitajien toteuttamien määräaikaistarkastusten keskeiset sisällöt olivat kaikissa kunnissa samansuuntaisia. Sisältöalueina mainittiin kokonaiskuvan muodostuminen lapsesta ja hänen perheestään, tutustuminen ja yhteistyön aloittaminen lapsen sekä vanhempien kanssa ja kasvun ja kehityksen seuranta. Ensimmäisellä luokalla lääkäri teki tarkastuksen Nastolassa, Rovaniemellä, Salossa ja Turussa, muissa kunnissa muuna kuin ensimmäisenä kouluvuotena (Varjoranta ja Pietilä 1999).

Kouluuntulotarkastus Ruotsissa ja Tanskassa

Koulutulokkaan ja koulun kohtaaminen vaihtelee eri Pohjoismaissa. Ruotsissa kouluuntulotarkastus (skolstart) suoritetaan noin 5 1/2 -vuotiaalle lapselle. Se pidetään lastenneuvolassa sairaanhoitajan ja lääkärin tarkastuksena. Esikouluopettaja on poikkeustapauksissa mukana tarkastuksessa. Tarkastus on laaja käsittäen lapsen fyysisen ja psyykkisen kartoituksen ohella myös koti- ja ympäristöolojen selvityksen. Seuraavan kerran lapsi tarkastetaan koulussa, jossa on kouluterveydenhoitajan sekä lääkärin pitämä tarkastus. Yhtenäistä käytäntöä kouluuntulotarkastuksesta Ruotsissa ei ole, vaan se vaihtelee kunnittain (Berntsson, suullinen tiedonanto 1999).

Tanskassa koulutulokkaille pidetään lääkärintarkastus joko esikoulussa 6-vuotiaana tai ensimmäisellä luokalla 7-vuotiaana. Läsnä ovat lääkärin ohella lapsi, molemmat tai toinen vanhemmista sekä kouluterveydenhoitaja. Joskus on mukana ala-asteen opettaja. Myös tulkki on mukana tarvittaessa. Käytäntö on melko yhtenäinen koko maassa (Nielsen ym. 1998).

2.1.7 Terveyskeskustelu

Terveydenhoitajan ja oppilaan välinen kohtaaminen liittyy pääasiassa määräaikaistarkastuksiin ja vastaanottokäynteihin. Ne ovat vuorovaikutteisia tilanteita, joita voidaan käsitteellistää monella tavalla. Sisällöllisesti niissä on keskeisintä terveyden- ja sairaudenhoito ja terveysneuvonta, ohjaus ja keskustelu. Poskiparran (1996) mukaan terveysneuvonnan, henkilökohtaisen vuorovaikutuksen, määrittäjiä ovat terveyden ja oppimisen ymmärtäminen, vuorovaikutustilanteiden olemus ja luonne sekä sosiaalinen konteksti. Vuorovaikutukset nähdään kehämäisenä prosessina, jossa molemmat vuorovaikutuksen osapuolet vaikuttavat keskustelun sisältöön ja määrään verbaalisella tasolla ja nonverbaalisilla viesteillä. Kukin vuorovaikutustilanne on ainutkertainen.

Niemisen (1997) mukaan vuorovaikutteinen luottamuksellisuus on tärkeää, koska se vaikuttaa tietojen antamiseen ja vastausten luotettavuuteen Tämä näkyy varsinkin sosiaalisesti herkissä tai epämiellyttävissä kysymyksissä, jotka vastaaja kokee henkilökohtaiseksi tai joissa vastaaja tuntee käytöksensä poikkeavan sosiaalisesti yleisesti hyväksytyistä normeista.

Nykyisin lapsia pidetään luotettavina informantteina asioissa, jotka koskevat heitä itseään. Lapset ovat luotettavia kuvaamaan ystävyyssuhteitaan, sisäisiä tunteitaan ja tunnetilojaan (Kumpulainen ym. 1996). Myös Kashanin ym. (1997) mukaan lapset pystyvät vastaamaan kysymyksiin, jotka koskevat heitä itseään, elämäänsä yleensä, ajatuksiaan ja tunteitaan. Almqvistin (1996) mukaan kouluikäisten lasten muisti ja kyky kertoa tapahtumista on melkein yhtä hyvä kuin aikuisten. Ajanjaksojen pituuksien, suuruussuhteiden ja eri paikkojen välisten suhteiden hahmottaminen saavuttaa kuitenkin aikuisen tason vasta murrosiässä. Lapset, niin kuin aikuisetkin, voivat kokea vaikeana keskustella arkaluontoisista asioista ja kokemuksista ja he voivat vastata sosiaalisen suotavuuden perusteella sen kaltaisiin kysymyksiin (Cooper ja Goodyer 1993).

Lasten ja vanhempien vastausten yhtenevyyttä on tutkittu. Lapset ja heidän vanhempansa vastaavat samansuuntaisesti objektiivisiin, fyysistä suorituskykyä käsitteleviin kysymyksiin (Duffy ym. 1993 ja Glaser ym. 1997). Subjektiivisten osa-alueiden suhteen tilanne on toinen. Fallon ja Schwab-Stone (1994) vertasivat 6–12-vuotiaiden lasten ja heidän vanhempiensa vastauksia psykiatrisessa haastatteluissa: 12-vuotiaiden vastausten toistettavuus kappakertoimella arvioituna oli selvästi parempi kuin 7-vuotiaiden ja aikuisten vastausten toistettavuus oli merkitsevästi parempi kuin lasten ylipäätään.

Lapsen ja terveydenhoitajan kohtaaminen voidaan toteuttaa myös tavoitteellisena terveyskeskusteluna. Lapsi on terveyskeskustelussa tärkein tiedonlähde. Borup (1995) väittää, että Tanska on ainoa maa Pohjoismaista, jossa kaikkien oppilaiden kanssa käydään varhaisessa vaiheessa terveyskeskusteluita. Hän määrittelee terveyskeskustelun terveydenhoitajan ja oppilaan välisenä dialogina, joka perustuu huolenpitoon ja välittämiseen. Borupin mukaan terveyskeskustelu on terveydenhoitajan työväline, jonka tulee olla ammattimaisesti ja tasavertaisesti toteutettu kaikille oppilaille. Terveyskeskustelun aikuinen osapuoli, terveydenhoitaja, on kiinnostunut lapsen terveydestä, harrastuksista, iloista ja suruista. Keskusteluissa syntyy tuttuus, joka madaltaa kynnystä hakeutua terveydenhoitajan luo myöhemmin, oli pulma mikä tahansa (Maula ym. 1996).

Laaja-alaisesti toteutettuna terveyskeskustelussa saadaan tietoa myös lapsen perheestä. Stridin (1996, 1998, ja 1999) mukaan avoin keskustelu perheen ongelmista sekä perheen että lapsen kanssa ovat välttämättömiä. Lapset jätetään usein syrjään, kun perheen ongelmista puhutaan. Lapset saattavat kantaa sisällään perheen salaisuutta raskaana taakkana. Kouluterveydenhuollolla on Stridin mukaan varsin huonot tiedot lasten perhetilanteista.

2.2 Koulun alkaminen siirtymävaiheena

2.2.1 Demografiset tiedot koulutulokkaasta

Oppivelvollisuus alkaa Suomessa sinä vuonna, kun lapsi täyttää 7 vuotta. Koulunsa vuotta nuorempana tai vuotta vanhempana aloittavista lapsista ei ole olemassa valtakunnallista kokoomatietoa. Espoossa vuonna 1996 oli koulutulokkaista vuotta nuorempia noin 1 % ja vuotta vanhempia noin 2 % (Lyttinen, suullinen tiedonanto 1999). Järvelinin ym. (1988) 7-vuotiaita lapsia käsittävässä aineistossa (n = 3 206) koulunsa vuotta myöhemmin aloittaneita oli 8 %. Kumpulaisen ym. (1994) aineistossa 8-vuotiaista lapsista 1.7 % kävi ensimmäistä luokkaa. Heistä oli tyttöjä 0,8 % ja poikia 2,6 %. Myös Gisslerin ym. (1999a) aineistossa koulun aloittamisajankohdan siirtäminen oli pojilla tyttöjä yleisempää.

Vuoden 1996 lopussa 7-vuotiaiden vanhemmista 74 % oli avioliitossa ja 11 % avoliitossa. Yksinhuoltajaäitejä oli 14 % ja yksinhuoltajaisiä 1 % (Kartovaara, suullinen tiedonanto 1999). Puuran ym. (1995) aineistossa 8-vuotiaista 82 %:lla oli biologiset vanhemmat ja 7 %:lla ei-biologiset vanhemmat ja 11 %:lla oli yksinhuoltajavanhempi.

Koulutulokkaiden sisarusasemaa on kuvattu vain joissakin koulunsa aloittavia lapsia selvittävissä tutkimuksissa. Kumpulaisen ym. aineistossa (1994) perheissä oli keskimäärin 2,5 lasta. Ainoita lapsia oli sisarussarjasta 13 %, esikoisia 32 %, keskimmäisiä 15 % ja kuopuksia 34 %.

2.2.2 Koulutulokkaan kehitysvaihe

Koulutulokas elää ns. latenssivaihetta, jolla tarkoitetaan ikävuosia 6–12. Latenssin käsitteellä viitataan myös uinuvaan tunne-elämään. Rödstamin (1992) mukaan 7–12 vuoden ikää pidetään kehityksessä lepokautena ja sen ikäisiä lapsia harmonisina, hyvin sopeutuvina ja pätevinä, mutta hieman pinnallisina. Tämä on erona latenssi-ikäisiä nuorempiin, leikki-ikäisiin ja latenssi-ikäisiä vanhempiin, teini-ikäisiin, joita molempia ryhmiä usein kuvataan dynaamisiksi ja voimakkaiksi, mutta myös ristiriitaisiksi.

Psykoanalyyttisen teorian mukaan latenssi-iällä tarkoitetaan oidipaalivaihetta seuraavaa, puberteettiin asti kestävää lapsen psykoseksuaalisen kehityksen vaihetta (noin ikävuodet 6–11), jolle on ominaista sukupuolivietin suhteellisen vähäinen merkitys persoonallisuudessa (Nienstedt ja Rautiainen 1991).

Latenssivaiheeseen liittyy biologista kypsymistä. Koulunsa aloittavan lapsen keho on fysiologisesti monessa suhteessa kypsempi kuin alle kouluikäisen (Wilde 1987). Ruuansulatuskanavan toiminta tulee vakaammaksi ja siitä johtuu, että lapsi sietää esimerkiksi pitempiä ateriavälejä kuin aikaisemmin. Myös rakon toiminta kehittyy niin, että lapsi kykenee pidättelemään virtsaa kauemmin (Wilde 1987).

Koulunsa aloittava lapsi kasvaa pituutta noin 6–7 cm vuodessa. Vuotuinen painonlisäys on 2–3,5 kg (Wilde 1987). Latenssi-iän alussa kehon rasvamäärä alkaa muuttua. Se on pienentynyt imeväisiästä 6.–7. ikävuoteen saakka, minkä jälkeen rasvamäärä alkaa suureta, tytöillä enemmän kuin pojilla (Nuutinen 1998). Koulun alkamisen vaiheessa myös monet aistitoiminnot vakiintuvat. Esimerkiksi 7–8-vuoden iässä silmä saavuttaa normaalin näkökykynsä. Myös immunologinen systeemi muuttuu ja reagoi aikaisempaa nopeammin antigeeneihin, minkä vuoksi koulunsa aloittava lapsi sairastelee vähemmän kuin alle kouluikäinen (Smith ym. 1987). Aivojen kasvunopeus kiihtyy 5:n ja 7:n ikävuoden välillä. Se koskee erityisesti aivojen otsalohkoa, joka säätelee suunnitelmallisuutta sekä ajatusten ja toimintojen järjestelmällisyyttä. Ikävuosina 6–11 looginen ajattelu ja rationaalinen päättely saavatkin yhä enemmän tilaa lapsen psyykkisessä kehityksessä. Lapsi kykenee pohtimaan asioita ilman, että hänen välttämättä on koettava aiheeseen liittyviä tunteita. Lapsi ei enää paneudu leikkeihin niin kokonaisvaltaisesti ruumiillaan ja mielellään kuin aikaisemmin (Butterworth ja Harris 1994). Lapsen ajatuksista tulee monimuotoisia luotettavien ja turvallisten havaintojen muuttuessa abstrakteiksi käsitteiksi ja kokonaisuuksien ymmärtämiseksi. Itsekeskeinen ajatusmaailma muuttuu tietoiseksi muista ihmisistä. Lapsen sosiaalinen kasvu onnistuu parhaiten yhteisössä, joka on peruspiirteiltään melko pysyvä, sisältää monenlaisia vuorovaikutussuhteita ja jossa eri ikäisten ihmisten käyttäytymismallit ovat suhteellisen selkeitä ja kiinnostavia. (Sameroff ja Haith 1996).

Noin 7-vuoden iästä lapsella alkaa olla myös moraalista ymmärrystä. Perhe- ja sisarussuhteet muokkaavat lapsen moraalikäsityksiä. Lapsen jokapäiväiset leikit ja pelit opettavat sääntöjä ja kieltoja, jotka johtavat moraaliseen ymmärrykseen (Butterworth ja Harris 1994). Myös tunteiden tunnistaminen lisääntyy latenssi-iän alkaessa. Furmanin (1998) mukaan ensimmäisen elinvuoden loppuun mennessä ja enenevästi ennen kouluikää lapsi tuntee lukuisia tunteita, joita ovat rakkaus, viha, suru, onni, kateus, avuttomuus, suuttumus, pelko, mustasukkaisuus, yksinäisyys, ihastus, pettymys, ilo, mieltymys, häpeä, hämmennys, sääli ja syyllisyys. Myös yleisinhimilliset kysymykset ja vastakkainasettelut kuten riippuvuus–riippumattomuus, itsenäisyys–yhteenkuuluvuus askarruttavat latenssi-ikäisiä, samoin kuin kysymykset oikeudesta ja vääryydestä (Rödstam 1992).

Latenssivaihe on erityisen tärkeä minän kehitykselle. Sellainen lapsi, jolla on monenlaisia harrastuksia, fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia, on paremmin varustautunut nuoruusiässä esiin nouseviin seksuaalisten ja aggressiivisten vietti-impulssien käsittelyyn kuin ne, joilla ei ole näitä kanavia valmiina (Erkolahti 1987). Mielikuvitus tukee leikki-ikäisen siirtymistä latenssi-ikäiseksi. Esimerkiksi varhaislapsuuden transitionaaliobjekti (riepu, nalle, tutti, äidin laulu), joka on aikaisemmin jo hylätty, voi tulla uudelleen esille latenssi-iässä, esimerkiksi mielikuvitustoverina (Nagera 1969). Latenssi-iälle on tyypillistä hakeutuminen samaa sukupuolta olevien tovereiden ja aikuisten pariin. Tyttö ’tankkaa’ feminiinisyyttä äidiltä ja toisilta tytöiltä. Poika taas lähestyy isää ja muita aikuisia miehiä ja leikkii ja harrastaa mieluiten suuressa poikajoukossa (Sinkkonen 1997).

Dunderfelt (1997) tiivistää koulunkäynnin aloittamiseen vaadittavat piirteet:

1. Fyysinen kasvu ja kehittyneisyys. Koulumatkojen ja koulupäivän rasituksiin tarvittava riittävä fyysinen kehitystaso. Aisti- ja liikejärjestelmän hallinta ja kypsyys, mm. silmän ja käden koordinaatio.
2. Pitkäjänteisyys ja keskittymiskyky, valmius uusien virikkeiden vastaanottamiseen ja kyky keskittyä tehtävien suorittamiseen tarvittavaksi ajaksi.
3. Itsenäisyys ja kyky irtautua vanhemmista. Sellainen yksilöitymisprosessin vaihe, jossa pystyy turvallisin mielin toimimaan itsenäisesti koulupäivän ajan.
4. Sosiaalinen kehittyneisyys (liittyy edelliseen). Ilman turvallista itsenäisyyden tunnetta ei voi etsiytyä muiden seuraan eikä kehittää kykyä eläytyä ihmisen kokemusmaailmaan eli empatiaa. Kyky sietää arvostelua ja sosiaalista kontrollia.
5. Kognitiivisten kykyjen kypsyys. Kyky ymmärtää puhetta ja ilmaista itseään puheen keinoin. Ajattelun tason kehittyneisyys niin, että se on konkreettisten operaatioiden tasolla.

2.2.3 Koulunkäyntiin ja luokkaan sopeutuminen

Koulun alkamista on voinut edeltää esiopetusjakso. Suomessa 6-vuotiaiden esiopetusta on järjestetty pääosin päivähoidossa ja luvanvaraisesti koulun piirissä. Vuonna 1997

tehdyn selvityksen mukaan 6-vuotiaista noin 74 % osallistuu esiopetukseen ja näistä 5 % oli koulutoimen piirissä. Esiopetusverkosto ei ole päiväkotien ja peruskoulujen osalta kattanut koko maata ja kuntien väliset erot ovat olleet suuria (STM 1999b). Vanhempien mukaan esiopetus edistää kouluvalmiutta, joka kehittyy sekä sosiaalisen että kognitiivisen oppimisen myötä (Aho 1998).

Koulun alkaessa uusi ilmapiiri ja uusi sosiaalinen yhteisö asettavat suuria vaatimuksia lapsen sopeutumiskyvylle ja sisäisille kyvyille. Lapsen ihmissuhdeverkosto laajenee ja muuttuu monitahoisemmaksi. Useimmilla lapsilla on valtavasti voimia uusien vaatimusten kohtaamiseen ja kehittymiseen tässä vaativassa muutosvaiheessa. Hänen intonsa oppia uutta ja lähteä varhaislapsuuden ympäristöstä ‘maailmaan’ on silmiinpistävä. Kaikessa tässä uuden kohtaamisessa hänen yksilölliset piirteensä pääsevät kehittymään (Dunderfelt 1997). Toisaalta on myös katsottu, että kouluikään tullessa minäkuva on myönteinen, mutta heikkenee ensimmäisten kouluvuosien aikana. Riittävän realistisen minäkuvan kehittyminen on toimintakyvyn kannalta tärkeää ja välttämätöntä (Opetusministeriö 1997).

Lasten kehitysiät koulun alkaessa vaihtelevat suuresti. Kananojan (1999) mukaan on lapsia, joiden tulisi aloittaa koulunsa vuotta nuorempina ja lapsia, joille nykyinen aloitusikä on ihanteellinen. On myös lapsia, joiden tulisi saada lykkäystä vielä nykyisestäkin ikärajasta. Samassa luokassa saattaa näin ollen työskennellä kehitysiältään sekä viisi- että yhdeksänvuotiaita lapsia.

Perry ja Weinstein (1998) esittävät, että lapsen sopeutumisen kolme peruselementtiä ovat tiedolliset ja sosiaaliset taidot sekä käyttäytyminen. Kouluun sopeutumisen osoittimia ovat hankittuihin taitoihin, motivaatioon, kaveri- ja aikuissuhteisiin, rooleihin ja huomionsaantiin ja tunteiden kontrolliin liittyvät tekijät. Heidän mukaansa siirtymävaihetta päiväkodista, perhepäivähoidosta tai kotoa kouluun on paljon vaikeampaa kuvata kuin siirtymistä luokalta toiselle. Lasten taustatilanne on tuolloin hyvin erilainen, kouluvalmiustaidot ovat yksilöllisiä ja koulunaloittamisikä vaihtelee. Alvidrez ja Weinstein (1993) puolestaan toteavat, että lasten aloittaessa koulunsa heidän oletetaan osaavan säädellä käyttäytymistään niin, että se soveltuu opettajan toiveisiin ja luokan sääntöihin. Se edellyttää lapselta kykyä olla hiljaa opetuksen aikana, laittaa tavarat paikoilleen ja kohdella luokkatovereitaan hyvin. Vaikka koulun alkamiseen liittyy joitakin yleisiä sääntöjä ja vaatimuksia, on myös todennäköistä, että opettaja- ja koulukohtaiset käytännöt muovaavat koulun aloittamisen yksilötasolla hyvin erilaiseksi. Kananojan (1999) mukaan ensi kuukausina muotoutuu lapsen käsitys oppimisesta mielihyvän tai mielipahan sävyttämiseksi.

Perryn ja Weinsteinin (1998) mukaan lapsen sopeutumiseen vaikuttavat koulun tiedollinen ja sosiaalinen ilmapiiri, yleiset koulunkäynnin resurssit ja koulukohtaiset toimintamallit sekä se, miten oppilaita käsitellään kokonaisuutena. Myös opettajan ominaisuuksilla on merkitystä oppilaiden sopeutumiseen kuin myös luokan ilmapiirillä ja oppilaiden välisillä sosiaalisilla suhteilla.

Furman (1998) vertaa opettajan ja oppilaan välistä suhdetta työelämän ihmissuhteisiin: keskipisteenä on osapuolten yhteinen toiminta ja tavoite, mutta jossa osapuolet

eivät jaa toistensa muita elämän alueita. Opettajan ja oppilaan suhde rakentuu yhteiselle työlle ja onnistumisille siinä sekä välitavoitteisiin, jotka vievät lopullista tavoitetta kohti. Vuille ja Sundelin (1996) kuvaavat koulun alkamista kriittisenä elämänvaiheena, joka aiheuttaa vapauden vähentymisen lapsen elämässä, päivärytmin muuttumisen ja edellyttää selviytymistä sosiaalisista paineista. Heidän mukaansa koulun alkamisen ajankohta lapsen elämänkaaressa ei ole luonnonmukaista, koska se perustuu poliittiseen päätöksentekoon. Alkamiseen voi liittyä heidän mukaansa sekä pitkäaikaisia positiivisia (oppimisen ilo, uusien taitojen saaminen ja positiivisen itsetunnon lisääntyminen) mutta myös negatiivisia (epäonnistumiset) vaikutuksia.

Suomalaisessa tutkimuksessa on osoitettu, että lapset, jotka esikouluiässä osoittivat kehittyneempiä ajattelun taitoja ja osasivat ohjata omaa toimintaansa keskimääräistä paremmin, oppivat myös nopeammin ja taitavammin lukemaan 1. luokan aikana (Vauras ym. 1994). Gissler ym. (1999a) ovat selvittäneet tyttöjen ja poikien välisiä eroja koulunkäyntiin liittyvissä asioissa. Pojilla (n = 7435) oli tyttöjä (n = 7251) enemmän kehityksen viivästymiä koulun alkaessa. Lisäksi he olivat tyttöjä enemmän erityiskouluissa ja -luokissa.

Syntymäkuukaudella saattaa olla vaikutusta koulunkäynnin sujuvuuteen. Almqvistin (1996) mukaan vuoden loppupuolella syntyneet 8-vuotiaat lapset olivat toisella luokalla ollessaan selvästi levottomampia ja masentuneempia kuin aikaisemmin samana vuonna syntyneet luokkatoverinsa. Sen sijaan ne vuoden loppupuolella syntyneet lapset, jotka olivat saaneet lykkäystä koulunkäynnin aloittamisessa ja jotka kävivät tutkimushetkellä ensimmäistä luokkaa olivat rauhallisempia ja vähemmän masentuneita. Nämä muutokset viittaavat siihen, että osalle lapsista noin puolen vuoden syntymäajankohdasta johtuva ero kehitystasossa on runsaan vuoden pituisen koulunkäynnin jälkeen ’aiheuttanut’ merkittävää psyykkistä häiriintymistä. Tämä johtuu todennäköisesti liian usein toistuvista epäonnistumisen kokemuksista. Koululykkäys toimi niin kuin on tarkoitettukin: se suojasi lapsia liian vaativalta ympäristöltä ja turvasi näin persoonallisuuden tasapainoisen kehityksen. Myös vastakkaisia tutkimustuloksia on. Morrison ym. (1997) totesivat tutkimuksissaan, ettei koulunalkamisikä ollut hyvä oppimiskyvyn ennustaja ensiluokkalaisilla.

Eri tutkimusten mukaan koulun alkamiseen liittyvien sopeutumisongelmien prevalenssi vaihtelee. Koulunkäyntiin liittyviä oppimisvaikeuksia ovat tutkineet mm. Ahonen ym. (1996). Heidän mukaansa 7–12-vuotiailla oli lukemisvaikeuksia, matemaattisia vaikeuksia ja tarkkaavaisuushäiriöitä päällekkäisesti.

Yhdysvalloissa sopeutumisongelmien prevalenssi oli 1–35 %:n välillä riippuen tutkimuksessa käytetyistä kriteereistä ja kysymyksenasettelusta sekä informantista (Perry ja Weinstein 1998). Heidän mukaansa on huomioitava, että käytössä olevat arviot olivat peräisin vain muutamista satunnaisesti kohdistetuista tutkimuksista.

Eddyn ym. (1999) aineistossa (n = 263) ensimmäisen luokan oppilailla esiintyvä ylivilkkaus oli yhteydessä monilapsiseen perhetaustaan sekä lapsuudenaikaiseen hankalaan temperamenttiin. Aggressiivisuus liittyi Kellamin ym. (1998) aineistossa 5–7 -vuotiailla voimakkaasti sosiaalisiin tekijöihin ja erityisesti siihen, jos luokkatoverit olivat tor-

juvia. Ensimmäisellä luokalla pojat käyttäytyivät tyttöjä aggressiivisemmin, eikä tyttöjen keskuudessa esiintynyt luokkakohtaista, kumuloituvaa aggressioita niin kuin pojilla. McGee ym. (1984) tutkivat käytösongelmia uusseelantilaislapsilla. Aineistossa oli 949 7-vuotiasta lasta. Vanhempien ja opettajien antamien kuvausten mukaan pysyviä käytösongelmia oli noin 9 %:lla lapsista.

Takala (1978) tutki suomalaisia koulutulokkaita ja hänen mukaansa koulutulokkaista noin 30 % puhui impulsiivisesti tunneilla syksyn alussa. Kolmen kuukauden kuluttua tällaisten oppilaiden osuus vähentyi puoleen. Salminen (1980) totesi tutkimuksissaan, että 1. luokan oppilaista 20–25 %:lle saattoi lukemaan ja kirjoittamaan oppiminen tuottaa kohtuuttomia vaikeuksia. Laakson (1992) mukaan koulutulokkaista noin 20–30 %:lla oli puhehäiriöitä, äänihäiriöitä oli 5–10 %:lla.

Syrjäseutujen lapset olivat koulun alussa usein jännittyneitä ja heidän oli vaikeampi toimia koulun sääntöjen mukaan kuin taajamien lasten, joista useampi suhtautui kouluun passiivisesti ja käyttäytyi toverillisesti opettajaa kohtaan. Tyttöjen ja poikien erot olivat selviä: pojat reagoivat tyttöjä yleisemmin haluttomuudella ja yleisväsymyksellä ja häiritsivät toisia; toisaalta he pelkäsivät enemmän opettajan auktoriteettia. Suuri ero oli myös auttamisen ja huolenpidon määrässä. Tytöistä runsas kolmannes käyttäytyi hoivaavasti; pojista joka viides (Taipale 1992).

Pihan (1996) mukaan koulunkäynnin alkaminen on suuri muutos myös perheelle. Koulunkäynnin myötä vanhempien on voitava vähentää sitovaa otetta lapseen ja sallittava hänen muodostaa heistä riippumattomia suhteita perheen ulkopuolella kouluun, harrastuksiin ja ikätovereihin. Lisäksi vanhempien on kyettävä tulemaan toimeen ympäristön lapsesta antaman palautteen kanssa siinäkin tapauksessa, ettei se vastaa heidän omia toiveitaan.

Himanen (2000) tutki pro gradu -työssään koulun alkamista vanhempien näkökulmasta. Tutkimus tehtiin kyselynä 36:lle koulunsa elokuussa 1999 aloittavan lapsen vanhemmalle. Tulokset osoittivat, että vanhemmat olivat hyvin kiinnostuneita saamaan tietoa kaikista koulun alkuun liittyvistä asioista. Kuitenkin vain pieni osa vanhemmista arvioi saaneensa tietoa riittävästi eri lähteistä (neuvola, koulu, päivähoito), suurin osa arvioi saaneensa tietoa vain jonkin verran. Tutkimuksen mukaan vaikutti siltä, että vanhemmat kaipasivat tietoa enemmän kuin sitä eri lähteistä saivat. Vanhemmat eivät kuitenkaan olleet huolissaan lastensa koulussa pärjäämisestä, lukemaan oppimisesta tai muusta osaamisesta. Sen sijaan kiusaaminen ja lapsen lisääntynyt vastuu omista asioista huolestuttivat vanhempia jonkin verran. Lukemisen ja muiden perustaitojen oppimisen lisäksi vanhemmat pitivät hyvin tärkeänä sosiaalisten taitojen oppimista koulussa. Kodin ja koulun yhteistyötä vanhemmat pitivät myös tärkeänä ja asettivat paljon odotuksia lapsensa ensimmäisen luokan opettajalle.

2. 3 Lapsen terveys koulun alkaessa

2.3.1 Terveyteen liittyvän tiedon tuotanto

Indikaattorit

Indikaattorit eli osoittimet ovat tunnuslukuja, joilla kuvataan yhteisötasoa (Hermanson ym. 1998). Terveysindikaattorit eivät yleensä kuvaa suoraan terveyttä, vaan useimmiten sen vastakohtaa (Jakobsson ja Köhler 1991). Niinpä lastenkin terveys tunnetaan pikemminkin kuolleisuutena ja sairastavuutena kuin psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena hyvinvointina. Yleisimmin käytetyt lasten terveyden indikaattorit ovat objektiivisia mittareita. Kuolleisuuden ohella niitä ovat pitkäaikaissairaudet, viat ja vammat, tapaturmat ja terveystottumukset (Rimpelä 1995) Kansanterveyskertomuksessa (1996) suomalaisten lasten terveyttä on kuvattu kuolleisuuden ja sairastavuuden avulla ja nuorten terveyttä kuolleisuuden, sairastavuuden, terveyskäyttäytymisen ja seksuaalisen terveyden avulla.

Lasten terveyden indikaattoreina käytetään myös ravitsemustilaan liittyviä mittareita. Hermansonin (1997) mukaan koulun alkaessa lapsen lihavuutta voidaan käyttää indikaattorina kuvaamaan lasten terveyttä ja samalla lastenneuvolan terveydenhuolto-työn toimivuutta. Rintasen (2000) mukaan pituus on tärkeä lasten terveyden indikaattori ja tulevan terveysuran osoitin.

Subjektiivisen terveyden indikaattorit, joita ovat esimerkiksi oma arvio terveydentilasta yleensä sekä oireet, kuvaavat lasten hyvinvointia herkemmin kuin perinteiset terveysindikaattorit (Karvonen 1998). Niiden merkitys on myös siinä, että ne ennustavat myöhempää sairastavuutta (Aro ym. 1982). Koettua terveyttä kuvaavat indikaattorit heijastavat myös terveyden sosiaalista ulottuvuutta, koska ne syntyvät lapsen ja nuoren ja hänen sosiaalisen ympäristönsä välisessä vuorovaikutuksessa ja ovat yhteydessä myös ajassa esiintyviin ilmiöihin (Karvonen 1998).

Rekisterit, tilastot, tietojärjestelmät ja erillistutkimukset

Kansallisia ja kansainvälisiä tarpeita palvelevaa tietoa lapsen terveydestä saadaan monista valtakunnallisista rekistereistä, tilastoista, tietojärjestelmistä ja erillistutkimuksista (taulukko 5). Vaikka terveystilastojen ja -rekisterien keruu on Suomessa mittavaa, pelkästään lasten terveyttä koskevia tietoja kerätään ja julkaistaan säännöllisesti kuitenkin vain vastasyntyneistä ja epämuodostumista (Gissler 1999b). Lapsia koskeva tieto on useimmiten upotettu aikuisia koskevan tiedon joukkoon (Sauli 1992). Stakes ylläpitää suurinta osaa rekistereistä ja tilastoista. Näitä ovat mm: syntymärekisteri, hoitoilmoitusrekisteri, epämuodostumarekisteri, ja syöpärekisteri, jota ylläpidetään yhdessä Syöpäsäätiön kanssa. Myös Tilastokeskuksessa on monia lapsen terveyteen liittyviä rekis-

tereitä. Kuolinsyyrekisteri on vanhin terveyttä kuvaava rekisteri. Asuinolo- ja perhetilastot kuvaavat lasten elinolojen puitteita (Sauli 1992). Kansaneläkelaitos ylläpitää rekisteriä mm. erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttavista sairauksista. Kansanterveyslaitos tekee määrävuosina rokotuskattavuustutkimuksia neuvoloissa tapahtuvien rokotusten arvioimiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastotietokanta Sotka kokoaa terveyteen ja terveydenhuollon käytäntöihin liittyviä tietoja eri tietolähteistä kunnittain.

Lasten terveydestä tuotetaan runsaasti rutiinitietoa perusterveydenhuollossa määräaikaistarkastuksissa ja seulonnoissa, mutta tieto jää pääasiassa paikallistason käyttöön. Lasten terveyden kokonaiskuvan saamiseksi ja terveydessä tapahtuvien muutosten arvioimiseksi on kehitetty useita tutkimusmenetelmiä. Kliinisten tutkimusten ohella lasten terveydestä kootaan tietoa henkilökohtaisena haastatteluna tai kyselynä, jonka tutkittava tai tutkittavan edustaja täyttää (Gyatt ym. 1993) Kyselyt ovat posti- tai luokkakyselyjä tai muualla kuin koulussa tapahtuvia kyselyjä. Lapsia koskevat kyselyt osoitetaan yleensä lasten vanhemmille (Jakobsson ja Köhler 1990). Apajasalo (1997) on kehittänyt kouluikäisille lapsille soveltuvan subjektiivisen, moniulotteisen elämänlaatumittarin, jotta voitaisiin selvittää, minkälaisia vaikutuksia erilaisilla sairauksilla ja hoitomuodoilla on kouluikäisten lasten ja nuorten terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Se ei kuitenkaan sellaisenaan sovellu terveiden lasten elämänlaadun arviointiin.

Säännöllisesti toistettavia tutkimuksia suorittavat mm. yliopistot, Stakes, kansanterveyslaitos ja kansaneläkelaitos Suurimpia lasten terveydentilaa selvittäneitä tutkimuksia ovat KELAn vuosina 1964, 1968, 1976, 1987 ja 1995/96 tekemät terveysturvatutkimukset (Arinen ym. 1998). Vuosina 1964–1987 haastattelijoina olivat kuntien terveydenhoitajat ja viimeisimmässä Tilastokeskuksen haastattelijat. Lapsia koskevat tiedot koottiin kotikäynnin yhteydessä huoltajalta, yleensä perheen äidiltä.

Lasten monikeskustutkimuksessa on selvitetty eri ikäisten suomalaisten lasten ja nuorten sepelvaltimotaudin riskitekijöiden tasoa ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Vuonna 1980 tehtiin ensimmäinen laaja poikkileikkaustutkimus. Tutkimukseen osallistui yhteensä noin 3600 tutkimusvuonna 3, 6, 9, 12, 15 ja 18 vuotta täyttänyttä lasta ja nuorta (KTL 1996). Vuonna 1994 tehtiin sosiaalipediatrinen tutkimus suomalaisesta lapsesta (Sihvola 1994), jossa oli mukana 1 014 0–14-vuotiasta lasta.

Lasten terveyttä ja hyvinvointia on selvitetty pohjoismaisella Barn och barnfamiljer i Norden- sosiaalipediatrisella postikyselytutkimuksella. Vuonna 1984 tutkimus kartoitti lasten perhetaustaa, asumista, päivähoitoa, terveyttä, harrastuksia ja terveydenhuoltopalvelujen käyttöä. Vastaajina olivat vanhemmat. Mukana oli 12 650 2–18-vuotiasta lasta ja nuorta, heistä 2 400 Suomesta. Tutkimus toistettiin vuonna 1996, jolloin saatiin vuoden 1984 tilanteeseen vertailukelpoista aineistoa (Köhler 1990). Uudessa aineistossa oli mukana 10 340 lasta, joista 2 064 oli Suomesta.

Taulukko 5. Lasten ja lapsiperheiden terveystietoa keräävät valtakunnalliset rekisterit, tilastot, tietojärjestelmät ja erillistutkimukset.

REKISTERIT JA TILASTOT	**Toteuttaja**	**Alkoi**	**Toistoväli**	**Ikäryhmät**	**Tiedot**
Kuolinsyyrekisteri	Tilastokeskus	1880	Vuosittain	0+	Kuolinsyyt
Lastensuojelutilasto	Stakes	1920	Vuosittain	0+	Kodin ulkopuolelle sij.lapset
Syöpärekisteri	Syö-päs./Stakes	1953	Vuosittain	0+	Kaikki uudet syöpämuodot
Liikennetapaturmarekisteri	Tilastokeskus	1960	Vuosittain	0-4,5-14	Liikenteessä vammautuneet ja kuolleet
Epämuodostumarekisteri	Stakes	1963	Vuosittain	0+	Sairaaloiden ilmoitukset
Hoitoilmoitusrekisteri	Stakes	1979	Vuosittain	0+	Hoitoilmoitukset
Perhetilasto	Tilastokeskus	1982	Joka 2.vuosi	Lapsiper-heet	Perheiden rakenne
Asuinolotilasto	Tilastokeskus	1986	Vuosittain	Asunto-kunnat	Asuntokuntien asuinolot
Syntymärekisteri	Stakes	1987	Vuosittain	<25 viik.	Elävänä syntyneet
TIETOJÄRJESTELMÄT					
Tilastotietokanta SOTKA	Stakes	1993	Jatkuvasti	0+	Eri tietolähteistä kunnittain
Työssäkäyntitilasto	Tilastokeskus	1987	Vuosittain	0+	väestön työssäkäynti, SES,
Rokotuskattavuustutkimus	KTL	1992	Joka 3. vuosi	0-6	Neuvolarokotusten toteutumi-nen
Terveysturvatutkimus	KELA	1964	Epäsäännöl.	0-14	Taudit, lääkkeiden käyttö,
Nuorten terveystapatutkimus	TaY, HY	1977	Joka 2. vuosi	12-18	Terveystavat, oireet, koettu terveys
WHO:n koululaistutkimus	JY	1983	Joka 4.vuosi	11-15	Terveystavat, oireet, koettu terveys
Kouluterveystutkimus	Stakes, TaY, JY	1994	Joka 2. vuosi	14-15	Terveystavat, oireet, koulu-viihtyvyys, masennus.
ERILLISTUTKIMUKSET					
Monikeskustutkimus	HY,TY	1980	Joka 3.vuosi	3-18	Ravintotiedot, laboratoriioko-keet
Barns välfärd och hälsa i Nor-den	NHV	1984	1984 ja 1996	2-18	Sosiaalipediatrinen tutkimus
Suomalaisen nuorperheen terveyskasvatusvalmiudet	TY	1985	Jatkuva	Raskaus-ajasta 12 vuotiaaksi	Sosiaalipediatrinen ja lasten mielenterveyden tutki-mus
Strip-tutkimus	TY	1990	Jatkuva	0+	Interventiotutkimus
Lapset-tutkimus	TaY	1992	Kerta	8	Lapsen mielenterveyden tutkimus
Lasten terveys ja lapsiperhei-den hyvinvointi	MLL	1994	Kerta	0-14	Sosiaalipediatrinen tutkimus
Lappeenrannan tutkimus	Lappeenr. Tk	1996	Epäsään.	12	Fyysinen ja psyykkinen ter-veys
Rekistereiden käyttö terveys-tutkimuksessa	Stakes	1994	Kerta	0+	Syntymähetken terveyden tilan yhteys terveyteen 7-vuotiaana

Lasten mielenterveyden ja psyykkisten häiriöiden tutkimisessa käytetään yleensä useita eri tiedonlähteitä, vanhempia, opettajia, lasta itseään ja kenties lasten kavereita (Achenbach 1988). Lasten psyykkisiä oireita mittaavia kyselylomakkeita on kehitetty useita. Kyselylomakkeista osa on suunniteltu vain yhden tietyn häiriön oireiden mittaamiseen, osa mittaamaan lasten oireita ja ongelmakäyttäytymistä laajemmin (Puura

ym. 1995). Rutter (1967) on kehittänyt lasten yleistä psykopatologiaa mittaavan, opettajille ja vanhemmille tarkoitetun kyselylomakkeen. Achenbachin kehittämä CBCL (Child behavior checklist -lomake) mittaa lasten yleistä psykopatologiaa (Achenbach 1988). Kovacsin (1992) kehittämä Children's Depression Inventory (CDI) mittaa vain yhtä häiriötyyppiä, lasten masennusta. Lasten mielenterveyttä selvittävä erillistutkimus tehtiin vuosina 1989–1990. Se oli lastenpsykiatrinen monikeskustutkimus, jossa tutkittiin edustavana otoksena noin 6 000 lasta, eli 10 % maan 8-vuotiaista (Puura ym. 1995).

Suomalaisen nuorperheen terveyskasvatusvalmiudet tutkimus käynnistyi 1985 ja selvittelee laajasti sekä lapsen terveyden kehitystä raskausajasta 12-vuotiaaksi, henkistä hyvinvointia ja mielenterveyttä (CBCL tehty sekä 3- että 12-vuotialle lapsille) että perheen merkitystä lapsen kasvulle ja kehitykselle (URL 29.4.2000).

Sepelvaltimotaudin riskitekijöiden interventio-projekti, STRIP, alkoi vuonna 1990. Se selvittää ravitsemusintervention toteutettavuutta ja turvallisuutta 7 kuukauden iästä alkaen ja intervention vaikutuksia koko perheen sepelvaltimotaudin riskitekijöihin. Tutkimuksessa on mukana 1062 perhettä ja tavoitteena on seurata tutkimukseen osallistuneita aina aikuisikään saakka (Lapinleimu 1995).

Lähes kaikissa Pohjoismaissa on tehty myös lasten terveyden kokoomaraportteja: Rajantie ym. (1993) Lasten ja nuorten terveydentila 1990-luvun Suomessa, Jakobsson ja Köhler (1991) Barns hälsa i Sverige, Nordhagen (1993) Børns hilse i Norge, Nielsen ym. (1998) Børns sundhet i Danmark. Suomessa julkaistiin ensimmäinen kansanterveyskertomus vuonna 1996. Se on sosiaali- ja terveysministeriön kokoamakatsaus, joka dokumentoi maan terveystilanteen, kiinnittää huomion tärkeimpiin ongelmiin ja niihin vaikuttaviin tekijöihin, ennakoi terveyden ja toimintakyvyn kehitystä ja esittää suosituksia tarpeellisiksi toimenpiteiksi ja terveyden tietohuollon kehittämiseksi. Katsaus tarkoitettiin tukemaan terveys- ja sosiaalipalveluiden, koko sosiaali- ja terveysturvan sekä maan sosiaali- ja terveyspolitiikan kehittämistä. Katsauksessa oli erilliset kappaleet lasten ja nuorten terveydestä. Stakes on julkaissut lapsia koskevan tilastoraportin (Hermanson ym. 1998). Lasten terveys ja hyvinvointi -raportissa on koottu tiedot niistä lapsiin ja nuoriin liittyvistä muuttujista, joista on olemassa muutostietoa. Näin on saatu kuva lasten terveydessä ja hyvinvoinnissa tapahtuneista muutoksista tietyllä aikavälillä. Raportissa on pyritty saamaan tilastomateriaaliin lasten omaa ääntä ja näkökulmaa, vaikka tunnusluvuissa edelleen korostuvat lasten elämän riskit ja poikkeavuudet, eikä tavanomainen elämä ja yleiset kokemukset. Tunnuslukuja kehitettiin myös kuvaamaan lasten elinoloja, sillä valtaosa elinolotilastoista kuvaa lapsiperheitä, ei lapsia itseään.

Valtakunnallisten tutkimusten ohella on vuonna 1996 aloitettu kuntakohtainen lasten terveyden ja hyvinvoinnin kartoitustyö ja kuntakohtaisten raporttien tuottaminen. Stakes käynnisti vuonna 1997 Lasten ja nuorten hyvinvointiselonteko kunnissa -hankkeen (Suominen 1999). Siihen osallistuvat kunnat (n = 14) ottavat käyttöön lapsiväestönsä hyvinvointia, terveyttä ja palveluita kuvaavan selonteon. Keskeistä hankkeessa on ollut yhteisen tietoperustan luominen lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja terveyden indikaattoreista, lasten ja nuorten palveluista, sekä niiden rakenteesta ja ammatillisista käytännöistä. Mukana olevia kuntia ovat Jyväskylä, Jyväskylän maalaiskunta, Kajaani, Kok-

kola, Kuopio, Lappeenranta, Lappi, Nastola, Nokia, Porvoo, Rovaniemi, Rovaniemen maalaiskunta, Salo ja Turku. Raportot ovat valmistuneet Lappeenrannassa, Kuopiossa, Jyväskylässä, Kokkolassa ja Rovaniemellä.

2.3.2 Pitkäaikaissairaudet

Valtakunnantason tietoa koulunsa aloittavien lasten terveydestä kertyy tilastoista, rekistereistä ja erillistutkimuksista. Tiedot sisältyvät pääasiassa ikäluokittain koottuihin tietoihin luokkien ollessa 4–7-vuotiaat, 5–9 tai 7–11-vuotiaat. Tilasto- ja rekisteritiedoista voidaan kuitenkin ajaa yhden ikäluokan tunnuslukuja erillisajoina. Taulukossa 6 on esitetty vuonna 1989 koulunsa aloittaneiden lasten terveyteen liittyviä tunnuslukuja vuodelta 1997, jolloin ikäluokka oli ensimmäisen luokalla kevätlukukaudella ja toisella luokalla syyslukukaudella.

Rekisteritietoja on käytetty lasten terveyden määrittämiseen (Gissler ym. 1999a). Stakesin käynnistämässä hankkeessa seurattiin vuonna 1987 syntyneiden (n = 60 254) lasten terveyttä syntymästä 7-vuoden ikään syntymärekisteristä ja väestörekisteristä, Tilastokeskuksen kuolemansyyrekisteristä, Kansaneläkelaitoksen erityishoitorahan tilastointitiedoista ja erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttavien sairauksien tilastointitiedosta, Stakes hoitoilmoitusrekisteristä, kehitysvammapiirien kehitysvammarekisteristä sekä Uudenmaan läänin kuntien koulurekisteristä saatujen tietojen perusteella. Tulosten mukaan kaikista vuonna 1987 syntyneistä lapsista 8,9 %:lla oli seitsemän vuoden iässä ollut jokin pitkäaikainen sairaus (Gissler ym. 1998). Lisäksi perinataalikaudella terveistä lapsista 85 % oli terveitä 7-vuoden ikään mennessä ja vastaavasti 7-vuoden ikään mennessä terveistä oli 92 % ollut terveitä perinataalikaudellaan. Samassa tutkimuksessa todettiin myös, että pojilla oli enemmän terveysongelmia lapsuudessa kuin tytöillä (Gissler ym. 1999a).

Taulukko 6. Vuonna 1989 syntyneiden lasten kuolleisuus, syöpään sairastuminen, sijoittaminen kodin ulkopuolelle, huostaan ottaminen ja sairaalahoito 7-vuotiaana eli vuonna 1997. (Tilastokeskus: kuolinsyytilasto, Stakes: Hoitoilmoitusrekisteri, Stakes: Lastensuojelutilasto, Syöpäjärjestöt: Syöpärekisteri.)

	N	‰
– kuoli	11	0.20
joista syöpään	2	0.03
– sairastui syöpään	8	0.12
– sijoitettiin kodin ulkopuolelle	531	8.20
– otettiin huostaan	388	6.00
– hoidettiin sairaalassa	450	7.00

Tietoa pelkästään 7-vuotiaiden terveydestä on vain joissakin kotimaisissa (Langinvainio 1984, Järvelin ym. 1988, Aromaa ym. 1998, Gissler ym. 1999b, Anttila 2000, Taskinen 1999) ja ulkomaisissa (Köhler 1977, Truin ym. 1981, McGee ym. 1984 , Clifford ym. 1989, Madlena ym. 1995, Kristjansdottir 1996) erillistutkimuksissa. Koulun aloittamisen vaiheessa todetuilla sairauksilla voi olla ennustearvoa. Power ja Peckham (1990) ovat esimerkiksi todenneet, että lapsilla, joilla on monia ongelmia 7-vuotiaana, on huonompi terveys nuorena aikuisena. Vaikutus ei kuitenkaan ollut kovin vahva.

Vuonna 1977 Ruotsissa tehtiin 7-vuotiaitten lasten terveystutkimus, jossa oli mukana 649 koulunsa aloittavaa lasta (Köhler 1977). Tutkimuslapsista 15 %:lla oli jokin pitkäaikaissairaus, vika tai vamma, joka häiritsi jokapäiväistä elämää, 8 %:lla oli näkövika ja 7 %:lla oli motorisia häiriöitä tai ylipainoisuutta, 1 %:lla oli kuulovika. Puolet löydetyistä vioista, vammoista tai sairauksista oli tiedossa 4-vuotistarkastuksen perusteella. Niillä lapsilla, joille oli tehty 4-vuoden terveystarkastus, oli vähemmän havaitsemattomia ongelmia kuin lapsilla, joille tarkastusta ei oltu tehty. Clifford ym. (1989) selvittivät astman, vinkuvan hengityksen ja yskän esiintymistä 7-vuotiailla (n = 2 503). Astmaa oli 9 %:lla ja yskää 19 %:lla.

Sihvolan (1994) aineistossa oli 7–11-vuotailla (n = 253) 22 %:lla pitkäaikaissairaus vanhemmilta saatujen tietojen mukaan. Samassa tutkimuksessa selvitettiin myös akuutteja sairauksia. 7–11-vuotiaitten yleisin akuutti sairaus oli flunssa. Flunssa oli ollut 46 %:lla vähintään kerran viimeisen puolen vuoden aikana, 30 %:lla kaksi kertaa tai useammin. Ripulin oli sairastanut 25 % tutkituista ja 6 %:lla oli ollut jokin rokkotauti. Cooperin ja Goodyerin (1993) aineistossa vanhemmilta kysyttiin lasten pitkäaikaissairauksia. Ikäryhmässä 5–10-vuotiaat haittaavia sairauksia oli 8 %:lla, pojilla enemmän kuin tytöillä Selän asymmetriaa oli liettualaisilla 6–7-vuotiailla koulutulokkailla Juskelinen ym. (1996) mukaan liki puolella tutkituista (n = 791) eli 46.9 %:lla.

Koulunsa aloittavien lasten suun terveys on suomalaislapsilla koko ajan parantunut. Tilastotieto 6-vuotiaista lapsista osoittaa, että karieksettomien osuus vuonna 1982 oli 38 %, vuonna 1988 45 % ja vuonna 1994 58 %. Alle 6-vuotiaille tehtiin keskimäärin 0,2 paikkaa (Eerola ym. 1998). Truin ym. (1981) tutkivat karieksen esiintymistä 7-vuotiailla hollantilaislapsilla (n = 800). Keskimääräinen DMF-indeksi (karioituneiden, paikattujen ja puuttuvien hampaiden määrä) oli 7-vuotiailla 1.8.

Suomessa tehdyssä epidemiologisessa Lapset -tutkimuksessa oli 15 %:lla 8-vuotiaista psykiatrinen häiriö. Prevalenssi oli sama riippumatta siitä saatiinko tiedot vanhemmilta tai lapsilta, mutta häiriöiden kirjo oli vastauksissa erilainen. Vanhemmille suunnatun kyselyn mukaan lapsilla esiintyi enemmän käytöshäiriöitä ja vähemmän depressiivisiä häiriöitä. Pojilla (esiintyvyys 23 %) esiintyi häiriöitä kolme kertaa enemmän kuin tytöillä (esiintyvyys 7 %). Vanhemmille suunnatun kyselyn perusteella depressiota oli 3 %:lla ja lasten mukaan 6 %:lla (Puura 1998).

2.3.3 Lihavuus

Lasten ja nuorten terveys ja hyvinvointi Pohjoismaissa 1996 tutkimuksessa 7-vuotiaiden (n = 680) keskimääräinen pituus oli 126 cm ja keskimääräinen paino 26 kg. Lihavia heistä oli vanhempien arvioinnin mukaan 2 % (Berntsson, suullinen tiedonanto 1999). Sihvolan (1994) tutkimuksessa vanhemmat arvioivat 7–11-vuotiaitten lasten painoa. Lapsista 2 % arvioitiin hyvin lihaviksi ja 9 % hieman lihaviksi. Käsityksestä omasta painostaan ovat tytöillä ja pojilla erilaisia. Toisluokkalaisten kehonkäsityksiä on tutkinut Saarilehto (1998). Hän selvitti 8-vuotiaiden (n = 66) kehonkokokäsityksiä ja -ihanteita erikokoisia piirrosfigureita esittävän kuvatestin avulla. Omaa kehonkokoa hoikemman vartalon preferoiminen oli tavallisempaa tytöille kuin pojille.

Qatelet-indeksi eli body mass indeksi (BMI), joka tarkoittaa painoa jaettuna pituuden neliöllä, käytetään aikuisilla normaalipainon ja yli- tai alipainon arvioinnissa. Sitä ei käytetä Suomessa lasten lihavuuden arvioinnissa. Lihavuuden määrittämiseksi painoa tarkastellaan suhteellisena painona eli miten paljon se prosentteina poikkeaa samanpituisten keskipainosta. Suhteellinen paino katsotaan kasvukäyristä. Laihuuteen viittaava raja on suhteellinen paino $\leq$ 15 %, lihavuuden raja suhteellinen paino $\geq$ 20 % ja merkittävän lihavuuden raja suhteellinen paino $\geq$ 40 %. Luvut ovat virallisesti sovitut rajaarvot (Nuutinen 1992, 1998 ja Klish 1998). Luciano ym. (1997) työryhmineen ovat laskeneet keskimääräisen painoindeksin 3–19 -vuotiaille italialaisille lapsille (n = 41 869). 7-vuotiaiden keskimääräinen painoindeksi oli pojilla 16.3 $\pm$ 1.7 ja tytöillä 16.6$\pm$ 2.1. Vielä suurempi aineisto oli Rosnerilla työryhmineen (1998). He käyttivät yhdeksän epidemiologisen tutkimuksen aineistoja 5–17 –vuotiaitten lasten BMI:n referenssi-arvojen laatimiseen. Tutkimusjoukkona oli 66 772 lasta ja nuorta. Heidän aineistossaan 7-vuotiaitten keskimääräinen BMI oli 16.5$\pm$ 2.3.

2.3.4 Oireet

Langinvainio (1984) on tutkinut koulutulokkaiden toiminnallisten rasitusoireiden (stressioireiden) yhteyttä kotitaustaan ja psykososiaaliseen kehitykseen koulun alkuvaiheessa. Tutkimusjoukkona oli 125 helsinkiläistä koulutulokasta. Stressin mittaamiseksi tutkimuksessa otettiin lähtökohdaksi toiminnallisten oireiden kategoriat: psykosomaattiset oireet, emotionaaliset oireet, unihäiriöt ja aamuväsymys. Koulupäivien aamuisin oli väsyneitä 17 % lapsista. Blader ym. (1997) on tutkinut unihäiriöiden esiintyvyyttä 5–12-vuotiailla lapsilla. Nukkumaanmenoajan vastustus oli suurin syy (27 %) univaikeuksiin. Lisäksi syynä oli nukahtamisen vaikeus (12 %), yökävely (7 %), aamuheräämisen vaikeus (17 %) ja uupumusoire (17 %).

Sillanpää ja Anttila (1996) ovat tutkineet päänsäryn esiintymistä 7-vuotiailla, vuosina 1974 ja 1992. Päänsärky lisääntyi 14,4 %:sta 51,5 %:iin ja migreenin esiintyvyys 1,9 %:sta 5,7 %:iin. Suurin päänsäryn lisäys esiintyi lapsilla, joiden koulut olivat muut-

tovoittoisissa lähiöissä. Aromaa ym. (1998) on selvittänyt koulunsa aloittavien päänsärkylasten (n = 96) päänsäryn tyyppejä, luonnetta ja päänsärkyä laukaisevia tekijöitä. Päänsärkyä potevilla lapsilla oli verrokkeja enemmän arkuutta niskalihaksissa sekä matkapahoinvointia. Jäätelönsyönti, pelot ja ahdistuneisuus laukaisivat enemmän migreenityyppisen päänsäryn kuin tavallisen jännityspäänsäryn. Anttilan ym. (1999) aineistossa (N = 1433) koulutulokkaiden päänsärky lisääntyi koulun alkamisen myötä.

Taulukkoon 7 on koottu yhteenvetona psykosomaattisten oireiden esiintyvyys 7-vuotiailla (6–11 v) eri tutkimuksissa.

Pohjoismaissa lasten hyvinvointi ja terveys -tutkimuksessa vuodelta 1996 oli yhteensä 680, joista suomalaisia 114. Tutkimuksessa selvitettiin joka toinen viikko tai useammin esiintyviä oireita (Berntsson, suullinen tiedonanto 1999) (taulukko 8). Murrosiässä ja sitä vanhempana oireita esiintyy yleensä tytöillä enemmän kuin pojilla (Aro 1988, Karvonen 1991, Sihvola 1994).

Taulukko 7. Oireiden esiintyvyys (%) 6-11-vuotiailla lapsilla eri tutkimusten mukaan.

Viite	N	Ikä	Tieto	Oire	%	Esiintymistiheys
Langinvainio (1984)	124	7	V	- Päänsärky	13	Viimeisen viikon aikana
				- Vatsakipu	20	
				- Pahoinvointi	6	
				- Ruokahaluttomuus	5	
				- Alakuloisuus	12	
Sihvola (1994)	253	7-11	V	- Päänsärky	25	Viimeisen kk:n aikana
				- Väsymys	41	
				- Jännittyneisyys	22	
				- Univaikeudet	8	
Kumpulainen ym. (1994)	1 268	8	V, L	- Päänsärky	3(p)	Kuluneen kahden viikon aikana
				- Ärtyisyys	3(t)	
Puura ym. (1995)	6 000	8	V, L	- Pelokkuus	9(p)	Kuluneen kahden viikon aikana
				- Univaikeuksia	5(t)	
				- Päänsärky	7(p)	
					4 (t)	
Sillanpää ja Anttila (1996)	1443	6-7	V	- Päänsärky	3	Vähintään kerran viikossa
Hollo (1999)	99 (SGA)	10	V	- Päänsärky	5	Viimeksi kuluneiden 6 kk:n aikana
				- Vatsakipu	3	
Aromaa ym. (1999)	1443	6		- Päänsärky	15	Viimeisen 6 kk:n aikana

Tieto V = vanhemmilta L = lapsilta

Taulukko 8. Oireiden esiintyvyys (%)* 7-vuotiailla Pohjoismaissa. (Lähde: Berntsson, suullinen tiedonanto 1999.)

Oire	Ruotsi (149)	Islanti (144)	Norja (136)	Suomi (114)	Tanska (137)	Kaikki (680)
Vatsavaivat	7	19	8	18	16	14
Päänsärky	7	6	4	10	10	7
Unettomuus	3	2	–	5	1	2
Huimaus	–	1	–	2	–	1
Selkävaivat	–	–	–	3	2	1
Ruokahaluttomuus	1	6	4	10	3	5

* joka tai joka toinen viikko

2.4 Lasten terveyteen vaikuttavat tekijät

2.4.1 Sosiodemografinen asema

Lasten sosiodemografinen asema määräytyy vanhempien mukaan. Siihen kuuluvia tekijöitä ovat asuinalue, perhetyyppi ja perheen koko, työttömyys, sisarusasema ja syntymäajankohta. Sosiodemografinen asema on yhteydessä terveyteen (Lundberg 1993, Elliot 1992, Bijuur ym. 1988, Karvonen ja Rimpelä 1996, Anttila 2000). Yhteys voi olla toisaalta myös välillinen. Nyström-Peck (1991) tutki lapsuuden sosiaalisen ympäristön vaikutusta aikuisiän terveyteen. Hänen mukaansa lapsuuden ympäristöllä oli vaikutusta pituuteen. Pituus oli puolestaan yhteydessä siirtymiseen sosiaaliluokassa ylöspäin ja se taas oli yhteydessä parempaan aikuisiän terveyteen.

Perheeseen liittyvien muutostekijöiden tiedetään vaikuttavan lasten terveyteen. Nykyisin käytetään yhä enemmän termiä epäjatkuvuustekijät (diskontinuiteetti) kuvaamaan perheeseen liittyviä negatiivisia muutostekijöitä. Kaltiala-Heino ym. (1999) määrittelevät tällaisiksi tekijöiksi mm. vanhempien avioeron, työttömyyden sekä usein tapahtuvat asuinpaikan muutot. Ösberg (1996) puhuu perheessä tapahtuvista negatiivisista, kasautuvista tapahtumista lapsen pahoinvoinnin selittäjinä. Hänen mukaansa lapsuuden ajan tärkeät tapahtumat kuten vanhempien avioero, vanhemman tai muun läheisen kuolema sekä työttömyys perheessä ovat tärkeitä välittäviä tekijöitä lapsuuden sairastavuudelle.

Ringen ja Halpin (1995) mukaan lasten terveyttä voidaan määritellä kahden prosessin avulla: miten perheet, joissa lapset elävät, selviytyvät yhteiskunnassa ja miten lapset selviytyvät perheissään. Huoltajuuden ja lasten terveyden välistä yhteyttä on tutkittu runsaasti. Psyykkiset häiriöt ja oireet kasaantuvat rikkoutuneiden perheiden lapsille ja nuorille. Heillä on enemmän psykosomaattisia oireita (Aro 1988) ja psyykkistä häiriintyneisyyttä (Laukkanen 1993) kuin ehjien perheiden lapsilla ja nuorilla. Lapsuudessaan

avioeron kokeneilla oli enemmän sairauksia ja oireita myös aikuisena (Lundberg 1993). Ikävuosina 4–7 koetuilla perherakennemuutoksilla oli voimakas yhteys koulutukselliseen syrjäytymisvaaraan nuoruudessa (Rintanen 2000).

Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa on todettu, että työttömyyden aiheuttamat perheen taloudelliset vaikeudet vaikuttivat pitkään erityisesti työväestön poikien elämään. Nämä vaikeudet heikentävät heidän tulevaisuuden suunnitelmiaan, koulutuksen hankkimista sekä terveyttä. Vaikutus oli kaikkein tuhoisin juuri koulunkäyntiään aloittavien lasten kehitykselle (Elder ja Rockwell 1979). Brennerin (1987) mukaan työttömien lapsilla oli muita lapsia suurempi riski kokea fyysistä ja emotionaalista stressiä. Työttömyyden ohella myös perheiden usein tapahtuvat asuinpaikan muutot olivat yhteydessä lasten terveyteen. Wood ym. (1993) mukaan perheiden tiheät muutot selittivät myös oppilaiden käytöshäiriöitä.

Elliotin (1992) mukaan sisarusaseman yhteydestä terveyteen tiedetään varsin vähän. Hän toteaa kuitenkin, että vaikka sisarusasema ei ole vahva selittävä tekijä, se on tärkeä taustatekijä. Bijuur ym. (1988) totesivat, että tapaturmariski on ainoisiin lapsiin verrattuna 80–90 % suurempi niillä lapsilla, joiden perheissä oli kolme lasta tai enemmän. Rintasen (2000) mukaan kaksi tai useampia vanhempaa sisarusta lisäsivät koulutuksellista syrjäytymisvaaraa nuoruudessa.

2.4.2 Kotiolot

Huolenpito (care, caring) on arkikäytössä oleva termi, jolla on sekä abstrakti merkitys että käytännöllisiä merkityksiä. Huolenpito on mainittu jo Mannerheimin Lastensuojeluliiton vuodelta 1920-peräisin olevassa perustamisjulistuksessa: ”Tämän työn päämääränä olkoon, että joka ainoa Suomen lapsi äidinkohdusta lähtien ja kautta koko kasvinaikansa saa oikeutetun osan siitä hellyydestä ja huolenpidosta, joka yksinään voi laskea lujan pohjan heidän kehitykselleen hyviksi ja hyödyllisiksi kansalaisiksi” (MLL:n toimintakertomus 1920). Lapsen oikeuksien sopimuksessa (1994) muistutetaan sopimusvaltioita, että erityisen huolenpidon ulottaminen lapseen on todettu jo Geneven lapsen oikeuksien julistuksessa vuonna 1924 ja Yhdistyneiden Kansakuntien vuonna 1959 hyväksymässä lapsen oikeuksien julistuksessa, kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevassa kansainvälisessä yleissopimuksessa (erityisesti sen 23 ja 24 artiklassa), taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevassa kansainvälisessä yleissopimuksessa (erityisesti sen 10 artiklassa) ja lasten hyvinvoinnista huolehtivien erityisjärjestöjen ja kansainvälisten järjestöjen säännöissä ja asiaan liittyvissä asiakirjoissa. Lapsen oikeuksien sopimuksessa huolenpidon osa-alueina mainitaan lapsen oikeus hyvään ravintoon, vaatetukseen, lepoon ja asumiseen ja suojaan tapaturmilta ja onnettomuuksilta.

Järventien (1999) mukaan lapsen kehitystä koskevat koulukunnat ovat lähes yksimielisiä sen suhteen, että ihmisen psyykkisen ja sosiaalisen kehityksen edellytyksenä on fyysisten perustarpeiden kohtuullinen tyydyttäminen ja huolenpito. Huolenpitoa, perus-

hoivaa pidetään myös syrjäytymisriskin indikaattorina siten, että jos lasten huolenpito on puutteellista, syrjäytymisriski kasvaa Järventien 7–12-vuotiaiden syrjäytymistä käsittelevässä tutkimuksessa huolenpitoon kuuluvina on käsitelty aterioiden syöntiä koulun jälkeen, peseytymistä, vaatteiden vaihtoa, nukkumaanmenoa ja aikuisten läsnäoloa lapsen elämässä illalla sekä yöllä. Pojilla huolenpito oli tyttöjä huonompaa.

Huolenpidon ohella tai siihen kuuluvana myös lapsen osakseen saamalla hellyydellä (tenderness, affection) on yhteyttä lapsen terveyteen (Brook ym. 1993, Reisman 1995, Leung ym. 1996). Suomalaisia tutkimuksia lasten osakseen saamasta hellyydestä ja sen yhteydestä lasten terveyteen ja hyvinvointiin on varsin vähän. Jos lapsen osakseen saamaan hellyyteen katsotaan kuuluvaksi myös imetys, voidaan yhteys lapsen terveyteen ja hyvinvointiin osoittaa.

Suurin osa 7-vuotiaista viettää iltapäivänsä koulun jälkeen kotona. STM:n (1999b) raportin mukaan iltapäivähoidossa on vain noin 14 % 7-vuotiaista lapsista. Leungin ym. (1996) mukaan lapset, jotka jätetään iltapäivisin yksin ilman aikuisen valvontaa eli ns. avainlapset, ovat kasvava sosiaalinen ongelma. Avainlasten määrän kasvuun suurimmat syyt ovat vanhempien työskentelyolosuhteet sekä yksinhuoltajien määrän kasvu. Myös Pulkkisen (1997) mukaan lasten yksinäisillä iltapäivillä on monia haittavaikutuksia. Hänen mukaansa yksinäisyys iltapäivisin osoittaa puutteellista huolenpitoa ja puutteellista toimintojen valvontaa. Yksinvietettyjen tuntien määrä on yhteydessä fyysisiin elintoimintoihin, kuten väsymyksen tunteeseen ja nukkumisvaikeuksiin, onnettomuuksien määrään, heikkoon itsetuntoon, myönteisiin asenteisiin tupakointia ja alkoholin käyttöä kohtaan, epäsosiaalisten toiveiden määrään, vaikeuksiin vastustaa tovereiden vaikutusta ja vanhempien vähäiseen tietoon siitä, missä ja kenen kanssa lapsi viettää aikaansa. Posner ja Vandell (1994) tutkivat yhdysvaltalaisten, keskimäärin 9-vuotiaitten koululaisten iltapäivähoitomuotoja. Luokkina olivat järjestetty iltapäivähoito, kotihoito äidin ollessa kotona, muun aikuisen valvoma iltapäivähoito ja yksinolo. Järjestetty iltapäivähoito oli yhteydessä koulusuorituksiin ja sosiaalisuuteen. Iltapäivähoidon laatu oli yhteydessä äidin koulutustasoon, rotuun ja perheen tuloihin. Lapset, jotka olivat iltapäivisin järjestelmällisen iltapäivähoidon piirissä, katsoivat vähemmän televisiota kuin muut. Lasten yksinäisyydellä ja lukutaidolla oli yhteyttä Quayn (1992) tutkimuksessa, jossa oli mukana 876 yhdysvaltalaista 4–11-vuotiasta lasta. Ne lapset, jotka osasivat lukea erittäin hyvin, tunsivat itsensä vähemmän yksinäisiksi iltapäivisin verrattuna niihin, joiden lukutaito oli keskimääräistä huonompi.

Sisällä tupakointi on yhteydessä lasten terveyteen. Hannuksela (1994) esittää, että passiivinen tupakointi lisää lapsen riskiä sairastua johonkin atooppiseen tautiin 30 %:lla.

2.4.3 Kouluolot

Kouluun liittyvien tekijöiden ja oppilaiden terveyden välisiä yhteyksiä on todettu monissa tutkimuksissa (Edelsohn ym. 1992, Kannas 1995, Strid 1996, Kaltiala-Heino ym. 1998, Vikat 1998, Wold ja Samdal 1999, Anttila 2000). Kouluelämän laadun indi-

kaattorina käytetään kouluviihtyvyyttä (Linnakylä ja Malin 1997). Olkinuoran (1983) mukaan kouluviihtyvyys on koko senhetkisen koulunkäynnin mielekkyyden affektiivinen komponentti. Sillä hän tarkoittaa koulun arjessa toteutuvien asioiden ja toimintojen ja muiden kokemusten tyydyttävyyden ja merkittävyyden kokemista suhteessa oppilaan omiin tarpeisiin, asenteisiin ja tunnetiloihin.

Hyvät ystävyyssuhteet koulutovereiden välillä ovat tärkeitä kouluviihtyvyystekijöitä. Edelsohn ym. (1992) totesivat lasten psyykkisten häiriöiden vaikuttavan voimakkaasti koulusuoriutumiseen. Välien rikkoutuminen koulutovereiden kanssa voi johtaa masentuneisuuteen ja koulumenestyksen heikentymiseen (Convay ym. 1990). Tamminen ym. (1991) on selvittänyt osana Lapset tutkimusta 8-vuotiaitten psykosomaattista oireilua (n = 1100). Oppilailta, vanhemmilta ja opettajilta saatujen kyselytietojen perusteella voitiin todeta, että psykosomaattisen oireilun ja depression sekä psykosomaattisen oireilun ja koulumenestyksen välillä oli erittäin merkitsevä yhteys.

Salmivallin (1999) mukaan kiusaaminen oli osa koulun arkea jo ensimmäiseltä luokalta lähtien. Kiusaaminen ei ollut mitä tahansa aggressiivista käyttäytymistä, vaan toistuvasti yhteen ja samaan lapseen tai nuoreen kohdistuvaa negatiivista toimintaa. Kiusattu oli yleensä jollain lailla puolustuskyvytön kiusaajaan tai kiusaajiin nähden. Kysymys ei siis ollut tasaväkisten osapuolten välillä syntyneestä kahnauksesta vaan heikomman alistamisesta yhä uudelleen. Sekä tyttöjen ja poikien parissa kiusaaminen oli Salmivallin mukaan useimmiten nimittelyä ja haukkumista. Tyttöjen ja poikien kiusaamisessa oli kuitenkin myös eroja: pojat kiusaavat enemmän suorin fyysisin keinoin, tytöt käyttävät esimerkiksi sosiaalisena manipulointina ilmenevää epäsuoraa aggressiota.

Kumpulaisen ym. (1998) tutkimuksessa kiusaaminen oli yhteydessä 8-vuotiaiden lasten psyykkisiin häiriöihin. Kiusaajilla oli enemmän eksternalisoivia eli ulospäin suuntautuvaa (esim. aggressiivista häiritsemiskäytöstä) tunne-elämän häiriöitä kuin verrokeilla ja kiusauksen uhreilla puolestaan enemmän internalisoivia eli sisäänpäin suuntautuneita (esim. depressioita) tunne-elämän häiriöitä.

2.4.4 Lapseen liittyvät omakohtaiset tekijät

Monet lapsessa itsessään olevat tai lapsen käyttäytymiseen liittyvät tekijät ovat yhteydessä terveyteen. Yksi tällainen on tunteet. Emootion eli tunteen käsitettä voidaan tarkastella biologiselta, psykologiselta ja sosiologiselta kannalta. Sille ei kuitenkaan ole löydetty yksimielistä määritelmää (Kokkonen ja Pulkkinen 1996). Tunnereaktiot kestävät tyypillisesti muutamasta sekunnista muutamaan minuuttiin. Tunnereaktiot ja mieliala eivät ole samoja asioita. Kasvojen ilmeet erottavat nämä kaksi toisistaan. Mielialaan sisältyy ainoastaan tunnereaktion tunteminen, mutta ei kasvojen ilmeitä. Myös aika erottaa tunnereaktiot ja mielialan tosistaan. Mieliala voi kestää päiviä, viikkoja, jopa kuukausia (Surakka 1999). Tutkijat ovat mitä erilaisimmin perustein päätyneet 2-18 perustunteeseen.

Tunteiden tiedostaminen ja käsitteleminen on osa normaalia kehitystä. Tunteet voivat vaikuttaa somaattiseen terveyteen ja taipumus torjua tunteita voi olla riski terveydelle (Salminen 2000). Koulunsa aloittavien lasten kykyä ilmaista tunteitaan ja tunteiden laatua on tutkittu varsin vähän. Goleman (1997) puhuu tunneälystä. Hänen mukaansa vanhemmat voivat auttaa lapsiaan tunneälyn perusasioissa: miten tunteita tunnistetaan, hallitaan ja hyödynnetään ja millaisia tunteiden käsittelyä ihmissuhteet vaativat. Kun vanhemmat ovat itse tunnetaitoisia, lapset tulevat heidän kanssaan toimeen tavallista paremmin, osoittavat hellyyttä heitä kohtaan ja ovat vapautuneita heidän seurassaan.

Kokkonen ja Pulkkinen (1998) ovat kehittäneet VIPS (Viha, Ilo, Pelko, Suru) -tutkimusmenetelmän, jolla selvitetään lasten tunteiden säätelyä. Tutkimuksessa oli mukana iältään 8–12-vuotiaita lapsia. Tutkimuksessa on oletettu, että lasten vahva tunteiden hallinta on yhteydessä tunnekokemuksen miellyttävyyteen ja rauhallisuuteen, kun taas heikon tunteiden hallinnan on oletettu olevan yhteydessä tunnekokemuksen epämiellyttävyyteen ja kiihtyneisyyteen. Lisäksi tutkijat uskovat, että tunteiden hallinta edellyttää oikeaa tunteiden tunnistamista ja nimeämistä (Kokkonen ja Pulkkinen 1996).

Leppänen ym. (1998) totesivat tutkimuksessaan, jossa oli 131 1–3. luokkalaista lasta, että tunteiden tunnistaminen korreloi positiivisesti toverisuhteisiin, sosiaalisuuteen ja koulumenestykseen. Theunissen ym. (1998) selvittivät 8–11-vuotiaitten hollantilaislasten (n = 1105) elämänlaatua ja sen osana myös positiivisia tunteita. Kyselytutkimus osoitettiin sekä vanhemmille että lapsille. Tulosten mukaan lasten elämänlaatu positiivisten tunteiden osalta oli lasten ilmoittamana matalampi kuin vanhempien ilmoittamana. Myönteiset tunnetilat kuten ilo ja onnellisuus suojaavat terveyttä. Aikuisilla optimistien on todettu kokevan keskimääräistä vähemmän fyysisiä oireita (Scheier ym. 1985). Vihamielisyys lisää sairastumisriskiä (Goleman 1997). Suomalaisessa aikuistutkimuksessa taipumus vihamielisyyteen oli terveysriski (Kivimäki ym. 1998). Myös raskas suru voi lisätä sairastumisriskiä (Parkes 1998).

Alle kouluikäiset pelkäävät pimeää, eroa vanhemmista ja pieniä eläimiä, kun taas sosiaaliseen suoriutumiseen liittyvät pelot kuuluvat kouluikäisten pelkoihin (Nicastro ja Velasco 1999). Sihvolan (1994) tutkimuksessa vanhempien ilmoituksen mukaan 14 %:lla 7–11-vuotiaista yksinäisyys oli suurin pelon aihe. Seuraavaksi mainittiin kuolema 12 %, kaverit 11 %, pimeys 8 %, rosvot 6 %, eläimet 6 % ja unet 6 %. Samassa tutkimuksessa selvitettiin myös perheiden tunne-elämää kysymällä vanhemmilta osoitetaanko perheessä riittävästi tunteita lasten ja vanhempien välillä. 7–11-vuotiaitten perheistä 63 % vastasi, että kyllä, 36 % että enemmänkin voisi osoittaa, 1 % ei osannut vastata.

2.4.5 Suoja- ja riskitekijät

Kun hyvälle terveydelle haetaan selittäjiä, voidaan ottaa avuksi myös pärjäävyys, (resielience), joka tarkoittaa sitkeyttä, joustavuutta, selviytyvyyttä, palautumiskykyisyyttä (Garmezy ja Nuecerlein 1972). Pärjäävyys on vakiintunut psykiatrisessa tutkimuksessa 1970-luvulta lähtien (Garmezy 1983, Rutter 1993). Pärjäävyyteen liittyvää tutkimusta on tehty myös psykologiassa ja sosiologiassa ja nykyisin myös kansanterveystieteessä ja epidemiologiassa (Werner ja Smith 1993). Pärjäävyys on termi johon puolestaan liittyvät läheisesti suojatekijät (protective factors) ja riskitekijät (risk factors). Riskitekijät juontavat juurensa stressiä lisäävistä elämän-tapahtumista, traumaattisista tapahtumista tai kasautumista, yksilöstä tai ympäristöstä johtuvista tekijöistä (Rutter 1990, Garmetzy 1991, Luthar 1993). Garmezyn (1993) ja Rutterin (1993) mukaan suojatekijät puolestaan voivat vähentää riskitekijöiden vaikutusta, mutta ne voivat vaikuttaa myös itsenäisesti, riskitekijöistä riippumatta.

Pärjäävyys on määritelmän mukaan vaikeissa olosuhteissa ilmenevä *taipua muttei taittua* -ominaisuus (Rutter 1967, Garmetzy ja Nuecerlein 1972, Michaud 1999). Pärjäävyys määritellään myös tasapainoksi stressin (riskitekijät, risk factors) ja selviyty-misen (suojatekijät, protective factors) välillä (Rutter 1993). Stewart ym. (1997) määrittelevät pärjäävyyden näin: Pärjäävyys on yksilöllinen ominaisuus selviytyä elämänkulkuun liittyvistä siirtymävaiheista, vastoinkäymisistä ja riskitilanteista. Pärjäävyys voi muuttua ajan myötä. Yksilössä itsessään tai ympäristössä olevat suojatekijät voivat lisätä pärjäävyyttä.

Pärjäävyystekijöiden ja terveyden välistä yhteyttä on tutkittu selvittämällä suoja- ja riskitekijöiden vaikutusta fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen sekä terveystapoihin. Niitä voidaan kuvata näin:

Yksilöön liittyvät tekijät:

Suojatekijöitä ovat:
- sosiaaliset taidot (Garmezy ym. 1984)
- avuliaisuus (Hetherington 1989)
- lukutaito (Rae-Grant ym. 1988, Werner ja Smith 1993)
- ongelmanratkaisutaidot (Garmezy 1993)
- hyvä itsetunto (Baldwin ym. 1993)
- tulevaisuudensuunnitelmat (Werner ja Smith 1993)
- optimismi (Wyman ym. 1993)
- älykkyys (Baldwin ym. 1993
- havaintokyky (Werner ja Smith 1993)
- luovuus (Werner ja Smith 1993)
- koulumenestys , harrastukset (Pulkkinen 1996)
- ulkonäkö (Patterson ja Blum 1996)
- huumori, mielikuvitusrikkaus ja sopeutuvuus (Michaud 1999).

Riskitekijöitä ovat:
- pitkäaikainen sairaus (O'Daugherty ja Wright 1990)
- vaikea luonne (Rutter 1990)
- miessukupuoli (Rutter 1993)
- vähemmistökansalaisuus (Baldwin ym. 1993).

Perheeseen liittyvät tekijät:

Suojatekijöitä ovat:

– vanhempien ja lasten väliset lämpimät välit sekä hyvät vuorovaikutustaidot (Easterbrooks ym. 1993, Svanberg 1998, Pulkkinen 1996)
– vanhemman usko lapsen hyvään tulevaisuuteen (Wyman ym. 1993)
– kodin säännöt ja velvollisuudet (Baldwin ym. 1993)
– vahvat perhesiteet (Wyman ym. 1993),
– huolenpito ja valvottu iltapäivähoito (Pulkkinen 1996, Järventie 1999).

Riskitekijöitä ovat:

– perheen suuri koko (Rae-Grant ym. 1988)
– hyvin nuori äiti (Egeland ja Eriksson 1990)
– ero vanhemmista ja joutuminen alttiiksi väkivallalle (Egeland ja Eriksson 1990)
– huolenpidon puute (Easterbrooks ym. 1993)
– köyhyys (Wyman ym. 1993)
– vanhempien pitkäaikaissairaudet (Baldwin ym. !993),
– avioero (Östberg 1995).

Yhteisöön liittyvät tekijät:

Suojatekijöitä ovat:

– yhteiskunnan tarjoaman mahdollisuudet toimeentuloon (Egeland ja Eriksson 1990) ja
– positiiviset tapahtumat ennen ja jälkeen stressitilanteiden (Rutter 1990)
– vapaa-ajan harrastusmahdollisuudet (Werner ja Smith 1993, Pulkkinen 1996)
– kouluviihtyvyys (Egeland ja Eriksson 1990, Pulkkinen 1996).

Riskitekijöitä ovat:

– alhainen sosioekonominen status ja köyhyys (Alpen ja Lyons 1993)
– väkivaltainen lähiympäristö (Richters ja Martinez 1993)
– epämääräiset kaveriryhmät (Quinton ym. 1993).

2.5 Lapsen terveyden määrittäminen koulun alkaessa

Opetustoimi pyrkii löytämään erityisopetuksen suhteen riskilapset mahdollisimman varhain, jotta vältyttäisiin ajan myötä ilmeneviltä luku- ja kirjoitusvaikeuksien kerrannaisvaikutuksilta (Poskiparta ja Niemi 1994, Vauras ym. 1994). Samalla tavalla myös terveystoimen haasteena tulisi olla terveysriskien löytäminen mahdollisimman varhain. Rintasen (2000) mukaan kouluuntulotarkastus on keskeisessä asemassa tunnistettaessa lapsen tulevan kehityksen riskitekijöitä. Lapsen voinnilla koulun alkaessa voi olla ratkaiseva merkitys tulevaan koulunkäyntiin, koulussa viihtymiseen ja kenties koko elinikäiseen terveysuraan.

Koulun käynnin alkaessa tärkeitä kysymyksiä ovat sekä ne järjestelyt ja työtavat, joilla lapsen terveyttä määritetään että lapsen terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden ymmärtäminen. Määräaikaistarkastukset kouluun alkaessa ovat aikaisemmin keskittyneet lapsen terveyskysymyksiin. Lasten psykososiaalisten ongelmien lisääntyessä niiden havaitseminen yhdessä koulukypsyyden kanssa ovat nykyisin tärkeitä haasteita. Kun vastuu kouluterveydenhuollosta on siirtynyt kunnille, monissa terveyskeskuksissa on kehitetty omia sovellutuksia kouluuntulotarkastuksiin. 1990-luvun puolivälissä ei ollut käytettävissä tietoja kouluuntulovaiheen määräaikaistarkastusten tilanteesta terveyskeskuksissa eikä myöskään kouluterveydenhoitajien omista näkökulmista tähän työhön. Näin kouluuntulotarkastusten nykytilan selvittäminen otettiin tämän tutkimuksen ensimmäiseksi päätehtäväksi.

Tutkimus- ja kehittämishanketta valmistelevissa työkokouksissa lapsen terveyden ymmärtäminen ja mittaaminen osoittautui yhteiseksi intressiksi. Terveyden rinnalla keskusteltiin paljon hyvinvoinnista. Kirjallisuudessa vointi (ability, wellness) määritellään monilla sanoilla. Sillä tarkoitetaan kykyä, mahdollisuuksia, terveyttä, terveydentilaa (Sadeniemi 1983). Se on sanana neutraali aivan kuin on sana kunto. Vointi sanaa käytetään arkikielessä jatkuvasti lapsia kuvattaessa. Tieteellisessä kirjallisuudessa vointisanaa ei käytetä, vaan käytetään sanoja hyvinvointi (well-being) ja pahoinvointi (ill-being). Niiden merkitys ja sisältö lasten kannalta on kuitenkin vielä paljolti selvittämättä (Strandell 1995). Vaikka siis puhutaan lasten voinnista, se ei sellaisenaan ole mitattavissa. Sen vuoksi vointi-käsite voidaan helpoimmin operationalisoida terveys-käsitteen avulla.

Terveys määritellään useimmin biolääketieteellisestä, funktionaalisesta tai positiivisesta lähtökohdista (Kauhanen ym. 1998). Mannila ja Peltoniemi (1997) esittelevät terveydentilan määrittelyn lääketieteellisten, funktionaalisten ja subjektiivisen terveysmallin mukaan. Lääketieteellinen malli määrittelee terveydentilan todettujen tai ilmoitettujen sairauksien avulla, funktionaalinen toimintakyvyn rajoitusten avulla ja subjektiivinen ilmaisee kokemuksellisen tiedon terveydentilasta. Koulunsa aloittavien terveyden määrittämisessä on perinteisesti sovellettu lääketieteellistä mallia, jossa indikaattoreina ovat objektiivisen terveyden indikaattorit, esimerkiksi pitkäaikaissairaudet, allergia ja lihavuus. Tämän tutkimuksen lähtökohtana on myös subjetiivinen terveysmalli. Sen mukaan lapsen terveydestä saadaan laajempi kuva, jos siihen lisätään lapsen oma arvio terveydentilastaan.

Koulutulokkaille ei ole olemassa varta vasten kouluuntulotarkastukseen kohdistettuja tutkimuslomakkeita. Standardoituja tutkimuslomakkeita, joita käytetään myös 7-vuotiaiden tutkimiseen, on tietyillä terveyden osa-alueilla. Sairaitten lasten elämänlaatumittari (Apajasalo 1997) ei sovellu sellaisenaan terveitten lasten mittaamiseen. Samaten CBCL- lomake sekä CDI-lomake mittaavat tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriöitä ja masentuneisuutta (Achenbach 1988, Kovacs 1992), joten niiden avulla ei saada kokonaiskuvaa lapsen terveydestä ja terveyden selittäjistä. Nuorille suunnatut terveyskyselyt eivät sovellu 7-vuotiaille. Kun lähtökohtana on se, että terveyteen liittyvää tietoa tulee lapsilta itseltään (Jakobsson ja Köhler 1991, Puura 1998), on tämän tutkimuksen keskeinen haaste kehittää koulun alkuun tiedonkeruumenetelmä, joka ottaa huomioon ikävaiheeseen liittyvät tiedon keräämisen rajoitteet.

Aikaisemmista tutkimuksista saadaan hyvin vähän viitteitä 7-vuotiaiden lasten terveyteen yhteydessä olevista tekijöistä. Lapsen elämän keskeiset areenat ovat koti ja koulu. Aikaisemmat tutkimukset terveysriskeiltä suojaavista tekijöistä yhdistettynä Mannerheimin lastensuojeluliiton perustamisasiakirjan sanomaan nostivat kiinnostaviksi teemoiksi lapsen kotona kohtaaman huolenpidon. Raportointivaiheessa tätä valintaa tuki myös Järventien (1999) tutkimus. Huolenpidossa lapsi on toiminnan kohde. Tämän aikuiskeskeisen näkökulman rinnalle haluttiin saada tietoja lapsen omista kokemuksista. Lapsilta kysyttiinkin suoraan, oliko kotona jotain sellaista, mistä he kantoivat huolta.

Subjektiivisen terveyden ja kouluviihtyvyyden välillä on todettu voimakas yhteys useissa yläasteikäisten tutkimuksissa (Kannas 1995, Wold and Samdal 1999). Vastaavia tutkimuksia ei ole käytettävistä koulu-uran ensimmäisten vuosien vaiheesta. Kouluterveydenhoitajien kokemukset arkityöstä antoivat kuitenkin viitteitä samanlaisista yhteyksistä jo ensimmäisen kouluvuoden aikana.

Aikaisemmassa tutkimuksessa (Sihvola 1994) melko suuri osa vanhemmista kertoi lasten peloista. Vastaavia tietoja ei ole kerätty 7-vuotiailta. Aikuisten terveystutkimuksessa on yhä enemmän alettu tutkia tunteiden merkitystä terveyden kehityksessä (Salminen 2000). Kokkosen ja Pulkkisen (1998) mukaan viha, ilo, suru ja pelko kuvaavat lasten tunteiden säätelyä. Harrastuksia pidetään tärkeinä lasten hyvinvointia vahvistavina ja jopa syrjäytymiseltä suojaavina tekijöinä (Pulkkinen 1996). Tässä tutkimuksessa näitä asioita kutsuttiin väljästi lapseen liittyviksi omakohtaisiksi tekijöiksi.

Lasten terveyden tutkimus kohdistuu lähes poikkeuksetta terveysongelmiin ja häiriöihin. Tällöin keskustelu saa helposti ongelmakeskeisen perussävyn. Ongelmien ja huolien rinnalla tuntui tärkeältä tietää missä asiassa lapsi kokee olevansa oikein hyvä ja mitkä asiat saavat hänet iloiseksi.

Terveyden sosioekonomisten erojen syntymekanismeja tutkittaessa on yhä enemmän kiinnitetty huomiota lapsuuteen (Koivusilta 2000). Varhaislapsuudessa sosioekonomiset erot näkyvät selvinä, mutta nuoruusiässä vastaava yhteys näyttää katoavan. Toistaiseksi on varsin vähän tietoja 7-vuotiaiden terveyden yhteyksistä perheen sosiodemografiseen asemaan.

3 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

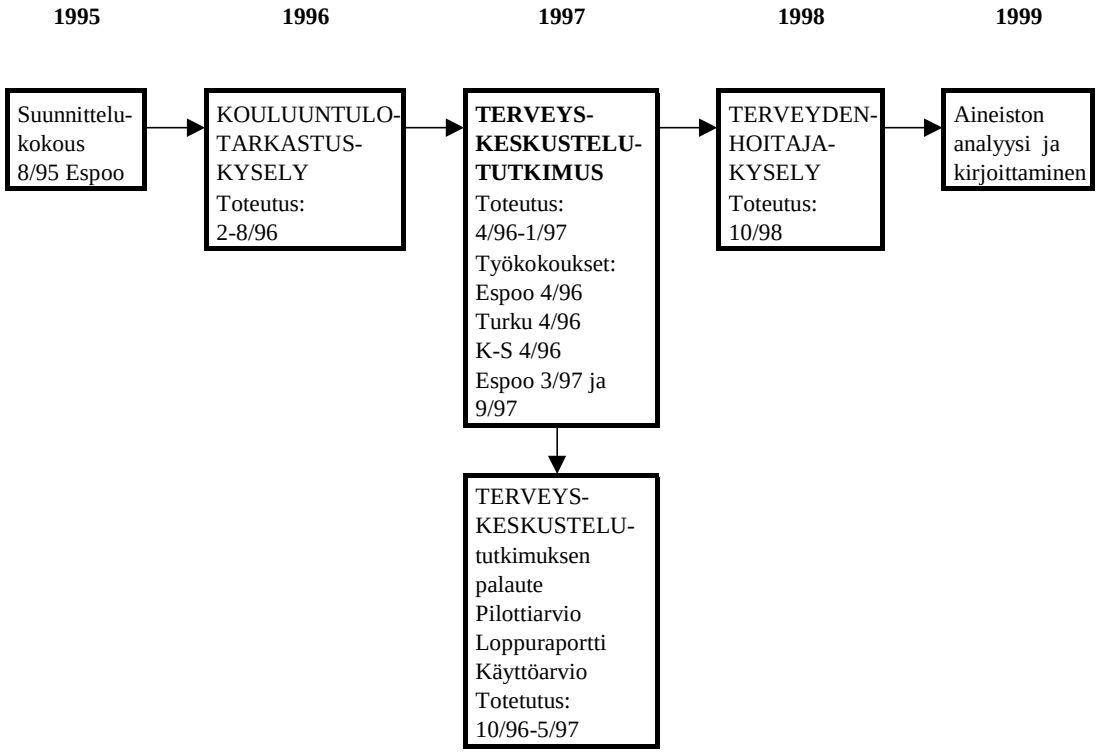
Tutkimuksen päämääränä on kehittää kouluuntulotarkastuksen toteuttamista, sisältöä ja menetelmiä niin, että ne entistä paremmin vastaisivat lapsen terveyden edistämisen uusia haasteita ja samalla tuottaisivat aineistoa lasten terveyden muutossuuntien seurantaan väestötasolla. Tutkimuksen yksityiskohtaisemmat tavoitteet ovat

1. selvittää kouluuntulotarkastuksen toteuttamista, sisältöä ja terveydenhoitajien tietämystä koulutulokkaasta ja hänen perheestään,
2. kehittää terveyskeskustelua kouluuntulotarkastuksen menetelmänä, jossa kerätään terveyden kannalta relevanttia tietoa kouluterveydenhoitajan ja lapsen välisessä keskustelussa,
3. kuvata koulutulokkaiden sosiodemograafista taustaa ja heidän kokemuksiaan koti- ja kouluoloista sekä lapseen liittyviä omakohtaisia tekijöitä
4. tutkia epidemiologisen poikkileikkaustutkimuksen asetelmassa koulutulokkaiden objektiivisten ja subjektiivisten terveysongelmien yleisyyttä kouluuntulotarkastuksessa ja erityisesti terveyskeskustelussa saatujen tietojen perusteella,
5. tutkia koulutulokkaan objektiivista ja subjektiivista terveyttä selittäviä tekijöitä kiinnittäen erityisesti huomiota sosiodemografiseen asemaan, koti- ja kouluoloihin sekä lapseen liittyviin omakohtaisiin tekijöihin, sekä
6. esittää tutkimustulosten ja muun tutkimuksessa kertyneen aineiston perusteella ehdotus kouluuntulotarkastuksen kehittämiseksi.

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Tutkimuksen rakenne

Tutkimus koostuu kolmesta osatyöstä, joissa tietoa kerättiin postikysely- ja keskustelumenetelmällä. Tutkimuksen rakenne ja aikataulu näkyvät kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimuksen osatyöt ja aikataulu

4.2 Kouluuntulotarkastuskysely

Kyselyn tavoitteena oli tutkia valtakunnallisesti kouluuntulotarkastusten toteuttamista terveyskeskuksissa. Kouluuntulotarkastuskysely tehtiin helmikuussa 1996. Lyhyessä strukturoidussa kyselylomakkeessa kysyttiin kouluuntulotarkastuksen ajankohtaa, tarkastuspitopaikkaa sekä tarkastuksessa mukana olevia henkilöitä. Lomakkeen yhteydessä lähetetyssä saatekirjeessä kysyttiin lisäksi mitä kouluuntulotarkastukseen liittyvää eril-

lislomaketta kouluuntulotarkastuksessa käytetään ja mitä oheismateriaalia vanhemmille ja/tai lapsille jaetaan. Lomake postitettiin maan kaikkien (n = 283) terveyskeskusten johtaville hoitajille tai ylihoitajille.

Kevään 1996 aikana palautui 213 lomaketta (73 %). Niistä jouduttiin poistamaan 5 kpl puuttuvien tietojen takia. Palauttamatta jättäneiden terveyskeskusten johtaville hoitajille tai ylihoitajille tehtiin puhelinhaastattelu elokuussa 1996. Näin tavoitettiin edelleen 64 terveyskeskusta. Tavoittamatta jäi 11 terveyskeskusta. Lopullinen lomakemäärä oli 272 eli 96 % aineistosta (taulukko 9).

Kyselylomakkeen kolme muuttujaa luokiteltiin seuraavasti: 1. Kouluuntulotarkastuksen ajankohta: ennen koulun alkamista/koulun alkamisen jälkeen/ennen tai jälkeen koulun alkamisen. 2. Tarkastuksen pitopaikka: koulu/ lastenneuvola/ koulu tai lastenneuvola. 3. Kouluuntulotarkastuksessa mukana olevat henkilöt: Terveydenhoitaja, lapsi ja vanhemmat/terveydenhoitaja, lääkäri, lapsi ja vanhemmat/terveydenhoitaja ja lapsi/ muut vaihtoehdot.

Joka toisessa vastauslomakkeessa (47 %) oli strukturoitujen kysymysten lisäksi kuvattu vapaamuotoisesti kouluuntulotarkastusta. Ne käsiteltiin luokittelemalla aineisto pääluokkiin (kouluuntulotarkastuksen suorittamisen kuvaus, yhteys muihin terveystarkastuksiin, kuvaus lapsista ja perheistä sekä muut). Kyselyssä tiedusteltu vanhemmille jaettava aineisto luokiteltiin tuottajan mukaan (Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Väestöliitto, yritykset, muut).

Taulukko 9. Kouluuntulotarkastuskyselyn aineisto.

Lomakkeet	Alkuperäinen aineisto	Lopullinen aineisto
Postitettuja	283	
Palautettuja	213	
Poistetut	5	
Puhelinhaastattelut	64	
Tavoittamatta jääneet	11	
Aineistoon hyväksytyt		272

4.3 Terveyskeskustelututkimus

Terveyskeskustelututkimuksen tavoitteena oli tutkia koulutulokkaan terveyttä ja sitä selittäviä tekijöitä terveydenhoitajan ja koulutulokkaan välisessä keskustelussa saatujen tietojen perusteella.

Aineistonkeruu toteutettiin kaksivaiheisesti: Ensimmäisen pilottitutkimuksen tarkoituksena oli testata sitä, kuinka terveyskeskustelut 7-vuotiaitten koulutulokkaiden kanssa

sujuvat sekä alustavasti testata kysymysten soveltuvuutta. Toisen pilottitutkimuksen tarkoituksena oli edelleen testata 7-vuotiaille soveltuvia kysymyksiä sekä terveyskeskustelun soveltuvuutta terveydenhoitajan työhön. Tutkimus tehtiin Espoossa, Turussa ja Keski-Suomessa. Turku ja Keski-Suomi tulivat alueina valituiksi, koska siellä oli tehty ensimmäiset Kouluterveyskyselyt. Espoo otettiin mukaan sen vuoksi, että se oli tutkijalle työskentelypaikkana tuttu ja helpotti ensimmäisten työkokousten organisointia. Aluevalinnoilla saatiin laajuutta aineiston sosiodemografiseen taustaan: kaksi kaupunkia ja yksi maaseutua edustava alue.

4.3.1 Ensimmäinen pilottitutkimus

Työkokoukset

Ensimmäinen suunnittelukokous pidettiin elokuussa 1995. Siihen osallistuivat tutkimuksen ohjaajan Matti Rimpelän ja tutkijan lisäksi Espoon kouluterveydenhoitajat, (n = 33). Kokouksen tavoitteena oli arvioida kouluuntulotarkastusta sekä arvioida menetelmiä, joilla kouluterveydenhuolto kokoaa tietoa koulunsa aloittavista lapsista. Lisäksi kokouksen tavoitteena oli kartoittaa kouluuntulovaiheen nykytilannetta eli lapsen ja kouluterveydenhuollon kohtaamista ja lapsen terveyteen liittyvää tiedonkeruuta.

Työkokouksen jälkeen nousivat keskeisiksi tutkimusongelmiksi seuraavat teemat:

1. Miten lapsi ja kouluterveydenhuolto eri kunnissa kohtaavat?
2. Minkälaista tietoa kouluuntulovaiheen tarkastuksissa kerätään ja keneltä?
3. Mitkä ovat tärkeimmät lapsen terveyden indikaattorit kouluuntulovaiheessa?
4. Onko koottu tieto oikeaa lapsen terveyden arvioimiseksi?

Seuraavassa työkokouksessa huhtikuussa 1996 työstettiin oppilaan kohtaamisen menetelmää sekä sen sisältöä. Työkokoukset pidettiin Espoossa, Turussa sekä Keski-Suomessa.

Lomake

Terveyskeskustelun kokeiluun luotiin ensimmäinen pilottilomake. Sisällön suunnittelun pohjana olivat lasten terveyteen liittyvät aikaisemmat tutkimukset sekä terveydenhoitajien ammattikokemukseen pohjautuva tieto. Työkokouksessa terveydenhoitajat ehdottivat lomakkeen kysymyksiksi seuraavia: kouluviihtyvyys, harrastukset, lasten ja vanhempien yhdessäolo, ruumiillinen kuritus, pelot, ystävyyssuhteet, kiusaaminen, koulumatkojen sujuvuus ja psykosomaattiset oireet

Ehdotusten pohjalta laaditussa pilottitutkimuslomakkeessa (liite 2) oli taustatietokysymyksiä ja lapselle tarkoitettuja kysymyksiä yhteensä 17.

Lapsen kokemaa terveyttä selvitettiin kysymällä yleisarviota omasta terveydestä sekä oireita. Aiemmissa tutkimuksissa oli todettu, että 7-vuotias ymmärtää, mitä kipu on ja

osaa myös kuvata sitä (Kristjansdottir 1996). Vatsakipu, päänsärky, univaikeudet ja ruokahaluttomuus olivat aiemmin olleet yleisesti mainittuja oireita 7-12-vuotiailla (Sihvola 1994) ja sen vuoksi niitä kysyttiin.

Aineiston keruu

Ensimmäinen pilottitutkimus tehtiin neljässä espoolaisessa ala-asteen koulussa (Sepon koulu, Jousenkaaren koulu, Veräjäpellon koulu ja Mankkaan koulu) huhtikuussa 1996. Kukin kyseisten koulujen terveydenhoitajista kävi terveyskeskustelun neljän oppilaan kanssa. Terveydenhoitajat saivat valita oppilaat harkintansa mukaan. Tyttöjä oli 10 ja poikia 6. Keskustelut pidettiin terveydenhoitajan työhuoneessa ja se kestivät keskimäärin 15 minuuttia.

Ensimmäisessä pilottitutkimuksessa todettiin, että 7-vuotiaitten terveyskeskustelut sujuivat hyvin. Todettiin myös, että terveyskeskustelu ei saanut kestää liian kauan. Sen vuoksi lomakkeessa ei saanut olla liikaa kysymyksiä. Kysymysten tuli myös olla selkeitä ja yksinkertaisia.

Lomakkeessa oli hyvä olla sekä strukturoituja kysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset laajensivat lasten elämästä saatavaa kuvaa.

4.3.2 Toinen pilottitutkimus

Lomake

Ensimmäisessä pilottitutkimuksessa olleista kysymyksistä osa jätettiin pois, koska ne eivät terveydenhoitajien palautteiden mukaan lisänneet lapsen terveyteen liittyvää tietämystä tai ne oli koettu terveyskeskustelutilanteessa hankaliksi (liite 2). Eräs tällainen oli kysymys, joka selvitti lapsen ruumiillista kurittamista.

Lomakkeen sisältöä suunniteltaessa nojauduttiin pilottitutkimuksen lisäksi lasten terveyttä käsittelevään kirjallisuuteen sekä käytössä oleviin lasten ja nuorten terveyttä ja hyvinvointia kartoittaviin lomakkeisiin. Tärkeimmät lomakkeet olivat ne, jotka olivat käytössä jo vakiintuneissa lasten ja nuorten terveyden tiedonkeruujärjestelmissä ja jotka olivat tietyiltä osiltaan validoituja. (Nuorten terveystapatutkimus, WHO-koululaistutkimus). Lisäksi taustalomakkeena oli vuonna 1995 alkaneen Kouluterveyskyselyn lomake.

Taustaa lomakkeeseen saatiin myös Kelan terveysturvatutkimuksesta, Lappeenrannassa tehdystä Kuudesluokkalaisten terveystarkastus-tutkimuksesta sekä tutkijan vuonna 1994 tekemästä Lapsen terveys ja lapsiperheiden hyvinvointi -poikkileikkaustutkimuksesta (Rimpelä ym. 1997, Strid 1996, Sihvola 1994).

Suomalaisten lomakkeiden lisäksi taustalomakkeena käytettiin myös Pohjoismaisen 2–18-vuotiaitten lasten ja nuorten terveyttä ja hyvinvointia selvittävän tutkimuksen lo-

maketta (Köhler 1990). Sitä alettiin uusia vuonna 1995 tarkoituksena tehdä pohjoismainen lasten ja nuorten hyvinvointitutkimus uudestaan vuonna 1996.

Koska terveyskeskustelun tuli sopia mahdollisimman hyvin kouluterveydenhuollon olemassa oleviin toimintoihin, piti lapsen ja perheen taustatiedot saada jo valmiina olevista kouluterveydenhuollon tiedostoista. Sen mukaisesti esimerkiksi perheeseen liittyvistä epäjatkuvuustekijöistä otettiin mukaan vain perheen huoltajuutta ja työttömyyttä kuvaavat kysymykset. Perheiden muuttojen määriä selvittävää kysymystä ei voitu ottaa mukaan, koska se olisi edellyttänyt terveydenhoitajan yhteydenottoa koulutulokkaan vanhempiin.

Toisen pilottitutkimuksen lomakkeeseen tuli lapsen terveyteen, kotiin, kouluun ja lapseen itseensä liittyviä kysymyksiä, yhteensä 21 (liite 2). Osa niistä oli suoraan aikaisempien tutkimusten lomakkeista. Sellaisia olivat mm. terveyskäyttäytymiseen liittyvät kysymykset, joiden tässä tutkimuksessa katsottiin kuvaavan lapseen kohdistuvaa huolenpitoa. Osa yläasteikäisille tarkoitetuista kysymyksistä jouduttiin muuttamaan yksinkertaisemmiksi, jotta ne soveltuisivat 7-vuotiaille. Eräs tällainen oli kodin tupakointiin liittyvä kysymys. Osa kysymyksistä oli aivan uusia joita ei aikaisemmissa lasten terveyttä selvittävissä lomakkeissa oltu käytetty. Sellainen oli mm. vanhemmilta saatu hellyys ja kysymys, jossa pyydettiin kertomaan, missä asiassa tuntee olevansa oikein hyvä. Kysymyksiin liitettiin viivakoodit, jotta terveydenhoitajat tottuisivat käyttämään niitä vastausten koodaamiseen.

Aineiston keruu

Toinen pilottitutkimus toteutettiin syyskuussa 1996 samoilla kouluilla kuin varsinainen tutkimus jatkossa tehtiin. Tavoitteena oli, että jokainen terveydenhoitaja piti pilottiterveyskeskustelun vähintään kahdelle oppilaalle. Terveydenhoitajat saivat valita toiseen pilottitutkimukseen tulevat oppilaat. Vanhemmilta kysyttiin puhelimitse lupa haastatteluun.

Toisessa pilottitutkimuksessa oli mukana 62 terveydenhoitajaa, 18 Espoosta, 19 Turusta ja 25 Keski-Suomesta. Kukin terveydenhoitaja piti terveyskeskustelut työhuoneessaan ennalta sovittuna aikana. Oppilaita oli yhteensä 117, Espoosta 37, Turusta 47 ja Keski-Suomen läänistä 33. Tyttöjä oli 66 ja poikia 51. Aikaa yhteen terveyskeskusteluun kului keskimäärin 15 minuuttia.

Lomaketiedot tallennettiin ja tiedoston virheettömyys tarkistettiin minimi- ja maksimiarvojen sekä ristiintaulukointien avulla. Tuloksista voitiin tarkastella vastausten jakautumista ja siten lomakkeen käyttökelpoisuutta 7-vuotiaiden terveyskeskustelu -tutkimuksen lomakkeena. Avoimia kysymyksiä ei käsitelty.

Palaute

Toiseen pilottitutkimukseen liittyi myös terveydenhoitajien antama palaute. Palautteen tavoitteena oli arvioida terveyskeskustelun sujuvuutta ja kysymysten soveltuvuutta haastatteluun. Palautetta varten laadittiin lomake, jossa selvitettiin sitä, miten koulutulokas ja miten terveydenhoitaja itse koki haastattelun. Lisäksi lomakkeessa terveydenhoitaja arvioi jokaista käytettyä kysymystä erikseen. Lomakkeet lähetettiin terveydenhoitajille toisen pilottitutkimuksen suorittamisen jälkeen ja ne palautettiin tutkijalle. Arvion palautti 58 (93 %) toisessa pilottitutkimuksessa mukana ollutta terveydenhoitajaa.

4.3.3 Terveyskeskustelun lomake ja aineisto

Lomake

Terveyskeskustelun lomake (liite 3) viimeisteltiin terveydenhoitajien antamien kirjallisten palautteiden sekä toisen pilottitutkimuksen jälkeisissä työkokouksissa käytyjen keskustelujen perusteella.

Osa pilottilomakkeessa olleista kysymyksistä jouduttiin muuttamaan:

1. Tuntuuko sinusta siltä, että sinua kiusataan koulussa? ➞ Kiusataanko sinua koulussa?
   Perustelut: Oppilaiden oli vaikea erottaa käsitettä tuntuuko joltakin suhteessa kysyttyyn asiaan, kiusaamiseen.
2. Montako harrastusta sinulla on? ➞ Mitä sinä harrastat? Kuinka monena päivänä viikossa sinulla on harrastuksia kodin ulkopuolella?
   Perustelut: Harrastamisesta ei saatu riittävää kuvaa vain kysymällä harrastusten lukumäärää. Lisäksi oppilaat alkoivat itse mielellään kertoa omista harrastuksistaan ja se oli terveydenhoitajien mielestä terveyskeskustelun yksi tärkeimpiä kysymyksiä.
3. Mihin aikaan menet illalla nukkumaan (ensimmäinen vaihtoehto) ennen klo 19➞20.
   Perustelut: Ennen klo 19 oli liian varhainen vaihtoehto.
4. Kuinka monta tuntia päivässä olet tupakansavuisissa tiloissa kotona? ➞Tupakoiko äitisi kotona sisätiloissa? Tupakoiko isäsi kotona sisätiloissa? Tupakoiko joku muu henkilö kotona sisätiloissa?
   Perustelut: Kysymys oli liian vaikea, koska siinä piti määrittää aika.
5. Mitä tapahtuu, kun tulet oikein iloiseksi (surulliseksi)? ➞Mitkä asiat saavat sinut oikein iloiseksi (surulliseksi)?
   Perustelut: lapset luulivat, että tapahtuu -verbi piti kuvata sellaisenaan ja se tuotti vaikeuksia

Oirekysymykseen valittiin neljä oiretta, päänsärky, vatsakipu, väsymys ja univaikeudet. Väsymys otettiin mukaan sen vuoksi, että se oli Nuorten terveystapatutkimuksessa

(Rimpelä ym. 1997) osoittautunut lisääntyväksi oireeksi. Yleisemmin nuorten vaivoihin kuuluvat oireet kuten niska- ja hartiakivut, selkävaivat, masennus, pahoinvointi ja ärtyisyys jätettiin pois, koska arvioitiin, että 7-vuotiailla näitä oireita esiintyy vähän.

Oireiden tiheyttä mitattiin kolmiportaisella asteikolla: harvoin tai ei lainkaan, pari kertaa kuussa ja lähes joka päivä. Näin haluttiin saada selkeät erot eri tiheysvaihtoehtojen välille kuitenkin niin, että tiheys kytkettiin päiviin ja kuukausiin, eikä tieheyttä kuvaaviin adverbeihin (harvoin, silloin tällöin, joskus, usein).

Lomakkeeseen lisättiin seuraavat kysymykset:

- Koulun oppilasmäärä
- Onko lapsella jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus, vika tai vamma, joka haittaa lapsen jokapäiväistä toimintaa?
- Käyttääkö lapsi jatkuvasti tai lähes jatkuvasti jotakin lääkärin määräämää lääkettä?
- Onko lapsella lääkärin toteama allerginen nuha tai heinänuha? Entä onko lapsella jokin muu allergia?
- Onko oppiminen sinusta helppoa, vaikeaa vai siltä väliltä?
- Onko sinulla ystäviä luokassa? Pidätkö opettajastasi?
- Mitä mieltä olet luokan ilmapiiristä?
- Kuinka usein sinulla on päänsärkyä, vatsakipuja, vaikeuksia päästä uneen, väsymystä?
- Missä asiassa sinä olet oikein hyvä?
- Onko kotona jotain sellaista mistä kannat huolta?

Lomakkeeseen tuli 48 kysymystä (liite 3). Sosiodemografiseen asemaan liittyviä kysymyksiä oli 5, terveyteen liittyviä 11, kotioloihin liittyviä 13, kouluoloihin liittyviä 10 ja lapsen omakohtaisia tekijöitä kuvaavia kysymyksiä 6. Kysymyksistä 35 esitettiin lapselle. Muihin terveydenhoitaja kirjoitti vastaukset taustatietojen perusteella. Lomakkeessa oli viimeisenä kysymys ’Milloin käytät sanoja kiitos, anteeksi ja ole hyvä?’. Kysymyksen tarkoituksena oli virittää terveydenhoitajan ja koulutulokkaan välille terveyskeskustelun lopuksi vapaamuotoinen keskustelu erilaisista vuorovaikutustilanteista. Kysymys esitettiin lapsille terveyskeskustelussa ja asiasta keskusteltiin, mutta vastauksia ei käytetty tutkimuksessa.

Lopullisen tutkimuksen lomakkeet valmistuivat marraskuussa 1996. Lomake käännettiin myös ruotsiksi, koska espoolaisista ja turkulaisista koulutulokkaista osa oli ruotsinkielisiä. Ensimmäisen ruotsinkielisen käännöksen teki tutkimusyksikön ruotsinkielinen sihteeri, jonka jälkeen ruotsinkieliset espoolaiset terveydenhoitajat tekivät tarkastuskäännöksen.

Lomakkeen reliabiliteettitestaus

Lomakkeen reliabiliteetin selvittämiseksi testattiin toistettavuutta, kappaa, yhden espoolaisen ala-asteen ensimmäisen luokan oppilailla (n = 20). Lomaketta käytettiin oppilai-

den terveyshaastattelussa siten, että sama haastattelija haastatteli lapset samaan aikaan päivästä kahden viikon välein. Testissä oli mukana lomakkeen 44:stä kysymyksestä 29, eli vain lapsille esitetyt strukturoidut kysymykset. Testistä jätettiin pois terveydenhoitajan täyttämät taustatietokysymykset sekä avoimet kysymykset. Vastauksista laskettiin kahdella eri haastattelukerralla saatujen vastausten yhtäpitävyysprosentti ristiintaulukoinnin avulla. Taulukossa 10 on esitetty vastausten yhtäpitävyysprosentit.

Reliabiliteetti-testaus osoitti lomakkeen toistettavuuden kohtalaiseksi: Yhdenmukaisuus eri vastauksissa vaihteli 35–100 %:n välillä. Oireiden reliabiliteettia testattiin myös summamuuttujalla. Päivittäisten oireiden lukumäärää kuvaavan oiresumman yhtäpitävyysprosentti oli 70. Kotioloihin (iltapäivähoito, hampaiden- ja käsienpesu, nukkumaanmeno, välipalan ja päivällisen syönti, hellyys äidiltä ja isältä, kodin tupakointi) liittyvien kysymysten keskimääräinen yhtäpitävyysprosentti oli 86 ja kouluoloihin (koulutehtävien määrä, oppiminen, ystävien määrä luokassa, opettajasta pitäminen, luokan ilmapiiri, kiusataanko koulussa, kiusaako itse, kouluruuan syöminen ja koulumatkapelot) liittyvien kysymysten 83.

Taulukko 10. Vastausten yhtäpitävyysprosentti.

Kysymys	%
Missä vietät iltapäiväsi	90
Tyytyväisyys iltapäivähoitoon	55
Koulunkäynnistä pitäminen	85
Koulutehtävien määrä	70
Oppiminen	60
Ystävien määrä luokassa	95
Opettajasta pitäminen	100
Luokan ilmapiiri	65
Kiusataanko koulussa	65
Kiusaako itse	100
Päänsäryn esiintyminen	75
Vatsakipujen esiintyminen	35
Univaikeuksien esiintyminen	60
Väsymyksen esiintyminen	45
Harrastusten useus	90
Pelottaako koulumatka	100
Pelottaako muu asia	80
Koettu terveydentila	100
Kouluruuan syöminen	90
Välipalan syöminen	90
Päivällisen syöminen	70
Hampaiden pesu	85
Käsien pesu	100
Nukkumaan meno	85
Äidin tupakointi	100
Isän tupakointi	85
Muun henkilön tupakointi	100
Hellyyttä äidiltä	75
Hellyyttä isältä	70

Aineiston keruu

Lomakkeet postitettiin Espoon, Turun ja Keski-Suomen läänin ala-asteiden terveyden-

hoitajille. Keski-Suomen läänistä Saarijärven kansanterveyden kuntayhtymä jäi pois tutkimuksesta. Syyt olivat resursseihin ja ajankäyttöön liittyviä. Terveyskeskustelut käytiin tammikuussa vuonna 1997. Tammikuu valittiin tutkimuskuukaudeksi sen vuoksi, että se on kouluissa rauhallista aikaa. Terveyskeskustelun piti kaikkiaan 123 terveydenhoitajaa.

Terveydenhoitajat saivat itse valita, pitävätkö he terveyskeskustelun joka kolmannelle, neljännelle, viidennelle jne. oppilaalle omien resurssiensa ja ajankäyttömahdollisuuksiensa mukaisesti. Tutkimuksen johtoryhmä asetti kuitenkin tavoitteeksi, että jokainen terveydenhoitaja kävisi terveyskeskustelun joka kolmannen oppilaan kanssa.

Tutkimukseen mukaan tulevat koulutulokkaat satunnaistettiin seuraavasti: Kunkin mukaan tulevan koulun ensimmäisten luokkien oppilaiden aakkoselliset nimilistat laitettiin peräkkäin. Oppilaiden valinta aloitettiin jostakin kuudesta ensimmäisestä oppilaasta seuraavasti: Tutkija oli satunnaistanut alkunumeron noppaa heittämällä. Saatu nopan lukema kirjoitettiin terveydenhoitajan ohjekirjeeseen kullekin terveydenhoitajalle erikseen. Terveydenhoitajat aloittivat oppilaiden valitsemisen satunnaistetusta alkunumerosta ja valitsivat siitä lähtien joka kolmannen, neljännen, viidennen jne. oppilaan, oman poimintavälipäätöksen mukaisesti, kunnes tulivat aloituskohtaan. Terveydenhoitajat kävivät terveyskeskustelun keskimäärin 15 oppilaan kanssa, vaihteluväli oli 6–33.

Valittujen oppilaiden nimet kirjoitettiin nimilistaan, joka pyydettiin tallettamaan terveydenhoitajille annettuun kansioon mahdollista jatkokäsittelyä varten. Nimilistaan kirjoitettiin myös oppilaiden koulukohtaiset tutkimusnumerot yhdestä eteenpäin. Näin vain terveydenhoitajilla oli oppilaiden tunnistetiedot hallussaan. Valittujen oppilaiden vanhemmille annettiin opettajan välityksellä kirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta. Vanhemmilla oli mahdollisuus kysyä lisää tutkimuksesta joko tutkijalta tai terveydenhoitajalta. He saattoivat myös kieltää lapsensa osallistumisen tutkimukseen.

Terveydenhoitajat kutsuivat tutkimukseen valitut oppilaat sovittuina aikoina luokseen. Ennen terveyskeskustelua terveydenhoitaja täytti tutkimuslomakkeen ensimmäisen sivun ne kohdat, johon tiedot saatiin oppilaan terveyskertomuslomakkeesta tai kouluuntulotarkastuksen yhteydessä saadusta erillislomakkeesta (sukupuoli, syntymäkuukausi ja -vuosi, koulun nimi ja oppilasmäärä, huoltajuus, oppilaan sisarusasema, vanhempien työttömyys, oppilaan pitkäaikaissairaudet, allerginen nuha ja muu allergia sekä lääkkeiden käyttö). Terveyskeskustelussa terveydenhoitaja ja oppilas kävivät kysymyssarjan läpi terveydenhoitajan tehdessä samalla merkinnät lomakkeeseen. Kun kaikki terveyskeskustelut oli pidetty, terveydenhoitaja otti kopiot lomakkeista itselleen ja liitti ne kunkin oppilaan terveyskertomuslomakkeisiin. Näin terveydenhoitajalla oli mahdollisuus jälkeenpäin palata keskustelun sisältöön osana yksilötason terveydenhuoltoa määräaikaistarkastuksissa tai vastaanottokäynneillä.

Tutkimuslomakkeet palautettiin kirjekuoressa tutkijalle, joka numeroi ne juoksevasti aakkosjärjestyksessä kouluittain (Espoo ja Turku) sekä kunnittain (Keski-Suomi).

Kato ja kadon syyt

Tavoitteeksi oli asetettu haastatella Espoon, Turun ja Keski-Suomen 6500:sta koulutulokkaasta joka kolmas eli 2 145 koulutulokasta. Lomakkeita palautui 1837 kappaletta, 85 % tavoitteeksi asetetusta määrästä. Lomakkeet tallennettiin viivakoodilukijalla. Aineisto muutettiin sen jälkeen SPSS tilasto-ohjelmaan sopivaksi. Aineistosta jouduttiin poistamaan 17 lomaketta (taulukko 11), jolloin lopulliseen aineistoon jäi 99 % palautetuista lomakkeista. Neljän lapsen vanhemmat kielsivät tutkimuksen. Viisi oppilasta oli muuttanut toiselle paikkakunnalle sen jälkeen kun oppilaat oli valittu tutkimukseen, yksi ilmoitti, että ei osallistu ja yksi oli sairaana tutkimuspäivänä. Kuudesta lomakkeesta puuttui tieto oppilaan sukupuolesta, jonka vuoksi ne poistettiin.

Taulukko 11. Terveyskeskustelututkimuksen kato

Lomakkeiden käsittelyn vaiheet	Tutkimuspaikkakunnat			
	Espoo	Turku	Keski-Suomi	Yhteensä
Lomakkeita palautettiin	658	443	736	1837
Vanhemmat kielsivät osallistumisen	3	0	1	4
Muuttanut asuinpaikkaa	3	2	0	5
Kieltäytyi	1	0	0	1
Sairaana	1	0	0	1
Merkintä sukupuolesta puuttui	2	1	3	6
Lopullinen tutkimusjoukko	648	440	732	1820

Aineiston tarkistukset ja uudet muuttujat

Terveydenhoitajat merkitsivät lapsen sukupuolen sekä iän kuukauden tarkkuudella terveyskertomuslomakkeista tai erillislomakkeesta saaduista tiedoista.

Oppilaat mitattiin ja punnittiin terveyskeskustelun alkaessa alusvaatteisillaan kouluterveydenhuollossa olevilla pituusmitoilla ja vaaoilla. Laitteiden kalibrointia ei voitu tutkimusteknisistä syistä tehdä. Pituus ja paino merkittiin yhden desimaalin tarkkuudella. Tulokset pyöristettiin tallennusvaiheessa 0,5 kg:n ja 0,5 cm:n tarkkuuteen. Jokaiselle lapselle katsottiin suhteellinen paino 1–19-vuotiaiden tyttöjen ja poikien kasvukäyristä. Laihuuteen viittaavana rajana oli suhteellinen paino $\leq$ 15 %, lihavuuden rajana suhteellinen paino $\geq$ 20 % ja merkittävän lihavuuden rajana suhteellinen paino $\geq$ 40 %. Luvut ovat virallisesti sovitut raja-arvot (Nuutinen 1998, Klish 1998).

Sisarusasemaa kuvaavassa kysymyksessä toinen kaksosista -luokka (n = 15) liitettiin luokkaan joku keskimmäisistä. Perheet luokiteltiin huoltajuuteen liittyvien epäjatkuvuustekijöiden suhteen kolmeen perhetyyppiluokkaan:

1. Biologiset vanhemmat: ei ollut huoltajuuteen liittyviä epäjatkuvuustekijöitä, kaksi biologista vanhempaa.
2. Ei-biologiset vanhemmat: huoltajuuteen liittyviä epäjatkuvuustekijöitä, kaksi vanhempaa. Näissä perheissä oli joko biologinen äiti ja isäpuoli tai biologinen isä ja äitipuoli tai perhe oli sijaisperhe tai adoptioperhe tai huoltajina olivat muut henkilöt kuten sukulaiset.
3. Yksinhuoltajat: huoltajuuden suhteen epäjatkuvuustekijöitä, yksi vanhempi.

Työttömyydestä kysyttiin toisen tai molempien vanhempien työttömyyttä (liite 3). Muuttuja tehtiin kolmiluokkaiseksi: työssäkäyvät, työttömät, työttömyyttä ei tiedetä.

Lääkärin toteamat pitkäaikaissairaudet, viat ja vammat, jotka haittasivat lapsen jokapäiväistä toimintaa, merkittiin terveyskertomuslomakkeesta ja erillislomakkeesta saaduista tiedoista. Samoin merkittiin lääkärin määräämien lääkkeiden käyttö, allerginen nuha ja muu allergia. Pitkäaikaissairaudet luokiteltiin ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti. Pitkäaikaissairaus-muuttujaa käytettiin dikotomisena: on /ei ole pitkäaikaissairautta. Allerginen nuha – ja muu allergia muuttujat yhdistettiin yhdeksi allergia-muuttujaksi.

Lapsen omaa arviota terveydestään tiedusteltiin neliluokkaisella kysymyksellä, jonka vaihtoehdot olivat erittäin hyvä, melko hyvä, keskinkertainen ja melko huono. Vanhemmilla lapsilla tehdyissä kysymyksissä oli todettu, että erittäin huono vaihtoehtoon ei juurikaan tule vastauksia. Siksi tämä vaihtoehto jätettiin pois kysymyksestä. Muuttuja muutettiin jatkossa dikotomiseksi yhdistämällä arvot erittäin hyvä ja melko hyvä sekä arvot keskinkertainen ja melko huono. Kun lapsi arvioi oman terveytensä vain keskinkertaiseksi, se merkitsee tosiasiassa kielteistä arviota tässä iässä. Siksi kahden viimeksi mainitun yhdistelmää kutsuttiin huonoksi yleisarvioksi terveydestä.

Neljän oireen välinen yhteys tarkastettiin ristiintaulukoinnilla khiin neliötestillä. Kaikkien oireiden välillä oli keskenään tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p<0.001$). Oireista tehtiin summamuuttuja siten, että se sai arvon 1, kun jokainen neljästä oireesta sai arvon harvoin tai ei lainkaan. Muuttuja sai arvon 3, kun joku neljästä oireesta sai arvon lähes joka päivä ja arvon 2, kun oireita esiintyi näiden kahden arvon välillä. Oiresumma-muuttujaa käytettiin jatkossa dikotomisena: päivittäisiä oireita/ei päivittäisiä oireita.

Oiresumma-muuttuja ja yleisarvio omasta terveydestä -muuttuja yhdistettiin kaksiluokkaiseksi muuttujaksi. Erittäin huonoksi koettu terveys -luokkaan tulivat ne lapset, joilla oli ainakin yksi oire päivittäin ja joiden yleisarvio omasta terveydestään oli huono.

Terveydenhoitajien palaute oire-kysymyksestä käsiteltiin luokittelemalla aineisto pääluokkiin. Myös muut avoimet kysymykset, joita olivat tyytymättömyys iltapäivähoitoon, harrastukset, koulumatkapelot, välipalan laatu, lapsen kokemat ilot, surut, pelot ja huolet sekä käsitys itsestään hyvänä kuvaava kysymys Missä olet hyvä, käsiteltiin

pääluokkiin luokittelemalla. Vastaukset kirjoitettiin erikseen, avainsanat merkittiin ja niiden perusteella aloitettiin vastausten luokittelu. Luokkia saatiin aluksi 40–60 muuttujasta riippuen. Seuraavassa vaiheessa muodostettiin uusi muuttuja yhdistämällä luokkia. Näin jatkettiin, kunnes saatiin 10–12 luokkaa muuttujaa kohti.

Välipalan laatu tarkistettiin Kansaneläkelaitoksen ylläpitämästä ravinnonsaannin laskentaohjelmasta, Nutricasta. Luokituksen perustana käytettiin ruoka-aineiden ravintoainesisältöjä. Välipalaan sisältyvät ruoka-aineet jaettiin kahteen luokkaan: terveelliset ja epäterveelliset. Epäterveellisten ruoka-aineiden ryhmään kuuluivat keksit, pulla, perunalastut, karkit, leivokset, kakut, vanukkaat, sokerimurot, Coca-Cola ja muut virvoitusjuomat. Välipala luokiteltiin epäterveelliseksi, jos suurin osa siihen kuuluvista ruoka-aineista oli epäterveellisiä.

Lapsen iltapäivähoitoa selvittävä muuttuja muutettiin kaksiluokkaiseksi. Luokat olivat: kotona yksin/muut iltapäivähoitomuodot. Kodin huolenpitoa haluttiin tutkia usean eri muuttujan avulla. Tässä tutkimuksessa terveystottumukset (ateriointi, hygienia ja nukkumaanmeno) otettiin osaksi huolenpidon käsitettä. Sen lisäksi käsitteeseen otettiin mukaan vanhemmilta saatu hellyys.

Huolenpitoa tarkasteltiin summamuuttujana. Sen muodostamisessa huolenpidon osioille annettiin pisteitä seuraavasti:

Päivällisen syönti:	aina (2), silloin tällöin (1), ei syö (0), ei osaa sanoa (0)
Välipalan syönti:	kyllä (2), ei (0)
Hampaiden harjaus:	kaksi kertaa päivässä (2), kerran päivässä (2), harvemmin (1), ei koskaan (0)
Käsien pesu:	kaksi kertaa päivässä (2), kerran päivässä (2), harvemmin (1), ei koskaan (0)
Nukkumaan meno:	noin klo 20 (2), noin klo 21 (2), noin klo 22 (1), noin klo 23 (0), klo 23 jälkeen (0)
Hellyyttä äidiltä:	useita kertoja päivässä (2), kerran päivässä (2), muutaman kerran viikossa (1), kerran viikossa tai harvemmin (0), ei koskaan (0). Jos perheen huoltaja oli pelkästään isä, muuttujaksi otettiin hellyyttä isältä.

Huolenpidon summamuuttuja muutettiin jatkossa kaksiluokkaiseksi summapisteiden perusteella. Katkaisupisteenä käytettiin lähimpää pisteiden 15 %:n persentiiliä, joka oli kohdassa 8 pistettä. Näin saatiin kaksi luokkaa: huolenpitotaso huono, pisteet 3–8 ja huolenpitotaso melko hyvä tai hyvä, pisteet 9–12.

Kodin sisällä tupakointia selvitettiin kysymällä äidin, isän tai jonkun muun kodissa olevan henkilön tupakointia. Ne yhdistettiin jatkossa yhteiseksi kodin sisätiloissa tupakointi -muuttujaksi: sisätiloissa tupakoidaan/ei tupakoida.

Lapsen kouluviihtyvyyttä selvitettiin seuraavilla muuttujilla: oppilaan viihtyminen koulussa, työtehtävien määrä, ystävien määrä luokassa, oppimisen helppous, opettajasta pitäminen, luokan ilmapiiri, kiusatuksi tuleminen, kiusaajana oleminen, koulumatkapelot ja kouluruuan syönti. Kouluun liittyvistä muuttujista muodostettiin myös kouluviihtyvyyden summamuuttuja. Sille annettiin pisteitä seuraavasti:

Koulunkäynnistä pitäminen:	Hyvin paljon (2), melko paljon (2), melko vähän (1), ei lainkaan (0).
Koulutehtävien määrä:	Aivan liikaa (0), liikaa (1), sopivasti (2), liian vähän (1).
Oppiminen:	helppoa (2), siltä väliltä (1), vaikeaa (0), ei osaa sanoa (0).
Ystävien määrä luokassa:	ei ole (0), yksi (1), kaksi (2).
Pitääkö opettajasta:	kyllä (2), ei (0), ei osaa sanoa (0).
Luokan ilmapiiri:	hyvä (2), siltä väliltä (1), huono (0), ei osaa sanoa (0).
Kiusataanko koulussa :	ei (2), kyllä (0), ei osaa sanoa (0).
Kiusaako itse koulussa:	ei (2), kyllä (0), ei osaa sanoa (0).
Pelottaako koulumatka:	ei (2), kyllä (0).
Kouluruuan syönti:	syö yleensä kaiken (2), syö vain salaattia leipää, juomaa jne., (1), ei syö (0).

Kouluviihtyvyyden summamuuttujan muutettiin kaksiluokkaiseksi pisteiden perusteella. Katkaisupisteenä käytettiin summapisteiden lähinnä olevaa 15 %:n persentiiliä, joka oli 14 pistettä. Näin saatiin kaksi luokkaa: kouluviihtyvyystaso huono, pisteet 5–14 ja kouluviihtyvyystaso melko hyvä tai hyvä, pisteet 15–20.

Koulun oppilasmäärä luokiteltiin kvarttiilien mukaan neljään luokkaan: oppilaita alle 120 tai sen alle,130–230, 240–320 ja 330 tai enemmän.

Harrastuksia kuvaileva muuttuja tehtiin dikotomiseksi: on harrastuksia/ei ole harrastuksia. Iloa, surua ja pelkoa selvittävät muuttujat yhdistettiin yhteiseksi tunteiden tunnistamisen summamuuttujaksi yhdistämällä kysymysten ei osaa sanoa -vastaukset. Näin saatiin tunteiden tunnistamisen muuttuja, jossa oli iloa, surua tai pelkoa kuvaavista muuttujista vähintään kaksi, jossa oli ei osaa sanoa -vaihtoehto. Muuttujan luokat olivat: tunnistaa tunteita/ei tunnista tunteita.

Missä lapsi on mielestään hyvä -muuttuja tehtiin kaksiluokkaiseksi: on hyvä jossakin/ei ole hyvä missään. Samoin lapsen kotihuolia selvittävästä muuttujasta tehtiin kaksiluokkainen: ei ole kotihuolia/on kotihuolia.

Palaute

Terveydenhoitajat antoivat palautetta lopullisen tutkimuksen suorittamisesta Loppuraportti-lomakkeella, jotka palautettiin tutkimuslomakkeiden yhteydessä tammi-helmikuussa 1997. Lomakkeen palautti jokainen terveyskeskustelututkimuksessa mukana ollut terveydenhoitaja. Lomakkeessa selvitettiin terveyskeskustelun sujuvuutta, tiedonsaantia ja käyttökelpoisuutta osana koulutulokkaiden terveydenhuoltoa.

Viimeisin palautelomake, käyttöarvio, lähetettiin terveydenhoitajille terveyskeskustelujen jälkeen maaliskuussa 1997 ja ne palautettiin tutkijalle postitse tai kevään 1997 työkokousten yhteydessä. Käyttöarvio-lomakkeessa selvitettiin terveyshaastattelun sisältöä ja käyttökelpoisuutta koulutulokkaiden voinnin arvioimisessa. Lomakkeen palautti 62 terveydenhoitajaa eli 50 % mukana olleista 123:sta terveydenhoitajasta.

4.3.4 Aineiston kuvaus

Espoosta oli mukana 46 koulua, Turusta 32 koulua ja Keski-Suomen läänistä 20 kuntaa ja niistä 68 koulua. Koulu- tai kuntakohtaisia tuloksia ei raportoitu, koska koulukohtaiset oppilasmäärät olivat pieniä, keskimäärin 14 oppilasta/koulu Espoossa ja Turussa ja 11 oppilasta/koulu Keski-Suomen läänissä. Kaikista ikäluokan lapsista tuli Espoosta 30 %, Keski-Suomesta 28 % ja Turusta 26 %. Koko aineistossa oli tyttöjä ja poikia lähes yhtä paljon (49 % vs. 51 %). Turussa tyttöjä oli hieman poikia enemmän (53 % vs. 47 %). Tilanne oli päinvastainen Keski-Suomessa (47 % vs. 53 %). Ruotsinkielisiä oli 88 lasta, joista 44 tyttöä ja 44 poikaa.

Huoltajuus

Huoltajuustieto puuttui 5:ltä lapselta. Koulutulokkaista suurimmalla osalla (82 %) oli biologiset vanhemmat, yksinhuoltajavanhempi oli 11 %:lla. Ei-biologiset vanhemmat, johon ryhmään kuuluivat biologinen äiti ja isäpuoli, biologinen isä ja äitipuoli, adoptio- ja sijaisvanhemmat sekä ’muut vanhemmat’ eli sukulaiset, oli 7 %:lla.

Työttömyys

Työttömyystieto puuttui kokonaan 15:lta lapselta. Terveydenhoitaja ei tiennyt vanhempien työttömyyttä 239:n (13 %) lapsen osalta (vastattu kohtaan ei osaa sanoa) (liite 3). Tieto vanhempien työttömyydestä huononi perhetyyppien mukaan (taulukko 12). Osa yksinhuoltajista ilmoitti sekä itsensä että myös toisen huoltajan olevan työtön.

Taulukko 12. Vanhempien työttömyyden jakauma (%) perhetyypin mukaan.

	Biologiset vanhemmat (1482)	Ei-biologiset vanhemmat (127)	Yksinhuoltajat (196)	Kaikki (1805)
Ei kumpikaan	73	59	45	69
Toinen	13	20	28	15
Molemmat	2	6	3	3
Ei osaa sanoa	12	15	24	13
Yhteensä	100	100	100	100

Sisarusasema

Sisarusasemaa koskeva tieto puuttui seitsemältä lapselta. Lapsista joka kymmenes oli perheensä ainoa lapsi, esikoisia oli kolmannes (32 %) keskimmäisiä viidennes (19 %) ja kuopuksia kaksi viidesosaa (39 %) kaikista (taulukko 13). Sisarusasema vaihteli perhetyyppien mukaan. Ainoita lapsia oli eniten yksinhuoltajien perheissä.

Taulukko 13. Sisarusaseman jakauma (%) perhetyypin mukaan.

	Biologiset vanhemmat (1488)	Ei-biologiset vanhemmat (128)	Yksinhuoltajat (197)	Kaikki (1813)
Ainoa lapsi	7	19	27	10
Esikoinen	33	33	22	32
Keskimmäinen	21	12	12	19
Kuopus	29	37	39	39
Yhteensä	100	100	100	100

Syntymäajankohta

Syntymäajankohdan tieto puuttui 12:lta lapselta. Koulutulokkaista 52 oli syntynyt vuonna 1988 ja 14 vuonna 1990. Vuonna 1988 syntyneistä eli 8-vuotiaana koulunsa aloittaneista suurin osa oli poikia (71 %), 6-vuotiaana aloittaneista oli suurin osa tyttöjä (79 %). Vanhin koulutulokas oli syntynyt tammikuussa 1988 ja nuorin heinäkuussa 1990.

4.3.5 Terveydenhoitajien palaute

Tutkimuksessa mukana olleista 123:sta terveydenhoitajasta 41 (33 %) palautti kaikki kolme palautelomaketta, pilottiarvion, loppuraportin ja käyttöarvion. Terveydenhoitajista 38 (31 %) palautti lomakkeista kaksi ja 44 (36 %) palautti vain yhden, loppuraportti-lomakkeen. Palautelomakkeiden tiedot tallennettiin SPSS –ohjelmaan. Avoimet kysymykset käsiteltiin pääluokkiin jakamalla. Terveydenhoitajat saivat antamistaan palautelomakkeista yhteenvedon työkokousten yhteydessä.

4.4 Terveydenhoitajakysely

Koulutulokas-kehittämistutkimuksen kolmannessa osassa, Terveydenhoitajakyselyssä, tavoitteena oli tutkia tarkemmin kouluuntulotarkastusta, terveydenhoitajan toimenkuvaa

ja kouluterveydenhoitajalle kouluuntulotarkastuksessa ja kouluterveydenhuollon ja lapsen muissa kohtaamisissa ensimmäisenä kouluvuonna kertynyttä tietoa lapsesta ja lapsen perheestä.

Lomake

Terveydenhoitajakyselyä varten laadittiin lomake, jossa oli kaksi osaa. Tausta-osassa selvitettiin terveydenhoitajien toimenkuvaa kouluuntulotarkastuksen suorittajana. Lisäksi selvitettiin kouluuntulotarkastuksen ja muiden ensimmäisen luokan määräaikaistarkastusten toteutumista, terveydenhoitajan tarkastuskäytäntöjä ja yhteistyötä opettajan kanssa.

Tieto-osassa selvitettiin terveydenhoitajien tietämystä lapsesta ja lapsen perheestä. Kysymykset sivusivat Heimon (1999) käyttämiä kysymyksiä neuvolaikäisten lasten vanhempien elämäntilanteesta. Kysymyssarjaan sisällytettiin myös yleisesti arkaluontoisina pidettynä asioita, kuten tietoa väkivaltaisuuksista perheessä tai vanhempien mielenterveyden ongelmia.

Kysymykset laadittiin siten, että terveyskeskustelututkimuksen lapsi- koti- ja koulumuuttujat sisällytettiin mahdollisimman paljon myös terveydenhoitaja-kyselyn tieto-osaan. Lapsen ulkoinen ja vetäytyvä ongelmakäyttäytyminen -kysymysten määrittely saatiin aikaisemmista lasten käyttäytymistä selvittävistä tutkimuksista (Pulkkinen 1996).

Kysymyksistä kaksi kolmasosaa käsitteli lasta, kolmasosa lapsen perhettä. Kysymyksille, joissa kysyttiin ’Kuinka hyvin on tiedossa?’ annettiin neljä arvoa (0 = ei lainkaan, 1 = melko huonosti, 2 = melko hyvin ja 3 = erittäin hyvin).

Aineiston keruu ja kato

Tutkimus tehtiin Stakesin koordinoiman ‘Kuntien strategiat lasten ja nuorten hyvinvoinnin edistämiseksi’ tutkimushankkeen kunnissa (Suominen 1999). Hankekuntia olivat Jyväskylä, Jyväskylän maalaiskunta, Kajaani, Kokkola, Kuopio, Lappeenranta, Lappi, Nastola, Nokia, Porvoo, Rovaniemi, Rovaniemen maalaiskunta, Salo ja Turku. Terveydenhoitaja-kysely tehtiin näissä kunnissa sen vuoksi, että niissä oli käynnistynyt myös kouluterveydenhuollon tilaa ja toteuttamista selvittävä hanke (Varjoranta ja Pietilä 1999). Edellä mainittujen kuntien lisäksi tutkimukseen osallistui terveyskeskustelututkimuksessa mukana olleet tutkimuspaikkakunnat, Espoo ja silloinen Keski-Suomen lääni. Tutkimuskuntien yhteinen asukasmäärä oli 22 % koko väestön asukasmäärästä, koulutulokkaiden määrä 19 % koko maan koulutulokkaista ja terveydenhoitajien määrä 15 % koko maan kouluterveydenhuollossa työskentelevistä terveydenhoitajista.

Terveydenhoitajakyselyn lomakkeet lähetettiin tutkimuskuntien niille terveydenhoitajille, jotka toimivat ala-asteen kouluterveydenhuollossa. Lomakkeita postitettiin 257

kpl ja niistä palautui 222 kpl eli 86 %. Lomakkeista jouduttiin poistamaan 13 kpl. Niistä kahdeksassa terveydenhoitaja teki kouluuntulotarkastuksia, mutta ei toiminut kouluterveydenhuollossa. Yksi vastaaja katsoi olevansa niin kokematon, ettei kyennyt vastaamaan tieto-osan kysymyksiin ja yksi vastaaja vastasi kahteen kertaan samoihin kysymyksiin. Kahdesta lomakkeesta puuttui kuntatieto (taulukko 14).

Osa terveydenhoitaja-kyselyn terveydenhoitajista eli 55 (26 %) vastanneista oli ollut mukana myös terveyskeskustelu -tutkimuksessa vuonna 1997 (Espoo, Turku, Keski-Suomen lääni).

Taulukko 14. Terveydenhoitaja-kyselyn aineisto kunnan mukaan.

Kunta	Postitettiin	Palautettiin	Poistettiin	Lopullinen aineisto
Jyväskylä	20	20	9	11
Kajaani	16	10	–	10
Kokkola	8	7	–	7
Kuopio	18	15	–	15
Lappeenranta	13	13	–	13
Lappi	1	1	–	1
Nastola	5	5	–	5
Nokia	7	6	–	6
Porvoo	11	10	–	10
Rovaniemi	7	7	–	7
Rovaniem.mlk	12	12	–	12
Salo	6	6	–	6
Turku	29	26	1	25
Espoo	58	46	1	45
Keski-Suomi (ei Jyväskylä)	46	36		36
Ei kuntatietoa		2	2	
Yhteensä	257	222	13	209

Muuttujamuunnokset

Tausta-osa: Terveydenhoitajien viikoittainen tuntimäärä kouluterveydenhuollossa jaettiin kvarttiilien mukaan seuraavasti: työtunteja 0–8, 9–17, 18–32 ja 33–40.

Terveydenhoitajien peruskoulujen oppilasmäärästä ja viikoittaisesta tuntimäärästä kouluterveydenhuollossa laskettiin indeksi jakamalla oppilasmäärä viikoittaisten kouluterveydenhuollossa käytettyjen tuntien määrällä. Näin saatiin ‘oppilaita tunnissa’ indeksi, joka kuvasi työn kuormittavuutta. Indeksi-muuttuja muutettiin jatkossa mediaanin mukaan kaksiluokkaiseksi ’oppilaita vähän’ ja oppilaita runsaasti’ muuttujaksi.

Kouluterveydenhuollossa työskenteleminen -muuttuja muutettiin jatkossa kaksiluokkaiseksi: toimii päivittäin kouluterveydenhuollossa/ei toimi päivittäin kouluterveyden-

huollossa. Terveydenhoitajien kouluterveydenhuollossa työskennellyt työvuodet luokiteltiin mediaanin mukaan kaksiluokkaiseksi: työvuosia enintään 7/ työvuosia yli 7. Lisäksi tehtiin kaksiluokkainen muuttuja: työskentelee kouluterveydenhuollon ohella myös lastenneuvolassa/ei työskentele lastenneuvolassa. Opettajan ja terveydenhuollon kohtaamisesta tehtiin uusi kaksiluokkainen muuttuja: kohtaa opettajan viikoittain/ei kohtaa opettajaa viikoittain.

Tieto-osa: Neliluokkaiset muuttujat saivat myös puolikkaita arvoja (rasti merkitty ruudukkoviivalle), jolloin arvoja oli kaikkiaan seitsemän: 0/0.5/1/1.5/2/2.5/3. Katkaisupisteenä huonosti ja hyvin tietämiselle käytettiin mediaania, jolloin pisteet 0–1,5 katsottiin huonoiksi tiedoiksi ja 2–3 hyviksi tiedoiksi. Jokaisen kysymyksen yhteenlasketuista pisteistä tehtiin myös tietosummamuuttuja, jonka mediaani oli 58 pistettä. Sen mukaan tietosummamuuttujasta tehtiin kaksiluokkainen jakamalla summamuuttuja mediaanista: Tietosummamuuttuja 58 tai alle = huonot tiedot, tietosummamuuttuja 59 tai enemmän = hyvät tiedot.

4.5 Tilastolliset menetelmät

Tutkimusaineisto analysoitiin ristiintaulukoinnin ja logistisen regressioanalyysin avulla. Tilastollinen merkitsevyys tarkasteltiin ristiintaulukoinnissa Pearsonin khiin-neliötestillä ja logistisessa regressioanalyysissa luottamusväleillä ja p-arvoilla. Merkitsevyysrajaksi otettiin molemmissa tarkasteluissa $p<0.05$. Jatkuvien muuttujien yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimilla. Terveyskeskustelututkimuksen analyysiosassa käytettiin logistista regressiomallia selitettävien muuttujien analyysissä. Yksittäisten muuttujien yhteyksiä tarkasteltiin suoralla logistisella regressioanalyysilla (Enter). Taaksepäin askeltavaa logistista regressiota (Backward-step) käytettiin useamman selittäjän malleissa.

5 TULOKSET

5.1 Kouluuntulotarkastukset 1996

Kouluuntulotarkastuksen ajankohta vaihteli (taulukko 15). Suurimmassa osassa terveyskeskuksia kouluuntulotarkastus pidettiin ennen koulun alkua. Vajaassa viidesosassa se pidettiin koulun alkamisen jälkeen ja joka seitsemännessä vaihdellen ennen tai jälkeen koulun alkamisen. Myös läänien väliset erot olivat suuria. Keski-Suomen, Pohjois-Karjalan, Vaasan ja Kymen lääneissä suurin osa tarkastuksista pidettiin ennen koulun alkamista. Oulun, Mikkelin ja Lapin lääneissä tarkastus pidettiin usein myös koulun jo alettua.

Kouluuntulotarkastus pidettiin lähes yhtä usein koulussa ja lastenneuvolassa (taulukko 16). Tarkastuspitopaikan läänikohtaiset erot olivat suuria. Keski-Suomen läänissä tarkastukset pidettiin pääasiassa lastenneuvoloissa, kun taas Uudenmaan läänissä pääasiassa kouluissa. Kymen ja Oulun lääneissä tarkastuksia pidettiin lähes yhtä paljon sekä lastenneuvolassa että koulussa.

Taulukko 15. Terveyskeskusten kouluuntulotarkastuksen ajankohdan jakauma (%) lääneittäin vuonna 1996

Ajankohta	U	TP	H	Ky	M	PK	Ku	KS	V	O	L	Kaikki
Ennen koulun alkua	54	65	52	83	62	91	69	92	87	67	68	70
Ennen tai jälkeen	38	19	21		15	9	19		7	3	11	14
Koulun alkamisen jälkeen	8	15	15	7	23		13	8	7	30	21	17
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	37	33	31	21	14	12	17	13	33	40	21	272

U = Uudenmaan, TP = Turun ja Porin, H = Hämeen, Ky = Kymen, M = Mikkelin, PK = Pohjois-Karjalan, Ku = Kuopion, KS = Keski-Suomen, V = Vaasan, O = Oulun ja L = Lapin lääni)

Taulukko 16. Kouluuntulotarkastuspaikkojen jakauma (%) lääneittäin vuonna 1996.

Tarkastuspakka	U	TP	H	Ky	M	PK	Ku	KS	V	O	L	Kaikki
Koulu	76	50	58	33	36	25	53	8	21	48	33	44
Lastenneuvola	13	31	32	38	43	33	47	83	76	45	57	43
Koulu/lastenneuvola	11	19	10	27	21	42	0	9	3	7	10	13
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	37	32	31	21	14	12	17	12	33	40	21	270

U = Uudenmaan, TP = Turun ja Porin, H = Hämeen, Ky = Kymen, M = Mikkelin, PK = Pohjois-Karjalan, Ku = Kuopion, KS = Keski-Suomen, V = Vaasan, O = Oulun ja L = Lapin lääni

Kun kouluuntulotarkastus pidettiin ennen koulun alkamista, se tehtiin useammin lastenneuvolassa (66 %) kuin koulussa (21 %). Jos tarkastus pidettiin koulun alkamisen jälkeen, se tehtiin useimmiten koulussa (88 %), mutta jonkin verran myös lastenneuvolassa (12 %). Myös silloin, kun tarkastus pidettiin vaihdellen ennen tai jälkeen koulun alkamisen, se tehtiin useimmiten koulussa (70 %).

Kouluuntulotarkastus toteutui kouluterveydenhoitajan, vanhempien ja lapsen tapaamisina joka toisessa (48 %) terveyskeskuksessa (taulukko 17). Noin viidesosassa (19 %) terveyskeskuksia oli tapaamisessa mukana edellisten lisäksi myös lääkäri. Joka kymmenennessä terveyskeskuksessa tarkastus toteutui kouluterveydenhoitajan ja lapsen välisenä kahdenkeskisenä tapaamisena.

Joka neljännessä (24 %) terveyskeskuksista kouluuntulotarkastuksessa oli läsnä kouluterveydenhoitajan, vanhempien, lapsen ja lääkärin lisäksi lastenneuvolan terveydenhoitaja, opettaja tai joku muut terveydenhuollon tai opetustoimen edustaja. Erityislastentarhanopettaja ja fysioterapeutti olivat mukana yhden, opettaja ja kuraattori kahden ja psykologi seitsemän terveyskeskuksen kouluuntulotarkastuksissa.

Taulukko 17. Terveyskeskusten kouluuntulotarkastuksessa mukana olevien henkilöiden jakauma (%) lääneittäin vuonna 1996.

Mukana olevat henkilöt	U	TP	H	Ky	M	PK	Ku	KS	V	O	L	Kaikki
Th+vanh+lapsi	41	56	42	48	57	75	53	62	33	35	71	48
Th+lääk.+vanh+lapsi	30	25	6	14	14	17	6	15	33	20	5	19
Th + lapsi	8	9	13	10	7		18		3	20	5	10
Muut vaihtoehd.	22	9	39	29	21	8	24	23	30	25	19	24
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	37	32	31	21	14	12	17	13	33	40	21	271

U = Uudenmaan, TP = Turun ja Porin, H = Hämeen, Ky = Kymen, M = Mikkelin, PK = Pohjois-Karjalan, Ku = Kuopion, KS = Keski-Suomen, V = Vaasan, O = Oulun ja L = Lapin lääni

Taulukko 18. Terveydenhoitajien ensimmäisenä kouluvuonna pitämien tarkastusten lukumäärän jakauma (%) lääneittäin.

Mukana olevat henkilöt	U	TP	H	Ky	M	PK	Ku	KS	V	O	L	Kaikki
Yksi	73	79	68	81	71	83	65	62	79	78	62	74
Kaksi	24	19	32	14	29	9	29	31	15	20	24	22
Tarvittaessa kaksi	3	3	0	5	0	8	6	8	6	2	14	4
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
N	37	33	31	21	14	12	17	12	33	40	21	272

U = Uudenmaan, TP = Turun ja Porin, H = Hämeen, Ky = Kymen, M = Mikkelin, PK = Pohjois-Karjalan, Ku = Kuopion, KS = Keski-Suomen, V = Vaasan, O = Oulun ja L = Lapin lääni

Kolmessa neljästä terveyskeskuksesta oli vain yksi terveydenhoitajan suorittama terveystarkastus ensimmäisen vuoden aikana (taulukko 18). Joka viidennessä pidettiin lisäksi toinen terveydenhoitajan terveystarkastus. Joissakin terveyskeskuksissa tehtiin kaksi tarkastusta tarvittaessa.

Kyselyssä selvitettiin myös, käytetäänkö kouluuntulotarkastuksen yhteydessä Suomen Kuntaliiton Terveystietoja oppilaasta/huoltajan ilmoitus kouluterveydenhuollolle -erillislomaketta (liite 1). Sitä käytettiin 68 %:ssa terveyskeskuksista.

Kuvauksia kouluuntulotarkastuksen toteuttamisesta eri kunnissa:

> **Kunta 1 (asukkaita 12000):** Lastenneuvolan terveydenhoitaja tekee 6-vuotiaille tarkastuksen terveyskeskuksen tiloissa. Esikouluille (7 kpl) on järjestetty syys-tammikuun paikkeilla ns. lääkärintarkastuspäivät. Tarkastuksessa ovat mukana lääkäri, lapsi ja lapsen vanhemmat ja terveydenhoitaja. Esikoulun opettaja on myös mukana tarkastuspäivinä. Hän keskustelee vanhempien kanssa esikoulusta, ynnä muusta, lapseen liittyvistä asioista. Terveydenhoitaja ja lääkäri voivat tuoreeltaan keskustella opettajan kanssa asioista, joihin on syytä paneutua tarkemmin.
>
> **Kunta 2 (asukkaita 35 500):** Ei ole irrallista kouluuntulotarkastusta, vaan on vuositarkastus. Koulukypsyyteen kiinnitetään huomiota jo 5-vuotistarkastuksen yhteydessä. Yhteistyötä koulun ja päiväkotien kanssa tehdään myös 6-vuotistarkastuksen yhteydessä. Kiinnitetään huomiota niihin puutteisiin, mitä on havaittu 5-vuotistarkastuksen yhteydessä ja miten niihin on yritetty vaikuttaa. Alueellamme tehdään väestövastuista työtä ja useimmat terveydenhoitajat työskentelevät sekä neuvolassa että koulussa. He päättävät, mikä on paras ajankohta 7-vuotistarkastukselle – onko se neuvola esimerkiksi alkuvuodesta syntyneillä tai koulu loppuvuodesta syntyneillä. Terveystarkastuksessa ovat mukana vanhemmat, poikkeustilanteessa opettaja ja vain tarvittaessa lääkäri.
>
> **Kunta 3 (asukkaita 7 300):** Etukäteen psykologi, lastenneuvolan terveydenhoitaja ja kouluterveydenhoitaja käyvät keskenään kouluun tulevien paperit läpi. Syyslukukauden alussa kouluterveydenhoitaja ja ekaluokkalaisten opettaja käyvät lävitse uudet oppilaat 'papereilla'. Yhteistyötä on myös erityisopettajan kanssa.
>
> **Kunta 4 (asukkaita 19 600):** 5-vuotiaille tehdyn laajennetun tarkastuksen jälkeen kukin lapsi käy terveystarkastuksessa vähintään yhden kerran ennen koulun alkua. Tarvittaessa, varsin herkästi tulee useampi käynti. Viimeinen käynti neuvolassa on vuoden sisällä ennen koulun alkua. Ensimmäisellä kevätlukukaudella on lääkärintarkastus koululla. Määritelmä riippuu siitä, halutaanko kouluuntulotarkastukseksi nimittää viimeistä käyntiä neuvolassa, vai lääkärintarkastusta koululla. Molempiin liittyy koulun alkamiseen liittyviä asioita.
>
> **Kunta 5 (asukkaita 12 100)**: Tarkastus tehdään edellisen syksyn aikana, jolloin jää aikaa tarvittaessa harjaannuttaa kouluvalmiuksia Mukana ovat väestövastuuterveydenhoi-taja ja -lääkäri, vanhemmat ja lapsi ja tarvittaessa erityistyöntekijä, esim. puheterapeutti/ psy-

kologi. Teemme myös yhteistyötä päivähoidon kanssa. Jokaisesta koulutulokkaasta päivähoito täyttää arviointilomakkeen. Tarvittaessa päivähoito osallistuu kuntoutussuunnitelman tekoon yhdessä terveyskeskuksen henkilökunnan ja perheen kanssa.

Kunta 6 (asukkaita 15 600): Lapsi menee 6-vuotiaana eli edellisenä vuonna terveydenhoitajalle, lääkärille kouluunlähtövuonna tai lääkärille kuusivuotiaana ja tarvittaessa terveydenhoitajalle kouluunlähtövuonna. 5-vuotistarkastuksessa painottuvat koulukypsyys-asiat ja näitä asioita seurataan yhdessä vanhempien ja päivähoidon ja tarvittaessa perheneuvolan ja puheterapeutin kanssa. Toimimme siten, että teemme lapselle 5-vuotiaana ns. hoitosuunnitelman. Lapsi käy 'tarkastuksilla' neuvolassa ja vielä koulusta 1–3.luokilta käy neuvolassa vastaanotolla, jolloin vanhemmat ovat mukana.

Suurimmassa osassa (95%) terveyskeskuksia vanhemmille annettiin jotain materiaalia kouluuntulotarkastuksen yhteydessä. Jaettu aineisto vaihteli huomattavasti kunnittain. Koulujen itse tekemiä terveyskasvatusesitteitä jaettiin 40 %:ssa terveyskeskuksista. Mannerheimin Lastensuojeluliiton Koulu alkaa ja Lapsen 7.ikävuosi -esitettä jaettiin 40 %:ssa terveyskeskuksista. Väestöliiton Kouluikäisen lapsen perhe -esitettä, Folkhälsanin esitteitä ja muita kuten esimerkiksi Valion Aamuateria -esitettä ja Liikenneturvan Polkupyörällä liikkuminen -esitettä jaettiin 20 %:ssa terveyskeskuksista.

5.2 Terveydenhoitajakyselyn tulokset

5.2.1 Työaika, tehtäväalueet ja oppilasmäärät

Terveydenhoitajat olivat työskennelleet keskimäärin 9 vuotta kouluterveydenhuollossa, vaihteluväli oli 0–31 vuotta. Terveydenhoitajista 7 % oli työskennellyt kouluterveydenhoitajana alle vuoden ja 3 % 25 vuotta tai enemmän.

Terveydenhoitajien tehtäväalueet vaihtelivat. Erilaisia toimintamalleja oli kaikkiaan 37 (liitetaulukko 1). Terveydenhoitajista 10 % työskenteli vain ala-asteella ja kolmannes (34 %) ala-asteella ja lastenneuvolassa. Noin joka kahdeksas (13 %) työskenteli ala-asteella, lastenneuvolassa ja jossain muualla kuten yläasteella, lukiossa, kotisairaanhoidossa tai ylioppilasterveydenhuollossa. Puolella terveydenhoitajista (49 %) oli kaksi tehtäväaluetta, 30 %:lla oli kolme ja 12 %:lla terveydenhoitajista oli neljä tehtäväaluetta tai enemmän.

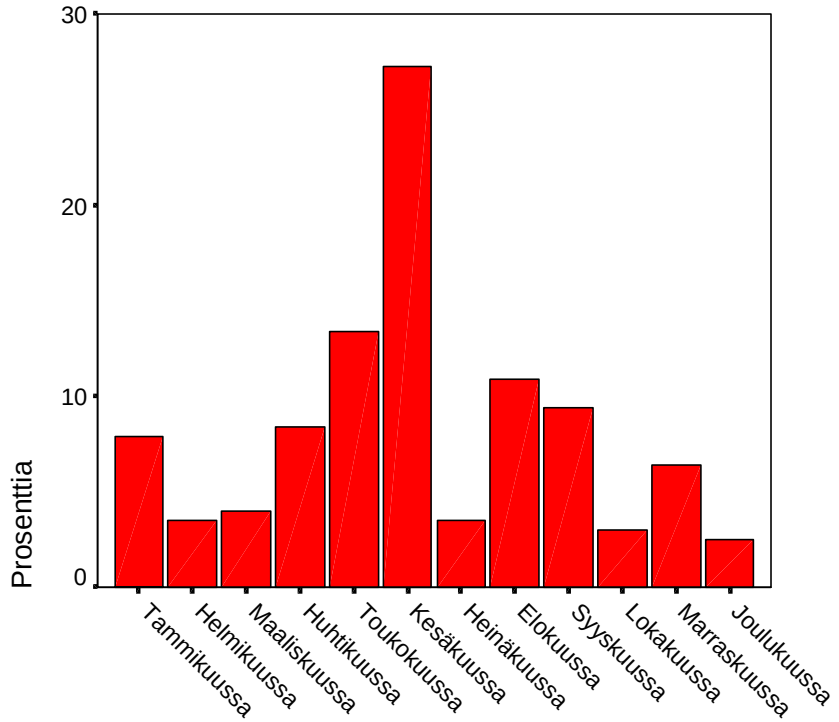
Terveydenhoitajien viikoittaiset työtunnit kouluterveydenhuollossa vaihtelivat 1–40 tunnin välillä, keskimäärin työskenneltiin 20 tuntia. Kokopäiväisesti viisi päivää viikossa kouluterveydenhuollossa työskenteleviä oli 29 %. Työn kuormittavuutta arvioitiin laskemalla oppilaiden lukumäärä yhdessä tai useammassa koulussa viikkotyötuntia kohti. Keskimäärin terveydenhoitajilla oli 24 oppilasta viikkotyötuntia kohti, vaihteluväli oli 3–100. Asiantuntijaryhmän kannanotossa lasten ja nuorten terveyspalveluiden vähimmäistasosta (Kokko 1993) sanotaan, että jos kouluterveydenhuoltoon on käytettävissä vain yksi työpäivä viikossa, oppilaita ei saisi olla enempää kuin 200. Lisäksi todetaan, että kokopäiväisesti työskentelevää kouluterveydenhoitajaa kohti voi olla enintään 1000 oppilasta. Tässä tutkimuksessa niistä terveydenhoitajista, jotka työskentelivät kouluterveydenhuollossa yhden päivän tai vähemmän, 7 %:lla oli oppilaita yli 200 ja

niistä, jotka työskentelivät kokopäiväisesti viisi päivää viikossa, 12 %:lla oli oppilaita yli 1000.

5.2.2 Kouluuntulotarkastuksen ajankohta, kesto ja toteuttaminen

Terveydenhoitajista 90 % piti itse kouluuntulotarkastuksia, 10 % vastaajista ilmoitti lastenneuvolan terveydenhoitajan pitävän kouluuntulotarkastuksen. Ne terveydenhoitajat, joilla oli tehtäväalueita neljä tai enemmän, pitivät kouluuntulotarkastuksia muita ryhmiä vähemmän (84 %). Kouluuntulotarkastus pidettiin suurimmaksi osaksi (68 %) kesällä ennen koulun alkua. Eniten niitä pidettiin touko- ja kesäkuussa, vähiten joulukuussa (kuvio 2) .

Tarkastuksen kesto vaihteli 15–90 minuuttia. Neljäsosalla (24 %) terveydenhoitajista tarkastus kesti keskimäärin alle 35 minuuttia, 32 %:lla 35–45 minuuttia ja 44 %:lla yli 45 minuuttia. Kouluuntulotarkastus toteutui pääasiassa oppilaan, vanhempien ja terveydenhoitajan välisenä tapaamisena. Terveydenhoitajista 10 % tapasi oppilaan kahden kesken.



Kuvio 2. Terveydenhoitajien ilmoittama kouluuntulotarkastusten ajankohdan jakauma (%)

5.2.3 Lomakkeet, terveydenhoitosuunnitelma ja opettajan tapaaminen

Kouluuntulotarkastuksessa saadut tiedot kirjattiin terveyskertomuslomakkeiden lisäksi myös erillislomakkeille. Erillislomakkeena käytettiin useimmiten (78%) Suomen Kuntaliiton Terveystietoja oppilaasta/huoltajan ilmoitus kouluterveydenhuollolle -erillislomaketta (liite 1). Mukana olevasta 14:sta kunnasta 10 oli laatinut myös omat erillislomakkeensa ja näissä kunnissa käytettiin sekä Suomen Kuntaliiton lomaketta että itse tehtyjä erillislomakkeita. Kahdessa kunnassa käytettiin vain itse tehtyä erillislomaketta.

Kuntien itse tekemät erillislomakkeet vaihtelivat sisällöltään, pituudeltaan ja ulkonäöltään varsin paljon. Liitteeseen 4 on koottu kuntien kouluuntulotarkastuksissa käyttämien erillislomakkeiden tietosisällöt. Yhteenvedosta nähdään, että joissakin kunnissa kirjattiin erillislomakkeiden mukaan muita enemmän lapsen kouluvalmiuksiin liittyviä asioita. Lapsen ateriointitottumukset ja nukkumaanmeno kirjattiin kolmessa kunnassa. Ryhmässä viihtymistä kirjattiin kahdessa kunnassa, samaten lapsen keskittymiskykyä. Perheeseen liittyviä asioita kirjattiin varsin vähän. Tupakointia kysyttiin vain kahdessa kunnassa ja perheen yhteisiä harrastuksia vain yhdessä.

Alle puolet (41 %) terveydenhoitajista teki oppilaskohtaisen terveydenhoitosuunnitelman. Pieni osa (7 %) ilmoitti tekevänsä sen tarvittaessa. Terveydenhoitajien mukaan oppilaskohtainen terveydenhoitosuunnitelma tehtiin, jos oli tarvetta erityiseen seurontaan, lapsella oli jokin pitkäaikaissairaus tai muita riskitekijöitä. Myös sosiaaliset vaikeudet, neuvolatarkastusten puuttuminen, syömishäiriöt tai vanhempien kanssa sovitut muut asiat saattoivat olla syy terveydenhoitosuunnitelman tekemiseen.

Kyselyssä tiedusteltiin myös terveydenhoitajan ja opettajan kohtaamista oppilaan asioissa ensimmäisellä luokalla. Terveydenhoitajista 40 % tapasi opettajan vähintään joka toinen viikko, 25 % vähintään joka toinen kuukausi ja 35 % tapasi harvemmin.

5.2.4 Terveydenhoitajien näkemyksiä kouluuntulotarkastuksesta

Kyselyn lopussa vastaajilla oli mahdollisuus sanoa omia mielipiteitään kouluuntulotarkastuksista. Avoimeen kysymykseen vastasi 168 terveydenhoitajaa, 80 % kaikista. Taulukossa 19 on luokiteltu terveydenhoitajien omia näkemyksiä kouluuntulotarkastuksista.

Näkemykset olivat pääasiassa myönteisiä. Ajan ja yhteistyön puute tulivat vastauksissa esille. Suurin osa vastaajista piti tärkeimpänä asiana vanhempien läsnäoloa kouluuntulotarkastuksissa koulun alkaessa.

Taulukko 19. Terveydenhoitajien (n = 168) mielipiteitä kouluuntulotarkastuksista ja niiden toteuttamisesta.

Kouluuntulotarkastuksiin liittyviä mielipiteitä	Vastanneiden osuus %
Vanhempien läsnäolo äärimmäisen tärkeää	42
Ovat lapseen tutustumisen kannalta tärkeitä ja tarpeellisia	28
Lapsesta saa paljon tietoja	21
On hyvä, kun lapset tuntee entuudestaan	14
Aikaa on liian vähän	10
Yhteistyö opettajan kanssa tärkeää	8
Olisi hyvä tehdä ennen koulun alkamista	7
Pitäisi olla kahdenkeskisiä tapaamisia enemmän	4
Yhteistyötä päiväkodin kanssa enemmän	2
Yhteistyötä lääkärin kanssa enemmän	1

Esimerkkejä terveydenhoitajien mielipiteistä kouluuntulotarkastuksesta:

‘Koulunkäynnin hyvä alku on tärkeä, se kantaa eteenpäin. Mahdollisimman paljon poistaa esteitä myönteiselle kokemukselle opiskelusta. Ensiarvoisen tärkeä tavata mieluiten molemmat vanhemmat. Tämän suhteen luomiseen kannattaa käyttää aikaa.’

‘Koen tarkastuksen tärkeänä kouluterveydenhuollon alkutapahtumana – kodin ja koulun yhteistyön lisääjänä, hoitosuhteen luomistapahtumana. Tutustuminen lapseen ja lapsen perheeseen on yhteistyön edellytys.’

‘Ovat tavattoman tärkeitä – olen huomannut että minuun on vanhempien helpompi ottaa yhteyttä, kun tietävät ‘millainen’ olen.’

‘Osa vanhemmista ei huolehdi kouluuntulotarkastuksesta, silloin lapsi käy koulun alettua yksin vastaanotolla.’

’ Mielestäni ne ovat tärkeitä, koska siitä alkaa yhteistyö koulun terveydenhuollossa ja voi kartoittaa lapsen tarpeita. Joidenkin kohdalla tapaamisia jatketaan määrävälein koko lukuvuoden esimerkiksi jos tiedän, että perheessä on perheväkivaltaa, mielenterveysongelmia tai muuta vastaava. Haluan luoda lapselle mahdollisuuden jutella tuntemuksistaan ja tukea sitä hyvää, mitä hänessä on. Myös harrastuksista keskustellaan ja niihin kannustetaan. Tarvittaessa tehdään yhteistyötä sosiaalipuolen ja opettajan kanssa.’

‘Työssäni ehdoton etu on se, että olen melkeinpä tutuin henkilö koululla, kun lapsi syksyllä tulee kouluun, tosin muutamassa päivässä ope vie voiton ym. koulun henkilökunta.’

‘Tarkastuksen tärkeä anti on, että tutustumme toisiimme ja luottamuksellisen suhteen saaminen oppilaaseen. Toinen tärkeä asia on neuvonta. Uni, ruokailu, liikunta, ulkoilu yms. ‘Positiivisuuden löytyminen’ oppilaasta ja koulusta. Yhteistyön avaaminen seuraaviksi vuosiksi.’

‘Koen suurena puutteena, pohjan putoamisena, kun en tapaa ekaluokkalaisia enää yksitellen kahden kesken. Seuraavan kerran tapaan vasta 3:lla luokalla, joten pikku koululainen jää kovin etäiseksi ja mahdolliset ongelmat ehtivät kasvaa turhan suuriksi.’

‘Ensimmäisellä tapaamisella kaikista lapsista ei saa jännityksen, pelon tai muun syyn vuoksi esille sitä oikeaa, ihanaa pikku minää. Siihen tutustutaan vasta myöhemmin. Yksinään tulevat lapset suhtautuvat kuitenkin yllättävän luottavaisesti terveydenhoitajaan.’

’ Terveydenhoitajan pitäisi nähdä ekaluokkalaiset useammin. Kouluuntulotarkastus ei ainoastaan riitä kartoittamaan ongelmia. Etenkin jos kouluuntulotarkastus tehdään ennen koulun alkua.’

‘Tarpeellisia puolin ja toisin, joskin nykyisin edelleen käytössä oleva kyselylomake kaipaisi uutta maalia pintaan.’

5.2.5 Tiedot koulutulokkaista ja heidän perheistään

Oman arvionsa mukaan terveydenhoitajat tiesivät paremmin lapseen kuin lapsen vanhempiin ja perheeseen liittyvistä asioista (taulukko 20). Kaikki terveydenhoitajat arvioivat tietävänsä hyvin rokotukset ja neuvolatarkastusten laiminlyönnit. Yhdeksän kymmenestä arvioi tietävänsä hyvin lasten pitkäaikaissairaudet, perhetyypin, lapsen ulkoisen ongelmakäyttäytymisen ja lapsen aikaisemmat sairaalahoidot. Myös lapsen koulunkäyntiin liittyvät asiat arvioitiin tiedettävän melko hyvin. Melkein kolme neljästä uskoi tietävänsä hyvin koulukiusaamisen uhrit, kaksi kolmesta sen, onko lapsi koulukiusaaja.

Taulukko 20. Terveydenhoitajien (n = 209) oma näkemys hyvistä tiedoistaan lapsesta ja lapsen perheestä, ’hyvät tiedot’ -vastanneiden osuudet (%)

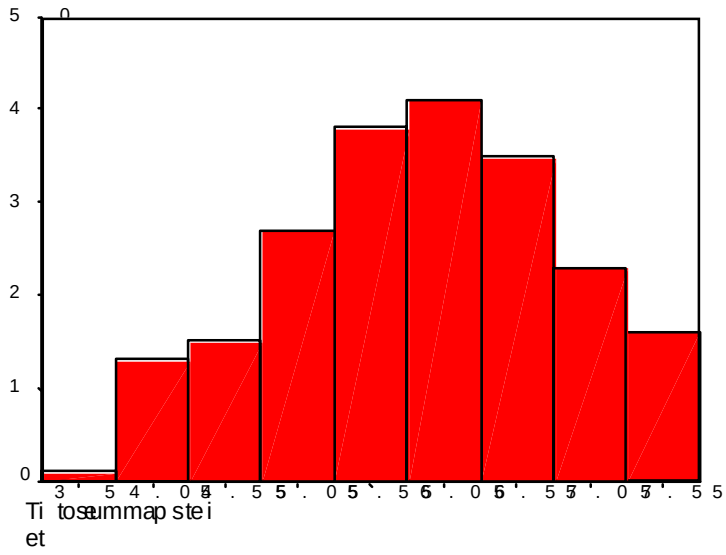
Lapseen ja perheeseen liittyvä kysymys	Hyvät tiedot vastanneet
Lapselle annetut rokotukset	100
Neuvolatarkastusten laiminlyönnit	100
Lapsen pitkäaikaissairaudet	98
Onko perhe avio-, avo- tai yksinhuoltajaperhe	**95***
Lapsen ulkoinen ongelmakäyttäytyminen	92
Lapsen aikaisemmat sairaalahoidot	90
Lapsen iltapäivähoitomuoto	89
Lapsen viihtyminen koulussa	89
Lapselle sattuneet vakavat tapaturmat	89
Jos avioerolapsi, missä viikoittain asuu	**85**
Perheen paikkakunnilta muuttojen määrät	**84**
Lapsen oppimisvaikeudet	84
Vanhempien työpaikat	**83**
Lapsen vetäytyvä ongelmakäyttäytyminen	82
Lapsen ruokailutottumukset	80
Lapsen psykosomaattiset oireet	79
Lapsen harrastukset	78
Onko lapsi koulukiusattu	72
Lapsen nukkumistottumukset	72
Vanhempien mahdollinen työttömyys	**69**
Onko lapsi koulukiusaaja	66
Perhepiirissä sattuneet kuolemantapaukset	**64**
Lasten ystävien määrä	61
Lapsen viihtyminen iltapäivähoidossaan	61
Lapsen ulkoilutottumukset	60
Lapsen TV:n katselutottumukset	48
Vanhempien tupakointitottumukset	**44**
Vanhempien pitkäaikaissairaudet	**43**
Vanhempien parisuhdeongelmat	**28**
Vanhempien mielenterveyden ongelmat	**27**
Vanhempien päihdeongelmat	**24**
Perheen suuret taloudelliset ongelmat	**18**
Vanhempien väkivaltaisuus	**9**

* perhettä koskevat osiot vahvistettu

Kolmannes ei tiennyt hyvin työttömyyttä. Alle puolet terveydenhoitajista uskoi tietävänsä hyvin lapsen TV:n katselutottumukset, vanhempien tupakointitottumukset ja vanhempien pitkäaikaissairaudet. Vain neljännes terveydenhoitajista arvioi tietävänsä hyvin vanhempien parisuhdeongelmat, mielenterveydenhäiriöt, päihdeongelmat ja perheen suuret taloudelliset ongelmat ja vain yksi kymmenestä uskoi tietävänsä hyvin vanhempien väkivaltaisuuden.

Terveydenhoitajilla oli myös mahdollisuus antaa palautetta jokaisesta tieto-osan kysymyksestä sille erikseen varattuun tilaan. Vajaa puolet (46 %) terveydenhoitajista antoi palautteita. Liitteeseen 5 on koottu terveydenhoitajien palautteita jokaisesta tieto-osan kysymyksestä erikseen. Palautteissa todettiin, että tietoa perheistä saadaan hyvin vaihtelevasti. Tiedonsiirto erikoissairaanhoidosta kouluterveydenhuoltoon koettiin huonoksi. Lisäksi todettiin, että lapsen terveyteen liittyvät tiedot vaihtuvat melko paljon. Eniten annettiin palautetta koulukiusaamista ja lapsen ulkoista ongelmakäyttäytymistä selvittävistä kysymyksistä. Vähiten annettiin palautetta rokotuksia, aikaisempia sairaalahoitoja, vanhempien työpaikkoja ja tupakointia sekä perhepiirissä sattuneita kuolemantapauksia selvittävistä kysymyksistä.

Tieto-osan kysymyksistä tehtiin summamuuttuja laskemalla yhteen terveydenhoitajien omat arviot tiedoistaan lapsista ja lapsen perheestä. Kuviossa 3 on esitetty summamuuttujan pistemäärien jakauma. Summamuuttujan vaihteluväli oli 34–77 ja mediaani 58. Terveydenhoitajien välillä oli suuria eroja omissa arvioissaan siitä, miten hyvin he tiesivät lasten ja heidän perheittensä asioista.



Kuvio 3. Terveydenhoitajien omia arvioita tiedoistaan lapsesta ja hänen perheestään kuvaavan summamuuttujan frekvenssijakauma

Kun tutkittiin summamuuttujan avulla hyviksi arvioitujen tietojen (pisteitä 58 tai enemmän) yhteyttä terveydenhoitajan työskentelykäytäntöihin ja muihin taustatekijöihin, saatiin yhteys vain kahteen tekijään. Kouluterveydenhuollon ohella myös lastenneuvolassa työskentelevistä terveydenhoitajista 58 %:lla oli hyvät tiedot kun vastaava osuus lastenneuvolassa työskentelemättömillä oli 38 % (p = .005). Kouluterveydenhuollossa yli 7 vuotta toimineilla oli paremmat tiedot (58 %) verrattuna kouluterveydenhuollossa 7 vuotta tai vähemmän työskennelleisiin (42 %) (p = .017). Tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ei ollut seuraaviin taustatekijöihin: pitääkö itse kouluuntulotarkastuksia, työskenteleekö pelkästään ala-asteella, työskenteleekö päivittäin kouluterveydenhuollossa, tehtäväalueiden määrä, oppilasindeksi, kouluuntulotarkastuksen pitopaikka ja -kesto, viikoittainen opettajan tapaaminen ja terveydenhuoltosuunnitelman teko.

5.3 Terveyskeskustelututkimuksen tulokset

5.3.1 Terveys

Pitkäaikaissairaudet ja allergia

Lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus, vika tai vamma, joka haittasi lapsen jokapäiväistä toimintaa oli lähes joka kymmenennellä (9 %) koulutulokkaalla. Pojilla pitkäaikaissairauksia oli hieman enemmän kuin tytöillä (taulukko 21). Liitetaulukossa 2 on esitetty pitkäaikaissairauksien jakaumat sukupuolen mukaan. Pitkäaikaissairauksista yleisin oli astma, jota terveydenhoitajien mukaan sairasti 3 % kaikista, pojat tyttöjä enemmän. Aistinelinten ja hermostontauteja oli 2 %:lla. Migreeniä, aineenvaihduntasairauksia, diabetesta, laktoosi-intoleranssia ja synnynnäisiä epämuodostumia oli kutakin 0.3 %:lla.

Viidesosalla oli allergiaa, pojilla enemmän kuin tytöillä. Tytöistä 5 % ja pojista 8 % käytti lääkärin määräämiä lääkkeitä. Pitkäaikaissairauksia potevista 54 % käytti lääkärin määräämiä lääkkeitä ja niistä, joilla ei ollut pitkäaikaissairautta 2 %.

Taulukko 21. Lääkärin toteamien pitkäaikaissairauksien, allergian ja lääkärin määräämien lääkkeiden käytön yleisyys (%) sukupuolen mukaan.

Terveysindikaattorit	Tytöt (899)	Pojat (921)	Kaikki (1820)	p
Pitkäaikainen sairaus	7	10	9	.071
Astmaa	2	4	3	.034
Aistinelinten ja hermoston tauteja	2	2	2	.910
Allergiaa	18	23	20	.016
Lääkärin määräämien lääkkeiden käyttö	5	8	6	059

Pituus, paino ja lihavuus

Tyttöjen pituuden keskiarvo ja keskihajonta olivat 126 ± 5.6 cm (vaihteluväli 108–144 cm) ja poikien 127 ± 5.7 cm (vaihteluväli 109–151 cm). Tyttöjen painon keskiarvo ja keskihajonta olivat 26.2 kg ± 4.9 kg (vaihteluväli 15.0–49.5 kg) ja poikien 27.0 ± 5.2. kg (vaihteluväli 17.0–56.0 kg).

Kasvukäyristä katsottuna laihuuteen viittaava paino (suhteellinen paino –15 % tai vähemmän) oli 3 %:lla tytöistä ja 2 %:lla pojista. Lihavia (suhteellinen paino 20 % tai enemmän) oli 13 % sekä tytöistä että pojista. Merkittävästi lihavia (suhteellinen paino 40 % tai enemmän) oli 2 % tytöistä ja 4 % pojista (p = .059).

Oireet

Päänsäryn, vatsakivun, univaikeuksien ja väsymyksen esiintymistiheyttä kysyttiin kolmiportaisella kysymyksellä (taulukko 22). Neljällä viidesosalla päänsärkyä esiintyi harvoin tai ei lainkaan. Joka seitsemännellä oli päänsärkyä pari kertaa kuukaudessa ja muutamalla prosentilla lähes päivittäin. Vatsakivun esiintymistiheys oli sama kuin päänsäryn. Univaikeuksia lähes päivittäin oli viidesosalla kaikista. Lähes joka päivä väsymystä oli joka kymmenellä. Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut eroa oireiden esiintymistiheydessä.

Taulukko 22. Päänsäryn, vatsakipujen, univaikeuksien ja väsymyksen jakaumat (%) sukupuolen mukaan.

Oire	Tytöt	Pojat	Kaikki	P
Päänsärky				
Harvoin tai ei lainkaan	84	80	82	
Pari kertaa kuukaudessa	13	16	15	
Lähes joka päivä	3	4	3	
Yhteensä	100	100	100	
N	898	919	1817	.138
Vatsakipu				
Harvoin tai ei lainkaan	80	84	82	
Pari kertaa kuussa	15	13	14	
Lähes joka päivä	5	3	4	
Yhteensä	100	100	100	
N	897	920	1817	.114
Univaikeudet				
Harvoin tai ei lainkaan	61	61	61	
Pari kertaa kuussa	17	17	18	
Lähes joka päivä	21	21	20	
Yhteensä	100	100	100	
N	891	912	1808	.622
Väsymys				
Harvoin tai ei lainkaan	68	66	67	
Pari kertaa kuussa	21	23	22	
Lähes joka päivä	9	10	10	
Yhteensä	100	100	100	
N	877	912	1789	.273

Taulukko 23. Päivittäisten oireiden lukumäärää kuvaavan oiresumman jakauma (%) sukupuolen mukaan

Oiresumma	Tytöt (899)	Pojat (921)	Kaikki (1820)
Ei oireita tai oireita korkeintaan harvoin	38	35	37
Yksi tai useampia oireita pari kertaa kuukaudessa	34	35	34
Yksi oire päivittäin	21	24	23
Kaksi oiretta päivittäin	6	5	5
Kolme oiretta päivittäin	1	1	1
Neljä oiretta päivittäin	0.2	0	0.1
Yhteensä	100	100	100

Oireet olivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä toisiinsa ($p<.001$). Runsaalla kolmanneksella (37 %) ei ollut kysyttyjä neljää oireitta lainkaan tai oli enintään harvoin. Lähes joka kolmannella (29 %) esiintyi ainakin yksi neljästä oireesta lähes päivittäin. Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut eroa (taulukko 23).

Terveydenhoitajilla oli mahdollisuus kuvata tarkemmin lapsen oireita avovastauksella. Lähes joka kolmas (30 %) oli merkinnyt oirekysymykseen lisätietoja. Joka viidennelle eli 20 %:lle (n = 361) tutkimuksessa mukana olevista lapsista oli kirjoitettu jotain oirekysymyksen tarkennukseksi. Terveydenhoitajien antamat lisätiedot jakaantuivat kolmeen ryhmään: 30 % kuvasi lapsella olevaa oiretta, 62 % oiretta ja sen lisäksi oireen syitä ja 8 % oire-kysymyksen ymmärtämistä. Taulukkoon 24 on koottu esimerkkejä terveydenhoitajien kuvauksista. Eniten oli lisätietoja nukahtamiseen ja nukkumiseen liittyvistä asioista. Terveydenhoitajien arvioin mukaan 71 %:lla näistä 361:sta lapsesta oireet häiritsivät arkielämää.

Taulukko 24. Terveydenhoitajien kuvauksia lasten oireiden syistä ja hoidosta

Päänsärky	Vatsakipu	Univaikeudet	Väsymys
- päänsärkyä, sillä kiusataan - päätä särkee, kun äiti on kipeä - päänsärkyä on iltaisin, kun on riehunut -päänsärkyä, joka johtuu äidin pitkistä työpäivistä - päänsärkyä, koska perheessä juuri avioeroprosessi meneillään - päänsärkyä jalkapalloharjoitusten jälkeen - päänsärkyä usein, ottaa särkylääkkeitä	- vatsakivut varmaan jännityksestä, kiusataan lihavuudesta - vatsakipuja, jos jännittää - vatsakipu johtuu aamupäivällä nälästä, ei ehdi syömään aamupalaa - vatsa yleensä kipeä bussissa koulumatkalla, kun jännittää osaako jäädä oikealla pysäkillä - vatsakipuja, koska pelkää, että isä nukahtaa ensin -vatsakipua aamuisin	- Univaikeuksia silloin, jos ei ole unilelua - kuuntelee rentoutuskasettia nukkumaan mennessä - pelkää välillä painajaisia ja uni ei tule sen vuoksi - uni ei tule, kun miettii seuraavan koulupäivän tapahtumia - vaikeuksia päästä uneen, koska TV-ohjelma pelottaa - koulumatkalla tullut kiusatuksi, josta seurannut nukkumisongelmia	- väsymyksen tunteminen liittyy sijaisäidin kuolemaan - joskus väsyttää rankat työt - väsymystä, jos ei saa kunnon ruokaa koulupäivänä - koira väsyttää - väsymystä, jos koulua klo 14 asti - iltapäivällä väsymystä, ottaa päiväunet - väsyttää, jos on ollut iltamenoja - väsyttää luokassa, kun siellä pölötetään niin paljon

Terveydenhoitajat merkitsivät oirekysymykseen myös yleisiä asioita lapsista. Lapsista 20 % kuvattiin positiivisiksi ja oireettomiksi. Terveydenhoitajat kuvailivat näitä lapsia sanoilla iloinen, myönteinen, mukava ja kiltti. Myönteisten kuvausten ohella kuvattiin myös niitä lapsia, jotka olivat erityisen vakavia, hiljaisia, levottomia tai pelokkaita. Näitä lapsia oli 5 %. Osalle erikseen arvioiduista lapsista terveydenhoitajat olivat tehneet merkinnän, että oppilas ei ymmärtänyt kysymystä kunnolla.

Yleisarvio omasta terveydestä

Lapsilta kysyttiin yhdessä kysymyksessä yleisarviota omasta terveydestään. Yli kolmannes (38 %) sekä tytöistä että pojista, piti terveyttään erittäin hyvänä. Melko hyvänä sitä piti vajaa puolet (48 %). Keskinkertaisena terveyttään piti 12 % ja melko huonona 1,5 %. Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut eroa.

Erittäin huonoksi koettu terveys

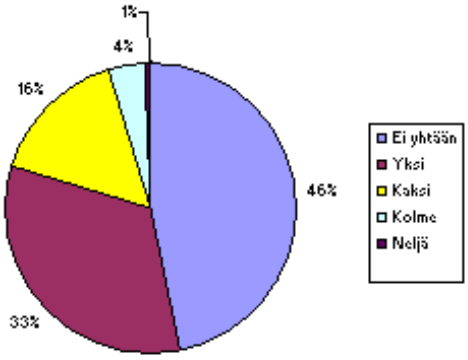
Oiresumman ja oman terveyden yleisarvion välillä oli voimakas yhteys ($p<0.001$). Ristiintaulukoinnista (taulukko 25) nähdään, että 116:lla (6 %) lapsella oli ainakin yksi oire päivittäin ja yleisarvio omasta terveydestään keskinkertainen tai melko huono. Heillä katsottiin olevan erittäin huonoksi koettu terveys. Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut eroa.

Taulukko 25. Terveyden yleisarvion jakauma (n) oireiden esiintymistiheyden mukaan.

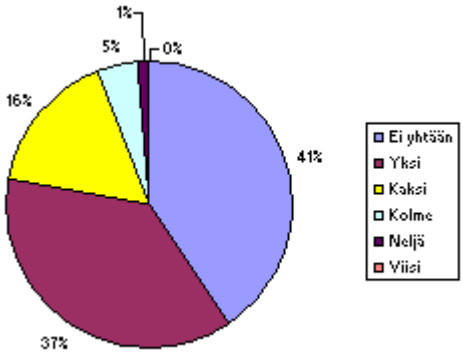
Yleisarvio terveydestä	Oireiden esiintyvyys			
	Ei oireita tai oireita enintään harvoin	Yksi tai useampia oireita pari kertaa kuukaudessa	Ainakin yksi oire päivittäin	Kaikki
Erittäin hyvä	315	224	152	691
Melko hyvä	302	317	259	878
Keskinkertainen	47	74	**95**	216
Melko huono	4	4	**21**	29
Yhteensä	668	527	619	1814

5.3.2 Terveysongelmien kasautuminen

Viiden tautia tai häiriötä osoittavan terveysindikaattorin (pitkäaikaissairaudet, allergia, lihavuus, päivittäiset oireet ja oman terveyden yleisarvio huono) kasautumista on tarkasteltu kuvioissa 4 ja 5. Niistä nähdään, että yli puolella lapsista oli terveysongelmia. Vain 46 %:lla tytöistä ja 41 %:lla pojista ei ollut yhtään tässä tutkimuksessa mitattua



Kuvio 4. Terveysongelmien kasautuminen, tytöt



Kuvio 5. Terveysongelmien kasautuminen, pojat

terveysongelmaa (p = .010). Noin kolmanneksella oli yksi viidestä terveysongelmasta, 16 %:lla oli kaksi viidestä ja pienellä osalla, 4 % tytöistä 5 % pojista, oli kolme ongelmaa viidestä. Yhdellä prosentilla sekä tytöistä että pojista oli neljä viidestä terveysongelmasta.

Sekä pitkäaikaissairautta että allergiaa poti 35 tyttöä ja 45 poikaa. Niitä, joilla oli pitkäaikaissairaus, allergiaa ja jotka olivat lisäksi lihavia, oli tytöistä 3 ja pojista 8. Vain yhdellä lapsella oli kaikki viisi terveysongelmaa.

Kun niiden lasten osuutta, joilla ei ollut terveysongelmia, tarkasteltiin sosiodemografisen aseman mukaan, tilastollisesti merkitseviä eroja oli vain tytöillä asuinalueen ja perhetyypin mukaan (taulukko 26). Eniten terveysongelmattomia tyttöjä oli Keski-Suomessa ja biologisten vanhempien perheissä.

Taulukko 26. Niiden lasten osuus (%), joilla ei ollut yhtään tässä tutkimuksessa mitattua terveysongelmaa, sosiodemografisen aseman (asuinalue, perhetyyppi, työttömyys, sisarusasema) ja sukupuolen mukaan .

ASUINALUE	Espoo (648)	Turku (440)	Keski-Suomi (732)		p
Tytöt	**46**	**40**	**51**		**.041**
Pojat	43	38	41		.539
PERHETYYPPI	Biologiset vanhemmat (1489)	Ei-biologiset vanhemmat (128)	Yksinhuoltajat (198)		p
Tytöt	**49**	**34**	**41**		**.041**
Pojat	40	37	45		.523
TYÖTTÖMYYS	Työssäkäyvät (1243)	Työttömät (327)	Työttömyyttä ei tiedetä (239)		p
Tytöt	48	47	43		.577
Pojat	40	37	50		.061
SISARUSASEMA	Ainoa (181)	Esikoinen (585)	Keskimmäinen (349)	Kuopus (703)	p
Tytöt	49	45	55	44	.069
Pojat	47	38	39	41	.441

5.3.3 Kotiolot

Iltapäivähoito

Suurin osa lapsista vietti iltapäivänsä koulun jälkeen kotona (liitetaulukko 3). Joka neljäs (23 %) oli yksin ja noin puolet (54 %) vietti iltapäivänsä kotona yhdessä aikuisten ja/tai sisarusten kanssa. Vuonna 1997 päiväkodin iltapäiväryhmässä, koulun, seurakunnan tai järjestöjen iltapäiväkerhoissa, muussa perheessä tai sukulaisten luona oli yhteensä 23 % lapsista. Iltapäivähoitomuoto oli samanlainen tytöillä ja pojilla.

Lapsen yksinolo iltapäivisin oli yhteydessä joihinkin sosiodemograafiseen asemaan liittyviin tekijöihin. Työssäkäyvien lapsista neljännes oli kotona yksin, työttömien perheissä puolet vähemmän (26 % vs. 14 %, $p<0.001$). Myös sisarusasemalla oli yhteys yksinoloon. Ainoat lapset (28 %) ja kuopukset (27 %) olivat eniten iltapäivisin yksin verrattuna esikoisiin (20 %) ja keskimmäisiin lapsiin (19 %) ($p<0.001$).

Lapsilta kysyttiin myös tyytyväisyyttä iltapäivähoitoonsa. Terveydenhoitajien saamien vastausten mukaan vain 3 % lapsista oli tyytymätön. Tyytymättömyys vaihteli jonkin verran sosiodemografisen aseman muukaan, erot eivät kuitenkaan olleet merkitseviä. Tyytymättömyyttä aiheuttivat kaverit, ruoka, säännöt ja se, ettei saanut olla kotona.

Huolenpito

Lapseen kohdistuvaa huolenpitoa kuvattiin ensin terveystottumuksilla. Suuri enemmistö lapsista pesi hampaansa ja kätensä päivittäin (liitetaulukko 4). Joka kymmenes (9 %) ei pessyt hampaitaan ja 6 % ei pessyt käsiään päivittäin. Tytöillä hampaiden ja käsien pesu oli yleisempää kuin pojilla ($p<0.001$). Nukkumaanmenoajat vaihtelivat paljon. Kaksi kolmasosaa (68 %) meni nukkumaan noin kello yhdeksän, 28 % meni nukkumaan noin kello kymmenen ja pieni osa, 3 % noin kello yksitoista. Poikien nukkumaanmenoajat olivat tyttöjä myöhäisempiä ($p = .037$).

Tytöistä 71 % ja pojista 63 % söi aina kouluruuan, välipalan ja päivällisen ($p<0.001$). Tytöistä 5 % ja 7 % pojista söi kouluruokana vain leipää, salaattia ja juomaa. Vain alle prosentti lapsista ei syönyt lainkaan kouluruokaa.

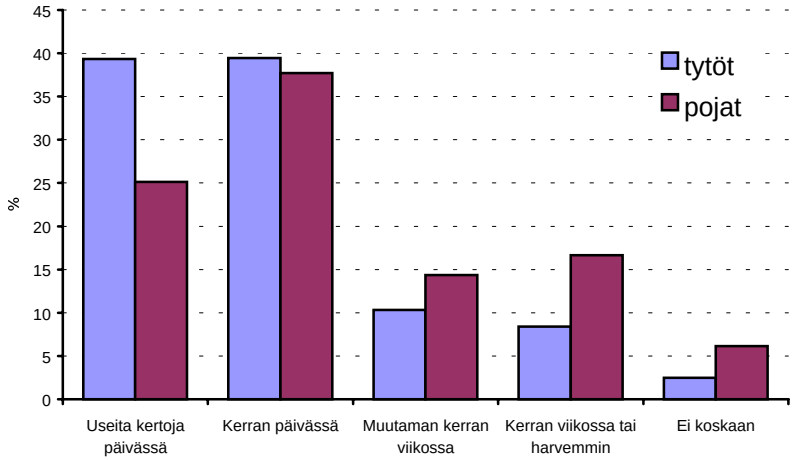
Suurin osa (90 %) lapsista söi myös välipalaa. Pojat söivät välipalaa tyttöjä harvemmin ($p = .001$). Välipalan laatua selvitettiin avoimella kysymyksellä. Suurin osa söi pääasiassa terveellistä välipalaa kuten leipää, tuoremehua, juustoja ja hedelmiä. Vajaa viidennes (18 %) söi pääasiassa epäterveellistä välipalaa kuten keksejä, makeita muroja, vanukkaita, makeisia ja virvoitusjuomia.

Päivällisen söi säännöllisesti 78 % kaikista. Silloin tällöin söi 17 % ja 4 % ei syönyt lainkaan. Kouluruuan ja päivällisen syönnin välillä oli yhteys tytöillä ($p = .038$), mutta ei pojilla. Kotona päivällisen säännöllisesti syövät tytöt söivät myös lähes aina kouluruuan kokonaan. Päivällistä vain silloin tällöin syövistä tytöistä 7 % söi kouluruuasta

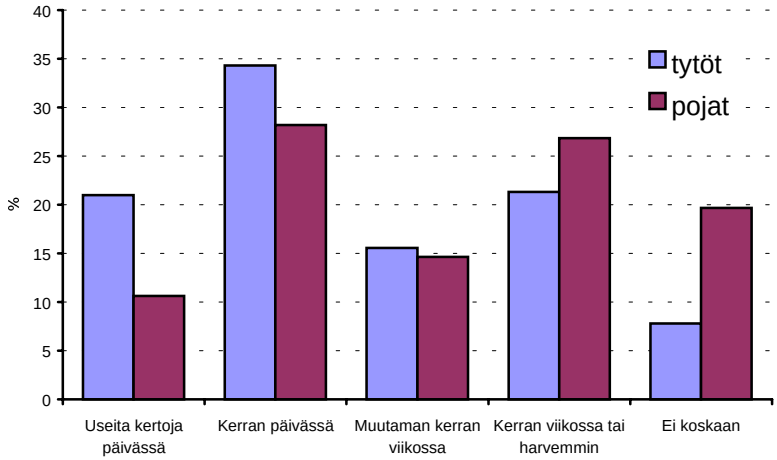
vain osan ja vastaava osuus päivällisen kokonaan laiminlyövistä oli kaksi kertaa suurempi (14 %).

Säännöllinen ateriointi väheni tytöillä tilastollisesti merkitsevästi lihavuuden myötä. Kaikki kolme ateriaa söi laihoista tytöistä 85 %, normaalipainoisista 71 %, lihavista 68 % ja merkittävästi lihavista 44 % (p = .027). Pojilla tätä yhteyttä ei ollut. Vastaavat luvut olivat: laihat 77 %, normaalipainoiset 61 %, lihavat 73 % ja merkittävästi lihavat 76 %.

Huolenpitoa tarkasteltiin myös äidiltä ja isältä saadun hellyyden avulla (kuviot 6 ja 7). Suurin osa sai hellyyttä äidiltä päivittäin. Tytöistä 21 % ja pojista 37 % ei saanut äidiltä hellyyttä ($p<0.001$). Isältä hellyyttä saatiin vähemmän. Tytöistä 45 % ja pojista 62 % ei saanut isältä hellyyttä päivittäin ($p<0.001$).



Kuvio 6. Kuinka usein saa hellyyttä äidiltä, jakauma (%) sukupuolen mukaan.

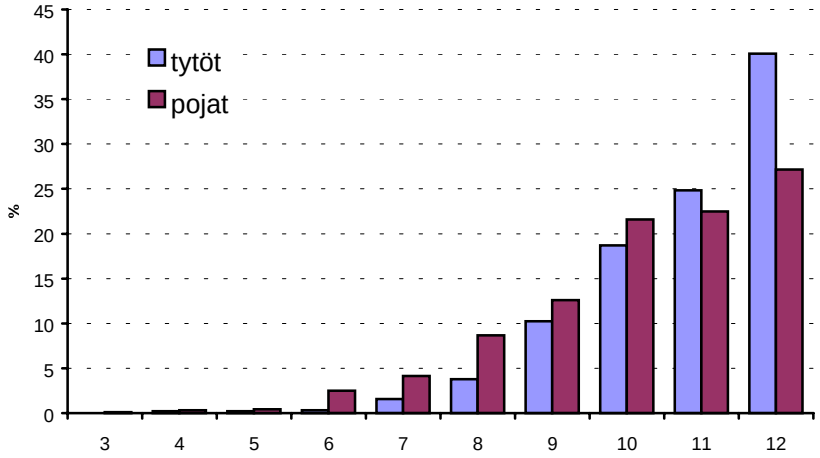


Kuvio 7. Kuinka usein saa hellyyttä isältä, jakauma (%) sukupuolen mukaan.

Huolenpitotasoa mitattiin summamuuttujalla, jossa oli mukana lapsen terveystottumuksista hampaiden ja käsien pesu, nukkumaanmeno, välipalan ja päivällisen syönti sekä vanhemmilta saatu hellyys. Summamuuttujan pisteiden keskiarvo oli 10 ja vaihteluväli 3–12 (kuvio 8). Huolenpito katsottiin huonoksi, kun summamuuttujan arvo oli alle 9. Heitä oli 11 % kaikista. Pojilla huolenpitotaso oli huomattavasti tyttöjä yleisemmin huono (6 % vs. 16 % $p<0.001$)

Huolenpitotaso sekä huolenpidon osiot vaihtelivat sosiodemografisen aseman mukaan (taulukko 27). Hampaiden päivittäisen pesun laiminlyöviä oli enemmän työttömien lapsissa verrattuna työssäkäyvien lapsiin. Sisarusaseman mukaan päivittäisen hampaidenpesun laiminlyöviä oli eniten keskimmäisissä ja kuopuksissa.

Nukkumaanmenoaika kello yhdeksän jälkeen oli yleisempää Keski-Suomessa verrattuna Turkuun ja Espooseen. Yleisempää se oli myös biologisten vanhempien ja yksinhuoltajien kuin ei-biologisten vanhempien lapsilla. Sisarusaseman mukaan kuopuksissa oli eniten niitä, jotka menivät nukkumaan kello yhdeksän jälkeen.



Kuvio 8. Huolenpitotason summapisteiden jakauma (%) sukupuolen mukaan

Taulukko 27. Huolenpitoa kuvaavien osioiden ja summamuuttujan prosenttiosuudet sosiodemografisen aseman (asuinalue, perhetyyppi, työttömyys, sisarusasema) mukaan.

ASUINALUE	Espoo (648)	Turku (440)	Keski-Suomi (732)	p
Huolenpitotaso huono (sm)	10	11	12	.402
Ei pese hampaita päivittäin	8	8	10	.642
Ei pese käsiä päivittäin	6	7	6	.710
Nukkumaan klo 21 jälkeen	**27**	**30**	**36**	**<0.001**
Ei syö välipalaa	9	11	11	.546
Ei syö päivällistä säännöllisesti	**18**	**26**	**23**	**.004**
Ei hellyyttä äidiltä päivittäin	25	30	32	.063
Ei hellyyttä isältä päivittäin	**49**	**56**	**52**	**.039**

PERHETYYPPI	Biologiset vanhemmat (1489)	Ei-biologiset vanhemmat (128)	Yksinhuoltajat (198)	
Huolenpitotaso huono (sm)	11	10	11	.933
Ei pese hampaita päivittäin	9	6	11	.400
Ei pese käsiä päivittäin	6	9	8	.243
Nukkumaan klo 21 jälkeen	**32**	**21**	**31**	**.045**
Ei syö välipalaa	10	13	11	.399
Ei syö päivällistä säännöllisesti	**21**	**21**	**30**	**.014**
Ei hellyyttä äidiltä päivittäin	**30**	**29**	**23**	**<0.001**
Ei hellyyttä isältä päivittäin	**48**	**61**	**72**	**<0.001**

TYÖTTÖMYYS	Työssäkäyvät (1243)	Työttömät (327)	Työttömyyttä ei tiedetä (239)	
Huolenpitotaso huono (sm)	**9**	**15**	**19**	**<0.001**
Ei pese hampaita päivittäin	**7**	**13**	**11**	**.002**
Ei pese käsiä päivittäin	5	8	7	.079
Nukkumaan klo 21 jälkeen	32	30	33	.730
Ei syö välipalaa	**8**	**14**	**15**	**<0.001**
Ei syö päivällistä säännöllisesti	**19**	**27**	**27**	**<0.001**
Ei hellyyttä äidiltä päivittäin	**27**	**35**	**34**	**.028**
Ei hellyyttä isältä päivittäin	50	65	55	<0.001

SISARUSASEMA	Ainoa (181)	Esikoinen (585)	Keskimmäinen (349)	Kuopus (703)	
Huolenpitotaso huono (sm)	**8**	**8**	**14**	**14**	**.002**
Ei pese hampaita päivittäin	**4**	**6**	**12**	**11**	**<0.001**
Ei pese käsiä päivittäin	6	6	5	6	.868
Nukkumaan klo 21 jälkeen	**29**	**25**	**32**	**37**	**<0.001**
Ei syö välipalaa	7	10	10	12	.213
Ei syö päivällistä säännöllisesti	**32**	**19**	**19**	**23**	**.001**
Ei hellyyttä äidiltä päivittäin	**21**	**26**	**39**	**29**	**<0.001**
Ei hellyyttä isältä päivittäin	**53**	**47**	**58**	**55**	**.005**

Sm=summamuuttuja

Päivällisen syönti oli epäsäännöllisempää Turussa verrattuna Keski-Suomeen ja Espooseen. Perhetyypin mukaan päivällisen syönti oli epäsäännöllisintä yksinhuoltajien perheissä. Työttömien perheissä päivällistä syötiin epäsäännöllisemmin kuin työssäkäyvien perheissä. Ainoat lapset söivät päivällistä muita epäsäännöllisemmin.

Sosiodemografinen asema oli yhteydessä sekä äidiltä että isältä saatuun hellyyteen (taulukko 27). Yksinhuoltajaäidit antoivat hellyyttä muita äitejä useammin. Työttömien perheissä äidiltä saatiin hellyyttä vähemmän kuin työssäkäyvien perheissä. Sisarusaseman mukaan keskimmäiset lapset saivat vähiten ja ainoat lapset eniten hellyyttä äidiltä päivittäin.

Turussa isät hellivät vähemmän kuin Keski-Suomessa ja Espoossa. Itsestään selvästi yksinhuoltajien perheissä, mutta myös ei-biologisten vanhempien perheissä saatiin vähemmän hellyyttä isältä verrattuna biologisten vanhempien perheisiin. Työttömien perheissä isältä saatiin hellyyttä vähemmän kuin työssäkäyvien perheissä. Keskimmäiset lapset saivat hellyyttä isältä päivittäin vähiten ja esikoiset eniten.

Huolenpitotason summamuuttuja oli huonompi työttömien perheissä työssäkäyvien perheisiin verrattuna. Keskimmäisillä lapsilla ja kuopuksilla huolenpitotaso oli huonompi ainoisiin lapsiin ja esikoisiin verrattuna.

Kodin sisätiloissa tupakointi

Kymmenesosassa perheistä joku henkilö tupakoi sisätiloissa. Äideistä tupakoi 6 % ja isistä 7 % sisätiloissa. Joku muu henkilö tupakoi 3 % :ssa perheistä. Asuinalueen tai sisarusaseman mukaisia eroja kodin sisällä tupakoinnissa ei ollut. Ei-biologisten vanhempien (23 %) ja yksinhuoltajien (20 %) perheissä tupakoitiin yli kaksi kertaa enemmän kuin biologisten vanhempien (9 %) perheissä ($p<0.001$). Työttömien perheissä (20 %) ja niissä perheissä, joiden työttömyyttä ei tiedetty (18 %) tupakoitiin lähes kolme kertaa enemmän kuin työssäkäyvien (7 %) perheissä ($p<0.001$).

5.3.4 Kouluolot

Suurin osa lapsista koki kouluun liittyvät asiat myönteisiksi (liitetaulukko 5). Pojilla kouluviihtyvyys oli kuitenkin tyttöjä huonompi ($p<0.001$) yli puolessa kouluviihtyvyyden osioista.

Suurin osa lapsista piti koulunkäynnistä paljon, vain 7 % kaikista piti melko vähän tai ei lainkaan. Oppimista piti helppona noin puolet oppilaista. Vaikeana sitä piti 10 %, pojat tyttöjä useammin. Koulutehtävien määrää piti sopivana 80 % kaikista ja liian suurena 12 %. Suurimmalla osalla oli luokassa vähintään kaksi ystävää. Vain 2 %:lla ei ollut ystäviä lainkaan. Lähes kaikki pitivät opettajasta, vain 2 % ei pitänyt.

Koulumatkaa pelkäsi tytöistä 10 % ja pojista 6 %. Koulumatkaa pelkäävistä 41 % pelkäsi matkaan liittyvää yksinäisyyttä ja jännitystä. Muita lapsia pelkäsi 22 %, outoja aikuisia 16 %, liikennettä 16 % ja koiria 5 %.

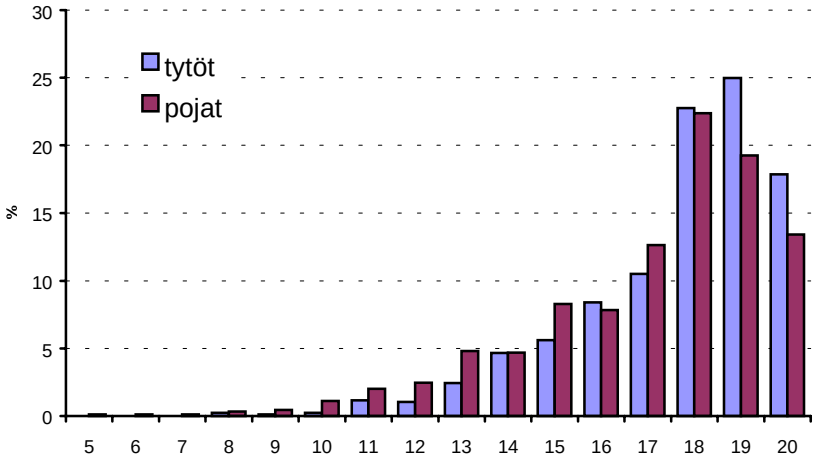
Lapsista 51 % piti luokan ilmapiiriä hyvänä. Huonona sitä piti 10 %. Toisten kiusaaminen oli melko vähäistä. Suurin osa lapsista ei kiusannut muita. Kiusaajia todettiin pojista 13 % ja tytöistä 4 %. Sen sijaan kiusatuksi tuleminen oli yleistä. Kiusaamisen kohteeksi koki joutuvansa 30 % pojista ja 20 % tytöistä.

Kouluviihtyvyyttä tarkasteltiin myös summamuuttujalla. Kouluviihtyvyystasoa kuvaavan summamuuttujan pisteiden keskiarvo oli 17 pistettä ja vaihteluväli 5–20 pistettä (kuvio 9). Huonoksi kouluviihtyvyystasoksi otettiin pistealue 5–14. Heitä oli 10 % tytöistä ja 16 % pojista ($p<.001$).

Kouluviihtyvyyden osiot sekä kouluviihtyvyystaso vaihtelivat sosiodemografisen aseman mukaan (taulukko 28). Sisarusaseman mukaan koulunkäynnistä pitivät vähiten keskimmäiset lapset. Oppimisen kokeminen oli vaikeinta ei-biologisten vanhempien lapsilla sekä työttömien lapsilla. Koulumatkapelkoja oli eniten ei-biologisten vanhempien ja yksinhuoltajien lapsilla. Luokan ilmapiiri oli huonoin asuinalueista Keski-Suomessa muihin asuinalueisiin verrattuna. Sisarusaseman mukaan kuopukset pitivät eniten luokan ilmapiiriä huonona.

Ei-biologisten vanhempien lapsissa oli enemmän kiusaajia kuin muiden perheiden ja työttömien lapsissa oli enemmän kuin työssäkäyvien. Kiusaamisen uhreja oli niinikään runsaasti ei-biologisten vanhempien ja yksinhuoltajien lapsissa. Myös työttömien lapsia kiusattiin enemmän kuin työssäkäyvien lapsia. Asuinalueella oli yhteys kouluviihtyvyystasoon. Huonoin se oli Keski-Suomessa. Huonoin kouluviihtyvyystaso oli ei-biologisten vanhempien lapsilla ja työttömien lapsilla.

Koulun oppilasmäärillä eli koulun koolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä kouluviihtyvyystasoon eikä yksittäisiin kouluviihtyvyyden osioihin.



Kuvio 9. Kouluviihtyvyystason summapisteiden jakauma (%) sukupuolen mukaan

Taulukko 28. Kouluviihtyvyyttä kuvaavien osioiden ja summamuuttujan prosenttiosuudet sosiodemografisen aseman (alue, perhetyyppi, työttömyys, sisarusasema) mukaan

ASUINALUE	Espoo (648)	Turku (440)	Keski-Suomi (732)	p
Kouluviihtyvyystaso huono (sm)	**13**	**10**	**15**	**.019**
Ei pidä koulunkäynnistä	7	6	7	.857
Oppiminen vaikeaa	10	9	10	.847
Tehtäviä liikaa	11	11	12	.657
Ei ystäviä luokassa	1	2	2	.797
Ei pidä opettajasta	**6**	**2**	**6**	**.007**
Ei syö kouluruokaa	6	4	8	.105
Koulumatka pelottaa	6	10	8	.063
Luokan ilmapiiri huono	**10**	**7**	**13**	**.015**
Kiusaaja	9	8	9	.741
Kiusattu	24	23	29	.054

PERHETYYPPI	Biologiset vanhemmat (1489)	Ei-biologiset vanhemmat (128)	Yksinhuoltajat (198)	
Kouluviihtyvyystaso huono (sm)	**12**	**22**	**16**	**.003**
Ei pidä koulunkäynnistä	6	8	9	.301
Oppiminen vaikeaa	**9**	**17**	**13**	**.002**
Tehtäviä liikaa	**11**	**18**	**13**	**.037**
Ei ystäviä luokassa	**1**	**6**	**-**	*****
Ei pidä opettajasta	5	6	5	.795
Ei syö kouluruokaa	6	10	6	.359
Koulumatka pelottaa	**7**	**12**	**12**	**.010**
Luokan ilmapiiri huono	10	16	10	.132
Kiusaaja	**8**	**15**	**11**	**.017**
Kiusattu	**24**	**38**	**32**	**<0.001**

TYÖTTÖMYYS	Työssäkäyvät (1243)	Työttömät (327)	Työttömyyttä ei tiedetä (239)	
Kouluviihtyvyystaso huono (sm)	**11**	**18**	**20**	**<0.001**
Ei pidä koulunkäynnistä	6	8	10	.068
Oppiminen vaikeaa	**7**	**13**	**15**	**<0.001**
Tehtäviä liikaa	11	14	13	.148
Ei ystäviä luokassa	1	3	2	.082
Ei pidä opettajasta	5	5	12	.063
Ei syö kouluruokaa	5	7	6	.816
Koulumatka pelottaa	8	9	9	.662
Luokan ilmapiiri huono	10	12	10	.627
Kiusaaja	**8**	**10**	**12**	**.028**
Kiusattu	**22**	**34**	**29**	**<0.001**

SISARUSASEMA	Ainoa (181)	Esikoinen (585)	Keskimmäinen (349)	Kuopus (703)	
Kouluviihtyvyystaso huono (sm)	**12**	**11**	**13**	**15**	**.143**
Ei pidä koulunkäynnistä	**8**	**4**	**9**	**7**	**.039**
Oppiminen vaikeaa	7	8	12	10	.136
Tehtäviä liikaa	16	9	12	12	.077
Ei ystäviä luokassa	1	1	2	2	.842
Ei pidä opettajasta	4	4	4	7	.094
Ei syö kouluruokaa	4	6	7	7	.529
Koulumatka pelottaa	7	7	7	9	.747
Luokan ilmapiiri huono	**11**	**8**	**11**	**13**	**.034**
Kiusaaja	10	7	8	10	.423
Kiusattu	30	23	27	26	.265

Sm=summamuuttuja

- soluissa vähemmän kuin 5 vastaajaa

5.3.5 Lapseen liittyvät omakohtaiset tekijät

Harrastukset

Suuri enemmistö lapsista ilmoitti harrastuksia. Vain joka viides (18 %) ei ilmoituksensa mukaan harrastanut mitään. Lähes joka toisella (42 %) oli yksi harrastus. Kaksi harrastusta oli 26 %:lla ja kolme tai enemmän 14 %:lla. Lasten luettelemista harrastuksista laskettiin harrastusten määrät lasta kohti. Keskimäärin harrastavilla lapsilla oli 1,8 harrastusta. Tyttöjen ja poikien välillä ei ollut eroa

Kerran viikossa harrastus kodin ulkopuolella oli 36 %:lla tytöistä ja 29 %:lla pojista ja vähintään kaksi kertaa oli 19 %:lla tytöistä ja 20 %:lla pojista. Joka kymmenennellä tytöllä ja pojalla oli viikoittain kolme kertaa tai enemmän harrastuksia kodin ulkopuolella. Liitetaulukossa 6 on esitetty tyttöjen ja poikien harrastuslajit. Kaikista lajeista harrastettiin eniten liikuntalajeja. Jalkapalloa harrasti pojista kolmannes (31 %). Poikien toiseksi suosituin harrastus oli jääkiekko (19 %). Tyttöjen suosituin harrastus oli jumppa (20 %), toiseksi suosituin oli luistelu (17 %).

Tunteiden tunnistaminen

Lapsen tunteista kysyttiin iloa, surua ja pelkoja. Suurin osa lapsista osasi ilmaista tunteitaan ja sanoa, mitkä asiat näitä tunteita tuottivat. Suurin osa osasi myös sanoa sen, jos joku tai mikään ei niitä tuottanut. Noin 6 % tytöistä ja pojista ei osannut vastata tunteita selvittäviin kysymyksiin.

Tytöille eniten iloa tuottivat matkat ja hauskat paikat (19 %), lahjat ja tavarat (18 %) sekä kolmanneksi eniten ystävät (15 %) (liitetaulukko 7). Pojille eniten iloa tuottivat lahjat ja tavarat (20 %) ja seuraavaksi eniten leikki ja liikunta (16 %). Tytöt mainitsivat perheen ja eläimet iloa tuottavina asioina poikia useammin, pojat puolestaan koulun tyttöjä useammin. Lapsista 10 % ei osannut vastata kysymykseen.

Sekä tytöt (23 %) että pojat (28 %) pitivät kiusaamista kaikkein eniten surua tuottavana asiana, (liitetaulukko 8). Sairaudet ja kuolema olivat tytöille seuraavaksi eniten surua tuottavia asioita (20 %), pojille pettymykset (13 %). Lapsista 4 % ilmoitti, että mikään asia ei tuota surua, 18 % ei osannut vastata kysymykseen.

Suurin osa lapsista (76 %) ei pelännyt mitään (liitetaulukko 9). Eniten pelättiin pimeää (8%), tytöt ja pojat yhtä paljon. Seuraavaksi eniten tytöt pelkäsivät muita ihmisiä (5 %), yksinäisyyttä (4 %) ja eläimiä (2 %) ja pojat muita ihmisiä (3 %) ja yksinäisyyttä (2 %). Vain alle prosentti lapsista pelkäsi unia, sairauksia ja kuolemaa, TV-ohjelmia ja liikennettä. Lapsista 1 % ei osannut vastata kysymykseen.

Missä lapsi oli mielestään hyvä

Koulutulokkaiden käsitystä itsestään selvitettiin kysymällä missä asiassa lapsi tuntee itsensä oikein hyväksi. Lapsi sai luetella vapaasti niin monta asiaa, joissa omasta mielestään oli oikein hyvä. Tytöistä 8 % ja pojista 6 % ei osannut sanoa yhtään asiaa, jossa olisi omasta mielestään hyvä. Lapsista 62 % sanoi yhden asian, viidesosa (21 %) kaksi asiaa ja 7 % mainitsi vähintään kolme asiaa. Lapsista 2 % ilmoitti, että he ovat hyviä kaikissa asioissa.

Tytöistä 40 % ja pojista 35 % sanoi olevansa hyvä lukuaineissa (liitetaulukko 10). Liikunnassa ilmoitti olevansa hyvä tytöistä 20 % ja pojista 37 %. Käden taidoissa oli mielestään hyvä 24 % tytöistä ja 11 % pojista.

Lapsen kotihuolet

Lapsilta kysyttiin myös, onko kotona jotain sellaista, mistä he kantavat huolta (liitetaulukko 11). Lapsista 40 %:lla oli jotain huolenaihetta. Tytöt ja pojat kantoivat huolta samoista asioista. Eniten kannettiin huolta tavaroista (7 % vs. 8 %), sisaruksista (8 % vs. 7 %), lemmikkieläimistä (8 % vs. 5 %) ja vanhemmista (6 % vs. 3 %)

Lapseen liittyvät omakohtaiset tekijät olivat yhteydessä sosiodemografiseen asemaan vain harrastusten osalta (taulukko 29). Mitään harrastamattomia lapsia oli eniten Espoossa ja Turussa. Työttömien perheissä lapsilla oli vähemmän harrastuksia kuin työssäkäyvien perheissä.

Taulukko 29. Lapseen liittyvien omakohtaisten tekijöiden prosenttiosuudet sosiodemografisen aseman (alue, perhetyyppi, työttömyys, sisarusasema) mukaan.

ASUINALUE	Espoo (648)	Turku (440)	Keski-Suomi (732)		p
Ei ole harrastuksia	**22**	**21**	**13**		**<0.001**
Ei tunnista tunteita	5	6	7		.224
Lapsella kotihuolia	37	45	41		.058
Ei ole missään hyvä	6	9	8		.283
PERHETYYPPI	Biologiset vanhemmat (1489)	Ei-biologiset vanhemmat (128)	Yksinhuoltajat (198)		
Ei ole harrastuksia	17	22	21		.160
Ei tunnista tunteita	6	6	5		.593
Lapsella kotihuolia	40	36	46		.207
Ei ole missään hyvä	7	9	7		.803
TYÖTTÖMYYS	Työssäkäyvät (1243)	Työttömät (327)	Työttömyyttä ei tiedetä (239)		
Ei ole harrastuksia	**15**	**22**	**20**		**.009**
Ei tunnista tunteita	6	6	7		.707
Lapsella kotihuolia	39	44	47		.182
Ei ole missään hyvä	7	7	10		.597
SISARUSASEMA	Ainoa (181)	Esikoinen (585)	Keskimmäinen (349)	Kuopus (703)	
Ei ole harrastuksia	19	16	20	18	.366
Ei tunnista tunteita	4	5	9	6	.090
Lapsella kotihuolia	42	44	41	37	.063
Ei ole missään hyvä	4	6	10	8	.102

5.3.6 Sosiodemografisen aseman, koti- ja kouluolojen ja lapseen liittyvien omakohtaisten tekijöiden yhteydet terveysindikaattoreihin

Lasten terveyttä selittäviä tekijöitä tutkittiin tarkemmin tarkastelemalla sosiodemografisen aseman, koti- ja kouluolojen ja lapseen liittyvien omakohtaisten tekijöiden yhteyttä objektiivisen ja subjektiivisen terveyden indikaattoreihin

1. Ensin yhteyttä tutkittiin ristiintaulukoinnilla (Liitetaulukot 12–15).

2. Seuraavaksi yhteyksiä tarkasteltiin kunkin indikaattorin osalta yhden selittäjän (univariate) logistisella regressioanalyysillä. Malleissa käytettyjen muuttujien luokat näkyvät liitetaulukoissa 12–15. S*elitettäviä* tekijöitä olivat:

- –pitkäaikaissairaudet,
- –allergia,
- –lihavuus (suhteellinen paino $\geq$ 20 %),
- –päivittäinen oireisuus,
- –yleisarvio omasta terveydestä huono sekä
- –erittäin huonoksi koettu terveys (päivittäinen oireisuus ja yleisarvio omasta terveydestä huono)

Selittäviä tekijöitä olivat

- sosiodemografinen asema (asuinalue, perhetyyppi, työttömyys ja sisarusasema),
- kotiolot (iltapäivähoito, huolenpitoa kuvaavat yksittäiset muuttujat ja summamuuttuja sekä sisätiloissa tupakointi),
- kouluolot (kouluviihtyvyyttä kuvaavat yksittäiset muuttujat ja summamuuttuja) sekä
- lapseen liittyvät omakohtaiset tekijät (harrastukset, tunteiden tunnistaminen, lapsen käsitys itsestään hyvänä ja lapsen kokemat kotihuolet)

3. Kolmannessa vaiheessa kutakin terveysindikaattoria tutkittiin monen selittäjän (multivariate) mallissa siten, että alkuvaiheessa mukaan otettiin kaikki yhden selittäjän malleissa merkitseviksi osoittautuneet muuttujat. Huolenpidon ja kouluviihtyvyyden osalta käytettiin kuitenkin yksittäisten osioiden sijaan summamuuttujaa. Tämä ratkaisu tehtiin, koska kaikki osiot eivät olleet merkitseviä yhden selittäjän malleissa ja koska summamuuttujien katsottiin yksittäisiä muuttujia paremmin kuvaavan huolenpito- ja kouluviihtyvyysmuuttujien mittaamaa käsitekokonaisuutta. Subjektiivisen terveyden indikaattorien tarkastelussa analyyseihin otettiin mukaan myös objektiivisen terveyden indikaattorit (pitkäaikaissairaudet, allergia, lihavuus). Lopulliseen malliin tulivat mukaan taaksepäin askeltavalla menetelmällä malliin jääneet muuttujat.

Analyysit tehtiin erikseen tytöille ja pojille. Jos sukupuolella ei ollut vaikutusta, tulokset esitetään koko aineistossa. Taulukoissa on lihavoinnilla merkitty ne luokat, jotka eroavat vertailuluokasta tilastollisesti merkitsevästi ($p<0.05$).

Pitkäaikaissairaudet

Sosiodemografista asemaa kuvaavat muuttujat (asuinalue, perhetyyppi, työttömyys ja sisarusasema) eivät olleet yhteydessä pitkäaikaissairauksiin. Kotioloista sisällä tupakointi oli yhteydessä poikien pitkäaikaissairauksiin. Kun kotona tupakoitiin, pitkäaikaissairauksia oli kaksi kertaa yleisemmin kuin tupakoimattomissa kodeissa (OR=1.96 CI 1.10–3.49).

Kouluoloja kuvaavat muuttujat eivät olleet yhteydessä pitkäaikaissairauksiin. Lapseen liittyvistä omakohtaisista tekijöistä kotihuolien ilmoittaminen lisäsi pitkäaikaissairauksien yleisyyttä pojilla (OR = 1.68 CI 1.08–2.61). Tunteiden tunnistamisella, itsensä hyväksi kokemisella ja harrastuksilla ei ollut yhteyttä pitkäaikaissairauksiin.

Allergia

Tutkitut tekijät eivät olleet yhteydessä allergiaan.

Lihavuus

Keskisuomalaisten poikien lihavuuden riski oli lähes kaksinkertainen espoolaisiin ja turkulaisiin poikiin verrattuna (taulukko 30). Tytöillä asuinalue ei ollut yhteydessä lihavuuteen. Perhetyypillä, työttömyydellä ja sisarusasemalla ei ollut yhteyttä lihavuuteen.

Kotioloista sisällä tupakointi lisäsi poikien lihavuuden riskiä (OR = 2.09 CI 1.25–3.48). Kummallakaan sukupuolella huolenpitotason summamuuttuja eikä yksittäiset huolenpidon osiot olleet yhteydessä lihavuuteen. Myöskään yksinolo iltapäivisin, kouluviihtyvyyden summamuuttuja ja kouluviihtyvyyden yksittäiset osiot eivät olleet yhteydessä lihavuuteen kummallakaan sukupuolella.

Lapsen kokemat kotihuolet lisäsivät tyttöjen lihavuuden riskin yli kaksinkertaiseksi (OR = 2.27 CI 1.53–3.39). Pojilla koetuilla kotihuolilla ei ollut yhteyttä lihavuuteen. Tunteiden tunnistamisella, itsensä hyväksi kokemisella ja harrastuksilla ei ollut myöskään yhteyttä lihavuuteen kummallakaan sukupuolella.

Taulukko 30. Asuinalueen yhteys lihavuuteen yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan

Alue	OR	Luottamusväli	P	Lihavien osuus
	Tytöt			
Espoo	1.00			10 %
Turku	1.53	0.92–2.54	.101	15 %
Keski-Suomi	1.43	0.89–2.29	.137	14 %
	Pojat			
Espoo	1.0			11 %
Turku	0.67	0.36–1.27	.222	7 %
Keski-Suomi	**1.92**	**1.24–2.98**	**<0.001**	**18 %**

Päivittäinen oireilu

Turussa lapsilla oli päivittäisiä oireita yleisemmin kuin Keski-Suomessa (OR = 1.46 CI 1.12–1.88). Perhetyyppi oli yhteydessä oireisuuteen tytöillä, mutta ei pojilla (taulukko 31). Ei-biologisten vanhempien tytöillä oireita oli enemmän muiden perhetyyppien tyttöihin verrattuna.

Esikoisilla todettiin päivittäisiä oireita enemmän kuin perheen ainoilla lapsilla (OR = 1.59 CI 1.07–2.37). Työttömyys ei ollut yhteydessä päivittäiseen oireisuuteen.

Kodin huolenpitoa kuvaavista osioista tytöillä oireilun riskiä lisäsi tilastollisesti merkitsevästi käsien pesun ja välipalan laiminlyönti (taulukko 32). Pojilla ainoastaan päivällisen laiminlyönti oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä oireisuuteen. Huolenpitotasoa kuvaava summamuuttuja oli yhteydessä vain tyttöjen oireisuuteen. Huono huolenpitotaso nosti oireisuuden riskin tytöillä kaksinkertaiseksi.

Taulukko 31. Perhetyypin yhteys päivittäiseen oireiluun yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan.

Huoltajuus	OR	Luottamusväli	P	Oireisten osuus
	Tytöt			
Biologiset vanhemmat	1.0			26 %
Ei-biologiset vanhemmat	**2.16**	**1.28-3.64**	**.003**	**43 %**
Yksinhuoltajat	1.35	0.82-2.07	.259	32 %
	Pojat			
Biologiset vanhemmat	1.0			31 %
Ei-biologiset vanhemmat	1.09	.63-1.89	.733	33 %
Yksinhuoltajat	.67	.41-1.09	.110	23 %

Taulukko 32. Huolenpidon osioiden yhteys päivittäiseen oireiluun yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan.

Huolenpito	OR	Luottamusväli	P
Tytöt			
Huolenpito, summamuuttuja	**2.09**	**2.00-3.63**	**.042**
Ei hampaidenpesua päivittäin	1.70	0.98-2.96	.057
Ei käsienpesua päivittäin	**2.67**	**1.26-5.64**	**.009**
Nukkumaan klo 21 jälkeen	1.37	0.99-1.89	.052
Ei välipalaa	**1.74**	**1.06-2.87**	**.026**
Ei päivällistä säännöllisesti	1.22	0.85-1.75	.269
Ei hellyyttä päivittäin äidiltä	1.03	0.72-1.48	.851
Ei hellyyttä päivittäin isältä	1.26	0.94-1.69	.123
Pojat			
Huolenpito, summamuuttuja	1.36	0.93-1.97	.104
Ei hampaidenpesua päivittäin	1.39	0.89-2.16	.143
Ei käsienpesua päivittäin	1.24	0.75-2.03	.398
Nukkumaan klo 21 jälkeen	1.04	0.77-1.40	.815
Ei välipalaa	1.13	0.74-1.72	.561
Ei päivällistä säännöllisesti	**1.45**	**1.07-2.07**	**.016**
Ei hellyyttä päivittäin äidiltä	1.04	0.78-1.39	.790
Ei hellyyttä päivittäin isältä	0.93	0.69-1.25	.632

Lasten yksinolo iltapäivisin ja kodin sisätiloissa tupakointi eivät olleet yhteydessä oireisuuteen. Sen sijaan useimmat huonoon kouluviihtyvyyteen viittaavat osiot lisäsivät tilastollisesti merkitsevästi oireisuuden riskiä. Poikkeuksena olivat ystävien puuttuminen tytöillä ja pojilla lisäksi se, että ei pidä opettajasta (taulukko 33). Tytöillä eniten oireisuuden riskiä lisäsi se, että ei pidä opettajasta. Pojilla riskiä lisäsi eniten kiusatuksi tuleminen. Kouluviihtyvyystason summamuuttujalla oli voimakas yhteys oireiluun.

Lapseen liittyvistä omakohtaisista tekijöistä lapsen kotihuolet nostivat oireisuuden riskiä (OR = 1.67 CI 1.36–2.05) Harrastukset, tunteiden tunnistaminen ja käsitykset itsestään hyvänä eivät sitä vastoin olleet yhteydessä oireisuuteen kummallakaan sukupuolella.

Pitkäaikaissairaiden lasten riski oireisuuteen oli puolitoistakertainen (OR = 1.59 CI 1.14–2.23) pitkäaikaissairauksia potemattomiin verrattuna. Allergia ja lihavuus eivät olleet yhteydessä oireisuuteen.

Taulukko 33. Kouluviihtyvyyden yhteys päivittäiseen oireiluun yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan

Kouluviihtyvyys	OR	Luottamusväli	P
Tytöt			
Kouluviihtyvyys, summamuuttuja	**2.96**	**2.23-3.92**	**<0.001**
Ei pidä koulunkäynnistä	**2.67**	**1.39-5.14**	**.003**
Oppiminen vaikeaa	**2.07**	**1.23-3.05**	**.004**
Tehtäviä liikaa	**1.89**	**1.31-2.74**	**<0.001**
Ei ole ystäviä	1.28	0.32-5.15	.730
Ei pidä opettajasta	**2.85**	**1.28-6.33**	**.010**
Ei syö kouluruokaa	**2.18**	**1.20-3.95**	**.010**
Koulumatka pelottaa	**1.87**	**1.20-2.90**	**.005**
Huono luokan ilmapiiri	**1.94**	**125-3.44**	**.004**
Kiusaaja	**1.46**	**1.03-2.07**	**.033**
Kiusattu	**2.20**	**1.59-3.05**	**<0.001**
Pojat			
Kouluviihtyvyys, summamuuttuja	**2.96**	**2.23-3.92**	**<0.001**
Ei pidä koulunkäynnistä	**1.77**	**1.12-2.80**	**.015**
Oppiminen vaikeaa	**1.75**	**1.16-2.62**	**.007**
Tehtäviä liikaa	**1.64**	**1.19-2.27**	**.002**
Ei ole ystäviä	0.83	0.29-2.33	.723
Ei pidä opettajasta	1.55	0.93-2.57	.099
Ei syö kouluruokaa	**1.91**	**1.14-3.20**	**.013**
Koulumatka pelottaa	**2.48**	**1.39-4.39**	**.001**
Huono luokan ilmapiiri	**2.20**	**1.45-3.33**	**<0.001**
Kiusaaja	**1.35**	**1.16-1.99**	**.002**
Kiusattu	**2.79**	**1.43-2.24**	**<0.001**

Taulukko 34. Kouluviihtyvyyden summamuuttujan, asuinalueen, pitkäaikaissairauksien, kotihuolten, huolenpidon summamuuttujan, perhetyypin ja sisarusaseman yhteys päivittäiseen oireisuuteen monen selittäjän logistisessa regressiomallissa.

	OR	Luottamusväli	P	OR	Luotta-musväli	P
ALKUPERÄINEN MALLI *				**LOPULLINEN MALLI**		
Kouluviihtyvyys						
Melko hyvä/hyvä	1.0			1.0		
Huono	2.58	2.09-3.77	<0.001	2.94	2.20-3.92	<0.001
Asuinalue						
Keski-Suomi	1.0			1.0		
Espoo	1.23	0.96-1.58	.100	1.21	0.91-1.55	.035
Turku	1.68	1.27-2.21	.001	1.61	1.23-2.12	.001
Pitkäaikaissairaus						
Ei ole	1.0			1.0		
On	1.47	1.02-2.11	.036	1.52	1.05-2.17	.023
Kotihuolet						
Ei ole	1.0			1.0		
On	1.47	1.18-1.83	.001	1.46	1.18-1.82	.001
Huolenpito						
Melko hyvä/ hyvä	1.0					
Huono	1.30	0.93-1.81	.118			
Perhetyyppi						
Biologiset vanhemm.	1.0					
Ei-biol. Vanhem.	1.45	0.97-2.18	.069			
Yksinhuoltajat	0.96	0.67-1.37	.824			
Sisarusasema						
Ainoa lapsi	1.0					
Esikoinen	1.67	1.09-2.55	.018			
Keskimmäinen	1.52	0.97-2.40	.073			
Kuopus	1.50	0.99-2.29	.053			

* Alkuperäisessä mallissa mukana kaikki yhden selittäjän mallissa merkitseviksi osoittautuneet muuttujat.

Monen selittäjän malli: Kouluviihtyvyys, asuinalue, pitkäaikaissairaudet, kotihuolet, huolenpito, perhetyyppi ja sisarusasema sijoitettiin monen selittäjän logistiseen regressioanalyysiin (taulukko 34). Ensimmäiseksi jäi pois perhetyyppi ja seuraavaksi sisarusasema. Viimeisenä mallista jäi pois huolenpitotaso. Näiden muuttujien jääminen pois lisäsi lopullisen mallin selitysosuutta. Lopulliseen malliin jäivät päivittäisen oireisuuden selittäjiksi kouluviihtyvyystaso, asuinalue, pitkäaikaissairaudet ja kotihuolet. Tulokset olivat samanlaisia erikseen tytöille ja pojille tehdyissä analyyseissä, joten taulukossa 34 esitetään vain koko aineisto.

Yleisarvio omasta terveydestä huono

Sosiodemografisella asemalla (asuinalue, perhetyyppi, työttömyys ja sisarusasema) ei ollut yhteyttä oman terveyden arvioimisessa huonoksi. Kotioloja kuvaavista muuttujista

tytöillä hampaiden pesun ja välipalan laiminlyönti ja pojilla päivällisen syömättömyys lisäsi riskiä arvioida oma terveytensä huonoksi (taulukko 35). Sen sijaan huolenpitotasoa kuvaavalla summamuuttujalla ei ollut yhteyttä yleisarvioon omasta terveydestä kummallakaan sukupuolella.

Kotioloja kuvaavista muuttujista myös sisällä tupakoinnilla oli tytöillä yhteys huonoon yleisarvioon omasta terveydestä. Tupakoivissa kodeissa asuvien tyttöjen riski arvioida oma terveytensä huonoksi oli lähes kaksinkertainen verrattuna niihin, joiden kotona ei tupakoitu (OR = 1.96 Cl 1.13–3.39). Pojilla sisällä tupakointi ei vaikuttanut yleisarvioon omasta terveydestä.

Lähes kaikissa kouluviihtyvyyden osioissa tulos viittasi huonon kouluviihtyvyyden ja huonoksi arvioidun terveyden yhteyteen (taulukko 36). Tilastollisesti merkitsevä yhteys todettiin tytöillä opettajasta pitämättömyyteen, koulumatkapelkoihin ja kiusatuksi tulemiseen. Eniten riskiä lisäsi opettajasta pitämättömyys. Pojilla oman terveyden huonoksi arvioimisen riskiä lisäsivät eniten koulumatkapelot ja myös huono luokan ilmapiiri, kiusaajan oleminen ja kiusatuksi tuleminen.

Kouluviihtyvyyttä kuvaava summamuuttuja oli voimakkaassa yhteydessä oman terveyden arvioimiseen huonoksi.

Taulukko 35. Huolenpidon yhteys huonoon yleisarvioon terveydestä yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan.

Huolenpito	OR	Luottamusväli	P
Tytöt			
Huolenpito, summamuuttuja	1.31	0.63-0.47	.471
Ei hampaidenpesua päivittäin	**2.38**	**1.30-2.45**	**.005**
Ei käsienpesua päivittäin	1.82	0.77-4.30	.169
Nukkumaan klo 21 jälkeen	1.31	0.86-1.98	.211
Ei välipalaa	**2.15**	**1.18-3.98**	**.012**
Ei päivällistä	1.20	0.75-1.93	.441
Ei hellyyttä päivittäin äidiltä	1.06	0.66-1.69	.820
Ei hellyyttä päivittäin isältä	1.07	0.72-1.57	.751
Pojat			
Huolenpito, sumammuuttuja	1.17	0.72-1.92	.512
Ei hampaidenpesua päivittäin	1.51	0.87-2.62	.142
Ei käsienpesua päivittäin	1.33	0.71-2.49	.379
Nukkumaan klo 21 jälkeen	1.26	0.85-1.85	.250
Ei välipalaa	0.92	0.52-1.64	.782
Ei päivällistä säännöllisesti	**1.57**	**1.04-2.37**	**.030**
Ei hellyyttä päivittäin äidiltä	0.93	0.63-1.38	.713
Ei hellyyttä päivittäin isältä	1.09	0.74-1.62	.657

Taulukko 36. Kouluviihtyvyyden yhteys huonoon yleisarvioon terveydestä yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan.

Kouluviihtyvyys	OR	Luottamusväli	P
Tytöt			
Kouluviihtyvyys, summamuuttuja	**2.69**	**1.56-4.63**	**<0.001**
Ei pidä koulunkäynnistä	1.57	0.67-3.66	.296
Oppiminen vaikeaa	1.66	0.88-3.14	.122
Tehtäviä liikaa	1.40	0.86-2.28	.176
Ei ole ystäviä	3.35	0.83-3.59	.090
Ei pidä opettajasta	**2.84**	**1.15-7.00**	**.023**
Ei syö kouluruokaa	1.43	0.65-3.14	.374
Koulumatka pelottaa	**1.79**	**1.04-3.10**	**.035**
Huono luokan ilmapiiri	1.30	0.71-2.39	.397
Kiusaaja	1.44	0.94-2.19	.091
Kiusattu	**2.21**	**1.47-3.33**	**<0.001**
Pojat			
Kouluviihtyvyys, summamuuttuja	**2.60**	**1.68-4.01**	**<0.001**
Ei pidä koulunkäynnistä	1.42	0.79-2.58	.243
Oppiminen vaikeaa	1.62	0.96-2.73	.067
Tehtäviä liikaa	1.08	0.68-1.67	.728
Ei ole ystäviä	0.73	0.17-3.19	.673
Ei pidä opettajasta	1.38	1.72-2.65	.336
Ei syö kouluruokaa	0.89	0.42-1.93	.786
Koulumatka pelottaa	**2.67**	**1.39-5.12**	**.003**
Huono luokan ilmapiiri	**2.31**	**1.40-3.79**	**.001**
Kiusaaja	**1.71**	**1.25-2.35**	**.001**
Kiusattu	**2.02**	**1.38-2.98**	**<0.001**

Lapseen liittyvistä omakohtaisista tekijöistä vain poikien kokemat kotihuolet lisäsivät tilastollisesti merkitsevästi riskiä arvioida oma terveytensä huonoksi (OR = 1.54 CI 1.06–2.24). Harrastuksilla, tunteiden tunnistamisella ja käsityksellä itsestään hyvänä ei ollut yhteyttä yleisarvioon omasta terveydestä.

Monen selittäjän malli: Huolenpito, sisällä tupakointi, kouluviihtyvyys ja kotihuolet sijoitettiin monen selittäjän logistiseen regressioanalyysiin. Tytöillä ei huolenpitoa kuvaavalla summamuuttujalla eikä kotihuolilla ollut itsenäistä selitysosuutta oman terveyden arvioimisen huonoksi, kun kouluviihtyvyys ja sisällä tupakointi olivat mallissa mukana. Pojilla ainoastaan kouluviihtyvyydellä oli omaa selitysosuutta tässä selittävien muuttujien joukossa. Lopullisen malliin jäivät tytöillä kouluviihtyvyyden summa-muuttuja ja sisällä tupakointi ja pojilla vain kouluviihtyvyys (taulukko 37).

Taulukko 37. Kouluviihtyvyystason, sisällä tupakoinnin, huolenpitotason ja kotihuolien yhteys huonoon yleisarvioon terveydestä monen selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan.

	OR	Luottamus-väli	P	OR	Luottamus-väli	P
		Tytöt				
ALKUPERÄINEN MALLI *				**LOPULLINEN MALLI**		
Kouluviihtyvyys						
Melko hyvä/ hyvä	1.0			1.0		
Huono	2.38	1.32-4.30	.004	2.36	1.34-4.16	.003
Tupakointi sisällä						
Ei	1.0			1.0		
Kyllä	2.08	1.13-3.80	.017	2.06	1.13-3.76	.018
Huolenpito						
Melko hyvä /hyvä	1.0					
Huono	0.91	0.39-2.11	.830			
Kotihuolet						
Ei	1.0					
Kyllä	1.07	0.68-1.66	.778			
		Pojat				
ALKUPERÄINEN MALLI *				**LOPULLINEN MALLI**		
Kouluviihtyvyys						
Melko hyvä/ hyvä	1.0			1.0		
Huono	2.32	1.45-3.69	.001	2.49	1.59-3.89	<0.001
Huolenpito						
Melko hyvä/hyvä	1.0					
Huono	0.97	0.56-1.67	.925			
Tupakointi sisällä						
Ei	1.0					
Kyllä	1.35	0.76-2.38	.349			
Kotihuolia						
Ei	1.0					
Kyllä	1.34	0.89-1.99	.156			

* Alkuperäisessä mallissa mukana kaikki yhden selittäjän mallissa merkitseviksi osoittautuneet muuttujat.

Erittäin huonoksi koettu terveys

Perheessä esiintyvä työttömyys lisäsi pojilla erittäin huonoksi koetun terveyden riskin lähes kaksinkertaiseksi (OR = 1.94 CI 1.05–3.59) Tytöillä yhteyttä perheen työttömyyteen ei ollut. Tytöistä kuopuksilla yhteys erittäin huonoksi koettuun terveyteen oli suurempi verrattuna muihin (taulukko 38). Pojilla tulokset viittasivat siihen, että ainoan lapsen riski erittäin huonoksi koettuun terveyteen olisi muiden sisarusaseman luokkien riskiä pienempi, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 38. Sisarusaseman yhteys erittäin huonoksi koettuun terveyteen yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan.

Sisarusasema	OR	Luottamusväli	p	Erittäin huonoksi koettu terveys
		Tytöt		
Ainoa lapsi	1.0			2 %
Esikoinen	2.06	0.46-9.24	.346	5 %
Keskimmäinen	2.09	0.44-9.90	.352	5 %
Kuopus	**4.61**	**1.09-9.56**	**.038**	**10 %**
		Pojat		
Ainoa lapsi	1.0			4 %
Esikoinen	1.51	0.49-4.56	.469	6 %
Keskimmäinen	1.98	0.63-6.26	.243	8 %
Kuopus	1.40	0.47-4.20	.545	6 %

Asuinalue ja perhetyyppi eivät olleet yhteydessä erittäin huonoksi koettuun terveyteen. Huolenpidon osioista tytöillä erittäin huonoksi koetun terveyden riskiä lisäsi käsien pesun laiminlyönti, nukkumaanmeno klo 21 jälkeen ja välipalan syömättömyys. Pojilla yksikään huolenpidon osio ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä erittäin huonoksi koettuun terveyteen (taulukko 39). Sisällä tupakointi lisäsi tyttöjen riskiä huonoksi koettuun terveyteen (OR = 2.13 CI 1.06–4.26).

Taulukko 39. Huolenpidon yhteys erittäin huonoksi koettuun terveyteen yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan

Huolenpito-muuttuja	OR	Luottamusväli	P
	Tytöt		
Ei hampaidenpesua päivittäin	1.77	0.77-4.06	.180
Ei käsienpesua päivittäin	**3.27**	**1.29-8.25**	**.012**
Nukkumaan klo 21 jälkeen	**1.89**	**1.09-3.26**	**.021**
Ei välipalaa	**2.56**	**1.23-5.29**	**.011**
Ei päivällistä	0.90	0.45-1.77	.763
Ei hellyyttä päivittäin äidiltä	1.16	0.64-2.12	.623
Ei hellyyttä päivittäin isältä	0.93	0.56-1.53	.777
Huolenpito, summamuuttuja	1.75	0.72-4.27	.217
	Pojat		
Ei hampaidenpesua päivittäin	1.75	0.83-3.70	.141
Ei käsienpesua päivittäin	0.64	0.19-2.09	.457
Nukkumaan klo 21 jälkeen	1.29	0.74-2.26	.365
Ei välipalaa	1.38	0.66-2.91	.390
Ei päivällistä säännöllisesti	1.33	0.72-2.43	.352
Ei hellyyttä päivittäin äidiltä	1.19	0.69-2.04	.523
Ei hellyyttä päivittäin isältä	1.06	0.64-1.75	.811
Huolenpito, summamuuttuja	1.01	0.49-2.12	.969

Lähes kaikissa kouluviihtyvyyden osioissa huono viihtyvyys lisäsi erittäin huonoksi koetun terveyden riskiä (taulukko 40). Tytöillä tulos oli tilastollisesti merkitsevä kolmessa osiossa: opettajasta ei pidetty, koulumatka pelotti ja oli kiusaamisen uhri. Pojilla yhteydet olivat tilastollisesti merkitseviä lukuun ottamatta koulunkäynnistä pitämättömyyttä ja ystävien puuttumista. Pojilla huono kouluviihtyvyys summamuuttujan mukaan lisäsi yli nelinkertaisesti erittäin huonoksi koetun terveyden riskiä (taulukko 40). Myös tytöillä vastaava yhteys oli voimakas.

Lapseen liittyvistä omakohtaisista tekijöistä vain kotihuolet olivat tytöillä yhteydessä erittäin huonoksi koettuun terveyteen (OR = 1.90 CI 1.12–3.21). Tunteiden tunnistaminen, harrastukset ja käsitykset itsensä hyvänä eivät olleet yhteydessä kummallakaan sukupuolella.

Pitkäaikaissairaudet, allergia ja lihavuus eivät olleet yhteydessä erittäin huonoksi koettuun terveyteen kummallakaan sukupuolella.

Taulukko 40. Kouluviihtyvyyden yhteys erittäin huonoksi koettuun terveyteen yhden selittäjän logistisessa regressiomallissa sukupuolen mukaan.

Kouluviihtyvyys-muuttuja	OR	Luottamusväli	p
Tytöt			
Kouluviihtyvyys, summamuuttuja	**2.58**	**1.27-5.22**	**<0.001**
Ei pidä koulunkäynnistä	2.17	0.82- 5.77	.121
Oppiminen vaikeaa	1.99	0.90- 4.37	.088
Tehtäviä liikaa	1.62	0.87- 3.03	.129
Ei ole ystäviä	4.01	0.81-19.73	.087
Ei pidä opettajasta	**4.67**	**1.79-12.18**	**.001**
Ei syö kouluruokaa	2.13	0.87- 5.20	.098
Koulumatka pelottaa	**2.25**	**1.15- 4.40**	**.018**
Huono luokan ilmapiiri	1.93	0.94- 3.96	.071
Kiusaaja	1.00	0.51- 1.98	.982
Kiusattu	**2.20**	**1.48- 3.28**	**<0.001**
Pojat			
Kouluviihtyvyys, summamuuttuja	**4.37**	**2.46- 7.74**	**<0.001**
Ei pidä koulunkäynnistä	1.24	0.51- 2.98	.635
Oppiminen vaikeaa	**2.54**	**1.32- 4.91**	**.005**
Tehtäviä liikaa	**1.82**	**1.02- 3.24**	**.043**
Ei ole ystäviä	0.87	0.11- 6.65	.894
Ei pidä opettajasta	**2.24**	**1.01- 4.95**	**.046**
Ei syö kouluruokaa	**2.46**	**1.11- 5.47**	**.026**
Koulumatka pelottaa	**3.93**	**1.80- 8.57**	**.001**
Huono luokan ilmapiiri	**2.13**	**1.06- 4.27**	**.033**
Kiusaaja	**2.50**	**1.69- 3.68**	**<0.001**
Kiusattu	**2.50**	**1.61- 3.89**	**<0.001**

Monen selittäjän malli: Työttömyys, sisarusasema, huolenpito, sisällä tupakointi, kouluviihtyvyys ja kotihuolet sijoitettiin monen selittäjän logistiseen regressioanalyysiin (taulukko 41). Selitysosuutta oli vain kouluviihtyvyydellä ja sisarusasemalla. Lopulliseen malliin jäi vain kouluviihtyvyys. Nämä analyysit tehtiin erikseen myös tytöille ja pojille, mutta sukupuolten välillä ei ollut merkitseviä eroja.

Taulukko 41. Kouluviihtyvyyden, työttömyyden, sisarusaseman, kotihuolien ja huolenpidon yhteisvaikutus erittäin huonoksi koettuun terveyteen monen selittäjän regressiomallissa.

	OR	Luottamus-väli	P	OR		p
ALKUPERÄINEN MALLI *				**LOPULLINEN MALLI**		
Kouluviihtyvyys						
Melko hyvä/ hyvä	1.0			1.0		
Huono	3.07	1.93-4.88	<0.001	3.31	2.13-5.13	<0.001
Työttömyys						
Ei työttömyyttä	1.0					
Työttömyyttä	1.12	0.61-2.07	.212			
Ei tietoa	1.37	0.84-2.23	.693			
Sisarusasema						
Ainoa lapsi	1.0					
Esikoinen	1.92	0.73-5.07	.186			
Keskimmäinen	2.20	0.80-6.01	.122			
Kuopus	2.63	1.02-6.77	.044			
Huolenpito						
Melko hyvä/ hyvä	1.0					
Huono	0.79	0.42-1.51	.484			
Tupakointi sisällä						
Ei	1.0					
Kyllä	1.12	0.61-2.04	.713			
Kotihuolet						
Ei	1.0					
Kyllä	1.37	0.91-2.05	.132			

* Alkuperäisessä mallissa mukana kaikki yhden selittäjän mallissa merkitseviksi osoittautuneet muuttujat.

5.3.7 Yhteenveto objektiivisen ja subjektiivisen terveyden selittäjistä

Taulukossa 42 esitetään yhteenveto niistä muuttujista, jotka selittävät tilastollisesti merkitsevästi joko pojilla tai tytöillä objektiivisen tai subjektiivisen terveyden indikaattoreita yhden selittäjän logistisessa regressiomalleissa. Allergiaa lukuun ottamatta terveysindikaattoreille löytyi kaksi tai useampia selittäjiä. Yhteensä seitsemän selittäjää oli tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä päivittäiseen oireisuuteen joko pojilla tai tytöillä.

Sukupuolten välillä oli selviä eroja. Terveyden objektiivisille indikaattoreille löytyi pojilla neljä, mutta tytöillä vain yksi selittäjä. Subjektiivisen terveyden indikaattoreille löytyi puolestaan tytöillä hieman useampia selittäjiä kuin pojilla.

Terveyden objektiivisista indikaattoreista pitkäaikaissairaudet lisäsivät päivittäistä oireisuutta, mutta muuten objektiivisten ja subjektiivisten terveysindikaattoreiden välillä ei ollut yhteyttä.

Yksinolo iltapäivisin, harrastusten puute, tunteiden tunnistamattomuus, harrastusten puuttuminen ja se, että ei ole missään hyvä, eivät olleet yhteydessä tämän tutkimuksen terveysindikaattoreihin. Eniten terveysindikaattoreita selittivät huolenpito, sisällä tupakointi, kouluviihtyvyys ja kotiin liittyvät huolet.

Taulukossa 43 on yhteenveto niistä muuttujista, jotka selittivät tilastollisesti merkitsevästi joko pojilla tai tytöillä terveyden subjektiivisia indikaattoreita monen selittäjän logistisissa regressiomalleissa. Asuinalue, sisällä tupakointi, kotihuolet ja pitkäaikaissairaudet selittivät kukin yhtä subjektiivisen terveyden indikaattoria. Kouluviihtyvyystaso nousi kaikkein tärkeimmäksi selittäjäksi ja se oli yhteydessä kaikkiin kolmeen subjektiiviseen terveyden indikaattoriin sekä tytöillä että pojilla.

Taulukko 42. Yhteenveto terveysindikaattoreiden tilastollisesti merkitsevistä selittäjistä yhden selittäjän logistisissa regressiomalleissa.

Sosiodemografinen asema	Pitkäaikaissairaus	Allergia	Lihavuus	Päivittäisiä oireita	Yleisarvio omasta terveydentilasta huono	Erittäin huonoksi koettu terveys
Asuinalue			P	P T		
Perhetyyppi				T		
Työttömyys						P
Sisarusasema				P T		T
Kotiolot						
Yksinolo iltapäivisin						
Huolenpitotaso huono				P T	P T	T
Sisällä tupakointi	P		P		T	T
Kouluviihtyvyytaso huono				P T	P T	P T
Lapseen liittyvät omakohtaiset tekijät						
Ei ole harrastuksia						
Ei tunnista tunteita						
Lapsella kotihuolia	P		T	P T	P	T
Ei ole missään hyvä						
Pitkäaikaissairaudet				P T		
Allergia						
Lihavuus						

P = poika T= tyttö

Taulukko 43. Yhteenveto subjektiivisen terveyden indikaattoreiden selittäjistä lopullisissa regressiomalleissa.

Alkuperäisten mallien selittäjät	Päivittäisiä oireita	Yleisarvio omasta terveydentilasta huono	Erittäin huonoksi koettu terveys
Sosiodemografinen asema			
Asuinalue	P T		
Perhetyyppi			
Työttömyys			
Sisarusasema			
Kotiolot			
Huolenpitotaso huono			
Sisällä tupakointi		T	
Kouluviihtyvyystaso huono	P T	P T	P T
Lapseen liittyvät omakohtaiset tekijät			
Lapsella kotihuolia	P T		
Pitkäaikaissairaudet	P T		
Allergia			
Lihavuus			

P = poika T= tyttö

5.3.8 Terveydenhoitajien palaute terveyskeskustelusta

Terveydenhoitajat antoivat palautetta terveyskeskustelusta kolmessa vaiheessa, jotka olivat: 1. Pilotti-arvio toisen pilottitutkimuksen jälkeen (n = 58), 2. loppuraportti heti terveyshaastattelun jälkeen (n = 123) ja 3. käyttöarvio kahden kuukauden kuluttua tutkimuksen suorittamisesta (n = 62).

Pilotti-arvio

Toisessa pilottitutkimuksessa mukana olleet terveydenhoitajat haastattelivat keskimäärin kahta lasta. Pilotti-arviossa annetuissa palautteissa terveydenhoitajat antoivat seuraavan arvion terveyskeskustelusta yleensä: 69 % terveydenhoitajista koki haastattelun positiivisena, 19 % neutraalina ja 12 % hankalana tai yksitoikkoisina.

Terveydenhoitajien palautteita terveyskeskustelusta:

yllättävän helppo,
lapset vastasivat auliisti
sujui odotettua nopeammin
sopii luotettavaksi osaksi terveystarkastusta
liian kaavamainen tilanne
samantyyppisiä kysymyksiä teen muutenkin, mutta haastattelu pani miettimään asioita syvemmin
leppoisa, mutta vähän teennäinen tilanne
lomake oli todella hyvä tuki haastattelutilanteessa

Samassa palautteessa terveydenhoitajat arvioivat myös sitä, miten lapsi koki keskustelun. Vastausten mukaan 51 % lapsista koki keskustelun mukavana ja miellyttävänä, 35 % neutraalina ja 14 % hankalana tai vaikeana tai lapsi oli tilanteessa jännittynyt.

Terveydenhoitajien palautteita lapsen reagoinnista terveyskeskusteluun:

iloisesti vastaili, muutamat kysymykset vaativat lisäselvitystä
lapsi kommentoi, että kivalta tuntui, ei vaikealta
oli vaivautunut lähes koko ajan
molemmat kokivat keskustelun hyvin positiivisesti
lapsi kertoi asioista hyvin avoimesti, ei ollut yhtään vaivaantuneen oloinen
ihmetteli kirjaamista
poika oli jännittynyt, tyttö oli oma itsensä

Pilotti-arviossa terveydenhoitajat antoivat palautetta jokaisesta lomakkeen kysymyksestä erikseen. Vapaamuotoisessa palautteessa terveydenhoitajat arvioivat kysymysten validiteettia 7-vuotiaan kanssa käytävässä keskustelussa.

Palautteista kävi ilmi, että 4 %:lle 117:sta lapsesta jotkut pilottitutkimuksessa käytetyistä sanoista olivat vaikeita ymmärtää. Niitä olivat:

SUBSTANTIIVIT	ADJEKTIIVIT	VERBIT	ADVERBIT
välipala terveys terveydentila harrastus ilmapiiri	läheinen keskinkertainen	kiusata	yleensä joskus melko

Terveydenhoitajan arvion mukaan kysymykset ymmärrettiin kuitenkin suurimmaksi osaksi hyvin ja ne tuntuivat lapsesta sopivilta. Pohdintaa aiheuttivat jonkin verran kysymykset ’Mitä mieltä olet omasta terveydestäsi’ sekä kysymykset ’Mikä tapahtuu, kun tulet oikein iloiseksi/surulliseksi’. Suurin osa terveydenhoitajista piti kysymystä ’Kuinka usein saat halauksia, suukkoja, paijaamista äidiltä/isältä’ erittäin tärkeänä ja mahdollisuutena saada uudenlaista tietoa lapsesta. Kysymys paljasti terveydenhoitajien mukaan lisäksi paljon lapsen ja vanhempien välisestä suhteesta.

Loppuraportti

Loppuraportti annettiin terveyskeskustelulomakkeiden palautuksen yhteydessä. Loppuraportissa terveydenhoitajat (n = 123) antoivat palautetta terveyskeskustelusta vastaamalla kolmeen kysymykseen, joissa he arvioivat terveyshaastattelun sujuvuutta, sen sopivuutta osaksi ensimmäisen luokan kouluterveydenhuoltoa sekä uuden tiedon saantia lapsesta terveyshaastattelun avulla.

Suurin osa terveydenhoitajista oli sitä mieltä, että terveyskeskustelut sujuivat hyvin tai erittäin hyvin. Terveydenhoitajien valtaosan mukaan ne sopivat osaksi ensimmäisen luokan kouluterveydenhuoltoa hyvin tai erittäin hyvin.

Tietoa terveyskeskustelusta saatiin vaihtelevasti Lähes puolet oli sitä mieltä, että he saivat uutta tietoa melko paljon tai runsaasti. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että uutta tietoa tuli vain jonkin verran (taulukko 44).

Taulukko 44. Terveyskeskustelujen sujuvuus ja sopivuus osaksi ensimmäisen luokan kouluterveydenhuoltoa sekä uuden tiedon saanti, jakaumat (%).

	%
Sujuivat	
Erittäin hyvin	59
Hyvin	36
Keskinkertaisesti	5
Huonosti	1
Yhteensä	100
Sopivat osaksi 1. luokan kouluterveydenhuoltoa	
Erittäin hyvin	28
Hyvin	54
Keskinkertaisesti	15
Melko huonosti	3
Yhteensä	100
Antoivat uutta tietoa	
Runsaasti	2
Melko paljon	41
Vain jonkin verran	50
Tuskin lainkaan	7
Yhteensä	100

Käyttöarvio

Terveyskeskustelua koskeva käyttöarvio tehtiin kahden kuukauden kuluttua terveyskeskustelun toteuttamisesta. Käyttöarvion palautti puolet terveyskeskustelun suorittaneista terveydenhoitajista (n = 62). Käyttöarviossa kysyttiin terveydenhoitajien mielipiteitä siitä, milloin terveyskeskustelut olisi hyvä pitää ja miten sen avulla on mahdollista löytää tukea tarvitsevat oppilaat. Taulukossa 45 on esitetty terveydenhoitajien mielipiteet asiasta.

Taulukko 45. Terveydenhoitajien näkemys terveyskeskustelun ajankohdasta, jakauma (%)

Ajankohta	%
1. luokan syksy	51
1. luokan kevät	20
2. luokan syksy	19
2. luokan kevät	7
3. luokan syksy	2
Yhteensä	100

Käyttöarviossa kysyttiin myös sitä, löytyykö terveyskeskustelun perusteella tukea tarvitsevat oppilaat. Terveydenhoitajista 68 %:n mielestä löytyi, 9 %:n mukaan ei löytynyt, 6 % ei osannut sanoa ja 17 % vastasi, että opettajan tuella löytyi. Tukea tarvitseva luokka löytyi 63 %:n mielestä, 20 %:n mielestä löytyy, jos opettajan käsitys on mukana, 4 % vastasi, että ei löydy ja 12 % ei osannut sanoa.

Terveydenhoitajat antoivat lisäksi yleistä palautetta terveyskeskustelusta. Taulukossa 46 on nähtävillä terveyskeskusteluun liittyvät myönteiset ja kielteiset asiat. Lasten suhtautumista positiivisesti pidettiin kaikkein myönteisimpänä asiana. Kielteisimpänä asiana pidettiin ajan puutetta.

Taulukko 46. Terveydenhoitajien näkemys terveyskeskustelun myönteisistä ja kielteisistä asioista, jakauma (%).

Myönteiset asiat	**%**	**Kielteiset asiat**	**%**
Lapset suhtautuivat positiivisesti	31	Vaatii aikaa	31
Sai laajemman kuvan lapsesta	16	Uutta asiaa tuli vähän	27
Hyvä, jos muutetaan muita työtapoja	13	Kysymykset vaikeita	11
Helppo lähestyä lapsia myöhemmin	11	Kopioiminen työlästä	8
Sopii kouluuntulotarkastuksen yhteyteen	7	Lapsella ei vielä tietoa koulunkäynnistä	6
Yleensä ottaen hyvä menetelmä	7	Ihmissuhdeasiat vaikeita	6
Ei osaa sanoa	7	Joutuu itse ohjailemaan vastauksia	4
Sopii myös muille luokille	4	Tekee tarkastuksen kaavamaiseksi	4
Ihmissuhde- ja kotiasiat tulivat esiin	2	Liian laaja	2
Yhteensä	100	Yhteensä	100

6 POHDINTA

6.1 Tutkimusasetelma

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää kouluuntulotarkastuksen toteuttamista, sisältöä ja terveydenhoitajien tietämystä koulutulokkaasta ja hänen perheestään. Tavoitteena oli myös kuvata koulutulokkaan terveyttä ja terveyttä selittäviä tekijöitä sekä tutkia niiden välisiä yhteyksiä koulutulokkaan ja terveydenhoitajan välisessä terveys-keskustelussa saatujen tietojen perusteella.

Vaikka kouluuntulotarkastus on toimintana vakiintunut kouluterveydenhuollossa, ei sen nimi eikä myöskään sisältö ole yksiselitteinen. Kouluuntulotarkastuksen ohella puhuttiin koulutarkastuksesta, kouluunlähtötarkastuksesta, kouluunmenotarkastuksesta, kouluvalmiustarkastuksesta, koulupiikistä ja vuositarkastuksesta. Myös Varjoranta ja Pietilä (1999) havaitsivat, että kouluuntulotarkastuksesta käytetään erilaisia nimityksiä. Lisäksi kouluuntulotarkastus-nimi voitiin liittää yhden yksittäisen tarkastuksen ohella kahteen, jopa kolmeen, erilliseen lapselle tehtävään määräaikaistarkastukseen. Neuvolassa tapahtuva, lastenneuvolan viimeinen tarkastus saattoi olla nimeltään kouluuntulotarkastus, kuin myös koulussa tapahtuva terveydenhoitajan ja/tai lääkärin suorittama ensimmäinen tarkastus. Tämän tutkimuksen edetessä kouluuntulotarkastus rajautui tarkoittamaan kouluterveydenhuollon koulun alkamisvaiheessa suorittamien tarkastusten kokonaisuutta, joka käytännössä kattaa koulun alkamisvuoden ja ensimmäisen lukuvuoden aikana tehdyt määräaikaistarkastukset.

Tutkimus lähti liikkeelle sekä kouluterveydenhuollon kehittämisen että lasten hyvinvoinnin ja terveyden väestötasoisen seurannan tarpeista. Aikaisempaa tietoa kouluuntulotarkastuksista oli niukasti eikä tämänikäisten lasten terveydestäkään löytynyt liioin epidemiologisia tutkimuksia. Kirjallisuuskatsaus vahvisti, että kouluterveydenhuoltoa yleensä ja sen sisällä myös kouluuntulotarkastuksia on kehitetty keskitetyn asiantuntija-ohjauksen puitteissa. Käytännössä tämä ohjaus on toteutunut sekä lainsäädännössä että lääkintöhallituksen antamissa ohjeissa ja toisaalta terveydenhoitajakoulutuksen sisällöissä. Kun nämä ohjausjärjestelmät olivat jo 1980-luvulla ja varsinkin 1990-luvun alussa heikentyneet, 1990-luvun puolivälissä ei ollut käytettävissä tietoa kouluuntulo-tarkastusten toteutumisesta.

Tämä tutkimus on perusluonteeltaan käytännön työtä tukeva tutkimus- ja kehittämistyö, joka ei alunperin perustunut erityiseen tieteelliseen kysymyksenasetteluun eikä tutkimuksen taustalla ollut tiettyä teoreettista mallia. Ensin selvitettiin kouluuntulo-tarkastusten nykytilannetta ja pohdittiin yhdessä kouluterveydenhoitajien kanssa mah-

dollisuuksia entistä suunnitelmallisempaan tiedonkeruuseen ja tallentamiseen. Tässä vaiheessa kiinnostavaksi kysymykseksi nousi varttuneempien nuorten keskuudessa toteutettujen toistuvien tiedonkeruumenetelmien (Nuorten terveystapatutkimus, WHO-koululaiskysely, Kouluterveyskysely) soveltaminen kouluuntulotarkastuksessa.

Kouluuntulotarkastus on aikaisemmin annetuissa ohjeissa ollut varsin aikuislähtöinen. Vaikka käytännön työssä lääkärit ja terveydenhoitajat keskustelevat lapsen kanssa ja kuuntelevat häntä, ohjeet ja lomakkeet keskittyvät aikuisten tiedon tallentamiseen. 1990-luvun puolivälissä keskusteltiin paljon lapsinäkökulmasta (Strandell 1995). Myös laki potilaan asemasta ja oikeudesta (785/92) korosti lapsinäkökulman esilletuomista, lasta on kuultava häntä koskevissa asioissa. Eri tahoilta tulevat virikkeet selkiyttivätkin varsin pian keskeisimmäksi haasteeksi kouluterveydenhoitajan ja lapsen välisen terveyskeskustelun: Onko mahdollista jo 6–7 vuoden iässä lapsen kanssa keskustelemalla kerätä hänen omista terveyskokemuksistaan suunnitelmallisesti sekä väestötasoista seurantaa että myös tutkimustarpeita palvelevia tietoja samalla kun selvitetään kouluterveydenhuollon perinteisen työtavan mukaisesti yksilöllistä terveystilannetta? Näin tutkimuksen keskeisin osa kohdistui kouluterveydenhoitajan työhön ja ajankohtaiseksi tuli erikseen selvittää, miten hyvin kouluterveydenhoitajat kokevat tietävänsä eri ulottuvuudet lapsen terveyden kannalta relevanteista asioista. Perinteinen kouluuntulotarkastuksen ydin – määräaikaistarkastus, jossa lääkäri tutkii lapsen vanhempien ja terveydenhoitajan läsnäollessa – jäi siis tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Käytännön työn kehittämistavoitteista seurasi, että terveyskeskusteluun valittiin erilaisten kuntien joukko ja keskustelut toteutettiin ilman erityisiä lisävoimavaroja kouluterveydenhuollon arkisessa käytännössä. Jos menetelmä toimisi ja tuottaisi käyttökelpoisia tietoja niin Espoossa ja Turussa kuin Keski-Suomen pienissä kunnissa, se melko varmasti soveltuisi laajemminkin suomalaiseen kouluterveydenhuoltoon.

Kehittämistutkimukselle ominaiseen tapaan tutkimusasetelma alkoi kiteytyä vasta aineiston analyysi- ja raportointivaiheessa. Vaikka varttuneempien lasten keskuudessa tehdyt tutkimukset ja lapsinäkökulman korostaminen olivat nostaneet subjektiivisen terveyden keskeiseksi tutkimuskohteeksi, aikaisempien vastaavien tutkimusten puuttuminen ylläpiti pitkään epävarmuutta aineiston käyttökelpoisuudesta epidemiologisessa tutkimuksessa. Analyysien edetessä subjektiivisesta terveydestä tuli tieteellisen tutkimuksen keskeisin teema.

Vaikka tämä tutkimus kohdistui pääasiassa terveyskeskusteluun ja sen tuottamaan aineistoon, on tulokset ja kokemukset tiivistetty käytännön suosituksiin kouluuntulotarkastusten kehittämiseksi. Varsinaisten tutkimustulosten rinnalla suosituksiin on vaikuttanut myös osallistuminen laajemmin kouluterveydenhuoltoa koskevaan keskusteluun ja tiivis yhteistyö tähän tutkimukseen osallistuneen kouluterveydenhuollon henkilöstön kanssa.

6.2 Tutkimusaineistojen ja menetelmien arviointia

6.2.1 Kouluuntulotarkastusten nykytila ja terveydenhoitajien arviot tiedoistaan

Kouluuntulotarkastusten nykytilaa selvitettiin kahdessa postikyselyssä, joista ensimmäinen osoitettiin koko maan terveyskeskuksille vuonna 1996 ja toinen 14 kunnan alaasteiden kouluterveydenhoitajille vuonna 1998.

Ensimmäisessä kyselyssä tavoitteena oli selvittää valtakunnallisesti kouluuntulotarkastuksen ajankohtaa, toteuttamispaikkaa ja toteuttajia. Kaikille terveyskeskuksille osoitettu postikysely tehtiin tarkoituksella lyhyeksi ja siten nopeasti täytettäväksi. Kun vastaamattomille tehtiin puhelinhaastattelut, tiedot saatiin lähes kaikista (96 %) terveyskeskuksista. Tulokset voidaan siten varauksetta yleistää koko maahan. Samalla on kuitenkin huomattava, että kyselyssä selvitettiin tilannetta vuonna 1996, jolloin kunnat elivät 1990-luvun taloudellisen laman vaikeinta aikaa. Vaikka sen jälkeen kouluterveydenhuollon järjestelyt ovat voineet monissa kunnissa muuttua, maan kokonaistilanne tuskin on olennaisesti parempi 2000-luvun alkaessa.

Terveydenhoitajille osoitetussa kyselyssä tarkennettiin terveyskeskuskyselyn tietoja kouluuntulotarkastuksen toteuttamisesta sekä selvitettiin terveydenhoitajien tietoja lapsesta ja hänen perheestään. Tutkimusresurssien pienuudesta johtuen kysely kohdistettiin kuntiin, joissa oli meneillään Stakesin koordinoima Lasten terveyden hyvinvointi-selonteko-kuntahanke (Suominen 1999) ja joissa tehtiin myös muita kouluterveyden-huollon tilaa selvittäviä tutkimuksia. Vastausprosentti oli 86, jota voidaan pitää varsin korkeana. Tutkimuskunnat olivat oma-aloitteisesti hakeutuneet Stakesin koordinoimaan kehittämishankkeeseen, eikä näyte ole edustava koko maata ajatellen. Pikemminkin on todennäköistä, että näissä kunnissa on tunnettu keskimääräistä enemmän kiinnostusta lasten hyvinvointiin ja tulokset antanevat keskimääräistä myönteisemmän kuvan kouluterveydenhoitajien työstä.

Terveydenhoitajakyselyssä selvitettiin heidän omia käytäntöjään kouluuntulotarkastuksen toteuttamisesta ja myös omia arvioita lasta ja hänen perhettään koskevien tietojen hyvyydestä. Vastaajajoukko oli kyllin suuri (n = 209) ja vastausaktiivisuus korkea ja siten aineiston voidaan olettaa kuvaavan varsin hyvin sekä terveydenhoitajien työtä että heidän kokemustaan lapsesta ja hänen perheestään kouluun tulon yhteydessä kertyvistä tiedoista.

6.2.2 Terveyskeskustelun valmistelu, aineisto ja sisältö

Tutkimuksen valmistelu

Terveyskeskustelu suunniteltiin terveydenhoitajien, tutkimuksen ohjaajien ja tutkijan työkokouksissa. Ensimmäisissä työkokouksissa määriteltiin kouluuntulotarkastuksen

rutiinikäytäntöjä ja niihin liittyviä tiedonkeruumenetelmiä koulutulokkaiden terveydestä. Lisäksi pohdittiin koulutulokkaan terveyttä ja sitä selittäviä tekijöitä. Erityisesti keskusteltiin menetelmistä, joilla tieto 7-vuotiailta voidaan luotettavimmin ja kouluterveydenhuollon käytäntöihin sopivimmin saada.

Ensimmäinen pilottitutkimus vahvisti aikaisemmat Jakobssonin ja Köhlerin (1991) sekä Puuran (1998) esittämät näkemykset siitä, että tietoa voidaan saada suoraan lapselta itseltään. Lisäksi ne osoittivat, että myös alle 8-vuotiaita voidaan hyvin haastatella, vaikka Puura (1998) ja Apajasalo (1997) esittävätkin sopivaksi aloitusiäksi 8:n vuoden ikää silloin kun lapsi itse on informanttina.

Aineisto

Terveyskeskustelututkimuksen alueet (Espoo. Turku, Keski-Suomi) eivät edustaneet koko maata. Nämä alueet tulivat mukaan siksi, että niihin oli jo aikaisemmin rakentunut hyvät yhteistyösuhteet ja aineistoksi saatiin varsin erilaisia kuntia. Olennaista oli, että tutkimuksen ei haluttu lisäävän terveydenhoitajien työmäärää, koska aikaisemmat tutkimukset olivat osoittaneet terveydenhoitajien voimavarat suhteessa kouluterveydenhuollon vaatimuksiin niukiksi (Latikka ym. 1994). Tästä seurasi, että aineiston keräämiseen osallistui varsin suuri joukko terveydenhoitajia (N = 123), jotka tutkivat keskimäärin 15 lasta. Bondin ja Mahonin (1984) mukaan kyselyn varjopuolia ovat niiden suuri alttius vastaamisolosuhteista riippuvalle vaihtelulle. Vaikka työkokouksilla ja koulutustilaisuuksilla pyrittiin varmistamaan yhteiset käytännöt terveyskeskusteluissa, on kuitenkin todennäköistä, että terveydenhoitajien välillä oli eroja keskustelujen toteuttamisessa. Käytettävissä olevan aineiston perusteella ei ole mahdollista tarkemmin selvittää näiden erojen vaikutusta tuloksiin.

Terveydenhoitajia pyydettiin valitsemaan tutkimukseen satunnaisesti joka kolmas lapsi. Tutkimusjoukoksi tuli 1820 lasta, mikä oli 85 % tavoitteeksi asetetusta 2145 oppilaasta. Tavanomaista koulun alkamisikää nuorempana tai vanhempana kouluun tulleiden määrä oli pieni. Koulutulokkaiden ikä vastasi käytännöstä saatua tietoa (Lyttinen, suullinen tiedonanto 1999). Aineisto edustaa hyvin 7-vuotiata tutkimusalueilla. Kun kyseessä oli vain yksi ikäluokka, aineiston koko oli riittävä tutkimustarkoitukseen.

Kyselyn sisältö ja kysymysten toimivuus

Sosiodemografista taustaa ja objektiivisen terveyden indikaattoreita koskevat tiedot saatiin terveyskertomuslomakkeista ja tarkastuksen yhteydessä käytettävissä olleista tiedoista. Objektiivisen terveyden indikaattorit jouduttiin rajaamaan niihin tietoihin, mitä tarkastustilanteessa oli saatavissa: Pitkäaikaissairaudet, allergia ja lihavuus. Niiden luotettavuutta ei erikseen selvitetty. Pituus ja paino mitattiin kunkin terveydenhoitajan käytettävissä olleilla välineillä. Nämä tiedot ovat siis niin luotettavia kuin vastaavat tiedot yleensä kouluterveydenhuollon arkisessa työssä ovat.

Subjektiivisen terveyden kysymykset otettiin varsin suoraan varttuneempien lapsien kyselytutkimuksista. Alunperin oltiin varsin epävarmoja seitsemänvuotiaiden valmiudesta esittää yleisarviota omasta terveydestään ja yhtä epävarmoja oltiin oirekysymyksistä. Koettua terveydentilaa selvittävä kysymys koettiinkin pilottitutkimuksissa osittain vaikeana. Sen yhtäpitävyysprosentti oli kuitenkin korkea. Molemmat toimivat yllättävän hyvin ja hajontaakin tuli odotettua enemmän. Varsin yksinkertaisilla kysymyksillä voidaan jo tässä iässä löytää ryhmätasolla lapsia, joiden kokemus terveydestä viittaa ongelmiin.

Lapsen sosiodemografista asemaa kuvaavissa kysymyksissä oli vain yksi kysymys huoltajuudesta. Esimerkiksi perheen hajoamisen ajankohtaa ei voitu kysyä, koska siihen liittyvän tiedon hankkiminen olisi kuormittanut terveydenhoitajia liiaksi.

Vanhempien ammattinimikettä sosioekonomisen aseman selvittämiseksi ei myöskään kysytty. Ensimmäinen pilottitutkimus osoitti, että lapset eivät tienneet vanhempiensa ammatteja. Terveydenhoitajien mukaan ammattinimikkeet olivat vaikeasti tulkittavissa ja usein vaihtuvia. Työttömyydestä ei kysytty sen kestoa, taaskin terveydenhoitajien työn säästämiseksi. Tieto työttömyydestä väheni perhetyyppien mukaan. Tulos osoitti, että perheen hajotessa sekä neuvolakäynneillä että kouluuntulotarkastuksessa kertyneet tiedot perheestä huonontuvat. Se ryhmä, jonka työttömyyttä ei tiedetty, muistutti enemmän työttömien kuin työssäkäyvien ryhmää. Näin ollen epävarmuus työttömyydestä on jo sinänsä tärkeä tieto lapsen perheestä.

Lapsen kotioloista yritettiin saada kuvailevaa lisätietoa kysymyksellä ’Onko kotona jotakin sellaista, mistä kannat huolta?’. Sen avulla haluttiin saada lapsinäkökulmatietoa erityisesti niistä kotiin liittyvistä arkaluontoisia asioista, joita terveydenhoitajan olisi hyvä tietää. Vaikka terveydenhoitajat epäröivät tämän kysymyksen ottamista lomakkeeseen, se kuitenkin esitettiin keskustelussa. Näkemykset siitä, kuinka arkaluontoisia asioita lapsilta itseltään voi kysyä, vaihtelevat. Tammisen (suullinen tiedonanto 1996) mukaan on moraalisesti oikeampaa kysyä arkaluontoisiakin asioita kuin jättää kysymättä.

Terveyskeskustelusta saadut kokemukset vahvistivat, että 7-vuotiaat kykenevät vastaamaan myös arkaluontoisiin kysymyksiin ja esimerkiksi analysoimaan tunteitaan aivan kuten Harris ym. (1981) ovat esittäneet. Toisaalta on vaikea sanoa, kuinka paljon koulutulokkaat vastasivat näihin kysymyksiin sosiaalisen suotavuuden perusteella. Cooper ja Goodyer (1993) ovat esittäneet, että lapset, niin kuin aikuisetkin, vastaavat sosiaalisen suotavuuden perusteella kysymyksiin, jotka liittyvät hämmentäviä ja epämiellyttäviä tuntemuksia aiheuttaneisiin kokemuksiin.

6.3 Terveyskeskustelun hyväksyttävyys

Terveyskeskustelua on aikaisemmin sovelluttu aikuisten (Poskiparta 1996) ja varttuneempien lasten terveyttä selvittävissä tutkimuksissa (Borup 1995). Tässä tutkimuksessa terveyskeskustelua tiettävästi sovellettiin ensimmäisen kerran 7 vuoden ikäisten

terveydentilan selvittämiseen. Tutkimusta valmisteltaessa tärkein vaatimus oli, että terveydenhoitajat ja lapset hyväksyisivät terveyskeskustelun kouluuntulotarkastuksen tavanomaisessa ympäristössä.

Lasten terveyskeskustelussa kysymysten on oltava lyhyitä ja yksinkertaisia. Niiden täytyy myös vastata lapsen kielellistä kehitystä. Jo melko tutuiltakin tuntuvat sanat olivat pilottitutkimuksen palautteen perusteella joillekin lapsille vaikeita (ks. s. 115). Myös numeroiden tunteminen ensimmäisellä luokalla voi olla puutteellista (Perry ja Weinstein 1998). Joissakin kysymyksissä jouduttiin kuitenkin käyttämään vastaus-vaihtoehtoina numeroita aiheen luonteesta johtuen. Pilottivaiheesta saatujen kokemusten perusteella useimmissa kysymyksissä oli neljä vastausvaihtoehtoa. Tällaiset kysymykset osoittautuivat lapsen kannalta riittävän helpoksi vastattavaksi. Kaiken kaikkiaan kysely tuntui olevan riittävän helppo suurelle enemmistölle lapsista. Pari prosenttia heistä ei ymmärtänyt jotain kysymystä tai jonkun kysymyksen jotakin sanaa.

Vastausten merkitseminen tehtiin yksinkertaiseksi ja helpoksi. Myös avoimet kysymykset tehtiin sellaisiksi, että vastausten kirjaaminen oli mahdollisimman nopeaa. Aikaa terveyskeskusteluihin kului oppilasta kohden keskimäärin 15 minuuttia. Kysymysten määrä ja niihin käytetty aika tuntui palautteiden perusteella sopivalta koulutulokkaan vastaamiskykyyn nähden.

Terveyskeskustelut sujuivat lähes kaikkien terveydenhoitajien mukaan hyvin. Suurin osa lapsista oli terveydenhoitajien mukaan tyytyväisiä päästessään kahdenkeskiseen keskusteluun terveydenhoitajan kanssa. Pieni osa, noin joka seitsemäs, koki keskustelun vaikeana tai oli tilanteessa jännittynyt. Terveydenhoitajien mukaan kysymyksistä oli selvästi mieluisampia kuin toiset. Harrastuksiin, ilon tunteeseen ja käsityksestä itsestään hyvänä selvittävät kysymykset tuntuivat lapsista erityisen mieluisilta, samaten isältä ja äidiltä saatua hellyyttä selvittävä kysymys.

Osa terveydenhoitajista koki terveyskeskustelun raskaaksi. Keskustelun toteuttamiseksi oli varattava ylimääräinen aika jokaisen oppilaan kohtaamiseen kahden kesken. Pituuden ja painon mittaus koettiin lisätyöksi. Pääosa terveydenhoitajista piti kuitenkin terveyskeskustelua hyvänä menetelmänä tietojen saamiseen koulutulokkaasta ja katsoi sen soveltuvan hyvin kouluterveydenhuollon käytäntöihin ensimmäisenä kouluvuonna.

6.4 Kotiolot

Perheiden hajoaminen on ollut paljon esillä pohdittaessa lasten ongelmia. Tässä aineistossa kuitenkin 82 %:lla lapsista oli huoltajina biologiset vanhemmat. Vain joka kymmenennellä lapsella oli vanhempana yksinhuoltaja. Vastaava tulos on saatu pohjoismaisessa lasten terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa vuodelta 1996 (Berndtson 1999 suullinen tiedonanto). Vaikka perheiden lapsiluku onkin vähentynyt, yhdeksällä kymmenestä tämän tutkimuksen lapsesta oli sisaruksia. Suuri enemmistö lapsista näyttää ainakin kouluuntulon vaiheessa varttuvan perinteisissä perheessä, joissa on molemmat vanhemmat ja sisaruksia.

Työttömyys oli vuonna 1997 koulutulokkaiden perheissä selvästi yleisempää kuin perheiden hajoaminen. Noin joka kolmas lapsi asui perheessä, jossa oli työttömyyttä tai vanhempien työtilanne ei ollut kouluterveydenhuollon tiedossa. Erityisesti on huomattava, että työttömyys kasautuu ei-biologisten vanhempien ja yksinhuoltajien perheisiin. Joka kolmannessa yksinhuoltajaperheessä oli työttömyyttä ja lisäksi joka neljännessä puuttui tieto työllisyydestä.

Neljännes lapsista vietti iltapäivänsä yksin ilman aikuisen valvontaa. Todennäköistä on, että lapsista osa vietti iltapäivänsä vain sisarustensa kanssa, joka saattoi merkitä samaa kuin yksinolo. Jatkossa kysymystä tulisikin täsmentää niin, että myös vain sisarustensa kanssa iltapäivisin olevien lasten osuus saadaan selville. Kun vanhemmat ovat työttömiä, heillä on keskimääräistä enemmän aikaa olla kotona eikä lasten tarvitse olla yksin. Silti osa työttömienkin lapsista vietti iltapäiviään yksin. Koska yksinäiset iltapäivät ovat esimerkiksi Pulkkisen (1997) mukaan lapsen turvallisuudentunteen kannalta suuri riski ja lisäksi työttömyys on sinänsä epäjatkuvuustekijänä riski lapselle, olisi kouluterveydenhuollon tunnistettava viimeksi mainitut lapset erityisen hyvin heti koulun alkaessa.

Tässä tutkimuksessa huolenpito lapsesta ymmärrettiin samalla tavalla kuin Mannerheimin Lastensuojeluliiton perustamisjulistuksessa (ks. Korppi-Tommola 1990), jonka mukaan oikeus hellyyteen ja huolenpitoon on jokaisen lapsen perusoikeus. Järventie (1999) käytti huolenpidon käsitettä kattamaan ateriointia, hygieniaa, vaatteiden vaihtoa, nukkumaanmenoa ja aikuisten läsnäoloa lapsen elämässä. Kodin arkiset toiminnat kuvastavat huolenpitoa lapsesta. Tässä näkökulmassa ateriointi, lepo ja hygienia eivät ole lapsen yksilöllisiä terveystottumuksia, vaan ilmaisevat vanhempien huolenpitoa lapsestaan.

Viidennes lapsista ei syönyt päivällistä säännöllisesti. Osuus on suurempi kuin lasten vanhemmilta saatu tieto, jonka mukaan 14 % 7–11-vuotiaista ei syönyt säännöllisesti päivällistä (Sihvola 1994). Saattaa olla, että lapsilta saatu tieto kuvaa todellisuutta paremmin kuin tieto vanhemmilta, joiden vastauksissa voi olla enemmän sosiaalisen suotavuuden vaikutusta. Välipalan syönti oli koulutulokkailla tuntuvasti yleisempää kuin yläaste-ikäisillä, joista kolmannes tytöistä ja kaksi viidesosaa pojista ei syönyt välipalaa koulun jälkeen (Urho ja Hasunen 1999).

Tytöt söivät poikia säännöllisemmin kaikki kolme ateriaa (kouluruoka, välipalat ja päivällinen). Pienellä joukolla tyttöjä oli kuitenkin epäterveet ateriointitavat. Ne tytöistä, jotka söivät epäsäännöllisesti kouluruokaa, söivät epäsäännöllisesti myös päivällistä. Tässä tutkimuksessa voitiin myös osoittaa, että säännöllisten aterioiden syönti väheni lihavuuden myötä tytöillä. Näyttää siltä, että jo ensimmäisellä luokalla osa tytöistä valikoituu ryhmäksi, jolla on ateriointitavat ovat puutteellisia ja epäsäännöllisiä.

Nukkumaanmenoajat vaihtelivat paljon. Noin joka kolmas meni nukkumaan klo 21 jälkeen. Aikaisempia tutkimuksia tämän ikäisten nukkumaanmenoajoista ei ole käytettävissä. Pojat menivät nukkumaan hieman tyttöjä myöhemmin ja he raportoivat enemmän väsymystä kuin tytöt. Joka kymmenenneltä lapselta jäivät hampaat ja 6 %:lta kädet pesemättä päivittäin.

Tarkasteltaessa tämän tutkimuksen mittareita kokonaisuutena suuri enemmistö lapsista sai riittävästi huolenpitoa osakseen. Pojista pidettiin huonommin huolta kuin tytöistä. Samaan tulokseen päädyttiin myös Järventien (1999) tutkimuksessa, jonka mukaan pojilla oli tyttöjä enemmän sekä fyysisen että psyykkisen hoivan puutetta

Joka kymmenennen lapsen kodissa joku henkilö tupakoi sisätiloissa. Tulos on sama kuin vanhempien itsensä ilmoittama tupakointi. Sihvolan (1994) mukaan 10 %:ssa 7–11-vuotiaiden kodeista tupakoitiin sisätiloissa. Tupakointi oli selvästi keskimääräistä yleisempää työttömien, yksinhuoltajien ja ei-biologisten vanhempien kotona. Kodin tupakointi oli myös yhteydessä pitkäaikaissairauksiin ja lihavuuteen pojilla ja huonoksi koettuun terveydentilaan tytöillä. Merkittävä osa terveydenhoitajista tiesi oman arvionsa mukaan vanhempien tupakoinnin huonosti. Vanhempien tupakointi kotona näyttää kuitenkin oleva tärkeä indikaattori ilmaisemaan perheitä, joissa lapsi saattaa tarvita keskimääräistä enemmän kouluterveydenhuollon tukea.

Kotona saadun hellyyden kysyminen tuotti odotettuja tuloksia. Pojat saivat vähemmän hellyyttä sekä äidiltä että isältä tyttöihin verrattuna. Poikien osakseen saama vähempi hellyys saattoi selittyä kulttuurisilla tekijöillä. Suomalainen mies ei ole tottunut saamaan eikä antamaan fyysistä hellyyttä. Osa 7-vuotiaista pojista saattoi myös vastaustilanteessa haluta olla ’kovempi’ kuin olikaan, eikä sen vuoksi halunnut puhua saamistaan halauksista, suukoista ja paijaamisista (Sinkkonen 1995).

Kun kotioloja tarkasteltiin sosiodemografisen aseman mukaan, asuinalueella näytti olevan vähiten yhteyttä negatiivisiin kotioloihin. Työttömyys oli selvimmin yhteydessä puutteelliseen huolenpitoon. Sisarusasema mukaan keskimmäisillä lapsille kertyi eniten haitallisia asioita ja ainoille lapsille vähiten.

Vaikka lasten huolenpidosta kotona puhutaan paljon ja se on ollut esillä kasvatuskeskustelussa näkyvästi jo silloin kun Mannerheimin Lastensuojeluliittoa perusteltiin, varsin vähän on kehitelty huolenpidon mittaamista. Menetelmällisten kysymysten vuoksi on vaikea esittää perusteltua lukua merkittävää huolenpidon vajetta kokevien lasten osuuksista. Yhdessä Järventien (1999) tutkimuksen kanssa saadut tulokset viittaavat siihen, että merkittävää huolenpidon vajetta kotonaan kokee todennäköisesti yli kymmenesosa koulutulokkaista.

6.5 Kouluolot

Terveyskeskustelun ajankohtana useimmat lapset olivat olleet koulussa vasta muutaman kuukauden. Vaikka kouluviihtyvyyden yleistaso oli suurimmalla osalla hyvä, monet raportoivat myös ongelmia. Koulumatkapelkoja ja koulukiusaamista lukuun ottamatta tytöt viihtyivät koulussa poikia paremmin. Jo koulun alkaessa tilanne on siis tässä suhteessa paljolti samanlainen kuin monissa myöhemmällä iällä tehdyissä tutkimuksissa (Laakso 1992, Kannas 1995).

Lapset raportoivat ensimmäisen lukuvuoden aikana yleisesti koulukiusaamista. Tässä tutkimuksessa kiusaamista raportoi 20 % tytöistä ja 30 % pojista, kun vastaavat luvut

esimerkiksi Puuran ym. (1995), jossa tutkittiin 8-vuotiaita, olivat 4,2% tytöistä ja 7.3 % pojista. Tämän aineiston tuntuvasti korkeampi luku johtunee metodieroista. Koulukiusaamisen määrittelyssä puhutaan toistuvasta, yhteen ja samaan lapseen kohdistuvasta negatiivisesta toiminnasta (Salmivalli 1999). On mahdollista, että koulutulokkaiden vastauksissa kiusaaminen ei tarkoittanut samaa asiaa kuin Salmivallin määrityksessä, vaan sellaisena on pidetty kaikenlaista kahden oppilaan välistä nahistelua. Metodiongelmista riippumatta myönteinen vastaus kiusaamiskysymykseen vaatii jatkoselvitystä kouluterveydenhuollossa.

Koulun koolla ei ollut yhteyttä kiusaamiseen. Puuran ym. (1995) selvityksessä kiusaamista esiintyi enemmän suurissa kouluissa, mutta Olveuksen (1992) mukaan koulun koolla ei ole merkitystä koulukiusaamiseen.

Sisarusasemaa lukuun ottamatta kouluviihtyvyys oli selvässä yhteydessä perheen sosiodemografista asemaa kuvaaviin muuttujiin. Keski-Suomessa kouluviihtyvyys oli hieman keskimääräistä huonompi. Vanhempien ollessa työttömiä tai kun työttömyydestä ei ollut tietoa huono kouluviihtyvyys oli lähes kaksi kertaa yleisempää kuin työssä käyvien vanhempien lapsilla. Perhetyypin yhteys huonoon kouluviihtyvyyteen oli yhtä voimakas. Ei-biologisten vanhempien ja yksinhuoltajien lapset voivat tämän tutkimuksen mukaan koulussa huonommin kuin biologisten vanhempien lapset.

6.6 Lapseen liittyvät subjektiiviset tekijät

Lapseen liittyvillä subjektiivisilla tekijöillä tarkoitettiin tässä tutkimuksessa harrastuksia, tunteiden tunnistamista, lapsen kokemia kotihuolia ja myös tulkintaa siitä, missä asiassa on omasta mielestään oikein hyvä. Koulun alkamisiässä lapsilla näyttää olevan paljon toimintaa, jonka he itse ymmärtävät harrastamiseksi, vain viidesosalla ei ollut yhtään harrastusta. Harrastaminen ei ole yksiselitteinen asia. Osa lapsista ilmoitti harrastuksekseen kodin jokapäiväistä toimintaa kuten leikkimisen, askartelun ja piirtämisen. Kodin ulkopuolella olevia harrastuksia oli kahdella kolmasosalla. Liikuntalajeja harrastettiin eniten. Jalkapallo oli yleisin laji pojilla, tytöillä jumppa. Samanlaisia tuloksia on saatu Nuoren Suomen tutkimuksessa vuodelta 1998, jossa jalkapallo oli suosituin laji, seuraavaksi tuli jääkiekko ja kolmanneksi jumppa (Nuori Suomi 1998).

Lapset osasivat kertoa paljon iloistaan, suruistaan ja peloistaan. Vain pieni joukko lapsista ei osannut sanoa mitään näihin kysymyksiin. Tyttöjen ja poikien välillä ei tässä suhteessa ollut eroa. Eniten surua tuotti kiusaaminen, mikä johtunee kiusaamisen yleisyydestä vastaajien keskuudessa.

Lapsista neljännes ilmoitti pelkäävänsä jotakin. Samanlainen tulos saatiin, kun vanhemmilta kysyttiin 7–11 -vuotiaiden peloista. Joka neljäs vanhemmista ilmoitti havainneensa lapsellaan erilaisia pelkoja (Sihvola 1994). Tässä tutkimuksessa lapset ilmoittivat pelkäävänsä pimeyttä, muita ihmisiä ja yksinäisyyttä, kun Sihvolan tutkimuksessa vanhempien vastausten mukaan lapset pelkäsivät eniten yksinäisyyttä, kuolemaa ja kavereita.

Kotiin liittyviä huolia oli vajaalla puolella lapsista. Useimmiten huolet olivat aika arkisia kuten tavarat, sisarukset, lemmikkieläimet, vanhemmat, yksinäisyys ja siisteys, mutta joskus myös turvattomuus ja muut asiat. Huolet liittyivät lapsen arkielämään ja todennäköisesti lapselle tärkeisiin asioihin. Lasten huolien tiedostaminen on tärkeää. Strid (1996) on tullut kuudesluokkalaisia koskevassa selvityksessään siihen johtopäätökseen, että oppilaat pitävät sisällään monia sellaisia kotiin liittyviä huolia, mistä kouluterveydenhuolto ei välttämättä tiedä mitään ja joiden tietäminen auttaisi terveydenhuollon mahdollisuuksia tukea oppilasta.

Suurin osa lapsista osasi sanoa ainakin jonkun asian, missä on omasta mielestään oikein hyvä. Vastauksissa painottuivat kouluasiat. Se saattoi selittyä sillä, että lapset tulkitsivat terveydenhoitajan tekemän kysymyksen lähinnä koulumaailmaan liittyväksi ja sen vuoksi lukuaineet saivat suurimman painoarvon vastauksissa. Pojat mainitsivat liikunnan tärkeimmäksi, tytöt lukuaineet.

Lapseen liittyvät subjektiiviset tekijät eivät juurikaan olleet yhteydessä sosiodemograafiseen asemaan. Keski-Suomessa harrastettiin hieman enemmän kuin muilla alueilla. Tammikuussa tehdyssä kyselyssä tämä tulos selittynee hyvillä ulkoilumahdollisuuksilla. Vanhempien työttömyydellä oli yhteyttä lasten harrastamiseen. Työttömien perheissä lapsilla oli harrastuksia vähemmän kuin työssäkäyvien lapsilla.

6.7 Terveys

Usein ajatellaan, että koulutulokkaat ovat terveitä. Kun lapsilta pyydettiin yleisarviota omasta terveydestään, reilu kolmannes piti terveyttään erittäin hyvänä ja vajaa puolet melko hyvänä. Huonona terveyttään piti vain kaksi prosenttia, mutta keskinkertaiseksi sen arvioi joka kymmenes. Seitsemänvuotiaat arvioivat terveytensä vain hieman paremmaksi kuin 14–16 -vuotiaat (Rimpelä ym. 1997). Olennainen ero on siinä, että koulun alkamisiässä tyttöjen ja poikien terveysarvioissa ei ollut eroa, kun yläasteiässä tytöt kokevat terveytensä selvästi huonommaksi kuin pojat. Terveysarvioiden jakauma osoittaa, että oman terveyden arvioiminen keskinkertaiseksi ei lapsen mielessä tarkoita tilastollisesti keskinkertaista terveyttä. Jos lapsi ei arvioi terveyttään hyväksi, hänellä on mielessään todennäköisesti joitakin pulmia. Siksi tässä tutkimuksessa on tulkittu keskinkertaiseksi arvioiden terveyden merkitsevän tosiasiallisesti huonoa yleisarviota omasta terveydestään.

Kun otetaan mukaan myös subjektiivisen terveyden ongelmat sellaisena kuin ne määriteltiin tässä tutkimuksessa, terveyspulmia havaittiin joka toisella koulutulokkaalla. Useimmiten on kysymys yksittäisestä terveysongelmasta, mutta noin joka neljännelle kasautui kaksi tai useampia ongelmia.

Joka kymmenennellä oli pitkäaikainen sairaus, joka haittasi jokapäiväistä elämää. Aivan samaan tulokseen on päädytty rekisteritutkimuksessa (Gissler ym. 1999b). Kouluterveyskyselyn mukaan noin joka kymmenes (11 %) peruskoulun 8.–9. luokan oppilaista ilmoitti pitkäaikaissairauksia (Rimpelä ym. 1997). Valtakunnallisessa väestötutki-

muksessa vuonna 1996 vanhemmat ilmoittivat 15 %:lla 0–14 -vuotiaista olevan jokin pitkäaikaissairaus (Arinen ym. 1998). Yhdessä nämä tutkimukset osoittavat, että keskimääräisessä 25–30 oppilaan koululuokassa on 2–3 oppilasta, joiden jokapäiväistä elämää vaikeuttaa jokin pitkäaikainen sairaus, vika tai vamma.

Tämä tutkimus tukee Gisslerin ym. (1999a) päätelmää, jonka mukaan 7 vuoden iässä pojilla on pitkäaikaissairauksia hieman tyttöjä yleisemmin. Yleisin pitkäaikaissairaus on astma, jota potee tämänkin tutkimuksen mukaan noin 3 % koulutulokkaista. Mutta paljon yleisempää on allergia. Tosin tässä tutkimuksessa allergiaa todettiin vain joka viidennellä eli hieman vähemmän kuin valtakunnallisessa terveysturvatutkimuksessa vuodelta 1996 (Arinen ym. 1998).

Lääkärin määräämiä lääkkeitä käytti 6 % koulutulokkaista. Se on jonkin verran vähemmän kuin esimerkiksi Lasten terveys ja lapsiperheiden hyvinvointitutkimuksessa, jossa 7–11-vuotiaista 9 % käytti jotain lääkärin määräämää lääkettä (Sihvola 1994). Noin joka kahdeksas (13 %) sekä tytöistä että pojista oli lihava. Vertailutietoa 7-vuotiaiden lihavuudesta ei ole käytössä. Lihavuutta oli yhtä yleisesti kuin aikaisemmin on todettu ala-asteikäisten aineistossa (Nuutinen 1998).

Tämän tutkimuksen päätulokseksi tuli lasten subjektiivinen terveys. Kun väsymys tulkitaan myös terveysongelmaksi, koulutulokkaat kokevat terveysongelmia lähes yhtä yleisesti kuin yläasteikäiset. Lähes päivittäin esiintyvistä oireista univaikeuksia oli eniten, joka viidennellä 7-vuotiaalla. Yhtä usein esiintyvää väsymystä raportoi joka kymmenes. Koulutulokkaiden univaikeudet saattoivat johtua monesta syystä. Koulun alkaminen sinänsä voi muuttaa lapsen unirytmiä. Kouluikäisen unihäiriöt voivat liittyä myös koulun tilanteisiin ja mahdollisesti koulua kohtaan tuntemaan jännitykseen tai pelkoon (Taipale 1992).

Päänsärkyä poti kerran kuukaudessa tai useammin noin joka viides ja lähes päivittäin noin 4 %. Aromaan ym. (1999) aineistossa noin 15 % koulutulokkaista raportoi päänsärkyä viimeisen kuukauden aikana. Pohjoismaisen lasten hyvinvointi ja terveystutkimuksen Suomen aineistossa joka kymmenes 7-vuotias poti päänsärkyä ainakin kerran kahdessa viikossa. Erot prosenttiluvuissa selittyvät osin erilaisilla tutkimusmenetelmillä. Varsin yhdenmukaisena tuloksena kuitenkin on, että merkittävä osa lapsista alkaa kokea päänsärkyä jo koulun alkaessa.

Aikuisväestössä naiset raportoivat selvästi enemmän oireita kuin miehet. Tämä sukupuolten välinen ero on esillä jo yläasteikäisillä (Rimpelä 1999). Tämän tutkimuksen ikäryhmässä pienet erot viittasivat kuitenkin päinvastaiseen suuntaan. Päänsärkyä, vatsakipua ja univaikeuksia tytöillä ja pojilla esiintyi yhtä paljon, mutta väsymystä oli pojilla enemmän kuin tytöillä.

Terveys pelkistettiin tässä tutkimuksessa objektiivisen ja subjektiivisen terveyden ulottuvuuksiin. Subjektiivisen terveyden voimakas yhteys koulukokemuksiin muutaman koulukuukauden jälkeen antaa aiheen olettaa, että myös funktionaalinen terveys (ks. Mannila ja Peltoniemi 1997) on tärkeä terveyden ulottuvuus jo 7-vuotiailla.

6.8 Terveyden selittäjät

Tässä tutkimuksessa sukupuolten väliset erot terveydessä olivat varsin pieniä. Tämä tarkoittaa, että yläasteiässä todettavat sukupuolierot syntyvät seitsemännen ikävuoden jälkeen. Pitkäaikaissairuksien poteminen lisäsi hieman oireisuutta. Sensijaan allergian sairastaminen ja lihavuus eivät olleet yhteydessä subjektiivisen terveyden ongelmiin. Lihavuuden osalta tulos saattaa merkitä sitä, että koulutulokas ei itse koe lihavuuttaan ongelmaksi.

Sosiodemografinen asema ei ollut yhteydessä objektiivisen terveyden indikaattoreihin poikien lihavuutta lukuun ottamatta, mutta selitti jossakin määrin päivittäisiä oireita. Subjektiivisen terveyden ongelmia oli keskimääräistä enemmän Turussa, työttömien tai ei-biologisten vanhempien perheissä ja muilla kuin ainoilla lapsilla. Työttömyyden ja perhetyypin mukaiset erot olivat odotusten mukaisia. Kaiken kaikkiaan sosiodemografinen asema selitti varsin vähän terveysongelmien esiintymistä.

Lasten yksinolo koulun jälkeen on ollut paljon esillä julkisuudessa viime vuosina. Tässä tutkimuksessa iltapäivähoidon muodoilla ei ollut yhteyttä terveyteen. Tämä saattaa selittyä sillä, että lapset olivat olleet koulussa vasta muutaman kuukauden. Koulun alkaessa lapsilla on usein erityisjärjestelyjä ja todellisuudessa yksinoloa oli useimmiten ollut varsin vähän aikaa. Näin sen vaikutukset eivät vielä näy tässä tutkimuksessa.

Kotioloista huolenpidon puutteet olivat yhteydessä enemmän tyttöjen kuin poikien terveysongelmiin. Huolenpidon puutteita oli kuitenkin pojilla yleisemmin kuin tytöillä. Tytöt voivat olla poikia herkempiä reagoimaan kodissa kohdatuille huolenpidon puutteille.

Sisätiloissa tupakointi oli pojilla yhteydessä sekä objektiivisen että subjektiivisen terveyden ongelmiin ja tytöillä vain subjektiivisiin terveyspulmiin. Tupakointi oli puolestaan voimakkaassa yhteydessä perhetyyppiin ja työttömyyteen. Jossakin määrin kyseessä saattaa olla tupakansavun välitön vaikutus lapsiin. Tärkeämmältä tuntuu kuitenkin tulkita kotona tupakointi indikaattorina perhetilanteesta, johon kouluterveydenhuollon tulisi tarkemmin perehtyä.

Lapsen elämään liittyvien omakohtaisten tekijöiden mittaaminen oli tässä tutkimuksessa mukana kokeiluluonteisesti ja kysymyksissä on tältä osin vielä paljon kehitettävää. Ainoastaan lapsen kokemat kotihuolet olivat yhteydessä terveysongelmiin. Tältä osin odotusten (Strid 1996) mukainen tulos antaa aiheen jatkossa edelleen tutkia myös tämän alueen merkitystä terveyden selittäjänä.

Lapsen kokemat kouluolot eivät selittäneet objektiivista terveyttä. Koulunkäynnistä oli kokemusta vasta muutaman kuukauden ajalta ja olisikin varsin yllättävää, jos näin lyhyt altistuminen koululle jo selittäisi objektiivisen terveyden ongelmia. Lähes kaikissa kouluviihtyvyyden osioissa kielteiset kokemukset olivat yhteydessä huonoon subjektiiviseen terveyteen. Logistisen regressioanalyysin lopullisissa malleissa huono kouluviihtyvyys jäi subjektiivisten terveysongelmien tärkeimmäksi selittäjäksi. Aikaisemmin ei ole tässä laajuudessa tutkittu 7-vuotiaiden subjektiivisen terveyden yhteyttä koulukо-

kemuksiin. Anttila (2000) on seurantatutkimuksessa osoittanut, että koulun alkamisen myötä lasten päänsärky lisääntyi.

Kokemuksia kouluoloista mitattiin varsin monipuolisti ja melko samalla tavalla kuin aikaisemmissa tutkimuksissa yläasteikäisille (Kannas 1995, Rimpelä ym. 1997). Lapsilta kysyttiin oppimisesta, koulun ilmapiiristä ja ihmissuhteista, koulumatkapeloista ja kiusaamisesta. Suurin osa voi koulussa hyvin. Jos kuitenkin muutaman kuukauden kuluessa lapselle alkaa kasautua kielteisiä kokemuksia koulusta, näyttää todennäköiseltä, että hän alkaa kokea myös terveysongelmia. Toiseen suuntaan tarkasteltuna tämä tarkoittaa, että koulutulokkaan oirehtiessa tulisi aina selvittää, missä määrin taustalla on kielteisiä kokemuksia kouluyhteisössä.

6.9 Kouluuntulotarkastukset 1990-luvulla

Suomalaista kouluterveydenhuoltoa on pidetty menestystarina. Tämän tutkimuksen mukaan menestystarina on kuitenkin muuttunut 1990-luvun puolivälissä varsin hajanaiseksi. Lapsi ja kouluterveydenhuolto kohtasivat eri kunnissa hyvin eri tavalla ja eri aikoina. Kouluuntulotarkastuksissa ei ollut yhtenäistä linjaa. Yhdistäväksi piirteeksi osoittautui noin 20 vuotta sitten valmistellun lomakkeen (liite 1) käyttäminen noin kolmessa neljästä terveyskeskuksesta. Tulokset ovat yhdenmukaisia Koskisen (1998) ja Varjorannan ja Pietilän (1999) selvitysten kanssa.

Suuri vaihtelu kouluuntulotarkastuksen ajankohdassa, pitopaikassa, kestossa, osallistuvissa henkilöissä ja sisällössä ei välttämättä merkitse vastaavaa vaihtelua laadussa. Tämän tutkimuksen perusteella ei ole mahdollista tehdä päätelmiä kouluuntulotarkastusten laadusta. Muutakaan tietoa niiden laadusta ei ole olemassa. Asiantuntijasuositukset (Terho ja Vakkilainen 1993) ovat jääneet yleiselle tasolle. Laatua ei ole mahdollista arvioida, kun kehittämistyö on hajautunut yksittäisiin terveyskeskuksiin ja yhteistä käsitystä hyväksi pidetyistä järjestelyistä, sisällöistä ja työtavoista ei ole olemassa.

Suurimmalla osalla tämän tutkimuksen terveydenhoitajista oli kouluterveydenhuollon lisäksi myös muita tehtäväalueita. Vaikka tutkimus tehtiin lasten hyvinvoinnista todennäköisesti keskimääräistä enemmän kiinnostuneissa kunnissa, lähes joka kymmenennellä kouluterveydenhoitajalla oli suositellun ylärajan ylittävä oppilasmäärä suhteessa työaikaan. Terveydenhoitajien tehtäväalueiden runsaus ja työn monimuotoisuus vastasi koko maassa yleisesti vallitsevaa tilannetta (Passiniemi, suullinen tiedonanto 1998). Näyttää siltä, että kouluterveydenhuolto ei ole ollut perusterveydenhuollon kehittämisessä keskeinen haaste. Tähän viittaa myös se, että kouluterveydenhuolto jäi lähes näkymättömäksi 1980-luvulla. Vasta viime vuosina on tämä tehtäväalue uudelleen tullut esiin valtakunnallisiin terveydenhuollon kehittämisen asiakirjoihin.

Kouluterveydenhuollon tukiaineistossa (Terho ja Vakkilainen 1993, Terho 1998) on esitetty, että jokaiselle oppilaalle tulisi tehdä oppilaskohtaisen terveydenhoitosuunnitelma. Kuitenkin vain noin puolet kouluterveydenhoitajista ilmoitti tekevänsä tällaisen suunnitelman kouluuntulotarkastuksen yhteydessä. Syynä suunnitelman laiminlyömi-

seen saattaa olla voimavarojen niukkuus suhteessa työn kuormittavuuteen. Toisena syynä on todennäköisesti myös toimivien mallien ja työvälineiden puuttuminen. Esimerkiksi kouluterveydenhuollon ATK-sovellutuksissa on edetty huomattavasti keskimääräistä hitaammin.

Terveydenhoitajat arvioivat varsin eri tavoin tietojaan lapsista ja heidän perheistään. Hyvin tiedettiin lääketieteellisen mallin mukaiset tiedot, jotka löytyvät terveyskertomuslomakkeista. Myös perhetyyppi tiedettiin hyvin. Oppilaiden koulukokemuksista tiedettiin varsin vaihtelevasti. Osa terveydenhoitajista piti tietojaan erittäin hyvinä, mutta monet arvioivat ne huonoiksi. Tietoa perheen tupakoinnista on pidetty tärkeänä jo pitkään. Kuitenkin vain vajaa puolet terveydenhoitajista arvioi tietävänsä hyvin vanhempien tupakoinnin. Terveydenhoitajat tapaavat kouluuntulotarkastuksessa lähes poikkeuksetta ainakin toisen vanhemmista. Tupakointia koskeva tulos osoittaa, että asiaa ei joko pidetä tärkeänä tai se koetaan liian arkaluonteiseksi kysyä ensimmäisessä tapaamisessa.

Vähiten terveydenhoitajat kokivat tietävänsä perheen arkaluontoisista asioista kuten vanhempien väkivaltaisuudesta tai taloudellisesta ongelmista. Vastaava tulos saatiin Lappeenrannassa kuudesluokkalaisille tehdyssä tutkimuksessa (Strid 1996). Myös Pajulammi ja Tolonen (1994) kiinnittävät huomiota samaan kysymykseen tutkimuksessaan, jonka mukaan kouluterveydenhoitajat ovat arkoja puuttumaan perheen sisäisiin ihmissuhdeasioihin. Pelkosen (1994) mukaan voi olla kysymys myös siitä, että perheen näkökulma on edelleen epäselvä osalle terveydenhoitajista.

Terveydenhoitajien tiedot lapsesta ja lapsen perheestä olivat yhteydessä työvuosiin kouluterveydenhuollossa ja työskentelyyn samanaikaisesti myös lastenneuvolassa. Kouluterveydenhuolto on vaikea haaste terveydenhoitajalle. Tuloksista voidaan päätellä, että kouluterveydenhoitajan työskentely myös lastenneuvolassa lisää terveydenhoitajan tietämystä lapsesta ja lapsen perheestä ja on siten terveydenhoitajien erilaisista tehtäväalueiden yhdistelmistä lapsen terveyden tuntemisen kannalta suositeltava vaihtoehto. Samaten riittävän pitkäaikainen työskentely kouluterveydenhuollossa todennäköisesti lisää terveydenhoitajan kykyä arvioida lapsen terveyttä ja terveyttä selittäviä tekijöitä. Vaikka kysymys tiedoista vain välillisesti kuvaa terveydenhoitajan ammattitaitoa, on kuitenkin perusteltua kiinnittää huomiota kouluterveydenhuoltoon tulevien uusien työntekijöiden työnohjaukseen sekä toimipaikka- ja täydennyskoulutukseen.

6.10 Ehdotus kouluuntulotarkastusten kehittämiseksi

Kouluuntulotarkastusta voidaan pitää lapsen ’työhöntulotarkastuksena’, jonka tehtävän on tukea koulutyön alkamista. Kouluntulotarkastuksella on myös laajempi tehtävä. Se kattaa vuosittain kaikki oppivelvollisuusikään tulevat lapset. Kouluun tulo merkitsee siten jokaisen lapsen kohdalla mahdollisuutta hyvinvoinnin ja terveyden arviointiin ja tarvittaessa selkeään toimintasuunnitelmaan niiden tukemiseksi. Kun koko ikäluokka tavoitetaan, on myös mahdollista kerätä tietoja niin, että niiden avulla voidaan seurata lasten terveyden muutoksia ajassa. Kouluuntulo voi merkitä myös tärkeätä vaihetta lap-

sen suhteessa terveydenhuoltoon kuten eräs terveydenhoitaja totesi: ”Koen tarkastuksen tärkeänä kouluterveydenhuollon alkutapahtumana – kodin ja koulun yhteistyön lisääjänä, hoitosuhteen luomistapahtumana. Tutustuminen lapseen ja lapsen perheeseen on yhteistyön ehdoton edellytys.” Tuore tutkimus koulutuksellisesta syrjäytymisestä (Rintanen 2000) korostaa myös koulun alkamisvaiheen merkitystä elämänkulun ennakoimisessa. Kouluuntulotarkastuksessa voidaan todeta monia asioita, joilla on suuri ennustearvo syrjäytymisriskiin.

Kouluuntulotarkastuksella näyttääkin olevan terveyden edistämisessä ja myös syrjäytymisvaaran ja terveysongelmien varhaisessa toteamissa erittäin suuri merkitys. Tutkimus- ja kehittämistyön niukkuus ja toiminnan hajanaisuus viittaavat siihen, että kouluuntulovaiheen tarkastusten merkitystä ei ole riittävästi tiedostettu.

Vaikka tämän tutkimuksen tulokset ovat monilta osin vielä alustavia, voidaan niiden perusteella hahmotella joitakin ehdotuksia kouluuntulotarkastusten kehittämiseksi. Seuraavassa tarkastellaan kouluuntulotarkastusta terveydenhoitajan työn kannalta. Ehdotuksista osa nousee tutkimustulosten perusteella, osa prosessin myötä syntyneistä päätelmistä.

1. Kouluuntulotarkastus tulisi ymmärtää kouluuntuloon liittyvien määräaikaistarkastusten kokonaisuutena, jonka kouluterveydenhuolto toteuttaa. Tarkastus alkaa lastenneuvolan tietojen ja hoitosuunnitelmien siirtämisestä kouluterveydenhuollon käyttöön ja vastuulle. Toisessa vaiheessa kouluterveydenhoitaja tapaa lapsen ja hänen vanhempansa. Tämä tapaaminen olisi hyvä järjestää ennen koulun alkamista ja kouluterveydenhuollon tiloissa. Näin lapsi tutustuu kouluterveydenhuoltoon ennen koulun alkua. Kolmanneksi vaiheeksi ehdotetaan kouluterveydenhoitajan ja lapsen välistä kahdenkeskistä terveyskeskustelua. Terveyskeskustelun erityisenä tehtävänä on saada tietoa lapsen kokemuksista koulussa. Tästä syystä sen suositeltava ajankohta on ensimmäisen kouluvuoden kevätlukukaudella.
2. Terveyskeskustelusta tulisi kehittää jokaisen kouluterveydenhoitajan ammatilliseen perusosaamiseen kuuluva rutiinimenetelmä, jonka tehtävänä on tuoda kouluterveydenhuoltoon lapsen oma näkökulma mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Tämän tutkimuksen perusteella keskustelussa tulisi selvittää mm. lapsen subjektiivista terveyttä, kokemuksia koulutyöstä, huolenpito kotona, harrastuksia, sekä iloja ja huolenaiheita. Erityisesti subjektiivisen terveyden tunteminen on tärkeää, koska se voi antaa viitteellisen kuvan lapsen kouluviihtyvyydestä.
3. Terveyskeskustelun jälkeen kouluuntulotarkastuksen tulisi päätyä yhteenvetoon kaikista eri vaiheissa kertyneistä tiedoista. Tämän yhteenvedon perusteella voidaan sopia tarvittaessa seuraavien vuosien suunnitelmasta lapsen ja perheen tukemiseksi ja myös siitä, milloin seuraava tarkastus on ajankohtainen.
4. Kun kouluuntulotarkastus tehdään suunnitelmallisesti ja vertailukelpoisilla menetelmillä kaikille oppilaille, se antaa mahdollisuuden arvioida tilannetta lapsen ja perheen näkökulmien ohella myös luokka- ja koulukohtaisesti. Näin voidaan tarvittaessa tietylle luokalle tai koululla suunnata hyvissä ajoin erityistä tukea uuden oppilassukupolven tarpeiden mukaan.

5. Lapsen terveyskertomusta tulisi kehittää siten, että kouluuntulotarkastuksessa ker-

tyvät tiedot olisivat käytettävissä lasten terveydentilan seurantaan koulun ja kunnan tasoilla. Parhaimmassa tapauksessa kouluterveydenhuollon käytössä on ATK-sovellutus, jossa yksittäisistä terveyskertomuksista voidaan tulostaa väestötasoisia tunnuslukuja. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan suositella myös yhteistä lomaketta, johon terveydenhoitaja kokoaa ydintiedot terveyskertomuksesta ja terveyskeskustelusta. Lomake voi olla osa lapsen terveyskertomusta, mutta samalla se voidaan myös nimettömänä tallentaa ja tiedot tulostaa raporteiksi esimerkiksi vastaavalla menettelyllä kuin kouluterveyskyselyssä.

KIITOKSET

Tämä tutkimus on syntynyt kiinnostuksesta ja kunnioituksesta lasta kohtaan. Sen vuoksi haluan aivan ensimmäiseksi kiittää kahta lasta, Miina ja Manu Rimpelää. He ovat tämän tutkimusprojektini aikana lukemattomia kertoja joutuneet luovuttamaan heille kuuluvaa vanhempiensa aikaa minun käyttööni, iltaisin, viikonloppuisin jopa lomillaankin.

Sydämelliset kiitokset saavat seuraavaksi näiden lasten vanhemmat, työni ohjaajat, tutkimusprofessori Matti Rimpelä Stakesista ja professori Arja Rimpelä Terveystieteen laitokselta. Parempia ohjaajia tuskin kukaan voi saada. Vuosien myötä kertyneellä kokemuksellaan ja viisaudellaan he ovat tukeneet ja kannustaneet ja loistavalla tavalla luotsanneet työni päätökseen.

Suuret kiitokset esitän myös työni esitarkastajille, professori Päivi Rautavalle Turun yliopistosta ja emeritysprofessori Mauri Isokoskelle. Arvostan suuresti saamiani neuvoja. Myös vastaväittäjälleni professori Lasse Kannakselle Jyväskylän yliopistosta olen kiitollinen. Erityiset kiitokset ansaitsee Tampereen yliopiston tutkija Ville Autio. Taitavana tilastotieteilijänä hän osasi neuvoa juuri oikeissa paikoissa ja oikealla tavalla. Tilastoapua sain myös lehtori Heini Huhtalalta, professori Pekka Laippalalta ja assistentti Anna-Maija Koivistolta. Kiitokset heille. Samaten koko Terveystieteen laitoksen Nedisryhmä, Nuorten terveyden edistämisen tutkijat Andres Vikat, Tomi Lintonen, Anne Konu, Annikki Savolainen, Heikki Suominen, Riittakerttu Kaltiala-Heino, Päivi Rantanen, Sari Fröjd ja erityisesti Hannu Rintanen sekä monet muut antoivat arvokasta kritiikkiä työn alkuvaiheessa ja oivallisia neuvoja pitkin matkaa. Oli etuoikeus työskennellä nedisläisten kanssa, kiitokset kaikille. Viiden vuoden aikana sain ohjeita ja neuvoja hyvin monelta taholta. Fil.lis. Tuuli Pitkänen auttoi alkuvaiheessa paljon, samaten Pohjoismaisessa terveydenhuoltokorkeakoulussa tutkijana työskentelevä Leeni Berntsson. Samassa laitoksessa työskentelevä Leena Eklund, pitkäaikainen ystäväni, kannusti ja tuki kaiken aikaa. Heidän lisäkseen kiitän tutkimusassistentti Jaana Rainivaaraa, tutkija Matti Siivolaa, tutkija Sakari Karvosta, ylilääkäri Outi Stridiä ja ylilääkäri Pirjo Terhoa.

Terveystieteenlaitoksen tutkimussihteeri Margareta Ekman ja toimistosihteeri Marita Hallila tekivät työstäni todellisen viimeistelemällä käsikirjoituksen painokuntoon. Suuret kiitokset molemmille.

Tämä työn toteuttajina olivat espoolaiset, turkulaiset ja keskisuomalaiset terveydenhoitajat. Jokaiselle haluan lähettää vilpittömät kiitokseni. Heidän kauttaan välittynee kiitokset myös niille pienille koulutulokkaille, joiden elämästä ja ajatuksista tuli työni keskeinen sisältö.

Taloudellista tukea sain Mannerheimin Lastensuojeluliiton tutkimussäätiöltä, josta olen hyvin kiitollinen. Kiitollinen olen myös työtovereitteni ja ystävieni kärsivällisyydestä.

Lopuksi kiitokset läheisilleni. Vanhempani, Väinö ja Hilkka Rantio, ovat koko elämäni tukeneet minua kaikessa tekemisessäni, niin tässäkin. Samaten olen saanut lämpöä ja tukea sisareltani Tuija Siitoselta. Kiitokset luottamuksesta. Myös anoppi Pirkko Sihvola ansaitsee kiitokset.

Erityisesti kiitän perhettäni, lapsiani Ilkkaa, Eijaa ja Pekkaa ja miestäni Jaakkoa. Heiltä saamani usko, toivo ja rakkaus ovat aina kantaneet minua eteenpäin – niin tässäkin asiassa.

Espoossa, toukokuun 4. päivänä 2000
Seija Sihvola

LÄHTEET

Achenbach T (1988): Integrating assessment and taxonomy. In: Assessment and diagnosis in child psychopathology, pp. 300-343. Eds. M Rutter, AH Tuma and IS Lann, The Guildford Press, New York.

Aho L (1998): Millaisia merkityksiä vanhemmat antavat lapsensa esiopetukselle kouluun siirtymisen vaiheessa? Kasvatus 29:478-490.

Ahonen T, Aro M, Närhi V ja Räsänen P (1996): Oppimisvaikeuksien diagnostiikka: mitä MBD:n jälkeen? Psykologia 31: 316-323.

Ahlroth A (2000): Viideltä seulaan ja kuudelta putkeen – poimiiko neuvolan 5-vuotisseula oppimisvaikeudet kyllin varhain. Abstrakti. S. 292. Lääkäripäivät 2000, Helsinki.

Almqvist F (1996): Ihmisen elämänkaari. Kirjassa: Lasten ja nuorisopsykiatria, s. 14-24. Toim. E Räsänen, I Moilanen, T Tamminen ja F Almqvist, Duodecim, Helsinki.

Alpen L and Lyons R (1993): Chronicity and timing of maternal depressive symptoms and child behavior problems at school and at home. Development and Psychopathology 5:371-387.

Alvidrez J and Weinstein (1993): The nature of 'schooling' in school transitions: A critical re-examination. Prevention in Human Services, 10: 7-26.

Anttila P, Metsähonkala L ja Sillanpää M (1999): School start on occurrence of headache. Pediatrics 103:e80

Anttila P (2000): Epidemiology of headaches and other pains in schoolchildren. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja D, Medica-Odontologica, N:o 400,Turku.

Apajasalo M (1997): Kouluikäisten lasten terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaaminen. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Lastentautien laitos, Helsinki.

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R ja Aro S (1998): Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö: Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. KELA ja Stakes, SVT Terveys 1998:5, Helsinki.

Arkistolaki (831/94)

Aro H (1988): Stress, development and psychosomatic symptoms in adolescence: A study of 14 to 16 year old schoolchildren. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis A 242, Tampere.

Aro S, Hasan J, Kirjonen J ja Rissanen P (1982): Psyykkinen hyvinvointi, koettu kuormitus, keskushermoston rasitusoireet ja pitkäaikaissairastavuus eri ammattiryhmissä. Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti 19:240-251.

Aromaa M, Sillanpää M, Rautava P and Helenius H (1998): Childhood headache at school entry: a controlled clinical study. Neurology 50:1729-36.

Aromaa M, Sillanpää M, Rautava P ja Helenius H (1999): Esikouluikäisen lapsen päänsärky. Duodecim 115:318-319.

Baldwin AL, Baldwin CP, Kasser T, Zax M, Sameroff A and Seifer (1993). Contextual risk and resilience during late adolescence. Development and Psychopathology 5: 741-761.

Bijuur PE, Golding J and Kurzon M (1988): Childhood accidents, family size and birth order. Soc Sci Med 26: 839-843.

Blader JC, Koplewicz HS, Abikoff H and Foley C (1997): Sleep problems of elementary school children. A community survey. Arch Pediatr Adolesc Med 151:473-480.

Bond CR and Mc Mahon RJ (1984): Relationships between marital distress and child behavior problems, maternal personal adjustment, maternal personality and maternal parenting behavior. J Abnorm Psychology 93:348-351.

Borup IK (1995): Sundhedssamtaler med skolbarn. MPH 1:1995. Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg.

Brenner MH (1987): A longitudinal study of social support and depression in unemployed men. Psychol Med 17:453-460.

Brook JS, Whiteman M and Finch S (1993): Role of Mutual Attachement in Drug use: A longitudinal study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 32:982-989.

Butterworth G and Harris M (1994): Principles of developmental psychology. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, USA.

Clifford RD, Radford M, Howell JB and Holgate ST (1989): Prevalence of respiratory symptoms among 7 and 11 year old schoolchildren and association with asthma. Arch Dis Child 64:1118-1125.

Conway A, Bernardo L and Tontala K (1990): The effects of disaster on children: Implications for emergy nurses. J Emerg Nurs 16:393-396.

Cooper PJ and Goodyer IM (1993): A community study of depression adolescent girls. I. Estimates of symptoms and syndrome prevalence. Br J Psychiatry 163:369-374.
Donner M(1981): Riskilasten seuranta. Neuvolatyö 2:4-6.
Duffy CM, Arsenault L and Wastanabe DKN (1993): Level of agreement between parents and children in rating dysfunction in juvenile rheumatoid artritis and juvenile spondyloarthritis. J Rheumatol 20:2134-2139.
Dufva M, Mäki H, Poskiparta E ja Rauhanummi T (1996): Koulutulokkaiden tärkeät taidot. Psykologia 31: 368-378.
Dunderfelt T (1997): Elämänkaaripsykologia: Lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen. 9. p. WSOY, Porvoo.
Easterbrooks A, Davidson A and Chazan R (1993): Psychosocial risk, attachment, and behavior problems among schoolaged children. Development and Psychopathology 5:389-402.
Edelsohn G, Ialongo N, Werthamer-Larsson L, Crockett l and Kellam S (1992): Self-reported depressive symptoms in first grade children: Developmentally transient phenomena? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 31:282-290.
Eddy LS, Toro Trallero J, Salamero Baro M, Castro Fornieles J and Criz Hernandez M (1999): Attention deficit hyperactivity disoder: A survey to evaluate risk factors, associated factors and parental child rearingbehavior. An Esp Pediatr 50:145-50.
Eerola A, Hausen H, Lahti S ja Widström E (1998): Tutkimus- ja tarkastusvälit lasten ja nuorten suun terveydenhuollossa. Stakes Raportteja 225, Helsinki.
Egeland B and Erikson MF (1990): Rising above the past: Strategies for helping new mothers break the cycle of abuse and neglect. Zero to Three 11:29-35.
Elder GH and Rockwell RC (1979): Economic depression and postwar opportunity in men's lives: A study of life patterns and health. Res Commun Mental Health,
Elliot BA (1992) Birth order and health: major issues. Soc Sci Med 35:443-452.
Erkolahti R (1987): Luova ajattelu pitkäaikaissairailla lapsilla: Vertaileva tutkimus reumaa, diabetestä ja neuroosia sairastavien lasten luovan ajattelun ilmenemisestä 8-11 vuoden iässä. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja C 61:1987, Turku.
Fallon T Jr and Schwab-Stone M (1994): Determinants of reliability in psychiatric surveys of children aged 6-12. J Child Psychol Psychiatr 35: 1391-1408.
Furman E (1998): Auta lasta kasvamaan. Yliopistopaino, Helsinki.
Garmezy N and Nuecerlein K (1972): Invulnearable children: The fact and fiction of competence and disadvantage. Am J Ortopsychiatry 42:328-329.
Garmezy N (1983): Stressors of childhood. In: Stress, Coping and Development in Children, pp. 43-84. Eds. N Garmezy and M Rutter, McGraw-Hill, Minneapolis.
Garmetzy N (1991): Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environment. Ped Annals 20:462-466.
Garmetzy N (1993): Children in poverty.Resilience despite risk. Psychiatry 56:127-136.
Gissler M, Hemminki E, Louhiala P and Järvelin MR (1998): Health registers are feasible for measuring health status in childhood - A seven year follow-up of the 1987 Finnish birth cohort. Peadiatr Perinat Epidemiol 12:437-455.
Gissler M, Järvelin MR, Louhiala P and Hemminki E (1999a): Boys have more health problems in childhood than girls: follow-up of the 1987 Finnish birth cohort. Acta Pediatr 88: 310-314.
Gissler M, Hemminki E, Louhiala P, Rahkonen O and Järvelin MR (1999b): Can children's health be redicted by perinatal health? J Epidemiol. 28:279-280.
Glaser AW, Davies K, Walker D and Brazier D (1997): Influence of proxy respondents and mode of administration on health status assessment following central nervous system tumorurs in childhood. Qual Life Res. 6: 43-53.
Goleman D (1997): Tunneäly. Lahjakkuuden koko kuva. Otava, Helsinki.
Gyatt GH, Feeny DH and Patrick DL (1993): Measuring health-related quality of life. Ann Intern Med 118:622-629.
Hannuksela M (1994): Allergiaprofylaksian hyödyt ja haitat. Abstrakti. S. 133. Lääketiede 1994. Helsinki.
Harju J ja Keinänen-Kiukaanniemi S (1995): Terveystarkastukset, vastaanotolla käynnit ja terveyskasvatus kouluterveydenhuollossa. Kunnallislääkäri 8:11-14.
Harris PL, Olthof T and Terwogt MM (1981): Children's knowledge of emotions. J Child Psychsychiatry 22:247-293.
Heimo E (1999): Lapsiperheiden psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa. Lisensiaatti-tutkimus. Hoitotieteen laitos, Turun yliopisto, Turku.

Helsingin kaupungin terveysvirasto (1990): Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon kehittäminen. Työryhmän raportti. Helsingin kaupungin terveysviraston raportteja. Sarja A. Raportti 50/1990.
Henkilötietolaki (523/99)
Hermanson E (1997): Lapset perusterveydenhuollossa: Katsaus lastenneuvolan kehitykseen, visio tulevaisuuteen. Stakes, Aiheita 24/1997, Helsinki.
Hermanson E, Karvonen S ja Sauli H (1998): Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa: Valtakunnalliset trendit 1990-luvulla. Stakes, Tilastoraportti 13/1998, Helsinki.
Hetherington E M (1989): Coping with family transitions: Winners, losers, survivors. Child Dev 60:1-14.
Hietala P ja Ylilammi T (1996): Kouluterveydenhoitajien mielipiteitä ja kehittämisideoita yläasteen kouluterveydenhuollosta. Päättötyö: Satakunnan Ammattikorkeakoulu/Porin terveydenhuolto-oppi-laitos. Terveydenhoitaja 3:12-13.
Himanen K (2000): Koulun alkaminen vanhempien näkökulmasta – ensiluokkalaisten vanhempien odotuksia ja mietteitä koulun alkaessa. Helsingin yliopisto. Kasvatustieteellinen tiedekunta. Pro gradutyö.
Hollo O (1999): Alipainoisena syntynyt lapsi kymmenen vuoden iässä. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja C 149:1999, Turku.
Hultin H (1973): Imeväisten terveydenhoito suomalaisissa lastenneuvoloissa 1960-luvulla jatkuvan terveyskortin valossa. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 11. Helsinki
Jakobsson G och Köhler L (1991): Barns hälsa i Sverige. SoS-rapport 12:1991, Socialstyrelsen, Tukholma.
Juskeliene V, Magnus P, Bakketeig LS, Dailidiene N and Jurkuvenas V (1996): Prevalence an risk factors for asymmetric posture in preschool children aged 6-7 years. Int J Epidemiol 25:1053-9.
Järvelin MR,Vikeväinen-Tervonen L, Moilanen I and Huttunen NP (1988): Enuresis in Seven-Year –Old Children. Acta Pediatr Scand 77:148-155.
Järventie I (1999): Syrjäytyvätkö lapset? Tutkimus 1990-luvun lasten perushoivasta, hyvinvoinnista ja lastensuojelupalvelujen käytöstä Helsingissä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 6:1999, Helsinki.
Kaltiala-Heino RK, Rimpelä M, Rantanen P ja Rimpelä A (1998): Koulukiusaaminen, masentuneisuus ja itsetuhoajatukset. Suom Lääkäril 24: 2543-2549.
Kaltiala-Heino R, Rimpelä M, Rantanen P, Laippala P. Adolescent depression. The role of discontinuities in life course and social support. J Aff Dis. In print.
Kananoja S(1999): Kouluuntuloiän olisi joustettava. Vieraskynä. Helsingin sanomat 12.12.1999.
Kannas L (1995) (toim.): Koululaisten kokema terveys, hyvinvointi ja kouluviihtyvyys. WHO-koululaistutkimus. Opetushallitus, Helsinki.
Kansanterveysasetus (802/92)
Kansanterveyslaitos (KTL) (1996): Suomalaisten terveys 1996. Edita.
Kansanterveyslaki (66/72)
Kansanterveyskertomus 1996: Valtioneuvoston kertomus eduskunnalle kansanterveyden tilasta ja kehityksestä, Helsinki
Karvonen S (1991): Oireilun sukupuolierot nuoruudessa. Sosiaalilääket Aikakausil 28:135-143.
Karvonen S (1998): Kasvuehtoja vai elämänvaihe: näkökulmia nuorten ja lasten terveyteen Kirjassa: Elämänkaari ja terveys, s. 66-81. Toim. O Rahkonen ja E Lahelma, Gaudeamus, Helsinki.
Karvonen S and Rimpelä A (1996) Socio-regional context as a determinant of adolescents' health behaviour in Finland. Soc Sci Med 43:1467-1474.
Kashani JH, Allan WD, Beck Jr NC, Bledsoe Y and Reid JC (1997): Dysthymic disorder in clinically referred preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36:1426-1433.
Kauhanen J, Myllykangas M, Salonen JT ja Nissinen A (1998): Kansanterveystiede. 2. p. WSOY, Porvoo.
Kellam SG, Ling X, Merisca R, Brown CH and Ialaongo N (1998): The effect of the level of aggression in the first grade classroom on the course and malleability of aggressive behavior into middle school. Dev Psychopathol 10:165-85.
Kenraali Mannerheimin Lastensuojeluliiton toimintakertomus 1920-21.
Kivimäki M, Vahtera J, Uutela A, Koskenvuo M ja Pentti J. (1998): Miksi taipumus vihamielisyyteen on terveysriski? Seurantatutkimus psykososiaalisesta haavoittuvuudesta työelämässä. XX Nordic Congress of Psychology. Psykologia. Abstraktikirja. S. 42. Helsinki.
Klish WJ (1998): Childhood Obesity. Pediatrics in Review 19:312-315.
Klossner P (1992): Skolhälsovården i Finland 1880-1990. Examensarbete i Folkhälsovetenskap Nordiska hälsovårdshögskolan. Göteborg.

Koivusilta L (2000): Health-related selection into educational tracks. A mechanism producing socio-economic health differences. Annales Univesitatis Turkuensis. Ser. D, Tom. 394. Medica-Odontologica. Doctoral dissertation. Turku.
Kokko S (1993): Tähän meillä pitää olla varaa. Kannanotto lasten ja nuorison terveyspalveluiden vähimmäistasosta, sisällöstä ja saatavuudesta. Stakes. Aiheita 42/1993,Helsinki.
Kokkonen M ja Pulkkinen L (1996): Tunteet ja niiden säätely. Psykologia 31:404-411.
Kokkonen M ja Pulkkinen L (1998): VIPS lasten emotionaalisen itsesäätelyn menetelmänä. Abstrakti. XX Nordic congress of psychology and psychologia 98. Abstraktikirja. Helsinki.
Koponen P (1988): Nuorten elämäntilanteiden tarkastelu oppilashuollossa. Pro gradu –tutkielma. Terveydenhuollon koulutusohjelma, Tampereen yliopisto, Kansanterveystieteen laitos, Tampere.
Korppi-Tommola A (1990): Terve lapsi-kansan huomen. Mannerheimin Lastensuojeluliitto yhteiskunnan rakentajana 1920-1990, Jyväskylä.
Koskinen M (1998): Kouluterveydenhuollon toiminta Keski-Suomessa. Yhteistyössä kohti keskisuomalaista kouluterveydenhuollon mallia. Raportti. Länsi-Suomen lääninhallitus. Sosiaali- ja terveysosasto.
Kosunen E ja Rimpelä M (1998): Oppilaiden arvioita kouluterveydenhuollosta. Kouluterveys 2002 -tiedotuslehti N:o 6. Abstraktit. Posterit. s. 33-34. III Kouluterveyspäivät 24-25.8.1998, Tampere.
Kovacs M (1992). Children's Depression Inventory. MHS. New York.
Kristjansdottir G (1996): Recurent pains – a public health concern in school-age children. Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg.
Kumpulainen K, Hentonen I ja Räsänen E (1994): Psyykkisten oireiden ja häiriöiden esiintyvyys 8-vuotiailla lapsilla Itä-Suomessa. Kuopion yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan julkaisuja D 37:1994, Kuopio.
Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Kresanow K, Linna S-L, Puura K and Tompo-Johansson E (1996): Children with depressive symptoms. A comparison between children scoring high on self-report and children scoring high on both self- and adult report. Nord J Psychiatry 50:365-374.
Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Almquist F, Kesanov K, Linna SL, Moilanen I, Piha J, Puura K and Tamminen T (1998): Bulluying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. Child Abuse Negl 22:705-717.
Köhler L (1977): Physical health of 7-year-old children: An epidemiological study of school entrants and a comparison with their preschool health. Acta Paediatr Scand 66: 297-305.
Köhler, L (toim.) (1990): Barn och barnfamiljer i Norden. Studentlitteratur, Lund.
Köhler, L (1998): Child public health. A new basis for child health workers. Eur J Public Health 8:253-255.
Laakso, J (1998): Kouluterveydenhuolto hoitoketjussa. Lyhennelmä. Lääkäripäivät 98. Helsinki.
Laakso, K (1992): Kouluvaikeuksien ennustaminen: Käyttäytymishäiriöt ja kielelliset vaikeudet peruskoulun alku- ja päättövaiheessa. Jyväskylän yliopiston tutkimuksia. Väitöskirja. Sarja: Jyväskylä studies in education, psychology and social research 89:1992, Jyväskylä.
Laki kunnallisista terveyssisarista (220/1944), voimaantulo 1944
Laki kunnan kätilöistä (223/1944), voimaantulo 1944
Laki kunnallisista äitiys- ja lastenneuvoloista (224/1944), voimaantulo 1944
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/92), voimaantulo 1993
Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/99), voimaantulo 1999
Langinvainio H (1984): Lasten stressi: Perhetausta, toiminnalliset oireet ja psykososiaalinen kehitys ensimmäisenä kouluvuonna. Väitöskirja. Helsingin yliopiston kansanterveystieteen julkaisuja M 81:1984, Helsinki.
Lapinleimu H (1995): Influence of individual dietary counselling and lipoprotein E polymorphism on serum lipoproteins in infancy. The STRIP baby project. Kansaneläkelaitos (3).
Lapsen oikeuksien sopimus (1994): Suomen ensimmäinen raportti. 1994. Ulkoasianministeriön julkaisuja 3:1994, Helsinki.
Lapsiraportti (1994). Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki
Lastensuojelulaki (139/90), voimaantulo 1990
Latikka A-L, Perälä M-L, Hemminki E ja Taskinen S (1994): Kouluterveydenhuollon muutokset 1992-1994. Suomen Lääkäril 4:349-353.
Laukkanen E (1993): Nuoruusiän psyykkinen kehitys ja sen häiriintyminen. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja. D, Lääketiede. Kuopio.
Lauri S ja Härmälä M (1993): Terveydenhoitajan ja oppilaan yhteinen päätöksenteko terveydenhoidossa. Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja 7:1993, Turku.
Leppänen J, Leppänen J and Hietanen K (1998): The role of emotion recognition in school-aged children's social adjustment. Abstrakti. S. 8. XX Nordic congress of psychology & psykologia '98. Helsinki.

Leung AK, Robson WL, Cho H and Lim SH (1996): Latchkey children. J Royal Soc Health 116:356-9.
Linnakylä P ja Malin A (1997): Oppilaiden profiloituminen kouluviihtyvyyden arvioinnissa. Kasvatus 28:112-127.
Liuksiala PR (1993): Laajennettu lasten viisivuotistutkimus: Turun kaupungin terveydenhuollon julkaisuja 1993:8, Turku.
Luciano A, Bressan F and Zoppi G (1997): Body mass index reference curves for children aged 3-19 years from Verona, Italy. Eur J Clin Nutr 51:6-10.
Lundberg O (1993): The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. Soc Sci Med 36:1047-1052.
Luthar SS (1993): Annotation: Methodological and conceptual issues on research on childhood resilience. J of Child Psychol. and Psych. 34:441-453.
Lääkintöhallitus (1956): Yleiskirje 1085. DN:o 5592.
Lääkintöhallitus (1964): Yleiskirje 1329 DN:o 8676.
Lääkintöhallitus (1981): Ohjeet kouluterveydenhuollosta 1392/02/81.
Lääkintöhallitus (1990): Lastenneuvolaopas. Lääkintöhallituksen opassarja 1990:7, VAPK-kustannus.
Mannerheimin Lastensuojeluliitto (1924). Kouluhoitajattaren johtosääntö.
Mannerheimin Lastensuojeluliitto (1927). Koululääkärin johtosääntö.
Mannerheimin Lastensuojeluliiton toimintakertomus 1920
Mannerheimin Lastensuojeluliiton toimintakertomus 1924
Mannila S ja Peltoniemi J (1997): Köyhiä ja kipeitä. Terveydentila ja syrjäytyminen 1986-1994. Kuntoutussäätiö, tutkimuksia 57. Helsinki.
Maula P, Väisälä O ja Schulman A (1996): Syrjäytyvä nuori kouluterveydenhuollon haasteena. Kunnallislääkäri 8:31-33.
McGee R, Silva A and Williams S (1984): Perinatal, neurological, environmental and developmental characteristics of seven year-old children with stable behavior problems. J Child Psychol Psychiat 25:573-586.
Michaud PA (1999): La resilience: un regard neuf sur les soins et la prevention. Arch Pediatr 6:827-31.
Moilanen L (1986): Lasten koetun terveyden käsite ja sen mittaaminen. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 23:326-327.
Morrison FJ, Alberts DM and Griffith EM (1997): Nature-nurture in the classroom: Enterance age, school readiness and learning on children. Dev Psychol 33:254-262.
Mäkinen S (1999): Kehu! Viisivuotiaan lapsen tukitoimien perusta. Seurantatutkimus. Kirjassa: II Terve Kunta -päivät 20. - 21.1.1999, Helsinki. Tarvitseeko hyvinvointi ja terveys strategiaa? Esitelmät. Abstraktit. s. 83-84. Stakes ja Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Nagera H (1969): The imaginary companion: its significance for ego development and conflict solution. Psychoanal Study Child 24:165-196.
Nicastro EA and Velasco MV (1999): Children's fears. Journal of Pediatric Nursing. 14:392-402.
Nienstedt W ja Rautiainen E (toim.)(1991): Lääketieteen termit. 2. p. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
Nielsen A, Lie H, Keiding L, Madsen M (1998). Børns sundhed i Danmark. Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi, København.
Nieminen T (1997): Terveydenhoitajat ja ammattihaastattelijat terveystietojen kerääjinä: Vertaileva tutkimus Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995-1996 aineiston keruumenetelmistä. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 27:1997, Kansaneläkelaitos, Helsinki.
Nordhagen R (1993) Barns helse i Norge. Rapport nr. 2/93. Seksjon for forebyggende og helsefremmende arbeid. Avdelning for Samfunnsmedisin, Oslo.
Nuori Suomi (1998): Operaatio pelisäännöt. Tutkimusraportti 1998. Nuori Suomi ry. Tutkimus- ja analysointikeskus. TAK Oy, Helsinki.
Nuutinen O (1992): Long-term weight reduction in obese children. Väitöskirja. Kuopion yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan julkaisuja D 11:1992, Kuopio.
Nuutinen O (1998): Lasten lihavuus. Kirjassa: Lihavuus, s. 177–192. Toim. M Fogelholm, P Mustajoki, A Rissanen ja M Uusitupa, Gummerus Oy, Jyväskylä.
Nyström-Peck A M (1991): Childhood environment, intergenerational mobility and adult health – evidence from Swedish data. J Epidemiol Community Health 46: 71-74.
O'Daugherty M and Wright F (1990):Children born at medical risk: Factors affecting vulnearability an resilience. In: Risk an protective factors in the development of psychopathology, pp. 120-140. Eds. J Rolf, AS Masten, D Cicchetti, KH Neucterlein and S Weintraub. New York.
Olkinuora E (1983): Oppimisen ja opiskelun mielekkyydestä peruskoulun päättövaiheessa, empiirisiä tuloksia. Kasvatustieteen laitos. Julkaisusarja A. Tutkimuksia 91. Turun yliopisto.
Olweus D (1992): Kiusaaminen koulussa. Otava, Helsinki.

Opetusministeriö (1997): Terveen itsetunnon ja elämänhallinnan edistäminen peruskoulussa. Opetusministeriön työryhmien muistioita 29:1997, Helsinki.
Opetusministeriö (1999): Luki-työryhmän muistio. 6/1999.
Pajulammi A ja Tolonen R (1994):'Kuule sinusta välitetään.' Kouluikäisen lapsen hyvinvoinnin tukeminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Pro -gradu tutkielma. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos.
Parkes CM (1998): Coping with loss. Bereavement in adult life. British Medical Journal 316: 856-859.
Patterson J and Blum RW (1996): Risk and resilience among children and youth with disabilities. Arch Pediatr Adolesc Med 150:692-698.
Peltonen M (1994): Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 18.
Perry KE and Weinstein RS (1998) The Social Context of Early Schooling an Children's School Adjustment. Educ Psychol 33:177-194.
Piha J (1996): Perhe lasten ja nuorisopsykiatrian näkökulmasta. Kirjassa: Lasten ja nuorisopsykiatria s. 61-68. Toim. E Räsänen, I Moilanen, T Tamminen ja F Almquist, Duodecim.
Poskiparta E ja Niemi P (1994): Luku- ja kirjoitustaidon arviointi. Kirjassa: Kognitiivisten taitojen ja motivaation arviointi koulutulokkailla ja 1.luokan oppilailla. s. 7-20. Toim. M Vauras, E Poskiparta ja P Niemi, Turun yliopisto, Oppimistutkimuksen keskuksen julkaisuja 3.
Poskiparta E (1995): Riskilasten tunnistaminen ja oppimisvaikeuksien ennaltaehkäisy kahden ensimmäisen kouluvuoden aikana. Kirjassa: Kirjoitetun kielen prosessointi. s. 135-162. Toim. J Hyönä, H Lang ja M Vauras, Turun yliopisto, Oppimistutkimuksen keskus.
Poskiparta M (1996): Reflektiiviset kysymykset terveysneuvonnassa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Suppl . s. 91-97.
Posner JK and Vandell DL (1994): Low-income children's after-school care: Are there beneficial effects of after school programs? Special issue: Children and poverty. Child-Dev 65:440-456.
Power and Peckham (1990): Childhood morbidity and adulthood ill health. J Epidemiol Community Health 44:69-74.
Pulkkinen L (1996): Lapsesta aikuiseksi. Atena kustannus Oy, Jyväskylä.
Pulkkinen L (1997): Myönteisen kehityksen mahdollisuudet. Luento 28.11.1997, Jyväskylän messut 28.11.1997.
Puura K (1998): What children tell and adults notice. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Sarja: Acta Universitatis Tamperensis 605:1998, Tampere.
Puura K, Tamminen T, Bredenberg P, Escartin T, Kaukonen P, Leijala H, Rutanen M, Suominen I ja Salmelin R (1995): Lasten psyykkiset häiriöt Tampereen yliopistollisen sairaalan vastuualueella. Psykiatrian tutkimussäätiön julkaisusarja n:o 110, Helsinki.
Quay LC (1992): Personal and family effects on loneliness. J Appl Dev Psychol 13.
Quinton D, Pickels A, Maugham B and Rutter M (1993): Partners, peers and pathways: Assortive paring and continuities in conduct disordert. Development and Psychopathology 5: 760-783.
Rae-Grant N, Thomas H, Offord DR and Boyle MH (1988): Risk, Protectice Factors and Prevalence of Behavioral and Emotional Disorders in Children and Adolescent. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 28:262-268.
Rajantie J, Sihvola S, Lappi R ja Perheentupa J (1993): Lasten ja Nuorten terveydentila 1990-luvun Suomessa. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.
Rankin SH (1989): Family Transitions: Expected and Unexpected. In: Toward a Science of Family Nursing, pp. 173-186. Eds. C Gillis, B Highley, B Roberts and I Martinson, Addison-Wesley, California.
Reisman B (1995): Making a difference for children: The medical community's role in improving child care. J Am Med Womens Assoc 50:170-174.
Ricters JE and Martinez PE (1993): Violent communities family choices and children's chances: An algorith for improving the odds. Development and Psychopathology 5: 609-627.
Rimpelä M (1995): Lasten hyvinvoinnin ja terveyden väestötasoinen monitorointi. Stakes/Pala Raportti. Helsinki.
Rimpelä M (1996): Kouluterveys 1996 tutkimus- ja toimintaohjelma. Stakes, Aiheita 40/1996. Helsinki.
Rimpelä M, Rimpelä A, Vikat A, Hermanson E, Kaltiala-Heino R, Kosunen E ja Savolainen A (1997): Miten nuorten terveys on muuttunut 20 vuoden kuluessa? Suom Lääkäril 52:2705-2712.
Rimpelä M (1999): Koetut oppimisvaikeudet ja pahoinvointi yläasteella. Tampere. Kouluterveys 2002 - tiedotuslehti No 8. IV Kouluterveyspäivät, Tampere 23.-24.8 1999.
Ringen S and Halpin B (1995): The standard of living of children: A study in well-being, family and measurement. Department of Applied Social Studies and Social research. University of Oxford Barnett House. Oxford.

Rintanen H (2000): Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänkulussa. Väitös-kirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 740, Tampere.
Rosner B, Prineas R, Loggie J and Daniels SR (1998): Percentiles for body mass index in U.S. children 5 to 17 years of age. J Pediatr 132:211-222.
Rutter M (1967): A children's behavior questionnaire for completion by teachers: Preliminary Findings.J Child Psych Psychiatry 8:1-11.
Rutter M (1990): Psychosocial resilience and protective mechanisms. In: Risk and protective factors in the development of psychopathology, pp. 181-214. Eds. AS Rolf, D Masten, KH Cicchetti, T Nuechterlein and S Weintraub, Cambridge University Press, Cambridge.
Rutter M (1993): Resilience: Some conceptual considerations. J Adol Health 4:626-631.
Rödstam M (1992): Lapsen kehitys 7-12 vuotta. Otava, Helsinki.
Saarilehto S (1998). Tyttöjen ja poikien kehonkokokäsitys ja –ihanteet. Abstrakti. S.58. XX Nordic congress of psychology & psykologia '98. Helsinki.
Sadeniemi M (toim.) (1983): Nykysuomen sanakirja. Suomalaisen kirjallisuuden seura. WSOY.
Salminen J (1980): Lapsen kielellinen kehitys ja lukemaan ja kirjoittamaan oppiminen. Joensuun korkeakoulun kasvatustieteiden osaston opetusmonisteita 22: 1980, Joensuu.
Salminen JK (2000):Tunteet ja terveys. Suomen Lääkäril 55:246-247.
Salmivalli C (1999): Kiusaamisen havaitseminen. Lyhennelmä. Lääkäripäivät 1999. Helsinki.
Sameroff AJ and Haith MM (1996): The five to seven year shift: The age of reason and responsibility. University of Chicago Press, Chicago.
Sauli H (1992): Lasten sosiaalisen eriarvoisuuden kuvaaminen tilastoissa. Kirjassa: Moniääninen laulu lapsuudesta. Toim. M Bardy, S Laukonsuo, V Karjalainen ja M Sihto, Sosiaali- ja terveyshallitus, Raportteja 66/1992, Helsinki.
Schulenberg J, Maggs JL and Hurrelmann K (1997): Negotiating Developmental transitions During Adolescense and Young Adulthood: Health Risks and Opportunities. In: Health Risks and Developmental Transitions during Adolescence, pp. 1-19. Eds. J Schulenberg, JL Maggs and Hurrelmann A., Cambridge University Press, New York, USA.
Scheier M and Carver C S (1985): Optimism, coping and health: Assesment and implications of generalied outcome expectancies. Health Psychology 4:219-247.
Sheline JL, Skipper BJ and Broadhead WE (1994): Risk factors for violent behavior in elementary school boys: Have you hugged your child today? Am J Public Health 84:661-663.
Sihvola S (1994): Lapsen terveys ja lapsiperheiden hyvinvointi: Sosiaalipediatrinen tutkimus suomalaisesta lapsesta. Mannerheimin Lastensuojeluliitto, Helsinki.
Siivola U (1985): Terveyssisar kansanterveystyössä. WSOY.
Sillanpää M and Anttila P (1996): Increasing prevalence of headache in 7-year-old schoolchildren. Headache 36:466-470.
Simoila R (1994): Terveydenhoitajan työn kehitys, ristiriidat ja työorientaatiot. Stakes, Tutkimuksia 48:1994, Helsinki.
Sinkkonen J (1995): Lapsen kanssa: hyvinä ja pahoina päivinä. WSOY, Porvoo.
Sinkkonen J (1997): Tytöstä nainen, pojasta mies. Duodecim 113:629-633.
Smith MJ, Goodman JA and Ramsey NL (1987): Child and family: Concepts of Nursing Practice. 2. Ed. McGraw-Hill, New York.
STM (1975–1987): Valtakunnalliset suunnitelmat kansanterveystyön ja sairaanhoitolaitosten järjestämisestä vuosina 1975-1979, 1976-1980, 1977-1981, 1978-1982, 1979-1983, 1980-1984, 1981-1985, 1982-1986, 1983-1987. Helsinki.
STM (1974–1999): Valtakunnalliset suunnitelmat sosiaalihuollon ja terveydenhuollon järjestämisestä 1984-1988, 1985-1989, 1986-1990, 1987-1991, 1988-1992, 1989-1993, 1993-1996, 1994-1997, 1995-1998, 1996-1999, 1997-2000, 1998-2001, 1999-2002. Helsinki.
STM (1990–1992): Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon sekä ympäristönsuojelun hallinnosta. 1990-1994, 1991-1995, 1992-1996.
STM (1986): Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki 1989. Valtion painatuskeskus.
STM (1993): Terveyttä kaikille vuoteen 2000, uudistettu yhteistyöohjelma. Julkaisuja 1993:2.
STM (1997a): Suomalainen strategia nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi. Julkaisuja 7:1997.
STM (1997b): Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Julkaisuja 27:1997.
STM (1998). Seulonnat ja terveystarkastukset terveyskeskuksissa 1998. Selvityksiä 1998:11.
STM (1999a): Suomalainen strategia lasten ja nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi vuosina 2000-2003. Toimenpidesuositukset. Työryhmämuistioita 19:1999.

STM (1999b): Varhaiskasvatustyöryhmän muistio 4/99. Helsinki.
Stakes (1999). Hoitoilmoitusrekisteri. Helsinki.
Stakes (1999). Lastensuojelutilasto. Helsinki.
Stewart M, Reid G and Mangham C (1997): Fostering Children's Resilience. J Ped Nursing: Nursing care of children & families 12:21-31.
Stormshak EA, Bierman KL, Bruschi C, Dodge KA, Coie JD (1999): The relation between behavior problems and peer preference in different classroom contexts. Conduct Problems Prevention Research Group. Child Dev, 70:169-82.
Strandell H (1995): Mikä on lasten hyvinvointia? Tiedon tarpeen kartoitus. Stakes Aiheita 25/1995.
Strid O (1996): Kuudesluokkalainen: Terveystarkastuksesta koulutarkastukseen. Stakes, Aiheita 28/1996, Helsinki.
Strid O (1998): Kouluterveydenhuollon terveystarkastus luokan hyvinvoinnin arvioinnissa. Suomen Lääkärilehti 33:3811-3815.
Strid, O (1999): Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. Lastenneuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaitsijana ja auttajana. Stakes, Aiheita 16/1999, Helsinki.
Suominen H (1999): Lasten ja nuorten hyvinvointi: uudet haasteet – vanhat palvelut. Hyvinvointia ja palveluita koskevat strategiat Väliraportti 1, Stakes Aiheita 1:1999.
Surakka V (1999): Contagion and modulation of human emotions. Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan julkaisuja. Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 627, Tampere.
Svanberg POG (1998): Attachment, resilience and prevention. J Ment Health 7:543-578.
Syöpäjärjestöt: Syöpärekisteri
Taipale V (1992): Lasten mielenterveystyö. WSOY. SHKS. 1992.
Takala M (1978): Koulutulokkaiden tottuminen kouluympäristöön opettajien havaitsemana. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 205:1978, Jyväskylä.
Tamminen T, Bredenberg P, Escatin T, Kaukonen P, Puura K, Rutanen M, Suominen I, Leijala H and Salmelin R (1991): Psychosomatic symptoms in preadolescent children. Psychother Psychosom 56:70-77.
Taskinen S (1999): Yökastelun hoito. Duodecim 115:63-66.
Terho P ja Vakkilainen E-L (1993): Kouluterveydenhuollon tukiaineisto. Stakes Oppaita 16, Helsinki.
Terho P (1998): Kouluterveydenhuollon oikeutus ja merkitys. Lyhennelmä. Lääkäripäivät 1998, Helsinki.
Theunissen NC, Vogels TG, Koopman HM, Veripps GH, Zwinderman KA, Verloove-Vanhoricks SP and Wit JM (1998): The proxy problem: Child report versus parent report in health-related quality of life research. Qual Life Res 5:387-397.
Tilastokeskus (1992): Kuolinsyytilastot, Helsinki.
Truin GJ, Plasschaert AJ, Konig KG and Vogels AL (1981): Dental caries in 5-,7-, 9- and 11-old schoolchildren during a 9-year dental health campaign in The Hague. Commun Dent Oral Epidemiol 9:55-60.
Urho U-M ja Hasunen K (1999): Yläasteen kouluruokailu 1998. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 5:1999, Helsinki.
Uusitalo H, Konttinen M ja Staff M (1995): Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes, Raportteja 173/1995, Helsinki.
URL 29.4.2000: http://www.utu.fi/med/kansanterv/ffc.html
Vanistendael S (1996): Growth in the Middle of Life. Resilience: Building on people's strength. International Catholic Child Bureau. Geneva 2nd edition.
Varjoranta P ja Pietilä A-M (1999): Kouluterveydenhuolto tänään. Selvitys kouluterveydenhuollon toiminnasta 14 suomalaisessa kunnassa. Stakes, Aiheita 4/1999, Helsinki.
Vauras M, Poskiparta E ja Niemi P (1994): Kognitiivisten taitojen ja motivaation arviointi koulutulokkailla ja 1.luokan oppilailla. Oppimistutkimuksen keskus, julkaisuja 3. Turun yliopisto.
Vikat A (1998): Koulujen väliset erot oppilaiden terveydessä: Alustavia tuloksia. III Kouluterveyspäivät 24.-25.8.1998, Tampere.
Vuille J-C and Sundelin C (1996) Concepts of normality in growth and development. In: Social Pediatrics, pp. 210-224. Eds. B Lindström and N Spencer. Social Pediatrics. Oxford University Press, Inc. New York.
Vuori A (1997): Koulunkäyntinsä aloittavan lapsen perheen terveys ja tuen odotukset kouluterveydenhuollolle. Tampereen yliopiston hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma, Tampere.
Werner E and Smith R (1993): Overcoming the odds. High risk children from birth to adulthood. Cornell University Press. Itchaca and London.
Wilde J (1987): The school-age child. In: Child and family: Consepts of nursing practice. 2 Ed. pp. 261-287. Eds. MJ Smith, JA Goodman and NL Ramsey. McGraw-Hill, New York..

Wold B and Samdal O (1999): Health promotion among young people: The development of healthy school enviroments. Research Centre for Health Promotion University of Bergen.
Wood D, Halfon N, Scarlata D, Newacheck P and Nessim S (1993): Impact of family relocation on children's growth development, school function and behavior. JAMA 270:1334.
Wyman PA, Coven EL, Work WC and Kerley JH (1993): The role of children's future expectations in self-system functioning and adjustment to life stress: A prospective study of urban at-risk children. Development and Psychopathology 5:649-661.
Östberg V (1996). Social Structure and Children's Life Changes. An Analysis of Child Mortality in Sweden. Swedish Institute for Social Research 26. Doctoral Dissertation 1996. Departement of Sociology. Stockholm University, Stockholm.

SUULLISET TIEDONANNOT

Berntsson L (1999): Lasten terveys ja hyvinvointi Pohjoismaissa -tutkimusaineisto. Johtoryhmän tutkimuskokous 1.2.1999. Göteborg.
Kartovaara L (1999). Tilastokeskus.
Larjomaa R (1999). Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
Lyttinen S (1999). Espoon kouluvirasto.
Passiniemi R (1998): Suomen Terveydenhoitajaliitto.
Tamminen T (1994). Tampereen yliopisto.

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Terveydenhoitajien tehtäväalueet, esiintyvyys (n)

Tehtäväalue	N
Ala-aste + lastenneuvola	71
Ala- ja yläaste + lukio	30
Ala-ja yläaste	26
Ala-aste	20
Ala-aste + äitiys- ja lastenneuvola	10
Ala-aste + ammattikoulu	6
Ala-ja yläaste + lastenneuvola	4
Ala-aste + äitiys- ja lastenneuvola + aikuisvastaanotto	3
Ala-aste + kotisairaanhoito	3
Ala-aste + äitiysneuvola + aikuisvastaanotto	3
Ala-aste + lukio	3
Ala- ja yläaste + lukio + ammattikoulu	2
Ala- ja yläaste + lastenneuvola + aikuisvastaanotto	2
Ala- ja yläaste + äitiysneuvola	2
Ala-aste + äitiysneuvola	2
Ala-aste + äitiys- ja lastenneuvola + kotisairaanhoito	2
Ala- ja yläaste + lukio + kotisairaanhoito	1
Ala- ja yläaste + äitiys- ja lastenneuvola	1
Ala-aste + ammattikoulu + kotisairaanhoito	1
Ala- ja yläaste + lastenneuvola + ammattikoulu	1
Ala-aste + aikuisvastaanotto + kotisairaanhoito	1
Ala-aste + kotisairaanhoito + ammattikoulu	1
Ala- ja yläaste + ammattikoulu	1
Ala-aste + lukio + lastenneuvola + aikuisvastaanotto	1
Ala-aste + lukio + opiskelijaterveys	1
Ala-ja yläaste + äitiysneuvola + kotisairaanhoito	1
Ala-aste + lastenneuvola + kotisairaanhoito + aikuisvastaanotto	1
Ala- ja yläaste + työterveyshuolto	1
Ala-aste + lastenneuvola + ammattikoulu	1
Ala-aste + lastenneuvola + aikuisvastaanotto	1
Ala-aste + äitiys- ja lastenneuvola + ammattikoulu	1
Ala-aste + lastenneuvola + kotisairaanhoito	1
Ala- ja yläaste + lukio + kotisairaanhoito + aikuisvastaanotto	1
Ala- ja yläaste + äitiys- ja lastenneuvola + aikuisvastaanotto + työterv.h.	1
Ala- ja yläaste + lukio + aikuisvastaanotto	1
Ala-ja yläaste + ammattikoulu	1
Ala-aste + äitiys- ja lastenneuvola + perhesuunnittelu + aikuisvastaanotto	1
Yhteensä	209

Liitetaulukko 2. Lääkärin toteamat pitkäaikaissairaudet, viat ja vammat, jakauma sukupuolen mukaan (n)

	Tytöt	Pojat
Astma	19	35
Aistinelinten ja hermoston taudit	15	16
Allergia	7	3
Yökastelu	1	6
Aineenvaihduntataudit	4	2
Diabetes mellitus	3	3
Synnynnäiset epämuodostumat	2	4
Laktoosi-intoleranssi	3	3
Migreeni	1	5
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	3	3
Luku- ja kirjoitushäiriöt	1	4
Virtsateiden sairaudet	2	3
Ruuansulatuskanavan sairaudet	3	1
Sydänviat	1	1
Mielenterveyden häiriöt	2	
Hengityselinten taudit		1
Infektiotaudit	1	
Tapaturmien jälkitilat		1
Ei sairauksia	823	814
Yhteensä	891	907
Puuttuvia	8	14

Liitetaulukko 3: Iltapäivähoidon jakauma (%)

Iltapäivähoitomuoto	Kaikki (1809)
Kotona, jossa aikuisia ja/tai sisaruksia	54
Kotona yksin	23
Päiväkodin iltapäiväryhmässä	8
Muussa perheessä	5
Koulun kerhossa	4
Sukulaisten luona	3
Srk:n, järjestöjen ym. kerhossa	2
Leikkipuistossa	1
Kavereilla	1
Yhteensä	100

Liitetaulukko 4**.** Hampaiden ja käsien pesu, nukkumaanmeno, välipalan ja päivällisen syönti, jakauma sukupuolen mukaan (%).

	Tytöt	Pojat	Kaikki	p
Hampaiden pesu				
Kaksi kertaa päivässä	44	34	39	
Kerran päivässä	49	56	52	
Harvemmin	7	10	9	
Yhteensä	100	100	100	
N	896	918	1817	<0.001
Käsien pesu				
Kaksi kertaa päivässä	84	75	80	
Kerran päivässä	12	17	15	
Harvemmin	4	8	6	
Yhteensä	100	100	100	
N	898	918	1816	<0.001
Nukkumaanmeno				
noin klo 20	11	10	11	
noin klo 21	60	55	57	
noin klo 22	26	30	28	
noin klo 23	2	4	3	
Yhteensä	100	100	100	
N	887	915	1802	.037
Välipalan syönti				
Kyllä	92	87	90	
Ei	8	13	10	
Yhteensä	100	100	100	
N	888	911	1799	.001
Päivällisen syönti				
Aina	81	76	78	
Silloin tällöin	15	19	17	
Ei syö	3	4	4	
Ei osaa sanoa	1	1	1	
Yhteensä	100	100	100	
N	898	921	1819	.119

Liitetaulukko 5: Kouluviihtyvyys, jakauma sukupuolen mukaan (%).

Kouluviihtyvyys	Tytöt	Pojat	Kaikki	P
Koulunkäynnistä pitäminen				
Hyvin paljon	57	46	51	
Melko paljon	39	45	42	
Melko vähän	3	7	5	
Ei lainkaan	1	2	2	
Yhteensä	100	100	100	
N	898	921	1819	<0.001
Oppiminen				
Helppoa	54	50	52	
Siltä väliltä	37	37	37	
Vaikeaa	8	12	10	
Ei osaa sanoa	2	1	2	
Yhteensä	100	100	100	
N	899	921	1820	.009
Koulutehtävien määrä				
Aivan liikaa	1	2	2	
Liikaa	7	13	10	
Sopivasti	84	77	80	
Liian vähän	9	8	8	
Yhteensä	100	100	100	
N	899	921	1820	<0.001
Ystävien määrä luokassa				
Ei ole	1	2	2	
Yksi	8	7	7	
Kaksi tai useampia	91	91	91	
Yhteensä	100	100	100	
N	898	920	1818	.104
Opettajasta pitäminen				
Kyllä	97	93	94	
Ei	1	3	2	
Ei osaa sanoa	2	5	4	
Yhteensä	100	100	100	
N	896	919	1815	<0.001
Kouluruuan syönti				
Syö yleensä kaiken	95	93	94	
Syö vain osan	5	7	6	
Ei yleensä syö	0.2	0.3	0.3	
Yhteensä	100	100	100	
N	897	921	1818	.128
Koulumatka pelottaa				
Ei	90	95	92	
Kyllä	10	6	8	
Yhteensä	100	100	100	
N	897	919	1816	<0.001
Luokan ilmapiiri				
Hyvä	51	51	51	
Siltä väliltä	34	34	34	
Huono	10	11	10	
En osaa sanoa	6	4	5	
Yhteensä	100	100	100	
N	899	921	1820	.504
Kiusaako itse				
Ei	93	83	88	
Kyllä	4	13	8	
Ei osaa sanoa	3	4	4	
Yhteensä	100	100	100	
N	896	918	1814	<0.001

Kiusataanko				
Ei	77	68	72	
Kyllä	20	30	25	
Ei osaa sanoa	4	3	3	
Yhteensä	100	100	100	
N	898	919	1817	<0.001

Liitetaulukko 6: Harrastusten yleisyys sukupuolen mukaan (%).

Harrastuslajit	Tytöt (899)	Pojat (920)	Kaikki (1819)
Jalkapallo	3	31	17
Luistelu	17	11	14
Jumppa, temppukoulu	20	2	11
Jääkiekko, ringette	1	19	10
Ulkoilu, leikkiminen	12	6	9
Askartelu, piirtäminen	13	5	9
Hiihto, laskettelu	8	9	9
Partio	9	7	8
Pianon soitto	14	2	8
Muut	6	6	7
Yleisurheilu	5	6	5
Uinti	7	4	5
Tanssi, tanhu, baletti	10	0	5
Sähly	0	9	5
Pyöräily	4	6	5
Ratsastus	7	1	4
Viulun ja sellon soitto	5	2	4
Karate, judo, aikido,paini	1	5	3
Tietokonepelit	1	4	3
Kori-, käsi- ja lentopallo	2	3	2
Kuorolaulu	3	0	2
Keräilyharrastus	1	2	2
Eläintenhoito	1	1	1
Tennis	1	1	1
Lukeminen	1	1	1
Kielet	1	1	1

Liitetaulukko 7: Mikä tuottaa iloa, jakauma sukupuolen mukaan (%)

Mikä tuottaa iloa	Tytöt (884)	Pojat (904)	Kaikki (1788)
Lahjat/tavarat	18	20	19
Leikki ja liikunta	13	19	16
Matkat/hauskat paikat	19	14	16
Ystävät	15	14	15
Perhe	7	4	5
Syöminen	4	4	4
Koulu	2	4	3
Eläimet	5	1	3
Ei osaa sanoa	9	11	10
Muut	5	8	6
Yhteensä	100	100	100

Liitetaulukko 8: Mikä tuottaa surua, jakauma sukupuolen mukaan (%)

Mikä tuottaa surua	Tytöt (861)	Pojat (882)	Kaikki (1743)
Kiusaaminen	23	28	26
Sairaudet ja kuolema	20	12	16
Pettymykset	7	13	10
Riitelyt	7	5	6
Sisarukset	4	6	5
Eläimet	4	1	2
Yksinäisyys	4	1	2
Vanhemmat	1	1	1
Koulu	1	2	1
Tavarat	1	1	1
Muut	4	4	4
Ei mitkään	3	5	4
Ei osaa sanoa	16	21	18
Yhteensä	100	100	100

Liitetaulukko 9: Mitä pelkää, jakauma sukupuolen mukaan (%)

Mitä pelkää	Tytöt (897)	Pojat (918)	Kaikki (1815)
Pimeyttä	8	8	8
Muita ihmisiä	5	3	4
Yksinäisyyttä	4	2	3
Eläimiä	2	1	2
Unia	1	1	1
Sairauksia ja kuolemaa	1	0	1
TV-ohjelmia	1	1	1
Liikennettä	1	1	1
Muita asioita	2	3	3
Ei osaa sanoa	1	2	1
Ei mitään	74	77	76
Yhteensä	100	100	100

Liitetaulukko 10: Missä asiassa sinä olet oikein hyvä-kysymys, jakauma sukupuolen mukaan (%)

Missä on hyvä	Tytöt (895)	Pojat (919)	Kaikki (1814)
Lukuaineissa	40	35	37
Liikunnassa	20	37	29
Käden taidoissa	24	11	17
Ihmissuhdetaidoissa	5	6	6
Muissa asioissa	1	4	2
Kaikissa asioissa	2	1	2
Ei missään	8	6	7
Yhteensä	100	100	100

Liitetaulukko 11: Kotona olevat huolen kohteet, jakauma sukupuolen mukaan (%)

Huolen kohteet	Tytöt (899)	Pojat (921)	Kaikki (1820)
Ei mistään	58	62	60
Tavaroista	7	8	8
Sisaruksista	8	7	7
Lemmikkieläimistä	8	5	7
Vanhemmista	6	3	4
Yksinäisyydestä	3	2	2
Siisteydestä	3	2	3
Turvattomuudesta	2	2	2
Muista asioista	3	3	3
Ei osaa sanoa	4	5	4
Yhteensä	100	100	100

Liitetaulukko 12. Terveysindikaattoreiden yhteydet lapsen sosiodemografiseen asemaan (alue, perhetyyppi, työttömyys ja sisarusasema), esiintyvyys (%) sukupuolen mukaan

	Pitkäaikaissairaus	p	Allergia	P	Lihavuus	P	Päivittäiset oireet	P	Yleisarvio terveydestä huono	p	Erittäin huonoksi koettu terveys	P
Tytöt												
Alue												
Espoo	8		19		10		28		13		7	
Turku	9		20		15		32		15		9	
Keski-Suomi	7	.70	16	.45	14	.20	25	.16	12	.17	6	.27
Perhetyyppi												
Biolog. Vanh.	8		18		13		26		13		7	
Ei-biol.vanh.	10		18		8		44		11		6	
Yksinhuoltajat	3	.10	19	.93	13	.43	32	.01	18	.54	9	.78
Työttömyys												
Työssäkäyvät	7		17		14		28		12		6	
Työttömät	10		1		14		28		15		8	
Työttömyyttä ei tiedetä	6	.38	23	.29	6	.06	29	.99	19	.07	9	.62
Sisarusasema												
Ainoa	1		26		11		23		13		2	
Esikoinen	8		15		13		30		9		5	
Keskimmäinen	8		20		9		22		11		5	
Kuopus	9	.16	17	.11	16	.16	31	.09	17	.08	10	.09
Pojat												
Alue												
Espoo	8		24		10		28		14		6	
Turku	13		19		7		37		18		7	
Keski-Suomi	10	.08	23	.38	18	.00	28	.05	12	.09	5	.65
Perhetyyppi												
Biolog. Vanh.	10		23		13		31		14		6	
Ei-biol.vanh.	11		19		11		33		19		5	
Yksinhuoltajat	9	.76	22	.79	13	.88	23	.24	12	.51	4	.53
Työttömyys												
Työssäkäyvät	10		23		13		30		13		5	

Työttömät	14		23		15		32		18		9	.
Työttömyyttä ei tiedetä	6	.07	19	.55	13	.84	26	.49	13	.26	6	.010
Sisarusasema												
Ainoa	7		27		15		20		12		4	
Esikoinen	11		23		13		31		15		6	
Keskimmäinen	10		18		11		36		16		7	
Kuopus	10	.40	23	.42	14	.67	29	.05	13	.49	6	.64

Liitetaulukko 13. Terveysindikaattoreiden yhteydet kotioloihin ja esiintyvyys (%) sukupuolen mukaan

	Pitkäaikaissairaus	p	Allergia	P	Lihavuus	P	Päivittäiset oireet	P	Yleisarvio terveydestä huono	p	Erittäin huonoksi koettu terveys	P
					Tytöt							
Iltapäivähoito												
Ei yksin	8		18		12		28		12		6	
Yksin	6	.23	16	.51	15	.28	28	.96	18	.02	10	.03
Huolenpitotaso												
Melko hyvä tai hyvä	8		18		15		27		13		7	
Huono	7	.92	16	.77	13	.72	44	.01	16	.72	11	.21
Tupakointi sisätiloissa												
Ei	8		18		13		28		12		6	
Kyllä	5	.22	14	.31	11	.61	30	.74	22	.02	13	.03
					Pojat							
Iltapäivähoito												
Yksin	10		22		14		31		14		7	
Ei yksin	10	.87	22	.99	11	.50	26	.14	13	.70	4	.16
Huolenpitotaso												
Melko hyvä tai hyvä	11		23		12		29		14		6	
Huono	10	.83	20	.38	13	.71	36	.10	15	.58	6	.97
Tupakointi sisätiloissa												
Ei	10		23		12		30		13		6	
Kyllä	17	.03	22	.96	22	.00	32	.60	18	.17	6	.92

Liitetaulukko 14: Terveysindikaattoreiden yhteys kouluoloihin ja esiintyvyys (%) sukupuolen mukaan

	Pitkäaikaissairaus	p	Allergia	P	Lihavuus	P	Päivittäiset oireet	P	Yleisarvio terveydestä huono	p	Erittäin huonoksi koettu terveys	P
Tytöt												
Kouluviihtyvyystaso												
Melko hyvä tai hyvä	7		18		13		25		11		5	
Huono	11	.26	18	.98	14	.75	49	.00	25	.00	13	.01
Pojat												
Kouluviihtyvyystaso												
Melko hyvä tai hyvä	9		22		12		26		12		4	
Huono	15	.06	26	.24	17	.14	51	.00	26	.00	16	.00

Liitetaulukko 15. Terveysindikaattoreiden yhteydet lapseen liittyviin subjektiivisiin tekijöihin, ja esiintyvyys (%) sukupuolen mukaan

	Pitkäaikaissairaus	p	Allergia	P	Lihavuus	P	Päivittäiset oireet	P	Yleisarvio terveydestä huono	p	Erittäin huonoksi koettu terveys	P
Tytöt												
Harrastukset												
On	7		18		13		29		13		7	
Ei ole	10	.33	17	.64	13	.99	27	.64	15	.58	6	.72
Tunteet												
Tunnistaa	8		18		13		29		13		7	
Ei tunnista	9	.62	17	.89	14	.76	25	.54	13	.99	6	.72
Kotona huolia												
Ei	6		20		16		22		12		5	
Kyllä	9	.20	15	.06	13	.295	36	.00	15	12	9	.02
On hyvä jossakin												
Kyllä	12		18		13		28		14		7	
Ei	7	.12	21	.52	12	.82	27	.80	20	.32	5	.61
Pojat												
Harrastukset												
On	11		23		14		30		14		6	
Ei ole	9	.44	20	.42	11	.42	32	.60	13	.56	5	.36
Tunteet												
Tunnistaa	10		23		13		30		14		6	
Ei tunnista	9	.78	18	.40	15	.44	28	.74	18	.45	4	.41
Kotona huolia												
Ei	8		22		13		27		12		5	
Kyllä	13	.01	23	.41	13	.89	35	.01	18	.02	7	.27
On hyvä jossakin												
Kyllä	10		23		13		31		14		6	
Ei	13	.39	15	.17	14	.90	20	.10	14	.99	3	.39

LIITTEET

Liite 1. Terveystietoja oppilaasta / huoltajan ilmoitus kouluterveydenhuollolle.

Liite 2. Yhteenveto ensimmäisen, toisen ja lopullisen tutkimuksen lomakkeiden kysymyksistä

Ensimmäinen pilottitutkimus	Toinen pilottitutkimus	Lopullinen tutkimus
Taustakysymykset: Sukupuoli Syntymäkuukausi- ja -vuosi Pituus ja paino Kotiosoitteen postinumero Äidin ammatti Isän ammatti Huoltajuus Vanhempien avioero/kuolema Sisarusten syntymävuodet Pitkäaikaissairaudet Yliherkkyys Näkö- ja kuulovika 5-vuotistarkastus **Oppilaan kysymykset:** Iltapäivähoitopaikka Tyytyväisyys iltapäivähoitoon Läheisten ystävien määrä Perheen lemmikkieläimet Avioerovanhemman tapaaminen Yleisarvio omasta terveydestä Oireet (vatsakipu, päänsärky, univaikeudet, ruokahalutto-muus) Harrastukset Mikä tekee iloiseksi Mikä tekee surulliseksi Halataanko kotona Ruumiillinen kuritus Pelkääkö jotain Äidin tupakointi Isän tupakointi Vanhempien työttömyys	**Taustakysymykset:** Sukupuoli Syntymäkuukausi- ja –vuosi Pituus ja paino Koulu Luokka Lapsen numero Kotiosoitteen postinumero Asema sisarussarjassa Huoltajuus **Oppilaan kysymykset:** Iltapäivähoitopaikka Tyytyväisyys iltapäivähoitoon Koulunkäynnistä pitäminen Koulutehtävien määrä Kiusataanko koulussa Kiusaako itse Harrastusten määrä Pelottaako koulumatka Pelottaako joku muu asia Yleisarvio omasta terveydestä Kouluruuan syönti Välipalan syönti Hampaiden harjaus Käsien pesu Nukkumaanmenoaika Kodin tupakointi Mitä tapahtuu kun tulee iloiseksi Mitä tapahtuu kun tulee surulliseksi Läheisten ystävien määrä Hellyyden saaminen äidiltä Hellyyden saaminen isältä	**Taustakysymykset:** Lapsen numero Sukupuoli Syntymäkuukausi- ja -vuosi Pituus ja paino Koulun nimi Koulun sijaintikunta Koulun oppilasmäärä Kotiosoitteen pnro Asema sisarussarjassa Huoltajuus Työttömyys Pitkäaikaissairaudet Lääkkeiden käyttö Allegiat **Oppilaan kysymykset:** Iltapäivähoitopaikka Tyytyväisyys iltapäivähoitoon Koulunkäynnistä pitäminen Koulutehtävien määrä Oppiminen Ystävien määrä luokassa Opettajasta pitäminen Luokan ilmapiiri Kiusataanko koulussa Kiusaako itse Oireet (päänsärky, vatsakipu, univaikeudet, väsymys) Mitä harrastaa Harrastusten määrä kodin ulkopuolella Pelottaako koulumatka Pelottaako joku muu asia Yleisarvio omasta terveydestä Kouluruuan syönti Välipalan syönti Minkälaista välipalaa Päivällisen syönti Hampaiden harjaus Käsien pesu Nukkumaanmenoaika Äidin tupakointi sisätiloissa Isän tupakointi sisätiloissa Muun hlön tupakointi sisät. Mitkä asiat saavat iloiseksi Mitkä asiat saavat surulliseksi Kotiin liittyvät huolet Hellyyden saaminen äidiltä Hellyyden saaminen isältä

Liite 3. Koulutulokas 1996 -lomake

Liite 4. Kouluuntulotarkastuksissa käytettyjen erillislomakkeiden tietosisällöt kunnittain.

Tietosisällöt	Kunnat*															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Oppilaan henkilötiedot	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Vanhemmat (ja muut aikuiset)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Ammatit/työpaikka		x	x	x		x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Sisarukset		x	x			x		x	x	X	x	x	x	x	x	x
Oppilaan terveydentila	x	x	x						x	x	x	x	x	x	x	
Sairaudet (menneet ja nykyiset)		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Jatkuva lääkitys	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x
Yliherkkyydet		x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x
Toistuvat oireet		x	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Sairaudet ja häiriöt (tapatur.leikkaukset)			x			x		x	x	x	x	x	x	x	x	
Näkö ja kuulo		x	x						x	x	x		x	x	x	
Muu oireisto			x		x				x	x	x		x	x	x	
Päivähoito, jossa ollut ennen			x						x	x	x		x	x	x	x
Hoito kouluajan ulkopuolella			x		x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	
Kuka hoitaa lasta, kun lapsi sairastuu			x					x	x	x	x	x	x	x	x	x
Lastenneuvola, jossa käynyt	x	x	x			x	x		x	x	x	x	x	x	x	
Rokotuslupa	x	x	x		x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Keskustelulupa opettajan kanssa	x		x		x			x	x	x	x	x	x	x	x	x
Keskustelulupa oppilash.työryhmässä						x						x				
Elämänkatsomukseen liittyvät asiat			x						x	x	x		x	x	x	
Koulumatka ja liikenne			x						x	x	x	x	x	x	x	
Asuin(elin)ympäristö	x		x						x	x	x		x	x	x	
Lisätietoja perheen muista jäsenistä		x	x	x		x			x	x	x	x	x	x	x	
Liikunnalliset rajoitteet	x															
Erityisruokavalio	x			x			x									
Lapsen vahvuudet	x															
Viestit kouluterveydenhuollolle	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Lapsen suhtautuminen koulunkäyntiin					x			x				x				x
Lapsen kouluvalmius					x							x				
Lapsen luonteen kuvaus					x							x				
Lapsella esiintyneet ongelmat					x											
Ryhmässä viihtyminen					x			x								
Lapsen kiinnostuminen kirjoista					x											
Luetaanko lapselle (minkälaisia kirjoja)					x											
Lapsen keskittymiskyky					x											x
Lapsen reagointi pettymyksiin					x											
Lapsen viihtyminen toisten seurassa					x			x								x
Lasten ystävien määrä					x			x				x				x
Lapsen harrastukset					x			x				x				
Lapsen ateriointitottumukset							x	x				x				
Lapsen nukkumaanmenoaika							x	x				x				
Tupakoidaan perheessä							x	x								
Tupakoidaanko sisällä							x									
Läsnäolo terveystarkastuksissa							x									
Perheen yhteiset harrastukset								x								

*= Jyväskylä, 2=Jyväskylän mlk, 3=Kajaani , 4=Kokkola, 5=Kuopio, 6=Lappeenranta, 7=Lappi, 8=Nastola, 9=Nokia, 10=Porvoo, 11=Rovaniemi , 12=Rovaniemen mlk, 13=Salo, 14=Turku, 15=Espoo, 16= Jämsä

Liite 5. Terveydenhoitajien antamia palautteita tieto-osan kysymyksistä

YLEISIÄ PALAUTTEITA	- lapsen ongelmakäyttäytyminen ja siitä mahdollisesti aiheutuvat sosioemotionaaliset ongelmat tulevat esille lähinnä opettajan aktiivisuuden ja omien etsivien voimavarojen myötä -perheeseen liittyvät asiat tulevat vain hyvin harvoin lapsen kautta esille -perheeseen liittyvät asiat tulevat esille muuta kautta, eikä niinkään koulusta ja lapselta - kun tunteet perheet useiden vuosien takaa, tietää jo taustoja - jos on hoitanut lapsia jo neuvolassa, ovat todella 'tuttuja' - jos perheeseen liittyvät asiat muuttuvat ensimmäisen vuoden jälkeen, eikä lapsi kerro siitä, niin sitten ei niistä tiedä - lapseen liittyvät asiat käydään läpi kouluuntulotarkastuksessa - epikriisit erikoissairaanhoidosta tulevat tosi huonosti kouluterveydenhuoltoon - jutellaan näistä asioista kouluuntulotarkastuksessa kesällä ja lukukauden aikana, jututan myös opettajaa - oppilashuoltoryhmässä käsitellään monia lapsen asioita jos lapsella ongelmia koulussa - kun on kaksi pientä ala-astetta, joissa kummassakin noin 100 oppilasta, tiedonkulku opettajalta kouluterveydenhuollolle on helppoa - lapsen terveystavat usein vaihtuvaa tietoa, keskustellaan tulokastarkastuksessa - perheen asiat sisäisiä asioita, joita mahdollista 'salata' pitkäänkin - uusittu neuvolakortti tuo joitakin asioita paremmin esille kuin vanha - lapsen 'tottumukset' muuttuvat koko ajan, ei voida joka tapaamiskerralla kirjata, aikaa menee muuten siihen eikä vanhemman nostamille, hänelle tärkeille asioille - lääkärintarkastuksen yhteydessä tulevat esille
Neuvolatarkastusten laiminlyönnit	- perustuu vanhempien vastauksiin - sama terveydenhoitaja neuvolassa ja koulussa - merkinnöistä selviää 100 %:sesti - tiedetään, jos neuvolassa merkitty
Lapsen pitkäaikaissairaudet	- tiedossa, jos vanhemmat kertovat - vanhemmat jättävät kertomatta joskus - jos neuvola lähettänyt tutkimuksiin, muuten ei tietoa välttämättä lainkaan erikoissairaanhoidosta
Lapselle aiemmin sattuneet vakavat tapaturmat	- mikäli neuvola-aikana kirjattu - jos sairaala informoinut avopuolta - jos kortissa on merkintä - vaihtelevasti - vanhemmat eivät aina muista kertoa
Lapsen aikaisemmat sairaalahoidot	- sairaalasta ei tule tietoa
Lapselle annetut rokotukset	- maahanmuuttajilla ei aina välttämättä tiedossa
Lapsen harrastukset	- tiedän, kun on tavattu - en kartoita ekaluokkalaisten harrastuksia - yleensä lisääntyvät ensimmäisenä kouluvuonna - kartoitan, jos lapsella on säännöllisiä harrastuksia
Lapsen ystävien määrä	- sen tietää, jos lapsella ei ole ollenkaan ystäviä - saa selville lapselta kyselemällä
Lapsen ulkoilutottumukset	- keskustelu lapsen –ja vanhempien kanssa selvittää - koska tieto on vain itsellään, oppilaalta saatua tietoa
Lapsen ruokailutottumukset	- vaihdellen eri perheet - opettaja yleensä informoi
Lapsen nukkumistottumukset	- pitäneekö aina paikkansa - sovittu vanhempien kanssa

Lapsen TV:n katselutottumukset	- voi kertoa toisin - lapsi ei välttämättä osaa itse määritellä - sovittu vanhempien kanssa - en ole kartoittanut kaikilta - voi lisääntyä ajan kanssa
Lapsen iltapäivähoitomuoto	- ei vielä kesällä tiedossa - viimeisen kesän aikana muuttuvat - tärkeä
Lapsen viihtyminen iltapäivähoidossaan	- lapsen kertoman mukaan - onko todellisuus aina sitä, mitä oppilas kertoo - yhteistyö iltapäiväkerhon kanssa - ei erikseen kysytä lapselta
Lapsen viihtyminen koulussa	- lapsen kertoman mukaan - opettajan/lapsen kertoman mukaan - kyselen kuulontutkimuksen yhteydessä - oppilastyöryhmä käy läpi alkusyksystä opettajien kanssa
Lapsen psykosomaattiset oireet	- jos tulevat vastaanottopisteeseen kertomaan, yleensä ei tieto kulje muuten - lapset, jotka tulevat kertomaan - opettajan kertoman mukaan - jos huomattavia sen yleensä tietää - riippuu viestinkulkunopeudesta
Lapsen oppimisvaikeudet	- pienemmistä vaikeuksista ei välttämättä - erityisopettaja koulussa - opettajat eivät aina halua kertoa ennen kuin ollaan pitkällä - riippuu opettajasta - konsultoimalla erityisopettajia - kysymme tarkemmin toisella luokalla
Lapsen ulkoinen ongelmakäyttäytyminen (= levottomuus, rauhattomuus, vilkkaus, aggressiivisuus, uhmakkuus, keskittymiskyvyttömyys, yleiset sopeutumis- ja yhteistyövaikeudet, hankaluudet sekä häiriökäyttäytyminen, näpistelyt, varkaudet jne.)	- opettajat ottavat yhteyttä - keskustelusta opettajan kanssa - tieto jo päiväkotiaikaista - opettajilta tulee viestit - rohkeutta opettajilta toivoisi lisää - päiväkodin kasvu- ja hoitoryhmät säännöllisiä - koulussa ei tiedetä koulun ulkopuolisia asioita
Lapsen vetäytyvä ongelmakäyttäytyminen (=hiljaisuus, ujous, yksinäisyys, kynsien pureksiminen, masentuneisuus, jännittyneisyys, passiivisuus, pelokkuus jne.)	- opettajalta tietoa - 'hiljaiset' jäävät usein taka-alalle - edellistä vaikeampi havaita
Onko lapsi koulukiusattu	- tietoa myös lapsen ystävien kertomisista - jos lapsi(toiset lapset) kertoo, tiedetään, ei yleensä muuten - jos lapsi kertoo - opettajan/vanhempien kertoman mukaan - jokaisen lapsen kanssa keskustellaan - kysytään, mutta vastaus voi vaihdella - opettajien havainnot
Onko lapsi koulukiusaaja	- jos lapsi kertoo - jokaisen lapsen kanssa keskustellaan
Onko perhe avio- tai avoperhe tai yksinhuoltajaperhe	- riippuu siitä, mitä vanhemmat kertovat, V ja VI luokkalaiset kertovat jo itse
Jos avioerolapsi, missä viikoittain asuu	- tärkeä - vaihtelevat tiheästi
Vanhempien työpaikat	- kysytään kyselykaavakkeessa
Vanhempien mahdollinen työttömyys	- on lähtötilanne - ei aina välttämättä tule esille
Perheen paikkakunnilta muuttojen määrät	- näkyy neuvolakortista - vilkkailla muuttajilla kaikki ei näy
Perheen suuret taloudelliset ongelmat	- joskus salataan
Vakavat parisuhdeongelmat, mahdollinen avioero	- tieto tulee joskus viiveellä

	- tieto tulee, kun ollaan erovaiheessa - riippuu vanhemmista, kuinka avoimesti kertovat - avioerot yleensä tiedossa - yllättää nolon usein - vanhemmat saattavat kokea kysymyksen uteluna
Vanhempien päihdeongelmat	- vakavammat tapaukset yleensä tiedossa, lievemmät ei välttämättä - kysytään neuvolassa - luulen, että asiaa peitetään - kuulopuheita - leimautumisen pelko - salattu asia - yleensä tieto tulee sivusta
Perhepiirissä sattuneet kuolemantapaukset	- jos tapahtuu kesken vuotta, tiedon saanti riippuu opettajasta
Vanhempien väkivaltaisuus	- salataan usein - jos on jossain jo tiedossa
Vanhempien tupakointitottumukset	- kysytään vastaanotolla
Vanhempien pitkäaikaissairaudet	- harvoin vanhemmat kertovat aikuisten sairauksista - jos joku uusi juttu, sen voi saada selville - riippuu sairaudesta - lapset ei muista, vanhemmat ei ilmoita - useimmat eivät halua puhua lainkaan
Vanhempien mielenterveyden ongelmat	- piilossa - salataan - sattumalta voi saada tietoa - arkuutta vanhemmilta