

Päivi Mäki
Tuovi Hakulinen-Viitanen
Risto Kaikkonen
Päivikki Koponen
Marja-Leena Ovaskainen
Risto Sippola
Suvi Virtanen
Tiina Laatikainen
LATE-työryhmä (toim.)

Lasten terveys

LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä

RAPORTTI



LATE-työryhmän kokoonpano

Tuovi Hakulinen-Viitanen

Risto Kaikkonen

Päivikki Koponen

Seppo Koskinen

Tiina Laatikainen

Anna Leinonen

Päivi Mäki

Risto Sippola

Erkki Vartiainen

Suvi Virtanen

© Kirjoittajat ja THL

Ruotsinkielinen tiivistelmä: Käännös-Aazet Oy

Englanninkielinen tiivistelmä: Tiina Laatikainen

Taitto: Riitta Nieminen

Kannen kuvat: Rodeo.fi

ISBN 978-952-245-221-4 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-222-1 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

Yliopistopaino

Helsinki 2010

SAATESANAT

Valtakunnallista lasten terveysseurantaa on kehitetty vuodesta 2006 lähtien KTL:ssa (Kansanterveyslaitos ja Stakes yhdistyivät Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseksi (THL) 1.1.2009) Lasten terveysseurannan kehittäminen -hankkeessa (LATE-hanke). Hanke on toteutettu sosiaali- ja terveysministeriön aloitteesta ja rahoituksella. LATE-hanke testasi lasten terveysseurantatiedonkeruuta järjestämällä tutkimuksen lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa vuosina 2007–2008. Tavoitteena oli selvittää voidaanko määrääikäisistä terveystarkastuksista kerätä tietoja lasten ja nuorten terveysseurantaa varten. Tässä raportissa esitetään keskeisimmät tulokset LATE-tutkimuksesta. Tutkimusaineiston analysointiin ja raportin kirjoittamiseen ovat osallistuneet LATE-työryhmä sekä muita asiantuntijoita ja tutkijoita Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta. Tutkimustulokset täydentävät olennaisesti valtakunnallisesti puutteellisia tietoja lasten terveydentilasta ja muodostavat tietoperustan, johon myöhemmin kerättävää lasten terveysseurantatietoa voidaan verrata.

Hankkeen onnistumisen edellytyksenä on ollut laaja yhteistyöverkosto. Keskeisiä yhteistyötahoja ovat olleet tutkimukseen osallistuneet terveyskeskukset ja terveydenhoitajat. Terveyskeskukset, erityisesti hankkeeseen osallistuneet terveydenhoitajat, ovat antaneet tiedonkeruuvaiheessa merkittävän työpanoksen LATE-hankkeelle. Terveydenhoitajien motivoituminen tutkimustyöhön ja oman työn kehittämiseen mahdollisti tutkimusaineiston keruun osana lasten normaaleja määrääikäisiä terveystarkastuksia. Tutkimustyöryhmä kiittää kaikkia tutkimukseen osallistuneita terveyskeskuksia ja terveydenhoitajia.

Hankkeen aikana on konsultoitu lukuisia lasten terveyden, kasvun ja kehityksen asiantuntijoita ja koottu laaja tutkijaverkosto. Lasten mielenterveysasioissa on konsultoitu ylilääkäri Pälvi Kaukosta ja lastenpsykiatri Anne-Mari Borgia. Neuropsykologian erikoispsykologi Riitta Valtonen koulutti tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat Lene-arvioinnin tekemiseen ja antoi arvokasta konsultaatioapua yhdessä lastenneurologian ja -psykiatrian erikoislääkäri Kirsi Mustosen kanssa lasten neurologisen kehityksen arviointiin liittyvissä kysymyksissä. Terveydenhoitajien koulutukseen osallistuivat myös Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kuuloakeskuksen ylilääkäri Erna Kentala ja kuulontutkija Kirsti Oinonen. Koululaisten ryhdin tutkimisen osalta tutkimuksen suunnitteluun osallistui fysiatrian dosentti Maunu Nissinen. Kiitos heidän asiantuntemuksestaan ja työpanoksestaan LATE-hankkeen hyväksi. Kiitos kuuluu myös kaikille muille hankkeen aikana konsultoiduille asiantuntijoille.

LATE-työryhmä on tehnyt tiivistä yhteistyötä Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin (nyk. THL) eri alojen asiantuntijoiden kanssa. Yhteistyötä on tehty mm. rokoteosaston ja tapaturmayksikön kanssa. Rokotustietojenkeruun suunnitteluun, terveydenhoitajien koulutukseen ja aineiston analysointiin osallistuivat Tuija Leino, Ulpu Elonsalo, Nina Strömberg ja Pirjo-Riitta Saranpää. Tapaturmakysymyksissä

asiantuntijoina olivat Anne Lounamaa, Jaana Markkula ja Mirka Råback. Puberteettikehityksen arviointiin liittyvissä kysymyksissä on konsultoitu Petteri Hovia, näön tutkimiseen liittyvissä kysymyksissä Arja Laitista, nuorten mielialan tutkimiseen liittyvissä kysymyksissä Linnea Karlsson ja Mauri Marttusta, Mauri Aaltoa AUDIT-testin osalta, Katri Kilpeläistä ryhdin tutkimisessa ja Arja Hastrupia varhaisen vuorovaikutuksen arvioimisessa.

Terveyserojen kaventamiseen tähtäävä TEROKA-hanke on ollut keskeinen yhteistyötaho koko lasten terveysseurantahankkeen ajan. Yhteistyö on mahdollistanut terveysseurantajärjestelmän testaamisen ja tiedonkeruun hankkeeseen valittujen terveyskeskusten lisäksi myös Kainuun maakunnassa ja Turun kaupungissa. Yhteistyötä on tehty lisäksi muiden hankkeiden ja tahojen kanssa, kuten Lasten mielenterveystyön kehittämishankkeen (LAMIKE-hanke), Stakesin (nykyisin THL) avohoidon tilastointi -työryhmän ja Suomen Kuntaliiton kanssa.

Tämä raportti on ensimmäinen valtakunnallinen lasten terveysseurantaraportti. Kehittämistyö lasten terveysseurantajärjestelmän vakiinnuttamiseksi jatkuu. Tavoitteena on säännöllinen valtakunnallinen tiedonkeruu lasten terveydentilasta sekä terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä.

Helsingissä 10.2.2010

LATE-työryhmä

Tuovi Hakulinen-Viitanen

Risto Kaikkonen

Päivikki Koponen

Seppo Koskinen

Tiina Laatikainen

Anna Leinonen

Päivi Mäki

Risto Sippola

Erkki Vartiainen

Suvi Virtanen

TIIVISTELMÄ

Päivi Mäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Risto Kaikkonen, Päivikki Koponen, Marja-Leena Ovaskainen, Risto Sippola, Suvi Virtanen, Tiina Laatikainen ja LATE-työryhmä (toim.). Lasten terveys – LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 2/2010. 160 sivua. Helsinki 2010. ISBN 978-952-245-221-4 (painettu), ISBN 978-952-245-222-1 (verkko)

Tässä raportissa kuvataan Lasten terveysseurannan kehittäminen -hankkeen (LATE) vuosina 2007–2008 toteuttaman lasten terveysseurantatutkimuksen keskeiset tulokset. Tutkimus tehtiin 10 terveyskeskuksen lastenneuvolassa ja koulu-terveydenhuollossa. Tiedonkeruu toteutettiin lasten määräraikaisissa terveystarkastuksissa ja kohderymänä olivat kaikki tutkimusaikana tarkastuksiin tulevat puoli-, yksi-, kolme- ja viisivuotiaat lapset sekä kouluterveydenhuollossa ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen (tai 9.) luokkien oppilaat. Tutkimuksen otoskooksi määriteltiin jokaisesta terveyskeskuksesta 10 tyttöä ja 10 poikaa kaikista ikäryhmistä. Helsingissä tutkimukseen otettiin kaksinkertainen otos. Lastenneuvoloissa otokseen kuului 880 lasta ja kouluterveydenhuollossa 660 lasta, yhteensä 1 540 lasta. Tiedonkeruuta jatkettiin, kunnes tutkittuja lapsia oli otoksen verran kustakin ikäryhmästä. Osallistumisaktiivisuus oli lastenneuvolassa kaikissa ikäryhmissä yli 90 % ja kouluterveydenhuollossa 64–84 %. Tutkimus sisälsi terveydenhoitajan suorittaman lapsen terveystarkastuksen, kyselylomakkeet lasten huoltajille sekä kyse-lylomakkeen 8. (9.) luokkalaisille.

Suurin osa lasten huoltajista arvioi lapsensa terveydentilan hyväksi. Tutkimus kuitenkin osoitti runsaasti haasteita lasten terveydenedistämistyölle. Lasten ja nuorten ylipaino on merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Leikki-ikäisistä ja alakouluikäisistä noin joka kymmenes ja yläkouluikäisistä noin neljäsosa oli ylipainoisia. Noin 25 %:lla tutkimukseen osallistuneista tytöistä ja 31 %:lla pojista oli jokin lääkärin toteama sairaus, vamma tai kehitysviive. Säännöllinen lääkitys oli noin joka kymmenennellä neuvolaikäisellä ja 13 % kouluikäisistä. Tulehdustau- deista yleisimpiä olivat ylähengitystietulehdukset, korvatulehdukset ja vatsataudit. Antibioottikuurit olivat lapsilla yleisiä, lähes puolet neuvolaikäisistä ja kolmasosa kouluikäisistä oli syönyt vähintään yhden antibioottikuurin vuoden aikana. Eri- laiset oireet, kuten päänsärky, vatsakipu, jännittyneisyys, levottomuus tai keskity- misvaikeudet, olivat melko yleisiä, etenkin kouluikäisillä tytöillä. Noin 95 % tut- kimukseen osallistuneista lapsista oli rokotettu suositusten mukaisesti. Tutkimus osoitti, että siirtymävaiheen rokotukset uuteen rokotusohjelmaan siirryttäessä oli toteutettu erinomaisesti.

Lasten ja lapsiperheiden terveysneuvonnan tehostamiselle riittää edelleen haas- teita. Lasten maidon ja leipärasvan valinnat olivat keskimäärin suositusten mukai-

set, mutta haasteina ovat vähäinen kasvisten käyttö ja sokeripitoisten elintarvikkeiden runsaus sekä vanhemmilla koululaisilla kouluruokailuun osallistuminen ja siellä tarjottujen ruokien syöminen. Lisäksi lasten uneen, liikuntatottumuksiin, viihdemedian käyttöön, suun ja hampaiden hoitoon sekä nuorten päihteiden käytön ja tapaturmien ehkäisyyn tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota.

Kehittämistyötä jatketaan lasten terveysseurantajärjestelmän vakiinnuttamiseksi. Tavoitteena on säännöllinen valtakunnallinen seuranta ja tulosten raportointi lasten terveydentilasta sekä terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä.

Asiasanat: lapsi, nuori, perhe, kasvu, kehitys, terveys, hyvinvointi, terveystottumus, terveystarkastus, terveysneuvonta

SAMMANDRAG

Päivi Mäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Risto Kaikkonen, Päivikki Koponen, Marja-Leena Ovaskainen, Risto Sippola, Suvi Virtanen, Tiina Laatikainen och LATE-arbetsgruppen (red.). Lasten terveys – LATE-tutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuypäristöstä. [Barns hälsa – de grundläggande resultatet av LATE-undersökningen av barns uppväxt, utveckling, hälsa, hälsövanor och uppväxtmiljö]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 2/2010. 160 sidor. Helsingfors 2010. ISBN 978-952-245-221-4 (tryck), ISBN 978-952-245-222-1 (pdf)

I denna rapport beskrivs de centrala resultaten av den undersökning av hälso-uppföljning bland barn som Utvecklingsprojektet för hälsouppföljning bland barn (LATE) genomförde åren 2007–2008. Undersökningen gjordes vid rådgivningsbyråer för barnavård vid 10 hälsocentraler och i skolhälsovården. Insamlingen av data gjordes i samband med barnens återkommande hälsoundersökningar och målgruppen var alla de barn i åldern ett halvt, ett, tre och fem år som under undersökningsperioden kom till kontroll samt i skolhälsovården eleverna på första, femte och åttonde (eller 9:e) klassen. Som samplets storlek vid undersökningen definierades från varje hälsocentral 10 flickor och 10 pojkar i samtliga åldersgrupper. I Helsingfors togs ett dubbelt så stort sampel med i undersökningen. Vid rådgivningsbyråerna för barnavård hörde till samplet 880 barn och i skolhälsovården 660 barn, totalt 1 540 barn. Insamlingen av data fortsattes tills antalet undersökta barn uppgick till samplets storlek i envar åldersgrupp. Deltagaraktiviteten var vid rådgivningsbyråerna i alla åldersgrupper över 90% och i skolhälsovården 64–84 procent. Undersökningen inbegrep en av hälsovårdare gjord hälsoundersökning av barnet, frågeformulär till barnens vårdnadshavare samt ett frågeformulär till eleverna på 8:e (9:e) klassen.

Största delen av vårdnadshavarna bedömde att deras barns hälsotillstånd var gott. Undersökningen visade emellertid, att det finns rikligt med utmaningar för det hälsofrämjande arbetet bland barn. Övervikt hos barn och unga är ett betydande folkhälsoproblem. Av barnen i lekåldern och i lågstadieåldern var ca vart tionde och av barnen i högstadieåldern ca en fjärdedel överviktiga. Ca 25% av de i undersökningen deltagande flickorna och 31% av pojkarna hade någon sjukdom, något handikapp eller någon utvecklingsfördröjning som hade konstaterats av läkare. Regelbunden medicinering hade ca vart tionde barn i rådgivningsåldern och 13% av barnen i skolåldern. De vanligaste av infektionssjukdomarna var infektioner i de övre luftvägarna, öroninflammationer och magsjukdomar. Antibiotikakurer var vanliga bland barnen, närapå hälften av dem i rådgivningsåldern och en tredjedel av dem i skolåldern hade ätit minst en antibiotikakur under året. Olika symptom såsom huvudvärk, magont, spänningstillstånd, oro eller koncentrationssvårigheter var tämligen vanliga, särskilt bland flickor i skolåldern. Ca 95% av de barn som

deltog i undersökningen hade vaccinerats i enlighet med rekommendationerna. Undersökningen visade, att vaccineringarna under övergångsskedet vid övergången till det nya vaccineringsprogrammet hade genomförts utmärkt.

Det finns alltså gott om utmaningar för en effektiviserad hälsorådgivning till barn och barnfamiljer. Barnens val av mjölk och brödfett följde i genomsnitt rekommendationerna, men utmaningar är den ringa användningen av grönsaker och den rikliga förekomsten av sockerhaltiga livsmedel samt i fråga om äldre skolelever att delta i skolmåltiderna och äta den mat som serveras där. Dessutom borde mera uppmärksamhet än tidigare ägnas åt barnens sömn, motionsvanor, användning av underhållningsmedia, vården av mun och tänder samt de ungas rusmedelsbruk och förebyggandet av olycksfall.

Utvecklingsarbetet går vidare i syfte att befästa systemet för hälsouppföljning bland barn. Målsättningen är en regelbunden riksomfattande uppföljning och rapportering om resultaten vad beträffar barnens hälsotillstånd samt de faktorer som inverkar på hälsan och välbefinnandet.

Nyckelord: barn, unga, familj, uppväxt, utveckling, hälsa, välbefinnande, hälsovanor, hälsoundersökning, hälsorådgivning

SUMMARY

Päivi Mäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Risto Kaikkonen, Päivikki Koponen, Marja-Leena Ovaskainen, Risto Sippola, Suvi Virtanen, Tiina Laatikainen and LATE-working group (eds.). Lasten terveystutkimuksen perustulokset lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. [Child Health – Results of the LATE-study on growth, development, health, health behavior and growth environment]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 2/2010. 160 pages. Helsinki 2010. ISBN 978-952-245-221-4 (print), ISBN 978-952-245-222-1 (pdf)

The main results of the Child Health Monitoring Development project pilot study (LATE-project), conducted in 2007–2008, are presented in this report. This study was carried out in child health care and school health care units from ten different health centres in Finland. Information was collected during normal health checks for children at the ages of six months and one, three and five years. In addition, children receiving the health checks at school health care centres at first, fifth and eighth grades were studied. Each age group sample contained ten boys and ten girls except in the capital area where double the number were selected. The whole sample size was 1 540 children with 880 children in child health care centres and 660 in school health centres. Data collection was continued until the target sample size was obtained. Information on refusal was recorded. Participation rate in child health care units was over 90% and in school health care 65–84%, depending on children's age. The survey included a self-administered questionnaire for parents and older children and a health check up carried out by a trained nurse.

Most of the parents reported that the self-perceived health of their children is good. However, the study showed many challenges for health promotion work in children. Overweight and obesity was a notable problem both among small children and adolescents. Almost 10% of pre-school aged children and children under age of 12 years were overweight as were 26% of adolescents. A quarter of girls and about 30% of boys studied had a physician diagnosed chronic disease, injury or some delay in development. About 10% of children had permanent medication for some chronic disease. Infectious diseases during the last year were very common such as respiratory infections, ear infections and gastroenteritis. Use of antibiotics was extremely common as well. Almost half of the children under school age and about 30% of school aged children had used antibiotics at least once during the last year. Different symptoms such as headache, stomach ache, tension, restlessness and difficulties to concentrate were rather common, especially among school aged girls. At least 95% of children studied were immunized according to the most recent recommendations. This implies that the transition phase in the new Finnish vaccination programme has been organized and implemented successfully.

These results address the importance of health education and health promotion among children and their whole families. Food choices regarding the use of milk and bread spreads were close to the recommendations, but there obviously are challenges in the use of sweet food products or inadequate consumption of vegetables and fruit. Of particular concern is the tendency, that school aged children do not eat the school lunches or eat only some of the food provided during lunch. More attention needs to be paid to the main lifestyle issues among children such as sleeping, physical activity, sedentary lifestyle including the use of amusement media, teeth brushing and tobacco and alcohol use. Prevention of accidents and injuries should be on agenda in health promotion work among children and their families.

The work to develop the national child health monitoring system will be continued. Its aim is to establish a process to regularly follow and report child health and welfare issues.

Key words: child, youth, family, growth, development, health, wellbeing, health habits, health check, health promotion

Sisällys

SAATESANAT.....	3
Tiivistelmä.....	5
Sammandrag.....	7
Summary.....	9
1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET.....	15
2 AINEISTO JA MENETELMÄT.....	17
2.1 Otanta.....	17
2.2 Tiedonkeruun suunnittelu ja toteutus.....	18
2.3 Aineisto.....	19
2.4 Tiedonkeruun menetelmät.....	21
2.4.1 Kyselylomakkeet lapsen huoltajille.....	21
2.4.2 Kyselylomake nuorille.....	21
2.4.3 Lasten terveystarkastukset.....	22
2.4.3.1 Pituuden ja painon mittaaminen.....	22
2.4.3.2 Vyötärön mittaaminen.....	23
2.4.3.3 Päännympäryksen mittaaminen.....	23
2.4.3.4 Näön ja silmien tutkiminen.....	24
2.4.3.5 Kuulon tutkiminen.....	26
2.4.3.6 Verenpaineen mittaaminen.....	26
2.4.3.7 Lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen arviointi.....	27
2.4.3.8 Neurologisen kehityksen arviointi.....	27
2.4.3.9 Ryhdin tutkiminen.....	29
2.4.3.10 Puberteettikehityksen arviointi.....	29
2.4.3.11 Mielialatesti R-BDI.....	30
2.4.3.12 Fyysisen ja psykososiaalisen kehityksen kokonaisarviointi.....	31
2.4.3.13 Vanhempien alkoholin käyttö, AUDIT-testi.....	31
2.5 Tutkimuksen onnistumisen arviointi.....	32
2.6 Tilastolliset menetelmät.....	33
2.7 Tulosten raportointi.....	33
3 TULOKSET.....	35
3.1 Lasten kasvu ja kehitys.....	35
3.1.1 Pituus, paino ja vyötärönnympäryys.....	35
3.1.2 Alle kouluikäisten lasten kehityksen seuranta.....	38
3.1.3 Puheen ja kielen valmiudet huoltajien arvioimina.....	47
3.1.4 Päivä- ja yökastelu ja ummetus.....	48

3.1.5	Lasten ja vanhempien välinen vuorovaikutus	49
3.1.6	Puberteettikehitys	50
3.1.7	Seurustelu ja seksuaalisuus	52
3.2	Lasten terveys.....	53
3.2.1	Ylipaino ja lihavuus.....	53
3.2.2	Verenpaine	57
3.2.3	Näkö	58
3.2.4	Kuulo	60
3.2.5	Ryhti.....	60
3.2.6	Mieliala ja masennusoireet	61
3.2.7	Ihottuma ja mustelmat	62
3.2.8	Lääkärin toteamat sairaudet, vammat ja kehitysviiveet	63
3.2.9	Tulehdustautien sairastaminen	65
3.2.10	Lääkitys.....	68
3.2.11	Terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttö.....	70
3.2.12	Koettu terveys	76
3.2.13	Oireet	77
3.3	Lasten ateriointi ja ruokavalinnat	88
3.3.1	Imeväisikäisten ruokavalio	89
3.3.2	Leikki-ikäisten ja koulutulokkaiden ruokavalio	92
3.3.3	Kouluikäisten lasten ruokavalio	95
3.3.4	Perheen yhteinen ateriointi.....	100
3.4	Muut terveystottumukset.....	101
3.4.1	Uni	102
3.4.2	Liikunta ja fyysinen aktiivisuus.....	104
3.4.3	Hampaiden hoito ja suun terveys	106
3.4.4	Kahdeksaslukulaisten tupakointi ja muiden päihteiden käyttö ...	109
3.5	Lasten tapaturmat	112
3.5.1	Tapaturmatilanne.....	112
3.5.2	Turvalaitteiden käyttö ja uimataito	115
3.6	Rokotuskattavuus	118
3.7	Lasten ja perheiden elinympäristö.....	119
3.7.1	Vanhempien ikä, koulutus ja pääasiallinen toiminta	119
3.7.2	Perhetyyppi, tapaamisjärjestelyt erotilanteessa ja sisarukset.....	121
3.7.3	Perheessä puhutut kielet.....	122
3.7.4	Asuminen ja muutot.....	122
3.7.5	Menojen kattaminen tuloilla	123
3.7.6	Lasten hoitojärjestelyt.....	123
3.7.7	Perheen yhteinen aika ja perheen saama tuki	125
3.7.8	Lasten käyttäytymiselle asetetut rajat ja kotiintuloajat	126
3.7.9	Harrastukset, ystävyysuhteet ja kiusaaminen	128
3.7.10	Koulunkäynti	129
3.7.11	Koulunkäynnin tukimuodot	130

3.8	Perheiden terveys ja terveystottumukset	131
3.8.1	Perheiden ja suvun sairaudet.....	131
3.8.2	Oppimiseen liittyvät ongelmat lapsen vanhemmilla ja sisaruksilla.....	134
3.8.3	Vanhempien paino ja pituus: painoindeksi (BMI)	134
3.8.4	Vanhempien liikuntatottumukset	135
3.8.5	Vanhempien tupakointi.....	136
3.8.6	Lasten altistuminen tupakansavulle	137
3.8.7	Vanhempien alkoholin käyttö	138
3.9	Terveystarkastuksen yhteenveto	140
3.9.1	Fyysisen ja psykososiaalisen kehityksen kokonaisarvio terveystarkastuksen perusteella.....	140
3.9.2	Jatkoseuranta terveystarkastuksen perusteella.....	140
3.9.3	Tutkimusterveystarkastukseen käytetty aika	141
3.9.4	Huoltajien kyselylomakkeiden täyttäminen ja osallistuminen terveystarkastukseen	142
	TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	144
	Liite 1.	155
	Lähteet	156

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET

Päivi Mäki

Lasten terveydestä on hyvin vähän valtakunnallista tilastotietoa. Erityisen vähän tietoja on alle kouluikäisistä lapsista ja alle 11-vuotiaista koululaisista. Pienten lasten terveydestä on saatavissa kattavia tietoja vain erilaisista kansallisista rekistereistä. Tällaisia rekistereitä ovat mm. syntyneiden lasten rekisteri, sairaaloiden hoitoilmoitusrekisteri, syöpärekisteri, kuolinsyyrekisteri ja lääkerekisteri. Nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista on kerätty nuorten itse raportoimaa tietoa mm. valtakunnallisessa Kouluterveyskyselyssä (Luopa ym. 2008), Nuorten terveystapatutkimuksessa (Tampereen yliopisto, <http://www.uta.fi/laitokset/tsph/tutkimus/kansanterveystiede/nttt.php>) ja WHO:n koululaistutkimuksessa (Jyväskylän yliopisto, <https://www.jyu.fi/sport>). Lisäksi rokotuksista (Leino ym. 2007) sekä imeväisikäisten ravitsemuksesta (Hasunen ym. 2006) on kerätty tietoa määrävuo- sin toteutettujen valtakunnallisten otantatutkimusten avulla.

Lasten terveysseurannan kehittämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2003 Lasten ja nuorten terveysseurannan ja tilastoinnin kehittäminen -hankkeen ja asetti sille ohjausryhmän (ohjausryhmän nykyinen kokoonpano liite 1). Lasten terveysseurannan kehittäminen -hanke (LATE-hanke) on osa tätä laajempaa Lasten ja nuorten terveysseurannan ja tilastoinnin kehittäminen -hanketta.

LATE-hanke käynnistyi maaliskuussa 2006 Kansanterveyslaitoksella (nyk. THL). Hankkeen tehtävänä oli laatia ehdotus valtakunnallisesta lasten terveysseurannan järjestämisestä. LATE-hanke toteutti lasten terveysseurantatutkimuksen (LATE-tutkimus) vuosina 2007–2008. Tutkimuksen ensisijaisena tavoitteena oli selvittää voidaanko lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon määräaikaistarkastuksista kerätä riittävän luotettavia vakiomuotoisia tietoja lasten ja nuorten terveysseurantaa varten. Tiedonkeruun toteuttamisen testaamisen ja tiedon laadun arvioinnin lisäksi tutkimuksessa selvitettiin terveystarkastuskäytäntöjen standardoimiseksi tarvittavaa koulutusta, terveydenhoitajien kokemuksia tiedonkeruun aiheuttamasta työmäärästä, tietosisältöjen tulkinnasta ja mittausmenetelmien standardoinnista.

Tutkimuksen avulla kerättyjä tietoja voidaan käyttää myös lasten terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seurannassa. Tiedot täyttävät osaltaan lasten terveydentilaa koskevaa tietoaukkoa ja muodostavat tietoperustan, johon myöhemmin kerättäviä valtakunnallisia lasten terveysseurantatietoja voidaan verrata. Leikki-ikäisten ja pienten koululaisten terveydestä ei ole aiemmin ollut saatavilla yhtä kattavaa tietoa. Kliinisiin tutkimuksiin ja mittauksiin perustuvat valtakunnallisesti vertailukelpoiset tiedot (kuten pituus-, paino- ja verenpainetiedot) ovat puuttuneet kaikista ikäryhmistä. Tutkimusaineiston kattavuutta ja merkittävyyttä lisää se, että tietoa on kerätty eri puolilta Suomea, erityyppisistä kunnista sekä eri

tahoilta; lasten määräaikaisista terveystarkastuksista lastenneuvoloista ja kouluterveydenhuollosta sekä lasten huoltajilta ja nuorilta itseltään.

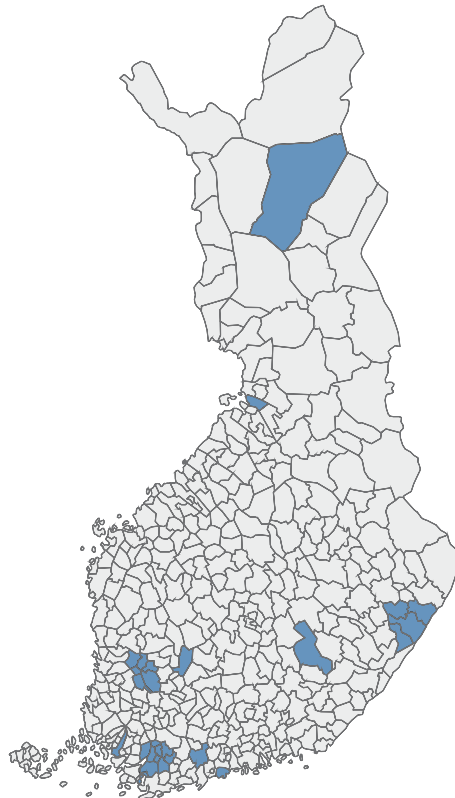
LATE-hankkeessa tehty tietomäärittelytyö on tukenut myös avohoidon tilastouudistustyötä, kansallisen sähköisen potilaskertomuksen lasten ja nuorten rakenteisten tietomääritysten laatimista ja laajempaa valtakunnallista terveysindikaattoreiden kehittämistyötä.

2 AINEISTO JA MENETELMÄT

Päivi Mäki, Tiina Laatikainen

2.1 Otanta

Tutkimuksen alueyksiköiksi valittiin kaikista viidestä yliopistosairaalaapiiristä suuren kaupungin terveyskeskus sekä jonkin pienemmän kaupungin tai kunnan terveyskeskus, yhteensä 10 terveyskeskusta tai terveyskeskuskuntayhtymää. Tutkimukseen osallistuneet terveyskeskukset sijaitsivat sekä kaupunkimaisten, taajaan asuttujen että maaseutumaisten kuntien alueilla. Tutkimukseen osallistuivat Helsingin, Tampereen, Turun, Oulun, Vihdin, Sodankylän ja Mikkelin terveyskeskukset sekä Sastamalan, Salon seudun ja Keski-Karjalan terveyskeskuskuntayhtymät (kuvio 1). Tutkimukseen osallistui jokaisesta terveyskeskuksesta lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon toimipiste tai toimipisteitä (Mäki ym. 2008).



Kuvio 1. Kunnat, joiden terveyskeskukset ja terveyskeskuskuntayhtymät osallistuivat LATE-tutkimukseen.

Tutkimus toteutettiin lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon normaaliin lasten terveydentilan seurantaan kuuluvissa määräaikaissä terveystarkastuksissa. Tutkimuksen perusjoukoksi määriteltiin kaikki tutkimusaikana lastenneuvoloihin määräaikaiseen terveystarkastukseen tulevat puoli-, yksi-, kolme- ja viisivuotiaat lapset sekä kouluterveydenhuollossa terveystarkastukseen tulevat ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen (tai 9.) luokan oppilaat.

Tutkimuksen otos oli jokaisesta terveyskeskuksesta 10 tyttöä ja 10 poikaa kaikista 7 ikäryhmästä, yhteensä 140 lasta tai nuorta jokaisesta terveyskeskuksesta. Helsingissä otos oli kaksinkertainen eli 20 tyttöä ja 20 poikaa jokaisesta ikäryhmästä. Lastenneuvoloissa otokseen kuului 880 lasta ja kouluterveydenhuollossa 660 lasta, yhteensä 1 540 lasta. Tutkittaviksi valittiin kustakin ikä- ja sukupuoli-ryhmästä tutkimuksen alusta ensimmäisenä terveystarkastukseen tulleet lapset siihen saakka kunnes tavoiteotoskoko täyttyi. Tutkimuksesta kieltäytyneistä lapsista pidettiin kirjanpitoa.

Koska tutkimuslomakkeet olivat saatavilla vain suomeksi, tutkimukseen osallistuminen oli mahdollista vain niille lapsille ja perheille, joiden suomenkielen kielitaito oli riittävä. Yhden terveyskeskuksen terveystarkastuskäytäntöihin ei kuulu- nut kahdeksannen luokan terveystarkastusta, joten kyseisessä terveyskeskuksessa tutkimukseen otettiin mukaan yhdeksannen luokan oppilaita.

2.2 Tiedonkeruun suunnittelu ja toteutus

LATE-hankkeen koordinoinnista on vastannut sosiaali- ja terveysministeriön asettama ohjausryhmä (liite 1). Hankkeen aikana on konsultoitu lukuisia lasten kasvun, kehityksen ja terveyden asiantuntijoita (Mäki ym. 2008). LATE-tutkimuksen suunnittelusta ja toteuttamisesta vastasi sosiaali- ja terveysministeriön alaisen Kansanterveyslaitoksen (nyk. THL) työryhmä. LATE-tutkimusta varten kehitettyä tiedonkeruuta on hyödynnetty vuosina 2008–2009 yhteistyössä terveyserojen kaventamista koskevan TEROKA-hankkeen (www.teroka.fi) kanssa toteutetuissa erillisotoksissa Kainuun maakunnassa ja Turun kaupungissa. TEROKA-hankkeen tavoitteena on erityisesti selvittää terveys- ja hyvinvointieroja eri väestöryhmissä ja hyödyntää tätä tietoa alueellisessa suunnittelussa ja päätöksenteossa. Näistä otoksista on kerätty muutoin vastaavat tiedot kuin LATE-tutkimuksessa, mutta terveydenhoitajan tutkimuslomakkeista laadittiin lyhennetyt versiot. Tulokset Kainuun maakunnan ja Turun alueen tiedonkeruusta raportoidaan myöhemmin erikseen.

Tutkimuksen suunnittelussa on tehty yhteistyötä myös Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin Lasten mielenterveytyksen kehittämishankkeen (LAMIKE-hanke) kanssa. LAMIKE-hankkeessa on kehitetty perusterveydenhuoltoon uusia menetelmiä lasten psykososiaalisen terveyden ja hyvinvoinnin arviointiin ja seurantaan.

LATE-tutkimuksen kenttätöön suorittivat tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusten terveydenhoitajat virkatyönään. Kenttätööhön osallistui vähintään

kaksi lastenneuvolassa ja kaksi kouluterveydenhuollossa työskentelevää terveydenhoitajaa jokaisesta terveyskeskuksesta. Helsingistä tutkimukseen osallistui neljä lastenneuvolan ja kolme kouluterveydenhuollon terveydenhoitajaa ja Turusta kolme lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon terveydenhoitajaa. Yhteensä tutkimuksen toteuttamiseen osallistui 22 lastenneuvolan terveydenhoitajaa ja 24 kouluterveydenhoitajaa. (Mäki ym. 2008.) Terveydenhoitajat koulutettiin ennen kenttätyön alkua tutkimuksen toteuttamiseen Kansanterveyslaitoksessa (nyk. THL) kahden päivän koulutuksessa ja lisäksi heillä oli käytössään tutkimuskäsikirja.

Tiedonkeruu alkoi maaliskuussa vuonna 2007 ja päättyi tammikuussa vuonna 2008. Ennen LATE-tutkimuksen alkua tutkimuksesta tiedotettiin paikallisissa tiedotusvälineissä. Tutkimukseen osallistumista tarjottiin kaikille kohderyhmään kuuluviin määräaikaan terveystarkastuksiin tuleville lapsille ja heidän perheilleen. Ainoana poikkeuksena tutkimukseen ei pyydetty mukaan lapsia, joiden vanhemmat (esim. maahanmuuttajat) eivät kyenneet vastaamaan suomenkielisiin tutkimuslomakkeisiin. Terveydenhoitajille korostettiin tutkimuksen tarjoamista kaikille kohderyhmään kuuluville, jotta tutkimukseen osallistuvat lapset ja perheet eivät valikoituisi. Jos vanhemmat kieltäytyivät tutkimuksesta, ehdotettiin heille vielä tutustumista tutkimuslomakkeisiin ja heitä pyydettiin uudelleen harkitsemaan osallistumista. Tutkimuksesta kieltäytyminen kirjattiin seurantalistaan ja vanhemmilta kysyttiin syytä kieltäytymiseen. Kieltäytyneiksi katsottiin ne lapset, jotka ikäryhmänsä perusteella olisivat kuuluneet tutkimukseen, mutta eivät siihen syystä tai toisesta osallistuneet. Terveydenhoitajat, yhtä terveydenhoitajaa lukuun ottamatta, pitivät kirjanpitoa tutkituista ja kieltäytyneistä. Kieltäytyneistä kirjattiin lapsen ikä, sukupuoli ja kieltäytymisen syy.

LATE-tutkimus sisälsi terveydenhoitajan suorittaman lapsen terveystarkastuksen, kyselylomakkeet lasten huoltajille sekä kyselylomakkeen 8. (9.) luokkalaistilille. Tutkimuksessa kerättiin lisäksi yksivuotiaiden sekä ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen luokan oppilaiden terveystarkastuksista tiedot kaikista annetuista rokotuksista. Lapsen terveystarkastuksen rokotusten seurantalomakkeesta otettiin kopio tai tuloste, joka liitettiin tutkimuslomakkeisiin. Lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksista koottuihin tietoihin voidaan myöhemmin liittää huoltajien suostumuksella tietoja viranomaisten ylläpitämistä rekistereistä, kuten Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) syntyneiden lasten rekisteristä, hoitoilmoitus- ja syöpärekisteristä, Tilastokeskuksen kuolemansyyrekisteristä sekä Kansaneläkelaitoksen (KELA) lääkerekisteristä. Tutkimuksen toteutus on kuvattu tarkemmin LATE-hankkeen raportissa (Mäki ym. 2008).

2.3 Aineisto

Tutkimukseen osallistui yhteensä 1 541 lasta. Ikäryhmäkohtainen tavoite, 20 lasta jokaisesta ikäryhmästä kustakin terveyskeskuksesta (Helsingissä 40 lasta/ikäryhmä), toteutui melko hyvin. Helsingissä viidennen ja kahdeksannen luokan oppilai-

den osalta ei päästy tavoitteeseen, vaan tutkimukseen osallistui vain 26 viidesluokkalaista ja 30 kahdeksaluokkalaista. Syitä siihen, että ikäryhmäkohtaisia tavoitteita ei saavutettu, olivat muun muassa tutkimuksesta kieltäytyneiden määrä joillakin koululuokilla ja terveydenhoitajien muut kiireelliset työtehtävät. (Mäki ym. 2008.)

Osallistumisaktiivisuus vaihteli ikäryhmittäin ja alueittain (Mäki ym. 2008). Lastenneuvolassa tutkimukseen osallistumisaktiivisuus oli 90–92 %. Kouluterveydenhuollossa osallistumisaktiivisuus vaihteli luokka-asteesta riippuen 64–84 %:iin. Alhaisin osallistumisaktiivisuus oli viidennen ja kahdeksannen (tai 9.) luokan oppilailta. Vaikka sekä lastenneuvolassa että kouluterveydenhuollossa lapsille ja heidän huoltajilleen tiedotettiin tutkimuksesta yhtenäisen ohjeistuksen mukaisesti, joissakin kouluterveydenhuollon toimipisteissä tutkimuksesta kieltäytyneiden osuus oli suurempi kuin muissa kouluterveydenhuollon toimipisteissä. Otos, tutkimukseen osallistuneet ja osallistumisaktiivisuus käyvät ilmi taulukosta 1.

Taulukko 1. Otos (n), tutkimukseen osallistuneet (n) ja osallistumisaktiivisuus ikäryhmittäin (%).

Ikäryhmä	Otos/tutkimukseen osallistumista tarjottu	Osallistuneet	Osallistumisaktiivisuus
½ v	240	220	92 %
1 v	241	219	91 %
3 v	242	220	91 %
5 v	240	217	90 %
1. lk	266	224	84 %
5. lk	281	220	78 %
8. lk–9. lk	347	221	64 %
Yhteensä	1 857	1 541	83 %

Taulukko 2. Tutkimuksesta kieltäytyneiden osuudet (%) kieltäytymisen syy perusteella ikäryhmittäin. Prosenttiosuudet laskettu niistä, kenelle tutkimukseen osallistumista tarjottiin.

Kieltäytymisen syy	Neuvolaikäiset (N=963)	Kouluikäiset (N=894)	Yhteensä (N=1 857)
Huoltajat eivät halunneet osallistua (ei tarkempaa syytä)	1,0 (n=10)	2,7 (n=24)	1,8 (n=34)
Lapsi tai nuori ei halunnut osallistua (ei tarkempaa syytä)*		4,4 (n=39)	2,1 (n=39)
Perhetilanteesta johtuvat syyt	2,4 (n=23)	3,2 (n=29)	2,8 (n=52)
Kielivaikeudet	1,3 (n=13)	0,3 (n=3)	0,9 (n=16)
Muut syyt	2,1 (n=20)	5,1 (n=46)	3,6 (n=66)
Ei tietoa syystä	2,2 (n=21)	9,8 (n=88)	5,9 (n=109)
Yhteensä	8,9 (n=87)	25,6 (n=229)	17,0 (n=316)

* lapsen tai nuoren oma suostumus kysytty 5. ja 8. (9.) lk:n oppilailta

Osallistumisaktiivisuuteen mahdollisesti vaikuttaneita tekijöitä oli terveydenhoitajilta saadun palautteen mukaan useita (Mäki ym. 2008). Yleisimpiä tiedossa olevia syitä tutkimuksesta kieltäytymiselle olivat erilaiset perhetilanteesta johtuvat syyt (taulukko 2). Kouluterveydenhuollossa yleisin ilmoitettu syy tutkimuksesta kieltäytymiselle oli nuoren haluttomuus osallistua tutkimukseen. Kieltäytymisen syy ei ollut tiedossa kaikkien tutkimuksesta kieltäytyneiden osalta. Kadon syitä on kuvattu tarkemmin LATE-hankkeen prosessia kuvaavassa raportissa (Mäki ym. 2008).

2.4 Tiedonkeruun menetelmät

Tässä kappaleessa kuvataan pääpiirteissään tiedonkeruussa käytetyt menetelmät. Lisätietoja on esitetty tuloslukujen yhteydessä sekä LATE-hankkeen raportissa (Mäki ym. 2008). Tutkimuslomakkeet ovat kokonaisuudessaan hankkeen kotisivuilla (www.thl.fi/lastenterveysseuranta).

2.4.1 Kyselylomakkeet lasten huoltajille

Tutkimuksessa käytettiin viittä kyselylomaketta eri-ikäisten lasten huoltajille: puoli- ja yksivuotiaiden, kolme- ja viisivuotiaiden, sekä ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen (tai 9.) luokan oppilaiden huoltajille. Kyselylomake sisälsi kysymyksiä mm. lapsen perheestä ja elinympäristöstä, perheen sosioekonomisesta asemasta, lapsen ja huoltajien terveystottumuksista, huoltajien ja sisarusten sairauksista, lapsen päivähoitojärjestelyistä ja koulunkäynnistä, ruokatottumuksista, tapaturmista, terveydentilasta, pitkäaikaissairauksista, tulehdustaudeista, oireista, lääkityksestä ja terveyspalvelujen käytöstä. Viidennen luokan oppilaiden huoltajien kyselylomake ohjeistettiin täytettäväksi yhdessä nuoren kanssa erityisesti nuoren terveystottumusten osalta.

Huoltajien kyselylomake pyydettiin täyttämään kotona ennen terveystarkastusta. Huoltajilla oli mahdollisuus kysyä lisätietoja tutkimuksesta ja tutkimuslomakkeista terveydenhoitajilta tai soittamalla LATE-hankkeen yhteyshenkilöille. Terveydenhoitajat tarkistivat huoltajien täyttämän kyselylomakkeen terveystarkastuksen alussa ja tarvittaessa tarkensivat epäselviä kysymyksiä ja täydensivät yhdessä huoltajien kanssa puuttuvat tiedot.

Lisäksi lapsen molemmat huoltajat täyttivät 10 kysymystä sisältävän WHO:n kehittämän alkoholinkäyttöä mittaavan AUDIT-testin (Alcohol Use Disorders Identification Test).

2.4.2 Kyselylomake nuorille

Kahdeksaslukukalaisille (tai 9. lk) oli oma kyselylomake, jonka he täyttivät terveystarkastuksen yhteydessä joko kouluterveydenhoitajan vastaanoton odotustilassa tai vastaanottohuoneessa. Kyselylomake sisälsi kysymyksiä nuoren terveystot-

täytymisestä, ruokatottumuksista, terveydentilasta, oireista, päihteiden käytöstä, seurustelusta, koulunkäynnistä, kiusaamisesta ja mielialasta. Kyselylomake sisälsi R-BDI (Beck Depression Inventory) mielialakyselyn (13 kysymystä). Terveydenhoitaja tarkasti terveystarkastuksen aikana, että lomake oli täytetty kokonaan. Mikäli kyselylomakkeessa oli kohtia, joita nuoren oli vaikea ymmärtää, terveydenhoitaja tarkensi epäselviä kysymyksiä.

2.4.3 Lasten terveystarkastukset

Tutkimus toteutettiin osana lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon määräaikaista terveystarkastuksia. Lastenneuvolassa lapset tulevat terveystarkastuksiin määräaikaistarkastusohjelman mukaan (STM 2004). Tutkimusterveystarkastukset tehtiin lastenneuvolassa, kun lapset olivat puoli-, yksi-, kolme- tai viisivuotiaita. Koululaisille terveystarkastukset tehtiin syys- tai kevätlukukauden aikana kouluterveydenhuollon työjärjestyksen mukaan. Ensimmäisen luokan oppilaiden terveystarkastuksista noin puolet tehtiin kesällä ennen koulun alkua ja puolet ensimmäisen luokan aikana. Tutkimusterveystarkastukset toteutettiin terveyskeskusten lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollon toimipisteissä käyttäen kyseisen toimipisteen mittalaitteita. Tutkimusterveystarkastusten sisällöt olivat lastenneuvolatyön ja kouluterveydenhuollon valtakunnallisten suositusten mukaisia.

Tutkimusta varten koulutetut terveydenhoitajat tekivät terveystarkastuksen, johon kuuluivat lapsen kasvun ja kehityksen arviointi ja mittaaminen, kuten painon, pituuden ja päänympärysmittan mittaaminen, näön ja kuulon tutkiminen sekä neurologisen ja psykososiaalisen kehityksen arviointi. Tutkimuksessa noudatettiin terveystarkastukseen kuuluvien mittausten ja tutkimusten osalta koulutuksessa annettuja ohjeita, jotka oli koottu tutkimuskäsikirjaan (www.thl.fi/lastenterveysseuranta). Tiedot kirjattiin tutkimuslomakkeisiin ja terveyskeskuksen sähköiseen tai manuaaliseen lapsen terveystietomukseen. Perhe sai tietoa lapsen terveydestä tavallisen terveystarkastuksen tapaan.

Kaikki tutkimusterveystarkastukseen kuuluneet mittaukset suoritettiin mahdollisimman standardoidusti koulutuksen ja yksityiskohtaisen kirjallisen ohjeistuksen mukaisesti. Lastenneuvoloiden ja kouluterveydenhuollon omien tilojen ja mittalaitteiden käyttö heikentää kuitenkin mittaustuloksien yhdenmukaisuutta, sillä laitteissa ja tiloissa oli toimipistekohtaisia eroja (Mäki ym. 2008).

2.4.3.1 Pituuden ja painon mittaaminen

Pituus ja paino mitattiin kaikilta tutkimukseen osallistuneilta lapsilta ja nuorilta. Puoli- ja yksivuotiaiden lasten pituus mitattiin selinmakuulla paljaista kantapäistä päälakeen varvasasentoa varoen. Korva-aukkojen ja silmien ulkonurkkien tuli olla mittauksen ajan samassa pystytasossa. Terveydenhoitaja mittasi ja huolehti lapsen vartalon ja alaraajojen asennosta mittauksen aikana. Toinen henkilö, yleensä lap-

sen huoltaja, avusti pitämällä lapsen päätä oikeassa asennossa mittauksen ajan.

Kolmevuotiaiden ja sitä vanhempien lasten pituus mitattiin lapsen seistessä paljain jaloin kovalla alustalla jalat yhdessä kantapäät seinää vasten. Lapsen selän tuli olla suorana seinää vasten ja katse suoraan eteenpäin. Ennen mittausta tarkistettiin, että lapsen polvet ja lonkat olivat suorina ja olkapäät rentoina. Pää asetettiin niin, että korva-aukot ja silmien ulkonurkat olivat samassa vaakatasossa. Mittausta haittaavat hiuskoristeet neuvottiin ottamaan pois mittauksen ajaksi. Pituus luettiin mitta-asteikolta ja kirjattiin yhden millimetrin tarkkuudella tutkimuslomakkeisiin. Terveystarkkailijat ohjeistettiin käyttämään tarvittaessa koroketta pystyäkseen lukemaan seinämitan tuloksen asteikolta katsoen mahdollisimman vaakasuoraan.

Puoli- ja yksivuotiaat punnittiin pöytämallisessä vauvan vaa'assa ilman vaatteita ja vaippaa. Mikäli vaa'assa käytettiin kertakäyttöistä alustaa, vaaka tuli nolata ennen painon mittaamista. Tulos kirjattiin vaa'an mitta-asteikon tarkkuudella (tulosta ei pyöristetty). Leikki-ikäisellä lapsella sai olla alushousut ja kouluikäisellä alushousut tai jokin muu kevyt alusasu päällä painon mittaamisen ajan. Lapsi seiso keskellä vaakaa, paino tasaisesti molemmilla jaloilla. Mikäli käytettiin punnusvaakaa, sen tasapainotus ohjeistettiin tarkistamaan päivittäin ennen mittauksen alkua. Mikäli painon tai pituuden mittaamisessa oli ongelmia, ne kirjattiin tutkimuslomakkeeseen. Tulos kirjattiin tutkimuslomakkeisiin vaa'an mitta-asteikon tarkkuudella (tulosta ei pyöristetty).

2.4.3.2 Vyötärön mittaaminen

Vyötärön ympäryys mitattiin tässä tutkimuksessa kaikilta koululaisilta. Mittaus suoritettiin pituuden ja painon mittauksen yhteydessä, kun lapsi tai nuori oli alusasussa. Mitattaessa vyötärön ympärysmittaa lapsi seiso kapeassa haara-asennossa paino molemmilla jaloilla. Jalkaterien väli oli noin 10–15 cm (vartalon levyinen haara-asento). Terveystarkkailijat ohjeistettiin istumaan, jotta saatiin paras näkyvyys mittaushetkellä. Vyötärön ympärysmitta mitattiin suoliluun harjanteen ja alimman kylkiluun puolivälistä. Tutkittavaa pyydettiin hengittämään rauhallisesti ja mittausta suoritettaessa hengittämään kevyesti ulos. Mittanauha oli mittausta suoritettaessa mahdollisimman vaakasuorassa tasossa. Mittaustulos kirjattiin 0,5 cm:n tarkkuudella. Mittaamisessa suositeltiin käyttämään muovista, venymätöntä mittanauhaa. Mittausta pyydettiin tarkastamaan ennen mittauksen alkua ja tarvittaessa vaihtamaan vanha, venynyt mittanauha uuteen mittauksen alussa ja myös mittauksen aikana.

2.4.3.3 Pään ympäryksen mittaaminen

Pään ympäryys mitattiin tässä tutkimuksessa lastenneuvolassa puoli-, yksi-, kolme- ja viisivuotiailta sekä kouluterveydenhuollossa ensimmäisen ja viidennen luokan oppilailta. Pään ympäryys mitattiin kallon suurimpana ympäryksenä silmien ja korvien yläpuolelta. Ennen mittausta tarkistettiin, että mittanauha oli suorassa. Mittausta

haittaavat hiuskoristeet otettiin pois mittauksen ajaksi. Mikäli päänympärysmittan mittaamisessa oli terveystarkastuksessa ongelmia, ne kirjattiin tutkimuslomakkeeseen. Tulos mitattiin ja kirjattiin 1 mm:n tarkkuudella. Terveystarkastajat ohjeistettiin tarkastamaan mittanauha ennen tutkimuksen alkua. Tarvittaessa mittanauha vaihdettiin uuteen tutkimuksen alussa ja myös tutkimuksen aikana.

2.4.3.4 Näön ja silmien tutkiminen

Hirschbergin lamppukoe

Hirschbergin lamppukoe tehtiin tutkimuksessa kolme- ja viisivuotiaille sekä ensimmäisen luokan oppilaille. Lasta pyydettiin katsomaan kynälamppuun, jota pidettiin silmien tasolla ja noin 40 cm:n etäisyydellä lapsen kasvoista. Kokeessa tarkasteltiin lampun valoheijasteen sijaintia suhteessa kummankin silmän mustuaisaukkoon. Kun silmät ovat suorassa, valoheijaste näkyy symmetrisesti kummankin silmän mustuaisaukon keskikohdassa tai hieman mustuaisen keskipisteestä nasaalisesti (nenän puolella). Jos valoheijasteet eivät sijainneet symmetrisesti tai toisen silmän valoheijaste sijaitsi lähellä mustuaisen reunaa, löydös kirjattiin poikkeavaksi.

Suora peittokoe

Suora peittokoe tehtiin tutkimuksessa kolme- ja viisivuotiaille sekä ensimmäisen luokan oppilaille. Suora peittokoe tehtiin ennen näöntarkkuuksien mittaamista. Lasta pyydettiin katsomaan pieneen leluun tai kuvaan, jota pidettiin silmien tasolla ja noin 30 cm:n etäisyydellä lapsen kasvoista. Toinen silmä peitettiin vapaana olevalla kädellä tai edessä pidettävällä peittolapulla, mutta koskettamatta lapsen kasvoja. Peittolappu poistettiin peitetyn silmän edestä ja lapsen annettiin katsoa jälleen molemmilla silmillä pieneen leluun tai kuvaan. Tämän jälkeen peitettiin toinen, aiemmin peittämättä ollut silmä. Kokeessa tarkasteltiin vuorollaan peittämättä jäävän silmän liikahtamista. Jos ei-peitetty silmä liikahti, kun toisen silmän eteen tuotiin peitto, löydös kirjattiin poikkeavaksi.

Lähinäkö

Kolme- ja viisivuotiailta tutkittiin lähinäöntarkkuus LH-lähinäkötaululla. Lähinäkötaulu esiteltiin lapselle. Kun lapsen kanssa oli sovittu nimet testikuvioille, ylin rivi peitettiin valkoisella kortilla. Ensin tutkittiin molempien silmien yhteinen näöntarkkuus. Seuraavaksi lähinäöntarkkuus mitattiin oikeasta ja vasemmasta silmästä erikseen. Tätä varten peitettiin toinen silmä ”merirosvolapulla” tai käytettiin erityisiä lasten näöntarkkuuden mittaamiseen suunniteltuja laseja.

Lähinäkötesti asetettiin 40 cm:n päähän lapsen kasvoista ja testi pidettiin tällä etäisyydellä koko tutkimuksen ajan. Kultakin riviltä kysyttiin alenevassa järjestyksessä vain ensimmäinen kuvio. Terveystarkastajat ohjeistettiin, että kuviota sai osoittaa sormella, mutta vain hetken. Kun lapsi vastasi väärin, muuttui epävarmaksi tai kumartui eteenpäin, palattiin edelliselle riville. Lasta pyydettiin tämän jälkeen lu-

ettelemaan kyseisen rivin kaikki kuviot. Tarvittaessa pyydettiin luettelemaan myös seuraavan tai seuraavien rivien kaikki kuviot. Pienimmäksi testikuvioksi, jonka lapsi näkee, tulkittiin se rivi miltä hän nimesi viidestä testikuviosta vähintään kolme oikein. Jos lapsella oli käytössään silmälasit, mitattiin oikean ja vasemman sekä molempien silmien yhteinen lähinäöntarkkuus vielä omien silmälasien kanssa.

Tässä tutkimuksessa näöntarkkuuden raja-arvoina käytettiin lastenneuvolaoppaassa (STM 2004) esitettyjä jatkohoidon kriteereitä, joiden perusteella kolmevuotias tulee lähettää jatkotutkimuksiin jos yhteisnäön tarkkuus on huonompi kuin 0,5. Viisivuotiaalla ja kouluikäisillä jatkotutkimuksiin lähettämisen perusteena on, että yhteisnäön tarkkuus tai näön tarkkuus toisessa tai molemmissa silmissä on huonompi kuin 0,8 (STM 2004).

Kaukonäkö

Kaukonäöntarkkuus tutkittiin kolme- ja viisivuotiailta sekä ensimmäisen ja kahdeksannen luokan oppilailta sekä tarvittaessa viidennen luokan oppilailta. Näöntarkkuus ohjeistettiin mittaamaan rivitestillä (näkötaulussa kuvioiden välinen etäisyys oli sama kuin niiden leveys ja rivien välinen etäisyys sama kuin alemman rivin korkeus). Kaukonäkötaulun tuli sijaita huoneen ikkunattomalla seinällä tutkittavan kasvojen korkeudella. Ohjeistuksessa korostettiin, että testiseinällä ei saanut olla hallitsevia kuvioita eikä häiritseviä valonlähteitä, jotka aiheuttavat heijastuksia testitaululle.

Tutkimus tehtiin istuen niin, että lapsi katsoi kohtisuoraan testitaulua. Ohjeistuksessa suositeltiin mittaamaan ensin molempien silmien yhteisnäkö, jonka jälkeen kaukonäöntarkkuus tutkittiin oikeasta ja vasemmasta silmästä erikseen. Tätä varten peitettiin tutkittavan toinen silmä. Tutkittavaa pyydettiin kertomaan ylimmän rivin ensimmäinen merkki. Kysyttävää merkkiä voitiin osoittaa sen alapuolelta, mutta vain hetken. Kultakin riviltä kysyttiin alenevassa järjestyksessä vain ensimmäinen merkki. Jos tutkittava alkoi epäröidä, pyydettiin häntä luettelemaan edellisen rivin kaikki merkit. Tutkittavaa pyydettiin luettelemaan tarvittaessa myös seuraavan tai seuraavien rivien kaikki merkit. Näöntarkkuudeksi merkittiin sen rivin desimaaliarvo, jolta tutkittava näki luetella yli puolet merkeistä oikein. Jos lapsella oli käytössään silmälasit, mitattiin oikean ja vasemman sekä molempien silmien yhteinen kaukonäöntarkkuus vielä omien silmälasien kanssa.

Värinäkö

Värinäkö tutkittiin kahdeksannen (tai 9.) luokan oppilailta Ishihara-testitaulustoilla, joita käytetään kouluterveydenhuollossa. Testaus pyrittiin suorittamaan päivänvalossa välttäen suoraa auringonpaistetta tai päivänvalolampun valossa. Tutkimus tehtiin istuen niin, että tutkittava katsoi testitauluja molemmilla silmillä yhtä aikaa. Mikäli nuorella oli silmälasit, hän käytti niitä testin aikana. Testiä pidettiin 75 cm:n etäisyydellä tutkittavasta katselukulman ollessa noin 45 astetta. Tutkittavalle kerrottiin, että hänelle näytetään sarja erivärisiä tauluja, joissa erottuu yksi tai kaksi

numeroa. Kutakin testitaulua näytettiin noin kolmen sekunnin ajan ja pyydettiin tutkittavaa kertomaan ääneen minkä tai mitkä numerot hän tauluissa näkee.

Taulustosta riippuen Ishiharan testi koostuu 14, 24 tai 38 taulusta. Kullakin testitaulustolla on omat ohjeensa, joihin terveydenhoitajia pyydettiin perehtymään huolellisesti ennen testin tekoa. Normaalin ja poikkeavan värinäön raja on määritetty testistökohtaisesti.

2.4.3.5 Kuulon tutkiminen

Kuulo tutkittiin 20 dB:n audiometriseulontana viisivuotiailta lapsilta, ensimmäisen ja kahdeksannen luokan oppilailta sekä tarvittaessa viidennen luokan oppilailta. Tutkimus tehtiin hiljaisessa huoneessa tai äänieriossa, mikäli tällainen oli käytettävissä. Äänieristyksessä todetut puutteet kirjattiin tutkimuslomakkeeseen. Viisivuotiaiden kuulo tutkittiin käyttäen 250Hz–4000Hz taajuuksia. Koululaisten kuulo tutkittiin taajuuksilla 125–8000 Hz.

Viisivuotiasta tutkittaessa terveydenhoitajat ohjeistettiin käyttämään ns. leikiaudiometriaa. Käytettävissä tuli olla jokin rakennettava lelu, tappi-rengaslelu, palikkalaatikko tai muu vastaava, joka voitiin tehdä valmiiksi yksi osa kerrallaan. Lasta neuvottiin viemään palikka tai rengas kuulokkeelle ja hänelle opetettiin, että ääneen vastataan laittamalla palikka laatikkoon tai rengas tappiin. Kuullulle äänekselle voitiin antaa vastaus myös painamalla audiometriin liitettyä vastauspainiketta. Viisivuotiaan kohdalla tarkistettiin, että lapsi oli ymmärtänyt ohjeet ja että hän jaksoi keskittyä kuuntelemiseen.

Molemmat korvat tutkittiin erikseen. Seulontatutkimus aloitettiin 10–15 dB voimakkaammalla äänenvoimakkuudella ja äänksen voimakkuutta vähennettiin 5 dB kerrallaan 20dB:iin. Kuulon tutkiminen aloitettiin 1000 Hz taajuudesta. Seuraavaksi tutkittiin 2000, 3000, 4000, 6000 ja 8000 Hz ja lopuksi 500, 250 ja 125 Hz tässä järjestyksessä.

2.4.3.6 Verenpaineen mittaaminen

Verenpaine mitattiin tässä tutkimuksessa lastenneuvolassa viisivuotiailta ja kouluterveydenhuollossa ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen (tai 9.) luokan oppilailta. Verenpaineen mittaamisessa suositeltiin käytettäväksi elohopeamanometria, mutta mikäli terveydenhoitajalla oli normaalisti käytössään vain automaattinen digitaalinen verenpainemittari tai aneroidimittari, mittaus tehtiin kyseisellä mittarilla. Käytetty mittalaite kirjattiin tutkimuslomakkeeseen. Mansetin koko riippui lapsen koosta. Lastenneuvoloissa ja kouluterveydenhuollossa oli käytössä yleensä 1–3 erikokoista mansettia, joten verenpaineen mittaus tehtiin käytössä olevilla manseteilla huomioiden tutkittavan lapsen tai nuoren olkavarren ympärysmitta. Mansettikoko kirjattiin tutkimustiedostoon.

Verenpaine mitattiin oikeasta käsivarresta lapsen istuessa. Lapsen tuli istua pai-

kallaan vähintään viisi minuuttia ennen mittausta. Lapsi nojasi tuolin selkänojaan ja piti jalat vierekkäin lattialla. Tuolin tuli olla niin matala, että lapsen jalat lepäsivät lattialla eivätkä jääneet roikkumaan ilmaan. Käsivarren tuli levätä pöydällä tai muulla tasolla siten, että kyynärtaive oli sydämen tasolla ja käden kämmenpuoli oli ylöspäin.

Systoliseksi verenpaineeksi kirjattiin tutkimuslomakkeeseen se kohta, jossa jatkuvasti toisiaan seuraavat sydänäänet alkoivat kuulua. Diastoliseksi verenpaineeksi merkittiin kohta, missä pulssiäänet katosivat (Korotkoffin V vaihe). Systolisen ja diastolisen verenpaineen arvot luettiin ja kirjattiin 2 mmHg:n tarkkuudella. Jos käytettiin digitaalista mittaria, merkittiin ne lukemat, jotka mittari antoi.

Niillä tutkittavilla, joilla diastolinen verenpaine kuului nollaan asti, suoritettiin uusintamittaus ja verenpaineena käytettiin Korotkoffin IV vaihetta, eli äänten heikkenemisen vaihetta. Mikäli diastoliseksi paineeksi merkittiin IV vaihe, niin tieto siitä kirjattiin tutkimuslomakkeeseen.

Verenpaine mitattiin kaksi kertaa. Mittausten välillä pidettiin vähintään minuutin tauko, jolloin mitattiin pulssi. Tässä raportissa tulokset on kuvattu käyttäen Lääkärin käsikirjan mukaisia seulontarajoja (päivitetty 3.8.2009). Seulontarajat ovat 1–5-vuotiaille 115/75 mmHg, 6–10-vuotiaille 125/85 ja 11–18-vuotiaille 140/90 mmHg.

2.4.3.7 Lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen arviointi

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat arvioivat terveystarkastuksessa puolivuotiaan ja yksivuotiaan lapsen ja hänen vanhempansa vuorovaikutusta: lapsen pitelyä ja käsittelyä, katsekontaktia, lapselle puhumista ja hymyilemistä, lapsesta nauttimista, lapsen pahanolon sietämistä ja lapsen viestien ymmärtämistä ja niihin vastaamista. Tutkimuksessa käytetty lapsen ja vanhemman välisen vuorovaikutuksen strukturoitu arviointimenetelmä on kehitetty varhaisen vuorovaikutuksen arviointilomakkeiden pohjalta yhteistyössä Lasten mielenterveyden kehittämishankkeen (LAMIKE) kanssa.

Arviointi kirjattiin tutkimuksessa arviointiasteikolla 1–5. Arvot 5–4 kuvaavat hyvin toimivaa, ei huolta herättävää vuorovaikutusta. Arvo 3 kuvaa jonkinasteista huolta vuorovaikutuksesta. Arvot 2–1 kuvaavat selvää huolta tai poikkeavuutta vuorovaikutuksessa.

2.4.3.8 Neurologisen kehityksen arviointi

Alle viisivuotiaiden neurologisen kehityksen arviointi

Alle viisivuotiaiden lasten neurologisen kehityksen arvioinnissa käytettiin lastenneuvolasuosituksissa (STM 2004) olevia arviointikriteereitä. Terveystarkastajat eivät saaneet tähän osioon erikseen koulutusta, vaan he arvioivat lapsen kehityksen kuten normaalissa puoli-, yksi- ja kolmevuotiaan terveystarkastuksessa. Puoli- ja yksivuotiaiden lasten motorisen kehityksen arvioinnista ja kolmevuotiaiden puheenkehityksen arvioinnista oli tutkimuskäsikirjassa kirjalliset ohjeet.

Viisivuotiaiden neurologisen kehityksen arviointi Lene-arviointimenetelmällä

Tässä tutkimuksessa viisivuotiaiden lasten neurologinen kehitys arvioitiin Lene-arviointimenetelmällä (Leikki-ikäisen lapsen neurologinen arvio) (Valtonen ym. 2003, Valtonen ym. 2007). Puheenkehitystä arvioitiin Lumiukko-testillä, joka on sisällytetty viisivuotiaan lapsen Lene-arviointiin.

Puolet tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista oli käyttänyt aiemmin Lene-arviointimenetelmää, heistä kuitenkin vain neljä viisivuotistarkastuksessa. Lumiukko-testi oli terveydenhoitajille tutumpi. Osa terveydenhoitajista oli käyttänyt työssään Lumiukko-testiä viisivuotiaan puheenkehityksen arvioinnissa, vaikka heillä ei ollut Lene-arviointimenetelmää käytössä. (Mäki ym. 2008.)

Lene-arviointimenetelmän ottaminen osaksi lapsen tutkimusterveydestarkastusta oli terveydenhoitajille vapaaehtoista. Kymmenestä terveyskeskuksesta yhdeksän otti Lene-arvion mukaan viisivuotiaan terveystarkastukseen ja kyseisten terveyskeskusten hoitajat koulutettiin arviointimenetelmän käyttöön. Mikäli viisivuotistarkastuksessa ei käytetty Lene-arviointimenetelmää, tieto siitä kirjattiin tutkimuslomakkeisiin. (Mäki ym. 2008.)

Viisivuotiaan Lene-arvion osa-alueita ovat: näkö- ja kuulohavainto, karkeamotoriikka, koordinaatiokokeet, poikkeavat liikkeet, tarkkaavaisuus, puheen tuottaminen ja ymmärtäminen (Lumiukko), kuullun hahmottaminen (Lumiukko), kuulomuisti (Lumiukko), silmä-käsi-yhteistyö ja visuaalinen hahmottaminen. Monissa Lenen osioissa yhdistetään sekä laadullista että määrällistä arviointia (Valtonen ym. 2003). Laadullisesti arvioitavissa tehtävissä arvio perustuu tilanteessa tehtyihin havaintoihin ja/tai vanhempien ja päivähoidon havaintoihin (esim. tarkkaavaisuus, puheen tuottaminen). Tehtävissä suoriutumiseen perustuvia arvioita ovat esimerkiksi puheen ymmärtäminen, käsitteet ja visuaalinen hahmottaminen. Lene-arviointi on kriteeriperustainen: 0 = normaali suoriutuminen tai käyttäytyminen, 1 = lievästi poikkeava, 2 = selvästi poikkeava ja K = kieltäytyminen.

Arviointi tehtiin ja pisteet kirjattiin tutkimuslomakkeille Lene-käsikirjan (Valtonen ym. 2003) ja koulutuksessa annetun ohjeistuksen mukaisesti. Tuloksia tarkasteltaessa on huomioitu, että Lene-käsikirjan vuoden 2007 painokseen on tehty joitakin muutoksia arviointikriteereihin. Jatkotutkimuksiin lähettämistä koskevat ohjeet ovat tarkentuneet myös Lene-seurantatutkimuksen valmistuttua keväällä 2009 (Valtonen, 2009). Viisivuotiaiden osalta vuoden 2007 käsikirjan muutokset koskevat karkeamotoriikan kokonaisarviota, muilta osin kriteerit ovat samat kuin vuoden 2003 käsikirjan painoksessa.

Lumiukko-testi

Tässä tutkimuksessa viisivuotiaan puheen ja kielen valmiuksia arvioitiin Lumiukko-testillä (Korpilahti 2002). Lumiukko-testin osiot ovat kertova puhe, kielen ymmärtäminen, puhemotoriikka, auditiivinen sarjamuisti, lausemuisti ja sanahahmot, nimeäminen ja artikulaatio, peruskäsitteet ja toimintaohjeet, sekä arvio muista puheentuottoon liittyvistä piirteistä. Lumiukko-testin osatehtävät arvioitiin ja kir-

jattiin Lumiukko-käsikirjan ohjeiden mukaisesti joko ”hyväksytty”, ”virheellinen” tai ”kieltäytyy”. Kokonaisarvio puheen ja kielen valmiuksista tehtiin ja kirjattiin Lene-käsikirjassa olevien ohjeiden mukaisesti.

Testi vei aikaa noin 10–15 minuuttia. Testaus keskeytettiin, jos testi oli lapselle ylivoimainen. Jos lapsi epäonnistui osatehtävässä, epäonnistuneen osion sai toistaa myöhemmin. Kunkin tehtävän sai toistaa vain kerran.

2.4.3.9 Ryhdin tutkiminen

Eteentaivutustesti (takaa)

Eteentaivutustestillä arvioidaan vartalon epäsymmetriaa (skolioosia). Testi tehtiin tässä tutkimuksessa kaikille ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen (tai 9.) luokan oppilaille pituuden ja painon mittauksen yhteydessä. Tutkittava suoritti taivutuksen kämmenet ja sormet yhdessä hitaasti kumartuen. Mittaamiseen käytettiin vesivaakaa ja millimetriviivoitinta. Sekä kylkikohouma että lannekohouma mitattiin siltä kohdalta, jossa ero oli suurin. Jos alaraajoissa oli pituuseroa, mittaus tehtiin sekä ilman korotuslautaa että sen kanssa, mikäli siihen oli kouluterveydenhuollossa mahdollisuus.

Eteentaivutustesti (sivulta)

Eteentaivutustestillä voidaan arvioida myös rintarangan kyfoosin suuruutta. Scheuermannin tauti on kliinisesti tunnistettavissa eteentaivutustestissä kyfoosin lyhyden ja jyrkkyyden perusteella, eroten normaalin selän laakeasta kyfoosista. Testi tehtiin kaikille ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen (tai 9.) luokan oppilaille. Tutkittava suoritti taivutuksen kämmenet ja sormet yhdessä hitaasti kumartuen. Terveystarkastaja teki silmämääräisen arvion käyttäen apuna käsikirjan ohjeita ja kuvia.

2.4.3.10 Puberteettikehityksen arviointi

Kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002) suositellaan puberteettikehityksen häiriöiden seulomista vuosittain. Puberteettikehityksen arvioinnissa käytetään pojilla kivesten kasvun, tytöillä rintojen kehityksen sekä molemmilla karvoituksen ilmaantumisen seuranta.

Puberteettikehitys arvioitiin LATE-tutkimuksessa ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen (tai 9.) luokan terveystarkastuksissa pituuden ja painon mittaamisen yhteydessä käyttäen apuna Tannerin arviointiasteikkoa (taulukko 3) ja tutkimuskäsikirjassa olleita ohjeita ja kuvia. Terveystarkastajat ohjeistettiin keskustelemaan tuloksista viides- ja kahdeksaluokkalaisten kanssa esimerkiksi katsomalla yhdessä kuvia puberteettikehityksen vaiheista.

Taulukko 3. Puberteettikehityksen asteet Tannerin arviointiasteikon mukaan (Tanner: Growth at adolescence, Blackwell Scientific Publications, Oxford 1962).

Tytön kehitys: rinnat

M 1 Lapsen vain nänni on koholla

M 2 Nuppuaste: rinta ja nänni kohoavat hieman, ja rauhaskudosta tuntuu tunnusteltaessa; nännipiha on suurentunut

M 3 Rinta ja nännipiha ovat edelleen suurentuneet, niiden ääriiviä muodostaa sivulta katsottuna yhtenäisen kaaren

M 4 Nännipiha kohoaa ja muodostaa päälle erillisen kummun

M 5 Kypsä rinta: vain nänni on koholla rinnasta nännipihan laskettua takaisin yhtenäiseen ääriiviivaan

Pojan kehitys: sukupuolielimet

G 1 Kivekset (pituus <20 mm), kivespussi ja penis ovat suunnilleen samankokoiset ja mittasuhteiset kuin varhaislapsuudessa

G 2 Kivespussi ja kivekset ovat suurentuneet (pituus >20 mm), kivespussin iho on punertunut ja ohentunut, mutta penis ei ole vielä suurentunut

G 3 Penis on pidentynyt, ja kivekset ja kivespussi ovat edelleen kasvaneet

G 4 Penis on edelleen kasvanut, myös paksuntunut, terska on kehittynyt, kivekset ja kivespussi ovat edelleen suurentuneet, kivespussi on tummentunut

G 5 Aikuisen kokoa ja muotoa olevat sukupuolielimet

Häpykarvoitus (tytöt ja pojat)

P 1 Lapsen häpyseudun karvoitus ei poikkea vatsan karvoituksesta

P 2 Pitkiä, vähän pigmentoituneita, untuvaisia, suoria tai hieman kihartuvia karvoja niukasti häpyhuulissa tai peniksen tyvessä

P 3 Huomattavasti tummempi, karkeampi ja kiharampi karvoitus, joka leviää niukasti häpyliitoksen päälle

P 4 Aikuistyyppinen karvoitus, mutta vielä huomattavasti pienemmällä alueella, ei leviä reisien sisäisivuille

P 5 Aikuistyyppinen karvoitus, yläraja vaakasuora, ei leviä navan suuntaan, mutta kylläkin reisien sisäisivuille

P 6 Karvoitus leviää myös navan suuntaan

2.4.3.11 Mielialatesti R-BDI

LATE-tutkimuksessa kahdeksasluokkalaiset (tai 9. lk) täyttivät terveystarkastuksen yhteydessä kyselylomakkeen, jonka lopussa oli R-BDI (Raitasalo 2007) mielialatestin kysymykset. Nuori täytti kyselyn yksin ennen terveystarkastusta esim. odotustilassa tai terveydenhoitajan huoneessa. Terveydenhoitaja tarkisti lomakkeen terveystarkastuksen alussa ja kävi nuoren kanssa keskustellen läpi kyselyn tulokset.

Mielialakyselyn avulla voidaan kartoittaa nuoren masennusoireilua ja sen vakavuutta ja mahdollista konsultaation ja hoidon tarvetta. Vain varsinaisia mielialaoireita koskevien kysymysten vastaukset huomioitiin pisteytyksessä. Jokaisessa mielialaa koskevassa kysymyksessä ensimmäinen vaihtoehto kuvaa positiivista tunnetilaa tai ajatusta. Toinen on neutraalimpi, mutta ei vielä kuvaa masennustilaan liittyviä mielialaoireita. Seuraavat väittämät käsittelevät depressio-oireita, joiden syvyys ja voimakkuus lisääntyvät (vaihtoehto 3 kuvaa lievempää oiretta kuin vaihtoehto 5). Vastausvaihtoehdot pisteytettiin testin ohjeiden mukaan seuraavasti:

1–2=0 pistettä, 3=1 piste, 4=2 pistettä, 5=3 pistettä. Enimmäispistemäärä kysymyksistä on 39. (Marttunen ja Haarasilta 2000.) Terveydenhoitajille oli laadittu ohjeistus RBDI-testin tulosten tulkintaan ja jatkotoimenpiteisiin.

Masennusoireita kuvattiin yhteenlasketuilla pisteillä:	
0–4 pistettä	ei masennusoireita
5–7 pistettä	lieviä masennusoireita
8–15 pistettä	kohtalaisia masennusoireita
yli 16 pistettä	vakavia masennusoireita

2.4.3.12 Fyysisen ja psykososiaalisen kehityksen kokonaisarviointi

Terveydenhoitajat tekivät terveystarkastuksen lopuksi lapsen fyysisen ja psykososiaalisen kehityksen kokonaisarvion. Lapsen psykososiaalisen kehityksen ja terveyden arviointimenetelmiä kehitettiin tätä tutkimusta varten yhteistyössä LAMIKE-työryhmän kanssa. Arviointi pohjautuu lastenneuvolalomakkeiden terveydenhoitolehdillä aiemmin käytössä olleisiin A-, B-, C-, D- ja E-koodeihin. Arvio sisälsi seuraavat osa-alueet: huoli lapsen terveydentilasta, huoli psykososiaalisesta kehityksestä ja terveydestä, huoli lapsen hoidosta ja kasvatuksesta, huoli perhetilanteesta sekä huoli lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta. Arvio tehtiin asteikolla: ei huolta, lievä huoli, selvä huoli.

Fyysisen ja psykososiaalisen kehityksen kokonaisarviointi pohjautui terveystarkastustilanteeseen, huoltajien kyselylomakkeista saataviin tietoihin sekä keskusteluihin huoltajien ja lapsen tai nuoren kanssa. Tarvittaessa otettiin huomioon myös päivähoidosta, opettajalta tai muilta oppilashuollon työntekijöiltä saatu tieto. Arvioinnissa huomioitiin tiedot lapsen terveydentilasta, hyvinvoinnista, kasvusta ja kehityksestä, havainnot lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta, vanhempien näkemys lapsen kehityksestä, hyvinvoinnista ja mahdollisesta oireilusta sekä yleiset lapsen kasvuympäristön kautta vaikuttavat seikat.

2.4.3.13 Vanhempien alkoholin käyttö, AUDIT-testi

Lastenneuvolaoppaan (STM 2004) suositusten mukaan jokaiselta asiakasperheeltä tulisi kysyä rutiininomaisesti kerran vuodessa alkoholin käytöstä käyttäen apuna 10 kysymyksen AUDIT-testiä. Tässä tutkimuksessa lapsen molempia huoltajia pyydettiin täyttämään AUDIT-testi. Huoltajat täyttivät testilomakkeet kotona ja palauttivat ne muiden lomakkeiden mukana neuvolaan tai kouluterveydenhuoltoon. AUDIT-testilomakkeessa oli täyttämisohteet ja ohjeet kokonaispisteiden laskemisesta. Tutkimusta varten terveydenhoitajien ei tarvinnut laskea lomakkeen kokonaispistemääriä, mutta heitä ohjeistettiin keskustelemaan vanhempien alkoholin käytöstä erityisesti lasten ja perheen elämäntilanteen näkökulmasta.

Audit-testin pistemäärien luokittelu:

0	ei riskiä
1–7	vähäinen riski
8–10	lievästi kasvanut
11–14	selvästi kasvanut
15–19	suuri riski
20–40	erittäin suuri riski

2.5 Tutkimuksen onnistumisen arviointi

Tutkimus onnistui hyvin ja sekä terveydenhoitajilta että lapsiperheiltä saatu palaute oli enimmäkseen myönteistä. Tutkimuksen onnistuminen oli pääasiassa tutkimuksen kenttätööhön osallistuneiden terveydenhoitajien ansiota. Suurin osa terveydenhoitajista oli työskennellyt pitkään lastenneuvolassa ja/tai kouluterveydenhuollossa. Terveydenhoitajien motivoituminen oman työn kehittämiseen ja tutkimuksen toteuttamiseen vaikutti tutkimuksen onnistumiseen merkittävästi.

Tutkimusmenetelmät valittiin ja tutkimuslomakkeet kehitettiin lastenneuvolatyön ja kouluterveydenhuollon valtakunnallisten suositusten ja asiantuntijalausuntojen perusteella. Joitakin tutkimusmenetelmiä kehitettiin tätä tutkimusta varten, kuten lapsen psykososiaalisen kehityksen arviointimenetelmiä. Terveydenhoitajien palautteen mukaan huoltajien ja nuorten kyselylomakkeet ja terveydenhoitajien täytettäväksi tarkoitetut tutkimuslomakkeet sisälsivät keskeiset lasten kasvua, kehitystä, terveyttä ja hyvinvointia kuvaavat tiedot (Mäki ym. 2008).

Tutkimusmenetelmien laatu pyrittiin varmistamaan mm. terveydenhoitajille järjestetyn koulutuksen ja kirjallisen ohjeistuksen avulla. Lisäksi terveydenhoitajilla oli mahdollisuus kysyä ohjeita tutkimuksen aikana hankkeen yhdyshenkilöltä. Tutkimuksen aikana LATE-työryhmä tutustui terveydenhoitajien työskentelyolosuhteisiin ja seurasi tutkimusterveystarkastuksia sekä lastenneuvoloissa että kouluterveydenhuollossa. Auditointikäynnit tehtiin 15.3.2007–2.8.2007 välisenä aikana. Auditointikäyntien aikana havaittiin, että tutkimuksiin kuuluvat mittaukset tehtiin yleensä koulutuksessa saatujen ohjeiden mukaan, mutta tutkimusolosuhteissa ja -laitteissa oli eroja. Tutkimukseen osallistui 46 terveydenhoitajaa, joten terveydenhoitajien toteuttamiin mittauksiin on saattanut jäädä eroja, jotka voivat vaikuttaa tulosten vertailukelpoisuuteen. Lisäksi on huomioitava, että perhettä, lasten ja heidän vanhempiensa terveystottumuksia koskeviin tuloksiin on saattanut vaikuttaa se, että sekä huoltajien että nuorten täyttämät kyselylomakkeet palautettiin terveydenhoitajalle, kyselylomakkeet tarkastettiin ja niihin kirjatusta asioista keskusteltiin terveystarkastuksen yhteydessä. Toisaalta sekä neuvolassa että kouluterveydenhuollossa huoltajat ja kouluterveydenhuollossa nuoret ovat tottuneet täyttämään erilaisia terveyttä ja hyvinvointia koskevia kyselylomakkeita. Terveydenhoitajille tulleen palautteen mukaan sekä huoltajat että nuoret olivat kokeneet lomakkeiden täyttämisen pääsääntöisesti myönteisenä. Tiedonkeruuprosessia on

kuvattu ja arvioitu tarkemmin LATE-hankkeen prosessista laaditussa raportissa (Mäki ym. 2008).

2.6 Tilastolliset menetelmät

Tulokset taulukoitiin ikäryhmittäin tyttöjen, poikien ja molempien sukupuolten osalta. Luokitellut muuttujat esitetään vastausvaihtoehtojen jakaamina (esiintyvyyssukuina). Jatkuvat muuttujat esitetään joko keskiarvoina, keskihajontoina, miniminä ja maksiminä tai vaihtoehtoisesti jatkuvat muuttujat luokiteltiin ja esitetään muuttujan jakaamina (esiintyvyyssukuina). Näiden lisäksi muuttujien yhdistelmistä laskettiin erikseen määriteltyjä tunnuslukuja, jotka taulukoitiin tapauskohtaisesti. Kaikissa liitetaulukoissa esitetään edellisten lisäksi vastausten ja puuttuvien tietojen määrä. Ruokavalintoja koskevissa kysymyksissä vastausvaihtoehtoja ja luokkia yhdistettiin monissa kysymyksissä. Taulukot on tuotettu käyttäen tilastollisen tietojenkäsittelyn ohjelmiston SPSS versiota 16.0.

2.7 Tulosten raportointi

Raportti LATE-hankkeen prosessista (Mäki ym. 2008) on julkaistu vuonna 2008. Raportissa on kuvattu hankkeen vaiheita, terveysseurannan testaamiseksi järjestetyn tutkimuksen suunnittelua, toteutusta ja onnistumista. Tuloksia lasten terveydestä on esitetty vain esimerkinomaisesti (Mäki ym. 2008).

Tässä peruseraportissa kuvataan keskeiset LATE-tutkimuksen tulokset lasten terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Tulokset on koottu kokonaisuudeksi, joka muodostuu seuraavista osa-alueista: lasten kasvu ja kehitys, lasten terveys, lasten ateriointi ja ruokavalinnat, muut terveystottumukset, lasten tapaturmat, rokotuskattavuus, lasten ja perheiden elinympäristö, perheiden terveys ja terveystottumukset ja terveystarkastuksen yhteenveto. Peruseraportin sisällön suunnittelusta vastasi LATE-työryhmä.

Peruseraportin lisäksi julkaistaan taulukkoliite internetissä (www.thl.fi/lastenterveysseuranta). Taulukkoliitteessä ovat kaikki LATE-tutkimuksen tulostaulukot. Taulukkoliite noudattaa sisällöltään peruseraportin rakennetta. Taulukkoliitteessä on taulukoituna kaikista tutkimusterveystarkastusten sisällöistä ja tutkimuslomakkeiden sisältämistä kysymyksistä suorat jakaumat lapsen iän ja sukupuolen mukaan. Taulukoissa tulokset on esitetty käyttäen tutkimuslomakkeiden vastausvaihtoehtoja, mutta peruseraportin tekstiosiossa joitakin vastausvaihtoehtoja on yhdistetty tai tuloksia tarkasteltu ikäryhmittäin (neuvolaikäiset ja kouluikäiset) tulosten tulkinnan helpottamiseksi. Joidenkin tulosten osalta on tehty lisäksi kokoomataulukoita.

Taulukoita tulkittaessa on muistettava, että sukupuolittaiset ja ikäryhmittäiset tulokset perustuvat melko pieniin havaintojoukkoihin, jolloin satunnaisvaihtelu vaikuttaa helposti näiden ryhmien keskiarvoihin ja esiintyvyyssukuun. Raportin

kuvioihin lisätyt luottamusvälit havainnollistavat tämän satunnaisvaihtelun suuruutta. Tulosten tulkinta on helpompaa ja luotettavampaa suuremmista kokonaisuuksista; neuvolaikäiset, kouluikäiset.

LATE-tutkimuksen avulla kerättyä tutkimusaineistoa tullaan käyttämään terveysneuvonnan lisäksi tieteelliseen tutkimukseen (ilman henkilötunneita). Erityisesti pyritään selvittämään lasten kasvua ja kehitystä sekä terveyskäyttäytymisen ja erilaisten taustatekijöiden esiintyvyyttä ja niiden yhteyksiä. Tutkimusaineiston hyödyntämiseksi tutkimustarkoituksiin on perustettu monitieteinen tutkijaverkosto. Tiedot LATE-hankkeen ja TEROKA-hankkeen yhteistyönä kerätyistä erillisotoksista raportoidaan alueittain ja väestöryhmittäin vuoden 2010 aikana.

3 TULOKSET

3.1 Lasten kasvu ja kehitys

Päivi Mäki, Tiina Laatikainen

- Puoli- ja yksivuotiaiden lasten motorisessa kehityksessä oli havaittavissa kehitykseen kuuluva laaja normaalivaihtelu. Suurin osa (95 %) puolivuotiaista kääntyi selältä vatsalleen ja 83 % vatsalta selälleen. Yksivuotiaista lapsista 85 % käveli tukea vasten ja hieman yli puolet (52 %) käveli tuetta.
- Yksivuotiaista 88 % tapaili sanoja ja 70 %:lla oli merkityksellinen sana tai sanoja puheessa. Kolmevuotiaista lähes kaikki (98 %) puhui vähintään kolmen sanan lauseita ja 95 % käytti monikkomuotoja puheessaan.
- Lene-arviointimenetelmän kriteerien perusteella 60 % viisivuotiaista pojista ja 68 % tytöistä suoriutui neurologisen kehityksen kaikkien eri osa-alueiden kokonaisarvioissa normaalisti tai heillä oli korkeintaan yksi lievästi poikkeava tulos. Noin 5 % viisivuotiaista pojista ja 3 % tytöistä olisi syytä lähettää pelkästään Lene-arvion perusteella tarkempiin tutkimuksiin.
- 7 %:lla viisivuotiaista pojista ja 5 %:lla tytöistä Lumiukko-testin perusteella tehty puheen ja kielen valmiuksien kokonaisarvio oli selvästi poikkeava. Äännevirheet olivat viisivuotiaille tehdyn Lumiukko-testin perusteella vielä melko yleisiä. Virheellinen r-äänne oli 39 %:lla viisivuotiaista pojista ja 34 %:lla tytöistä. Huoltajien arvion mukaan 22 %:lla ensimmäisen, 10 %:lla viidennen ja 5 %:lla kahdeksannen (tai 9.) luokan oppilaita oli jokin äännevirhe.

3.1.1 Pituus, paino ja vyötärönympäryys

Suomessa nykyisin käytössä olevat kasvukäyrästä perustuvat vuosina 1959–1961 ja 1969–1971 syntyneiden kasvun seurantaan (Sorva ym. 1985). Kasvukäyrästä on julkaistu ensimmäisen kerran vuonna 1986 ja tarkistetussa muodossa vuonna 1993. Alle kaksivuotiaille ja 1–20-vuotiaille tytöille ja pojille on omat käyrästä. Nykyisiin kasvukäyrästä liittyy joitakin ongelmia. Esimerkiksi pitkät, yli 170 cm tytöt ja yli 180 cm pojat ovat referenssiaineiston ulkopuolella, joten näiden nuorten pituus-painon tarkastelu ei ole mahdollista. Suomalaisten kasvukäyrästä uudistaminen on käynnistynyt vuonna 2010.

Pituus

Kasvukäyrissä pituuden vaihtelu ilmaistaan keskipituutena ja keskihajontoina (SD)

keskipituudesta sekä suhteellisena pituutena. Suhteellinen pituus on poikkeama iän ja sukupuolen keskipituudesta SD-yksikköinä. Keskimittaisella lapsella suhteellinen pituus on 0, keskimääräistä pitemmällä positiivinen ja keskimääräistä lyhyemmällä negatiivinen. Normaaliväestössä suhteellinen pituus asettuu 95%:ssa välille ± 2 SD. SD-välin $-2SD + 2SD$ % sekä ala- että yläpuolelle jää 2,5 % normaaliväestöstä (Dunkel 2000, Tapanainen 2007, Ojaniemi 2009). Tässä tutkimuksessa mitattujen lasten nykyisten kasvukäyrien mukainen suhteellisen pituuden hajonta esitetään taulukoissa 4 ja 5.

Taulukko 4. Neuvolaikäisten lasten suhteellisten pituuksien hajonta SD-yksikköinä (%).

	½ v pojat	½ v tytöt	1 v pojat	1 v tytöt	3 v pojat	3 v tytöt	5 v pojat	5 v tytöt
Alle -2 SD	0,9	5,5	0	0	1,9	0,9	2,8	0,9
-2 $-+2$ SD	99,1	94,5	100,0	99,1	93,5	94,6	93,5	93,6
Yli 2 SD	0	0	0	0,9	4,7	4,5	3,7	5,5

Taulukko 5. Kouluikäisten lasten suhteellisten pituuksien hajonta SD-yksikköinä (%).

	1. lk pojat	1. lk tytöt	5. lk pojat	5. lk tytöt	8. (9.) lk pojat	8. (9.) lk tytöt
Alle -2 SD	0,9	0,9	0	0,9	0	2,7
-2 $-+2$ SD	93,7	92,0	93,3	91,3	98,1	93,8
Yli 2 SD	5,4	7,1	6,7	7,8	1,9	3,5

Neuvolaikäisten lasten pituuksien keskiarvot, keskihajonta ja minimi- ja maksimi-arvot on esitetty taulukoissa 6 ja kouluikäisten taulukossa 7.

Taulukko 6. Neuvolaikäisten lasten pituus (cm) ikäryhmän ja sukupuolen mukaan.

	½ v		1 v		3 v		5 v	
	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max
Pojat	69,1 (2,1)	64,5-75,0	77,1 (2,1)	72,0-82,0	97,2 (3,8)	86,8-108,6	111,6 (4,5)	100,6-121,8
Tytöt	67,0 (2,0)	62,2-72,5	75,6 (2,1)	71,0-82,8	96,4 (3,5)	88,0-105,8	111,0 (4,6)	97,6-123,2

Taulukko 7. Kouluikäisten lasten pituus (cm) koululuokan ja sukupuolen mukaan.

	1. lk		5. lk		8. (9.) lk	
	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max
Pojat	125,4 (6,0)	108,0-137,3	150,2 (6,7)	133,6-174,5	171,4 (7,6)	153,1-191,1
Tytöt	126,1 (5,9)	109,9-139,0	150,1 (7,5)	131,5-169,2	163,1 (6,0)	149,0-176,3

Paino

Suomalaisissa kasvukäyrissä lasten painoa tarkastellaan pituuteen suhteutettuna ns. pituuspainona, koska suurin osa samanikäisten painoeroista johtuu pituuden vaihtelusta. Pituuspaino on suhdeluku ja mahdollistaa vertailun sukupuolten ja ikäryhmien välillä. Pituuspaino tarkoittaa painoa suhteessa samaa sukupuolta olevien

samanpituisten keskipainoon. Suhteellinen paino esitetään poikkeamana (%) pituuden mukaisesta painosta (0-taso = 100 %) (Dunkel 2000, Tapanainen 2007, Ojaniemi 2009). Taulukossa 8 ja 9 esitetään tässä tutkimuksessa mitattujen neuvola- ja kouluikäisten lasten painojen keskiarvot, keskihajonta sekä minimi- ja maksimiarvot.

Taulukko 8. Neuvolaikäisten lasten paino (kg) ikäryhmän ja sukupuolen mukaan.

	½ v			1 v			3 v			5 v		
	ka (SD)	min-max		ka (SD)	min-max		ka (SD)	min-max		ka (SD)	min-max	
Pojat	8,4 (1,0)	6,1–11,3		10,4 (1,3)	8,3–16,9		15,1 (1,6)	11,7–19,2		19,6 (2,7)	14,5–31,4	
Tytöt	7,8 (1,0)	6,1–12,9		9,6 (1,0)	7,6–13,3		15,0 (1,9)	11,5–21,7		19,6 (3,1)	14,1–31,8	

Taulukko 9. Kouluikäisten lasten paino (kg) koululuokan ja sukupuolen mukaan.

	1. lk		5. lk		8. (9.) lk	
	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max
Pojat	25,9 (5,9)	16,0–51,0	41,4 (7,9)	27,0–63,5	63,4 (14,4)	39,4–120,6
Tytöt	26,0 (4,5)	17,4–40,0	41,2 (7,3)	26,5–61,4	57,4 (11,2)	38,8–95,6

Taulukoissa 10 ja 11 on kuvattu ikäryhmittäin lasten pituuspainon jakaumat: alipaino, normaalipaino, ylipaino ja lihavuus. LATE-aineistossa osa ensimmäisen luokan oppilaista oli alle seitsemänvuotiaita ja osa seitsemänvuotiaita tai sitä vanhempia. Näille lapsille seularajoja on sovellettu lapsen todellisen iän mukaan ja näin ollen ensimmäisen luokan oppilaita on sekä alle seitsemänvuotiaiden että sitä vanhempien lasten taulukoissa. Pituuspainojakaumia laskettaessa raja-arvoina käytettiin Lasten lihavuuden Käypä hoito suosituksen (2005) alle seitsemänvuotiaiden ja seitsemänvuotiaiden ja sitä vanhempien lasten ylipainon ja lihavuuden kriteereitä. Alipainon raja-arvona on, että paino on vähintään 15 % alle pituuden mukaisen keskipainon (Lasten ja nuorten syömishäiriöt Käypä hoito 20.8.2009). Noin 81–88 % LATE-tutkimukseen osallistuneista alle seitsemänvuotiaista oli normaalipainoisia. Alipainoisia oli 3 % puolivuotiaista, 6 % yksivuotiaista ja 1–2 % kolme-, viisi- ja kuusivuotiaista. Ylipainoa ja lihavuutta käsitellään tarkemmin kappaleessa 3.2.1.

Taulukko 10. Alle 7-vuotiaiden lasten pituuspainojen jakauma ikäryhmän ja sukupuolen mukaan (%).

Pituuspaino %	½ v			1 v			3 v			5 v			1. lk		
	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.
Alipaino alle -15	5,4	0	2,7	3,6	7,3	5,5	1,9	0,9	1,4	0,9	1,8	1,4	4,4	0	2,4
Normaalipaino -15 - 9,99	79,3	83,5	81,4	86,4	89,9	88,1	91,6	83,9	87,7	86,0	76,4	81,1	82,2	84,2	83,1
Ylipaino 10–20	13,5	13,8	13,6	8,2	0,9	4,6	5,6	11,6	8,7	10,3	14,5	12,4	8,9	5,3	7,2
Lihavuus yli 20	1,8	2,8	2,3	1,8	1,8	1,8	0,9	3,6	2,3	2,8	7,3	5,1	4,4	10,5	7,2
N ja puuttuvat	111	109	220	110	109	219	107	112	219	107	110	217	45	38	83
	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0

Tähän tutkimukseen osallistuneista ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaista 81–85 % oli normaalipainoisia ja 4–6 % alipainoisia. Kahdeksaslukkalaisista 65 % oli pituuspainon raja-arvojen perusteella normaalipainoisia ja 3 % alipainoisia (taulukko 11).

Taulukko 11. 7-vuotiaiden ja sitä vanhempien lasten pituuspaino sukupuolen ja ikäryhmän mukaan (%).

Pituuspaino %	1. lk			5. lk			8. (9.) lk		
	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.
Alipaino alle -15	1,5	5,3	3,5	3,8	7,8	5,9	5,1	1,9	3,4
Normaalipaino -15 - 19,99	84,8	85,3	85,1	81,9	80,0	80,9	66,7	63,8	65,2
Ylipaino 20-40	10,6	8,0	9,2	11,4	9,6	10,5	13,1	22,9	18,1
Lihavuus yli 40	3,0	1,3	2,1	2,9	2,6	2,7	15,2	11,4	13,2
N ja puuttuvat	66	75	141	105	115	220	99	105	204
	0	0	0	0	0	0	9	8	17

Vyötärön ympäryys

Vyötärön ympärysmittan mittaaminen on kehon painoindeksin lisäksi tärkeää lihavuuden arvioinnissa. Valitettavasti lapsille ja nuorille ei ole toistaiseksi olemassa viitearvoja suomalaisten lasten vyötärön ympärykselle. Lasten ja nuorten vyötärön ympäryksistä on yhdysvaltalainen viitekäyrästä (Fernandez ym. 2004), mutta sen sovellettavuus suomalaisiin lapsiin on kyseenalainen (Lasten lihavuus Käypä hoito 1.8.2005). Nuorilla, joiden kasvu alkaa olla päättynyt, voi soveltaen käyttää aikuisten viitearvoja. Vyötärölihavuuden raja-arvoina on miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm. Miehillä arvoja jotka ylittävät 90 cm ja naisilla 80 cm pidetään jo lihavuuteen viittaavina (Aikuisten lihavuus Käypä hoito 22.1.2007).

Uuden tietopohjan keräämiseksi lasten lihavuudesta tässä tutkimuksessa mitattiin vyötärön ympäryys kaikilta kouluikäisiltä. Tyttöjen vyötärön ympärysten keskiarvo oli ensimmäisen luokan oppilailta 56,4 cm, viidesluokkalaisilla 65,1 cm ja kahdeksaslukkalaisilla 73,4 cm (taulukko 12). Pojilla vastaavat keskiarvot olivat 58,1 cm, 66,8 cm ja 77,0 cm. Sekä pojilla että tytöillä esiintyi myös varsin suuria vyötärön ympäryksiä maksimiarvojen ollessa kahdeksaslukkalaisilla pojilla jopa 119,5 cm.

Taulukko 12. Vyötärön ympärysmitta (cm) koululuokan ja sukupuolen mukaan.

	1. lk		5. lk		8. (9.) lk	
	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max
Pojat	58,1 (6,5)	46,5–90,0	66,8 (7,1)	55,0–87,5	77,0 (10,8)	64,0–119,5
Tytöt	56,4 (5,4)	49,0–75,5	65,1 (6,9)	48,0–91,0	73,4 (8,9)	57,0–98,0

3.1.2 Alle kouluikäisten lasten kehityksen seuranta

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat tutkivat ja arvioivat lapsen kehitystä kuten tavallisessa määräaikaikäisessä terveystarkastuksessa. Lisäksi terveydenhoitajat kysyi-

vät huoltajilta lapsen kehityksestä. Kehitystä arvioitiin yksinomaan terveydenhoitajan tekemien tutkimusten tai terveydenhoitajan havaintojen ja huoltajalta saadun tiedon perusteella tai joidenkin kehityksen osa-alueiden osalta ainoastaan huoltajalta saadun tiedon perusteella.

Puolivuotiaiden lasten kehitys

Lapsen kykyä katsekontaktiin, ilmeikkyyttä ja vastavuoroista kommunikointia pidetään yleisinä merkkeinä lapsen psykososiaalisesta terveestä kehityksestä. Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat arvioivat edellä mainituin kriteerein alle kouluikäisten lasten psykososiaalista kehitystä. Terveydenhoitajan arvion tai huoltajalta saadun tiedon perusteella kaikilla puolivuotiailla oli kyky katsekontaktiin ja he vastasivat hymyyn hymyllä (taulukko 13). Lähes kaikki puolivuotiaat (99 %) jokelivat vastavuoroisesti. 95 % puolivuotiaista kääntyi selältä vatsalleen ja 83 % vatsalta selälleen. Suojeluheijasteet eteen tulivat tutkittaessa esiin 73 %:lla puolivuotiaista pojista ja 77 %:lla samanikäisistä tytöistä. Suojeluheijasteet sivuille todettiin terveystarkastuksessa 52 %:lla puolivuotiaista.

Taulukko 13. Puolivuotiaiden lasten kehitys terveydenhoitajien arvion ja huoltajilta saadun tiedon perusteella (%) lapsen sukupuolen mukaan.

Kehityksen osa-alue	Terveydenhoitaja todennut kehityksen (%)		Tieto saatu vain huoltajilta (%)		Yhteensä (%)	
	½ v pojat	½ v tytöt	½ v pojat	½ v tytöt	½ v pojat	½ v tytöt
Katsekontakti	100	100	0	0	100	100
Vastaa hymyyn hymyllä	98	97	2	3	100	100
Erottaa tutut vieraista	39	50	56	46	95	96
Jokelteele vastavuoroisesti	71	71	28	29	99	100
Istumaan vedettäessä pää tulee vartalon edellä	95	99	1	1	96	100
Tarttuu hallitusti esineeseen yhdellä kädellä	98	99	1	0	99	99
Siirtää esinettä kädestä toiseen	92	90	6	6	98	96
Vie esineen suuhun	97	97	2	2	99	99
Kääntyy selältä vatsalleen	72	61	23	34	95	95
Kääntyy vatsalta selälleen	43	39	41	43	84	82
Pystyasennossa varaa osittain painoan molemmille jaloille	93	96	2	2	95	98
Vatsamakuulla nojaa suorille käsille	80	86	7	8	87	94
Suojeluheijasteet eteen tulevat esille	73	77	0	0	73	77
Suojeluheijasteet sivuille tulevat esille	51	52	1	1	52	53
Seuraa karsastamatta liikkuvaa esinettä	98	99	1	0	99	99
Reagoi normaalisti kuulo-ärsykkeisiin	86	84	14	16	100	100

Yksivuotiaiden lasten kehitys

Tämän tutkimuksen mukaan kaikilla yksivuotiailla oli ikätasoinen kyky katsekontaktiin ja he vastasivat hymyyn hymyllä (taulukko 14). Lähes kaikki (99%) yksivuotiaat ymmärsivät yksinkertaisia ohjeita tai kieltoja. 85% yksivuotiaista pojista ja 92% samanikäisistä tytöistä tapaili sanoja. Yksivuotiaista pojista 65%:lla ja tytöistä 75%:lla oli merkityksellinen sana tai sanoja puheessa. Yksivuotiaista 85% käveli tukea vasten ja hieman yli puolet (52%) käveli tuetta.

Taulukko 14. Yksivuotiaiden lasten kehitys terveydenhoitajien arvion ja huoltajilta saadun tiedon perusteella (%) lapsen sukupuolen mukaan.

Kehityksen osa-alue	Terveydenhoitaja todennut kehityksen (%)		Tieto saatu vain huoltajilta (%)		Yhteensä (%)	
	1 v pojat	1 v tytöt	1 v pojat	1 v tytöt	1 v pojat	1 v tytöt
Katsekontakti	99	98	1	2	100	100
Vastaa hymyyn hymyllä	95	97	5	3	100	100
Ymmärtää yksinkertaisia ohjeita, kieltoja	68	60	32	38	100	98
Reagoi "ei" sanaan	34	23	66	77	100	100
Reagoi tuttuihin sanoihin	57	48	42	52	99	100
Tapaa sanoja	45	38	40	54	85	92
Merkityksellinen sana/sanoja puheessa	21	20	44	55	65	75
Vastavuoroinen juttelu/ääntely	76	71	24	29	100	100
Kävelee tukea vasten	73	75	13	10	86	85
Kävelee tuetta	45	45	7	7	52	52
Pinsettiote kehittynyt	93	95	6	5	99	100
Heittää esineitä	74	65	26	34	100	99
Leikkii vuorovaikuttisesti	77	74	23	26	100	100
Reagoi normaalisti kuuloärsykkeisiin	89	80	10	20	99	100

Kolmevuotiaiden lasten kehitys

Lähes kaikki kolmevuotiaat pystyivät terveydenhoitajan tai huoltajien arvion mukaan odottamaan hetken vuoroaan, noudattivat terveystarkastuksen aikana yksinkertaisia ohjeita ja olivat kiinnostuneita toisista lapsista. Kolmevuotiaista suurin osa (98%) puhui vastavuoroisesti ja käytti vähintään kolmen sanan lauseita. 95% kolmevuotiaista käytti puheessaan monikkomuotoja. Terveystarkastuksen perusteella terveydenhoitajat arvioivat, että 94% kolmevuotiaista ymmärsi käsitteet suuri ja pieni. Osalla lapsista (4%) tieto saatiin vain huoltajalta. 94% kolmevuotiaista pojista ja 97% samanikäisistä tytöistä luokitteli palikoita värien mukaan (taulukko 15).

Taulukko 15. Kolmevuotiaiden lasten kehitys terveydenhoitajien arvion ja huoltajilta saadun tiedon perusteella (%) lapsen sukupuolen mukaan.

Kehityksen osa-alue	Terveydenhoitaja todennut kehityksen (%)		Tieto saatu vain huoltajilta (%)		Yhteensä (%)	
	3 v pojat	3 v tytöt	3 v pojat	3 v tytöt	3 v pojat	3 v tytöt
Katsekontakti	100	99	0	0	100	99
Vastavuoroinen ilmeikkyyden, hymyvaste	97	95	3	3	100	98
Kykenee odottamaan hetken aikaa	80	74	19	23	99	97
Kestää vanhempien lyhyen poissaolon	22	25	78	74	100	99
Kiinnostunut muista lapsista	22	20	78	79	100	99
Noudattaa yksinkertaisia ohjeita	94	95	6	4	100	99
Puhuu kolmen sanan lauseita	88	91	10	6	98	97
Käyttää monikkomuotoja puheessaan	62	70	33	24	95	94
Vastavuoroinen puhe	93	93	6	4	99	97
Ymmärtää käsitteet: suuri, pieni	95	94	4	3	99	97
Luokittelee palikoita värin mukaan	92	95	2	2	94	97
Reagoi normaalisti kuulo-ärsykkeisiin	84	85	15	14	99	99

Viisivuotiaiden lasten kehitys

Terveystarkastuksessa arvioitiin viisivuotiaan kykyä katsekontaktiin sekä ikäta-
soista ilmeikkyyttä ja hymyvastetta. Näiden arviointikriteerien perusteella lähes
kaikkien viisivuotiaiden kehitys oli ikätasoista (taulukko 16).

Taulukko 16. Viisivuotiaiden lasten kehitys terveydenhoitajien arvion ja huoltajilta saadun tiedon perusteella (%) lapsen sukupuolen mukaan.

Kehityksen osa-alue	Terveydenhoitaja todennut kehityksen (%)		Tieto saatu vain huoltajilta (%)		Yhteensä (%)	
	5 v pojat	5 v tytöt	5 v pojat	5 v tytöt	5 v pojat	5 v tytöt
Katsekontakti	99	99	1	0	100	99
Vastavuoroinen ilmeikkyyden, hymyvaste	96	97	3	1	99	98

Terveydenhoitajat arvioivat viisivuotiaiden neurologista kehitystä Lene-arviointimenetelmällä (kts. luku 2.4.3.8). Lene-käsikirjassa (Valtonen ym. 2003) on esitetty arviointikriteerit osatehtävien arviointiin ja kehityksen eri osa-alueiden kokonaisarvioiden tekemiseen. Vaikka Lene-arviointi ei kuulunut tai sitä ei otettu

tutkimuksen ajaksi käyttöön kaikkien terveyskeskusten viisivuotistarkastukseen, Lene-arviointi tehtiin kuitenkin suurimmalle osalle (88 %:lle) tutkimukseen osallistuneista viisivuotiaista.

Kokonaisarvio näöstä

Näöntutkimusten (kts. tulokset näön tutkimisesta kappale 3.2.3) kokonaisarvio tehtiin seuraavista osa-alueista: lähi- ja kaukonäkö, karsastus silmämääräisesti arvioiden, suora peittokoe, valoheijaste ja konvergenssi. Näöntutkimusten kokonaisarviossa 92 %:lla viisivuotiaista oli normaali tulos. Lievästi poikkeava kokonaisarvio eli lievä poikkeavuus yhdellä osa-alueella oli 5 %:lla viisivuotiaista pojista ja 3 %:lla tytöistä. Selvästi poikkeava kokonaisarvio näöstä edellytti arviointikriteerien perusteella lievää poikkeavuutta vähintään kahdella tai selvää poikkeavuutta yhdellä osa-alueella. Kokonaisarvio oli selvästi poikkeava 3 %:lla viisivuotiaista pojista ja 5 %:lla samanikäisistä tytöistä

Kokonaisarvio kuulosta

Kuulo tutkittiin audiometrillä (kts. tulokset kuulon tutkimisesta kappale 3.2.4). Normaali kuulo (audiometrillä 20 dB 0,25–4 kHz) oli 90 %:lla viisivuotiaista. Epävarma tulos oli 8 %:lla ja kuulo oli normaalia huonompi 2 %:lla viisivuotiaista.

Kokonaisarvio karkeamotoriikasta

Karkeamotoriikan kokonaisarvio tehtiin neljän osatehtävän perusteella. Osatehtäviä olivat varpailla kävely, yhdellä jalalla seisominen, yhdellä jalalla hyppiminen ja hernepussin kiinniotto. Karkeamotoriikan kokonaisarvio oli normaali (0 = korkeintaan yhdessä osatehtävässä lievää poikkeavuutta) 60 %:lla viisivuotiaista pojista ja 76 %:lla samanikäisistä tytöistä (taulukko 17). Lievä poikkeavuus karkeamotoriikan kokonaisarviossa (1 = lievää poikkeavuutta kahdessa osatehtävässä tai selvää vaikeutta yhdessä muiden onnistuessa normaalisti) oli viisivuotiailla pojilla yleisempää (31 %) kuin samanikäisillä tytöillä (17 %). Karkeamotoriikan kokonaisarvio oli selvästi poikkeava (2 = lievää poikkeavuutta 3–4:ssä osatehtävässä tai selvää poikkeavuutta yhdessä tehtävässä ja lievää poikkeavuutta 1–3 tehtävässä tai selvää poikkeavuutta 2–4:ssä tehtävässä) 9 %:lla viisivuotiaista pojista ja 7 %:lla tytöistä.

Taulukko 17. Viisivuotiaan karkeamotoriikka, Lene-osatehtävien arviot ja kokonaisarvio (%).

Osatehtävät	Normaali suorituminen (0)		Lievästi poikkeava (1)		Selvästi poikkeava (2)		Kieltäytyminen (K)	
	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt
Varpailla kävely	90	93	6	7	1	0	2	0
Yhdellä jalalla seisominen	68	78	23	19	7	3	1	0
Yhdellä jalalla hyppiminen	52	75	37	17	10	8	1	0
Herne pussin kiinniotto	71	76	19	18	9	6	1	0
Kokonaisarvio	60	76	31	17	9	7	1	0

Vuoden 2007 Lene-käsikirjassa (Valtonen ym. 2007) karkeamotoriikan kokonaisarviokriteereitä on lievennetty seuraavasti: 0 = lievää poikkeavuutta korkeintaan yhdessä osatehtävässä, 1 = lievää poikkeavuutta 2–4 osatehtävässä tai yhdessä tehtävässä selvää vaikeutta muiden onnistuessa normaalisti, 2 = jos enemmän vaikeuksia kuin edellisessä kohdassa on mainittu.

Kokonaisarvio koordinaatiokokeista

Koordinaatiokokeet sisälsivät diadokokinesia ja sormi–nenänpää kokeet. Kokonaisarvio koordinaatiokokeista oli normaali (0 = molemmat tehtävät onnistuivat tai toisessa tehtävässä lievää poikkeavuutta) 94 %:lla viisivuotiaista pojista ja kaikilla samanikäisillä tytöillä (taulukko 18). Lievää poikkeavuutta (1 = lievää poikkeavuutta molemmissa tehtävissä) oli 4 %:lla pojista. Lapsille suositellaan uusintatutkimusta, jos kokonaisarvio on lievästi poikkeava ja lisätutkimuksia, jos kokonaisarvio on selvästi poikkeava (Valtonen ym. 2003).

Taulukko 18. Viisivuotiaan koordinaatiokokeet, Lene-osatehtävien arviot ja kokonaisarvio (%).

Osatehtävät	Normaali suoriutuminen (0)		Lievästi poikkeava (1)		Selvästi poikkeava (2)		Kieläytyminen (K)	
	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt
Diadokokinesia	91	94	7	6	0	0	2	0
Sormi–nenänpää–koe	86	98	12	1	0	0	2	1
Kokonaisarvio	94	100	4	0	0	0	2	0

Kokonaisarvio poikkeavista liikkeistä

Terveydenhoitajat tarkkailivat tutkimuksen aikana poikkeavia liikkeitä, kuten yllättävää säpsähtelyä, nytkähdyksiä, vapinaa ja muita tahattomia liikkeitä (tic-ilmio). Poikkeavat liikkeet kokonaisarvio tehtiin kriteereillä: 0 = ei esiinny tai 2 = havaitaan poikkeavia liikkeitä (Valtonen ym. 2003). Noin 2 %:lla viisivuotiaista pojista ja 1 %:lla tytöistä havaittiin poikkeavia liikkeitä tutkimuksen aikana tai vanhemmat kertoivat havainneensa niitä lapsella.

Kokonaisarvio tarkkaavaisuudesta ja käyttäytymisestä

Kokonaisarvio tarkkaavaisuudesta ja käyttäytymisestä tehtiin havainnoiden lapsen käyttäytymistä ja tarkkaavaisuutta tutkimuksen aikana ja vanhemmilta kysyttiin lapsen käyttäytymisestä ja tunne-elämästä kotona Lene-käsikirjan ohjeiden mukaisesti. Tarkkaavaisuuden ja käyttäytymisen kokonaisarvio oli normaali, jos lapsi pystyi keskittymään tehtäviin tutkimustilanteessa ja kotona noin puoleksi tunniksi, käyttäytyminen oli ikätasoista ja lapsen tunne-elämä vakaata. Tässä tutkimuksessa tarkkaavaisuuden ja käyttäytymisen kokonaisarvio oli normaali 87 %:lla viisivuotiaista pojista ja 95 %:lla tytöistä. Lievän poikkeavuuden kriteereinä oli, että lapsi ei jaksanut ilman aktiivista mielenkiinnon ylläpitoa keskittyä tehtäviin tutkimustilanteessa tai kotona. Lisäksi lapsen käyttäytymisessä oli piirteitä, jotka viittasivat

liialliseen arkuuteen tai esim. aggressiivisuuteen. Lievää poikkeavuutta oli 12%:lla pojista ja 5%:lla tytöistä. Selvää poikkeavuutta oli 1%:lla pojista, tytöistä ei kenelläkään.

Kokonaisarvio visuaalisesta hahmottamisesta

Kokonaisarvio visuaalisesta hahmottamisesta tehtiin kahden erilaisen palikoista koottavan mallirakennelman perusteella (Valtonen ym. 2003). Visuaalisen hahmottamisen kokonaisarvio oli normaali (0 = molempien mallirakennelmien tekeminen onnistui itsenäisesti) 77%:lla viisivuotiaista pojista ja 81%:lla samanikäisistä tytöistä. Lievää poikkeavuutta (1 = toinen mallirakennelma onnistui itsenäisesti ja toinen korjauksen jälkeen tai ei lainkaan tai molemmat mallirakennelmat onnistuivat korjauksen jälkeen) oli 19%:lla pojista ja 16%:lla tytöistä. Selvää poikkeavuutta (2 = toinen mallirakennelma onnistui korjaamisen jälkeen, mutta toinen ei lainkaan tai molemmat epäonnistuivat) oli 4%:lla viisivuotiaista pojista ja 3%:lla tytöistä.

Kokonaisarvio silmä-käsi-yhteistyöstä

Silmä-käsi-yhteistyötä arvioitiin kolmen osatehtävän perusteella: saksilla leikkaaminen, mallikuvioiden jäljentäminen ja helmien pujottelu (Valtonen ym. 2003). Kokonaisarvio silmä-käsi-yhteistyöstä oli normaali (0 = lievää vaikeutta yhdessä tai kahdessa osatehtävässä) 84%:lla viisivuotiaista pojista ja 97%:lla samanikäisistä tytöistä (taulukko 19). Lievää poikkeavuutta (1 = lievää vaikeutta kaikissa tehtävissä tai selvää vaikeutta yhdessä tehtävässä ja muissa tehtävissä onnistunut suoritus) oli 13%:lla pojista ja 2%:lla tytöistä. Selvää poikkeavuutta (2 = selvää vaikeutta yhdessä tehtävässä ja lievää vaikeutta 1–2 tehtävässä tai selvää vaikeutta 2–3 tehtävässä) oli 3%:lla viisivuotiaista pojista ja 1%:lla tytöistä.

Taulukko 19. Viisivuotiaan silmä-käsi-yhteistyö, Lene-osatehtävien arviot ja kokonaisarvio (%).

Osatehtävät	Normaali suoriutuminen (0)		Lievästi poikkeava (1)		Selvästi poikkeava (2)		Kieltäytyminen (K)	
	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt
Saksilla leikkaaminen	82	90	11	8	7	2	0	0
Mallikuvioiden jäljentäminen	75	89	19	10	6	1	0	0
Helmien pujottelu	93	99	6	1	1	0	0	0
Kokonaisarvio	84	97	13	2	3	1	0	0

Kokonaisarvio puheen ja kielen valmiuksista (Lumiukko-testi)

Viisivuotiaan terveystarkastukseen sisältyi Lumiukko-testi (Korpilahti 2002), jolla arvioitiin lapsen puheen ja kielen valmiuksia. Lumiukko-testi oli osa viisivuotiaan Lene-arviota. Terveystarkastajat tekivät Lumiukko-testin kaikille viisivuotiaille, myös niille, joille ei tehty Lene-arviota. Puheen ja kielen valmiuksien osatehtävien arviointi ohjeistetaan Lumiukko-testin käsikirjassa (Korpilahti 2002). Lumiukko-

testin toiminta- ja arviointiohjeiden mukaan lapsi jäi puheseulaan, jos hän epäonnistui tai kieltäytyi kolmessa eri tehtävässä tai kohtaan puheentuoton poikkeavia piirteitä tuli merkintöjä puheentuoton poikkeavuudesta.

Lumiukko-testin osatehtävien perusteella tehtiin puheen ja kielen valmiuksien kokonaisarvio Lene-käsikirjan kriteereitä noudattaen (Valtonen ym. 2003). 82 %:lla viisivuotiaista pojista ja 86 %:lla tytöistä puheen ja kielen valmiuksien kokonaisarvio oli normaali (0 = epäonnistuminen tai kieltäytyminen korkeintaan yhdessä tehtävässä) Lene kriteerein (taulukko 20). Lievää poikkeavuutta (1 = epäonnistuminen tai kieltäytyminen kahdessa tehtävässä) oli 11 %:lla pojista ja 7 % tytöistä. Noin 7 %:lla viisivuotiaista pojista ja 5 %:lla tytöistä puheen ja kielen valmiuksien kokonaisarvio oli selvästi poikkeava (2 = epäonnistuminen tai kieltäytyminen kolmessa eri tehtävässä) eli lapsi jäi puheseulaan.

Taulukko 20. Viisivuotiaan puheen ja kielen valmiudet, Lumiukko-testin osatehtävien arviot ja kokonaisarvio (%).

Lumiukko-testin osatehtävät	Hyväksytty (H)		Virheellinen (V)		Kieltäytyi (K)			
	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt		
Kertova puhe	89	90	9	9	2	1		
Kielen ymmärtäminen								
Kysymyslauseet	94	94	6	5	0	1		
Aikamuodot	95	90	5	10	0	0		
Puhemotoriikka	90	94	2	3	8	3		
Auditiivinen sarjamuisti	66	76	31	22	3	2		
Lausettoisto								
Sanajärjestys	97	94	1	2	2	4		
Äännejärjestys	93	92	5	4	2	4		
Nimeäminen ja ääntäminen								
Sarjallinen nimeäminen	97	98	3	1	0	1		
Artikulaatio	87	93	13	7	0	0		
Käsitteet ja toimintaohjeet								
Lukukäsitteet 1-5	96	99	4	1	0	0		
Värit	96	99	4	1	0	0		
Toimintaohjeiden noudattaminen	96	93	4	7	0	0		
Lene puheen ja kielen valmiudet kokonaisarvio	Normaali suoriutuminen (0)		Lievästi poikkeava (1)		Selvästi poikkeava (2)		Kieltäytyminen (K)	
	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt
	82	86	11	7	7	5	0	1

Äännevirheet olivat Lumiukko-testin perusteella viisivuotiailla vielä melko yleisiä. Yleisin äännevirhe oli virhe R-äänteessä. Virheellinen R-äänne oli 39 %:lla viisivuotiaista pojista ja 34 %:lla tytöistä. S-äänne oli virheellinen 13 %:lla viisivuotiaista pojista ja 9 %:lla tytöistä. Muut äännevirheet olivat harvinaisempia. Virheellinen K-äänne oli 4 %:lla viisivuotiaista pojista ja 1 %:lla tytöistä (yksi tyttö). L-äänne oli virheellinen 5 %:lla viisivuotiaista pojista ja 2 % tytöistä. Puheentuoton poikkeavia

piirteitä, kuten änkytystä tai sokellusta, oli 7%:lla pojista ja 4%:lla tytöistä. Poikkeavia piirteitä lapsen äänessä oli Lumiukko-testin tulosten mukaan 10%:lla viisi-vuotiaista.

Kehityksen eri osa-alueiden kokonaisarvioiden perusteella tehty yhteenveto

Koska Lene-arviointimentelmässä vain kokonaisarvioiden on todettu ennustavan myöhempää kehitystä, kaikkien kokonaisarvioiden perusteella tehtävä yhteenveto on tärkeä (Valtonen 2009). Yhden lievän poikkeavuuden (kokonaisarvio 1) esiintyminen kokonaisarviossa saattaa olla satunnaistulos tai normaalin kehityksen vaihtelun rajalla, eikä siihen ole aina syytä kiinnittää painavaa huomiota. Yksikin lievästi poikkeava tulos kokonaisarvioissa saattaa kuitenkin olla merkki todellisesta lievästä kehityksen ongelmasta tai myöhemmin ilmenevistä kehityksen tai oppimisen vaikeuksista. Jos lievästi poikkeavia tuloksia on kokonaisarvioissa useita, voidaan harkita fysioterapeutin, puheterapeutin, psykologin ja/tai toimintaterapeutin jatkotutkimuksia. Lievienkin vaikeuksien tarkempi selvittely on suositeltavaa varsinkin jos myös vanhemmat ja/tai päivähoito ilmaisevat huolensa lapsen kehityksestä. Keskustelu lapsen kehityksen tukemisesta kotona ja päivähoidossa saattaa riittää, jos lievät ongelmat eivät aiheuta erityistä huolta. (Valtonen ym. 2003, Valtonen ym. 2007.)

Selvästi poikkeava kokonaisarvio (kokonaisarvio 2) on kohtalaisen painava suositus tarkempiin tutkimuksiin. Tutkittavilla kehityksen osa-alueilla on kuitenkin erilaiset painoarvot sen suhteen, edellyttääkö kokonaisarviossa oleva yksittäinen selvästi poikkeava tulos jatkotutkimuksia. Selvästi poikkeava tulos aistitoimintojen alueella edellyttää aina tarkempia tutkimuksia ja lieväkin poikkeavuus uusintatutkimusta (Valtonen ym. 2003, Valtonen ym. 2007, Valtonen 2009). Jos yksittäinen selvästi poikkeava tulos on esimerkiksi silmä-käsi-yhteistyön alueella ja muut kehityksen osa-alueet ovat kehittyneet iänmukaisesti, jatkotutkimukset eivät aina ole välttämättömiä, vaan ohjaus kehityksen tukemiseksi lapsen arjessa riittää.

Lene kehityksen osa-alueiden kokonaisarvioiden perusteella tehtiin seuraava luokitus:

luokka 0 = kaikissa kokonaisarvioissa nolla tai korkeintaan yksi ykkönen

luokka 1 = kokonaisarvioissa ykkösiä kaksi tai useampia, ei kakkosia

luokka 2 = kokonaisarvioissa vain yksi kakkonen, muut nolliä

luokka 3 = kokonaisarvioissa yksi kakkonen ja ykkönen tai ykkösiä

luokka 4 = kokonaisarvioissa korkeintaan kaksi kakkosta (lisäksi ykkösiä mahdollisesti)

luokka 5 = kokonaisarvioissa vähintään kolme kakkosta (lisäksi ykkösiä mahdollisesti)

Tarkempien tutkimusten tarve on selvempi, jos lapsella on poikkeavuutta useilla kehityksen osa-alueilla siten, että vähintään yhdellä alueella on selvää poikkeavuutta ja sen lisäksi lievää poikkeavuutta jollakin muulla/muilla osa-alueilla (luokka 3). Jos selvää poikkeavuutta on vähintään kahdella kehityksen osa-alueella (luokka 4 tai 5), jatkotutkimukset ovat tärkeitä. Jatkotutkimusten tarvetta harkittaessa jokaisen lapsen tilannetta on tarkasteltava yksilöllisesti huomioiden lapsen kokonaistilanne, tiedot vanhemmilta ja päivähoidosta.

Tässä tutkimuksessa 60 %:lla viisivuotiaista pojista ja 68 %:lla samanikäisistä tytöistä oli kaikissa kokonaisarvioissa normaali suoriutuminen tai korkeintaan yksi lievästi poikkeava tulos (taulukko 21). 14 %:lla viisivuotiaista oli kokonaisarviossa kaksi tai useampia lievästi poikkeavia tuloksia. Ainakin yksi selvästi poikkeava kokonaisarvio oli 25 %:lla viisivuotiaista pojista ja 19 %:lla samanikäisistä tytöistä. Edellä esitetyn mukaisesti tutkitusta viisivuotiaiden joukosta 5 % pojista ja 3 % tytöistä olisi syytä lähettää jo pelkästään Lene-tuloksen perusteella tarkempiin tutkimuksiin ja yksilöllisen harkinnan mukaan osa lapsista, joilla oli kokonaisarvioissa vähintäänkin yksi kakkonen tai useita ykkösiä.

Taulukko 21. Yhteenveto viisivuotiaiden Lene-arvion kokonaisarvioista (%).

Kokonaisarvioiden mukaan tehty luokitus	5 v pojat	5 v tytöt
Luokka 0	60	68
Luokka 1	15	13
Luokka 2	7	8
Luokka 3	13	8
Luokka 4	4	1
Luokka 5	1	2

3.1.3 Puheen ja kielen valmiudet huoltajien arvioimina

Lapsen puheen ja kielen valmiuksia koskevia tietoja kerättiin terveystarkastuksen lisäksi huoltajien kyselylomakkeella.

Puheen selkeys

Kolme- ja viisivuotiaiden huoltajilta kysyttiin onko lapsen puheen tuotto selkeää ja vieraallekin ymmärrettävää. Huoltajien arvion mukaan puheentuotto ei ollut selkeää noin 24 %:lla kolmevuotiaista pojista ja 8 %:lla samanikäisistä tytöistä. Vastavat osuudet viisivuotiaista olivat pojista 8 % ja tytöistä 5 %.

Kouluikäisten lasten huoltajat vastasivat kysymykseen: onko lapsen puhe epäselvää verrattuna ikätovereihin. Huoltajien arvion mukaan noin 8 % ensimmäisen luokan pojista ja 2 % samanikäisistä tytöistä puhui epäselvästi verrattaessa ikätovereihin. Vastavat osuudet viidesluokkalaista pojista oli 2 % ja kahdeksaluokkalaisista pojista 3 %. Viides- ja kahdeksaluokkalaisilla tytöillä puheen epäselvyys oli harvinaista.

Änkytys ja puheen sujuvuus

Kolme- ja viisivuotiaiden huoltajilta kysyttiin onko lapsella taipumusta toistaa puhetta tai juuttua johonkin osaan puhetta. Vastausvaihtoehdot olivat: ei, kyllä joskus, kyllä usein. Kolmevuotiaista pojista 3%:lla ja tytöistä 4%:lla oli huoltajien arvion mukaan taipumusta toistaa puhetta usein. Viisivuotiaista vastaavat osuudet olivat pojista 5% ja tytöistä 3%.

Ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen luokan oppilaiden huoltajilta kysyttiin onko lapsella ollut viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana änkytystä. Ensimmäisen luokan pojista 2%:lla oli änkytystä viikoittain, tytöistä ei kenelläkään. Vastaavat osuudet viidennen luokan oppilaista olivat pojista 2% ja tytöistä 1%. Huoltajien arvion mukaan kahdeksaluokkalaisista pojista 4%:lla ja tytöistä 1%:lla oli änkytystä viikoittain.

Kahdeksaluokkalaiset vastasivat lisäksi itse kysymykseen oireilusta, jossa yhtenä vaihtoehtona oli änkytys. Änkytystä kerran viikossa tai useammin viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana oli kahdeksaluokkalaisten oman arvion mukaan ollut 6%:lla tytöistä ja 5%:lla pojista.

Äännevirheet

Hieman yli viidesosa (22%) ensimmäisen luokan oppilaiden huoltajista raportoi, että lapsella oli jokin äännevirhe. Ensimmäisen luokan pojilla äännevirheet olivat yleisempiä kuin samanikäisillä tytöillä. Ensimmäisen luokan pojista 25%:lla ja tytöistä 19%:lla oli jokin äännevirhe. Äännevirheet olivat sitä harvinaisempia, mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys. Viidesluokkalaisista 10%:lla oli kuitenkin vielä jokin äännevirhe. Viidesluokkalaisilla pojilla äännevirheet olivat yleisempiä (16%) kuin samanikäisillä tytöillä (5%). Kahdeksannen luokan pojista 4%:lla ja tytöistä 5%:lla oli jokin äännevirhe huoltajien arvion mukaan.

3.1.4 Päivä- ja yökastelu ja ummetus

Virtsarakon toiminnan hallinta on monimutkainen taito, jonka lapsi oppii yleen­sä neljänteen ikävuoteen mennessä. Viivästymät ja kastelu ovat tavallisia, arviolta noin 10% lapsista kastelee ainakin ajoittain vielä peruskoulun ensimmäisellä luokalla. (Kunnamo 2009.)

Tässä tutkimuksessa päivä- ja yökastelusta kysyttiin kolme- ja viisivuotiaiden lasten sekä ensimmäisen luokan oppilaiden huoltajilta. Päiväkastelu oli vielä melko yleistä kolmevuotiailla. Noin 36%:lla kolmevuotiaista pojista ja 26%:lla samanikäisistä tytöistä oli päiväkastelua ainakin satunnaisesti. 6%:lla kolmevuotiaista pojista ja 4%:lla samanikäisistä tytöistä oli kastelua lähes päivittäin. 5% viisivuotiaista kasteli päivällä vielä satunnaisesti. Noin 3%:lla ensimmäisen luokan oppilaista oli päiväkastelua satunnaisesti.

Yökastelua ei tarvitse hoitaa alle viisivuotiailla lapsilla eikä lapsilla, joilla kastelua on harvemmin kuin 1–2 yönä viikossa (Kunnamo 2009). Tämän tutkimuksen

mukaan yökastelu oli pojilla yleisempää kuin tytöillä. Noin 25 %:lla kolmevuotiaista pojista ja 11 %:lla samanikäisistä tytöistä oli ollut kastelua vielä lähes joka yö. Vastaavat osuudet viisivuotiaista olivat pojista 5 % ja tytöistä 3 %. Hoitoa vaativaa yökastelua eli kastelua useammin kuin kerran viikossa oli 8 %:lla viisivuotiaista pojista ja 4 %:lla samanikäisistä tytöistä. Vastaavat osuudet ensimmäisen luokan oppilaista olivat pojista 4 % ja tytöistä 2 %.

Lapsen ummetuksesta kysyttiin kolme- ja viisivuotiaiden huoltajilta. Umme- tusta kerran viikossa tai useammin oli ollut 16 %:lla kolmevuotiaista tytöistä ja 8 %:lla samanikäisistä pojista. Viisivuotiaista vastaavat osuudet olivat tytöistä 4 % ja pojista 2 %.

Kolme- ja viisivuotiaiden lasten huoltajilta kysyttiin käyttääkö lapsi vaippaa sisällä tai ulkona valveilla ollessaan tai nukkuessaan. Kolmevuotiaista 9 %:lla oli vaippa päivällä sisällä ja 15 %:lla ulkoillessa. Nukkuessaan vaippaa käytti 45 % kolmevuotiaista ja 6 % viisivuotiaista.

3.1.5 Lasten ja vanhempien välinen vuorovaikutus

Tavanomaisessa, toimivassa vuorovaikutussuhteessa ja turvallisessa kiintymyssuh- teessa havaitaan, että vanhempi pitelee lasta hellästi lähellään, vanhempi ja lapsi jakavat usein katsekontakteja, vanhempi puhuu lapselleen ääntään ja puhetapaansa lapsen kehitysvaiheeseen soinnuttaen sekä vanhempi ja lapsi jakavat hymyjä. Tun- netasolla vanhempi pääsääntöisesti nauttii vuorovaikutuksesta lapsensa kanssa ja liittyy lapseensa ja vanhemmuuteensa enimmäkseen myönteisiä tunteita. Toimi- vaan vanhemmuuteen kuuluu myös lapsen mielipahan ja pettymysten sietäminen sekä vanhemman kyky ymmärtää lapsensa tarpeet ja viestit asianmukaisesti ja vas- tata niihin sopivalla tavalla ja ajoituksella.

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat arvioivat puoli- ja yksivuotiaiden lasten ja vanhempien välistä vuorovaikutusta. Vuorovaikutus oli terveydenhoitajien arvi- on mukaan pääasiallisesti hyvin toimivaa. Terveydenhoitajilla oli herännyt jonkin- asteista huolta lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta noin 5–6 %:ssa puoli- ja yksivuotiaiden terveystarkastuksia (taulukko 22).

Taulukko 22. Terveydenhoitajalla vähintään lievää huolta puolivuotiaan ja yksivuotiaan lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta (%).

Vuorovaikutuksen osa-alue	Vähintään lievää huolta vuorovaikutuksesta ½-vuotiaat		Vähintään lievää huolta vuorovaikutuksesta 1-vuotiaat	
	pojat	tytöt	pojat	tytöt
Lapsen pitely	2	0	7	3
Lapsen käsittely	3	3	7	2
Katsekontakti	4	4	5	7
Lapselle puhuminen	8	8	8	12
Lapselle hymyily	6	4	6	7
Lapsesta nauttiminen	5	4	6	6
Lapsen pahanolon sietäminen	3	4	7	7
Lapsen viestien ymmärtäminen ja niihin vastaaminen	4	4	5	5

3.1.6 Puberteettikehitys

Puberteettikehityksen häiriöitä tulee Kouluterveydenhuollon oppaan (Stakes 2002) suositusten mukaan seuloa kouluterveydenhuollossa vuosittain. Murrosiän normaaliin kehitykseen kuuluu laaja yksilöllinen vaihtelu. Puberteettikehityksen arvioinnissa on tärkeää huomioida aina kehityksen kokonaisuus, joka muodostuu sarjasta peräkkäisiä kehitysvaiheita. Suurin osa seulasääntöjen rikkoutumisesta selittyy normaalin kehityksen vaihtelusta. (Dunkel 2009.) Terveydenhoitajat arvioivat tässä tutkimuksessa puberteettikehityksen ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen luokan terveystarkastuksessa. Arvioinnissa käytettiin apuna Tannerin astejakoa (taulukko 3). Terveydenhoitajan arviota puberteettikehityksen asteesta verrattiin puberteettiseulan kriteereihin (taulukko 23).

Taulukko 23. Puberteettiseula (Dunkel 2009).

Tytöt	Ei ennen	Viimeistään
M2	8,0 v	13,0 v ja 1,25 v:n kuluttua P2:sta
P2	9,0 v	13,5 v
Kasvun nopeutuminen	9,0 v	13,5 v
Menarke	10,5 v	15,5 v ja 4,5 v:n kulua M2:sta
Pojat	Ei ennen	Viimeistään
G2	9,5 v	13,5 v
P2	10,0 v	14,0 v
Kasvun nopeutuminen	10,5 v	15,5 v

Vanhempien puberteettiaikataulun vähintään 1,0 vuoden poikkeama keskiarvosta sallii lapselle 1,0 vuoden lisäpoikkeaman vastaavaan suuntaan puberteettiaikataulussa (Dunkel 2009).

Tyttöjen kehitys

Rintarauhasen kehitys on tytöillä useimmiten ensimmäinen merkki murrosiän alkamisesta. Rinnan nuppuaste (M2) ilmaantuu vaihdellen 8–13-vuotiaana, keskimäärin 10,8-vuotiaana. Joskus häpykarvoitus voi olla ensimmäinen murrosiän merkki. Menarke eli kuukautisten alkaminen ajoittuu aina kasvupyrähdysten jälkeiseen kasvun hidastumisen vaiheeseen. Rintojen kehityksen alkamisesta on kuukautisten alkaessa kulunut keskimäärin 2,3 vuotta. (Dunkel 2009.)

Ensimmäisen luokan tytöillä ei puberteettikehityksen alkaminen ole vielä ajankohtaista, eikä tässä tutkimuksessa todettu enneaikaisen puberteettikehityksen merkkejä ensimmäisen luokan tytöillä. Tähän tutkimukseen osallistuneiden viidennen ja kahdeksannen (tai 9.) luokan tyttöjen puberteettikehityksen arvioissa näkyy normaaliin kehitykseen kuuluva laaja yksilöllinen vaihtelu (taulukko 24).

Taulukko 24. Tyttöjen puberteettikehitys Tannerin asteikolla arvioituna (%).

Rintojen kehitys	1. lk	5. lk	8. (9) lk
M 1	99	18	0
M 2	1	50	1
M 3	0	28	19
M 4	0	4	48
M 5	0	0	32
Häpykarvoitus	1. lk	5. lk	8. (9) lk
P 1	100	42	0
P 2	0	32	0
P 3	0	22	18
P 4	0	4	49
P 5	0	0	26
P 6	0	0	7

Kuukautiset olivat alkaneet 7%:lla viidennen luokan ja 94%:lla kahdeksannen luokan tytöistä. Kuukautisten alkamisiän keskiarvo oli kahdeksaluokkalaisilla tytöillä 12,8 vuotta (minimi 11,1 ja maksimi 14,6 vuotta). Tulos on samansuuntainen kuin Terveystutkimuksen – tutkimuksessa, jonka tulosten mukaan alle 30-vuotiaiden ikäryhmässä kuukautisten alkamisiän keskiarvo oli 12,7 vuotta (Lindbohm & Luoto 2004).

Pojien kehitys

Pojan puberteetti alkaa kivesten ja kivespussien suurenemisella, ikävälillä 9,5–13,5 vuotta. Karvoitus ilmaantuu myöhemmin, yleensä vasta sukuelinten G 3–G 4 vaiheessa. (Dunkel 2009.) Viidennen ja kahdeksannen luokan poikien kehityksessä näkyi kehityksen normaali laaja vaihtelu (taulukko 25). Poikien häpykarvoituksen kehitysaste P 2 tulee puberteettiseulan kriteerien mukaan saavuttaa aikaisintaan 10 vuoden ja viimeistään 14 vuoden iässä. Häpykarvoitus ei ollut alkanut vielä kehittyä muutamalla (3 %) kahdeksannen luokan pojalla, joiden kohdalla tarkempi puberteettikehityksen kokonaisarvio ja tarvittaessa jatkotutkimukset ovat aiheellisia puberteettiseulan kriteerien mukaan.

Taulukko 25. Poikien puberteettikehitys Tannerin asteikolla arvioituna (%).

Sukuelinten kehitys	1. lk	5. lk	8. (9) lk
G 1	100	37	1
G 2	0	54	5
G 3	0	9	22
G 4	0	0	42
G 5	0	0	30

Häpykarvoitus	1. lk	5. lk	8. (9) lk
P 1	100	70	3
P 2	0	27	6
P 3	0	2	16
P 4	0	1	40
P 5	0	0	22
P 6	0	0	13

3.1.7 Seurustelu ja seksuaalisuus

Kahdeksaluokkalaisilta kysyttiin ovatko he koskaan seurustelleet vakituisesti ja seurustelevatko he tällä hetkellä. Noin kolmasosa kahdeksaluokkalaisista (32 % pojista ja 38 % tytöistä) oli joskus seurustellut vakituisesti. Sukupuoliyhdyntäessä oli ollut 14 % kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja 4 % samanikäisistä pojista. Yhdyntäessä olleista pojista 67 % oli käyttänyt viimeisimmässä yhdynnässä ehkäisymenetelmänä kondomia, 33 % pojista ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä. Yhdyntäessä olleista tytöistä 75 % ilmoitti käyttäneensä viimeisimmässä yhdynnässä kondomia, 13 % ehkäisypillereitä ja kondomia, 6 % ehkäisypillereitä ja 6 % oli ollut yhdynnässä ilman ehkäisyä.

3.2 Lasten terveys

Päivi Mäki, Tiina Laatikainen

- Kolmevuotiaista lapsista ylipainoisia tai lihavia oli 11 % ja viisivuotiaista lähes viidesosa (18 %). Ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaista 13 % oli ylipainoisia tai lihavia. Kahdeksaluokkalaisista pojista 28 % ja tytöistä 25 % oli ylipainoisia tai lihavia.
- Noin 77 % neuvolaikäisten ja 67 % kouluikäisten lasten huoltajista arvioi lapsensa terveydentilan erittäin hyväksi.
- Atooppista ihottumaa oli 13 %:lla neuvolaikäisistä ja 11 %:lla kouluikäisistä ja ruoka-aineallergiaa oli 5 %:lla neuvolaikäisistä ja 10 %:lla kouluikäisistä lapsista. Heinänuhaa tai muuta allergista nuhaa oli 6 %:lla neuvolaikäisistä ja 12 %:lla kouluikäisistä.
- Noin 5 % neuvolaikäisistä ja 7 % kouluikäisistä sairasti astmaa.
- Noin puolet 1–5-vuotiasta oli sairastanut ainakin yhden korvatulehduksen vuoden aikana.
- 8 %:lla neuvolaikäisistä ja 13 %:lla kouluikäisistä oli säännöllinen lääkitys. Vähintään yhden antibioottikuurin vuoden aikana oli syönyt 46 % neuvolaikäisistä ja 32 % kouluikäisistä.
- Oireilu oli sitä yleisempää mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys. Oireet olivat työillä yleisempiä kuin pojilla.
- R-BDI mielialatestin tulosten perusteella masennusoireet olivat kahdeksaluokkalaisilla tytöillä yleisempiä kuin pojilla. Vähintään lieviä masennusoireita oli kyselyn mukaan 14 %:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja 3 %:lla samanikäisistä pojista.

3.2.1 Ylipaino ja lihavuus

Lasten ja nuorten lisääntyvä ylipaino on merkittävä kansanterveydellinen ongelma ja haaste myös Suomessa (Kautiainen 2008). Suomalaisten nuorten ylipainoisuus on lisääntynyt vuodesta 1977 vuoteen 2003 noin kaksin–kolminkertaiseksi. Vuonna 2003 12–18-vuotiaiden nuorten itseraportoimien pituus- ja painotietojen mukaan ylipainoisia tai lihavia oli 19 % pojista ja 12 % tytöistä (Rimpelä A ym. 2004). Ylipai-

non lisääntymisestä nuorilla on näyttöä (Kautiainen 2008, Rimpelä A ym. 2004), mutta alle kouluikäisten lasten osalta tutkimustietoa on hyvin vähän. Stakesin terveyskeskuksista keräämän pilottiaineiston perusteella noin joka kymmenes kolmevuotias oli ylipainoinen tai lihava, kuusivuotiaista joka kuudes. (Rintanen 2007).

Lihavuuden kehittyminen alkaa varhain, jo 3–8-vuoden iästä (Lagström ym. 2008). Lapsuusiän lihavuudella on merkittävä taipumus jatkua aikuisikään. Ylipaino on riskitekijä lukuisille kroonisille sairauksille, kuten sydän- ja verisuonisairauksille, tyypin 2 diabetekselle ja tuki- ja liikuntaelinsairauksille. Lasten ja nuorten lihominen voi aiheuttaa uusia vakavia terveysongelmia, kuten tyypin 2 diabetesta nuoruusiässä.

Lasten ylipainon ja lihavuuden arviointi poikkeaa aikuisten painon arvioinnista. Lasten ylipainon ja lihavuuden diagnoosi perustuu Suomessa pituuden ja painon mittaamiseen ja pituuspainon (pituuteen suhteutetun painon) määrittämiseen (Lasten lihavuus Käypä hoito 1.8.2005). Ylipainon ja lihavuuden kriteerit on määriteltä Lasten lihavuus Käypä hoitosuosituksessa (taulukko 26).

Taulukko 26. Lasten ylipainon ja lihavuuden kriteerit (Lasten lihavuus Käypä hoito 1.8.2005).

	alle 7 v (pituuspaino %)	7 v – pituuskasvun päätyminen (pituuspaino %)
Ylipainoisuus	10–20%	20–40%
Lihavuus	yli 20%	yli 40%

Lasten lihavuuden Käypä hoito suositusten (2005) kriteerien mukaan tutkimukseen osallistuneista puolivuotiaista 16 % ja yksivuotiaista 6 % oli ylipainoisia tai lihavia. Imeväisikäisten kohdalla on kuitenkin huomioitava, että 1960-luvulla syntyneiden lasten kasvun perusteella laaditut kasvukäyrästä eivät todennäköisesti enää kunnolla sovellu tämän päivän imeväisikäisten kasvun arviointiin lasten ravitsemustilan ollessa varsin toinen kuin 1960-luvulla. Ylipainoisuus tai lihavuus oli kolme- ja viisivuotiailla tytöillä yleisempää kuin samanikäisillä pojilla. Kolmevuotiaista tytöistä 15 % ja pojista 7 % oli ylipainoisia tai lihavia (taulukko 27). Vastaavat osuudet viisivuotiaista olivat 22 % tytöistä ja 13 % pojista. LATE-aineistossa hieman yli kolmasosa ensimmäisen luokan oppilaista oli tutkimusajankohtana alle seitsemänvuotiaita. Näille lapsille painoluokitukset on laskettu noudattaen alle seitsemänvuotiaiden ylipainon ja lihavuuden kriteerejä.

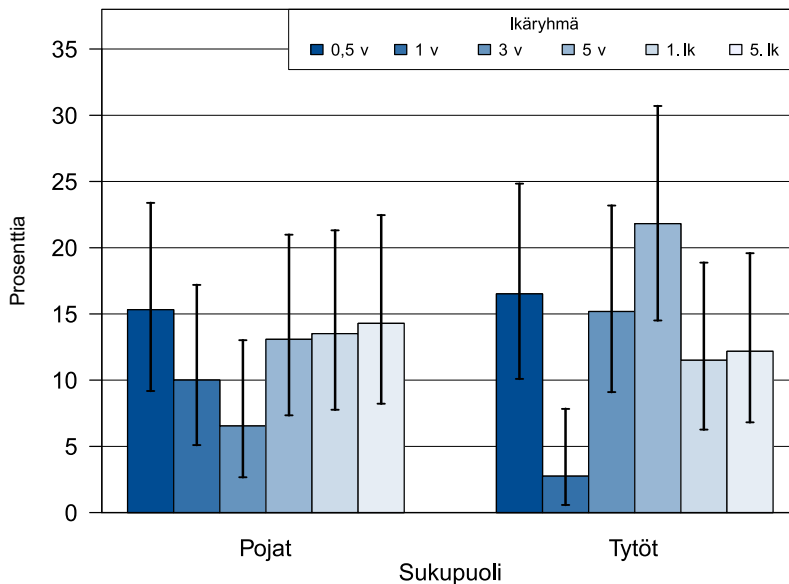
Taulukko 27. Ylipainoisten ja lihaviin osuudet alle 7-vuotiaista lapsista pituuspainon mukaan (%).

Pituus- paino %	½ v			1 v			3 v			5 v			1. lk (alle 7 v)		
	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.
Ylipaino 10–20	13,5	13,8	13,6	8,2	0,9	4,6	5,6	11,6	8,7	10,3	14,5	12,4	8,9	5,3	7,2
Lihavuus yli 20	1,8	2,8	2,3	1,8	1,8	1,8	0,9	3,6	2,3	2,8	7,3	5,1	4,4	10,5	7,2
N ja puuttuvat	111 0	109 0	220 0	110 0	109 0	219 0	107 1	112 0	219 1	107 0	110 0	217 0	45 0	38 0	83 0

Noin 12% viidennen luokan tytöistä ja 14% samanikäisistä pojista oli ylipainoisia tai lihavia (taulukko 28). Vastaavat osuudet olivat kahdeksaluokkalaisten (tai 9. lk) pojista 28% ja tytöistä 34%. Kahdeksannen luokan pojista 15% ja tytöistä 11% oli lihavia. Kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten kohdalla on huomattava, että nykyisten kasvukäyrästäjien avulla ei voida määrittellä pituuspainoa yli 170 cm mittaisille tytöille ja yli 180 cm mittaisille pojille. Tästä johtuen pituuspainotaulukoissa on kahdeksaluokkalaisten kohdalla puuttuvia tietoja.

Taulukko 28. 7-vuotiaiden ja sitä vanhempien ylipainoisten ja lihavien lasten osuudet pituuspainon mukaan (%).

Pituuspaino %	1. lk (7 v tai yli)			5. lk			8. (9.) lk		
	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.
Ylipaino 20–40	10,6	8,0	9,2	11,4	9,6	10,5	13,1	22,9	18,1
Lihavuus yli 40	3,0	1,3	2,1	2,9	2,6	2,7	15,2	11,4	13,2
N ja puuttuvat	66 0	75 0	141 0	105 0	115 0	220 0	99 9	105 8	204 17



Kuvio 2. Ylipainoisten ja lihavien lasten osuudet (%) pituuspainon mukaan (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95% luottamusväli)

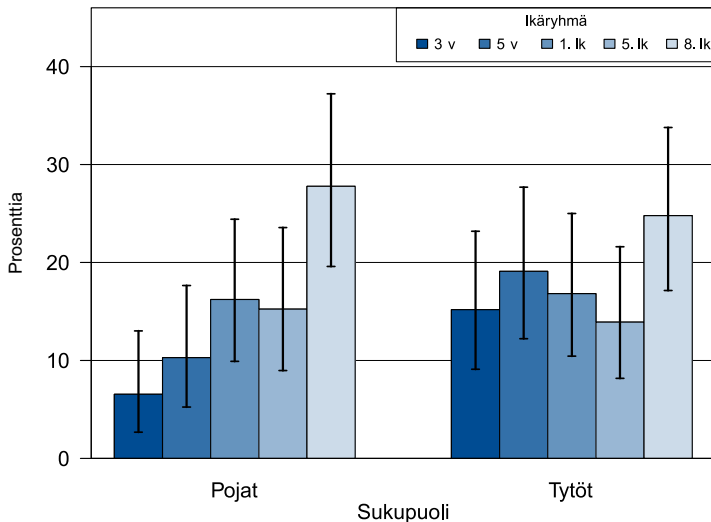
Kansainvälinen tapa määrittää lapsuusiän lihavuutta on laskea painoindeksi (body mass index, BMI kg/m^2). BMI muuttuu kasvun myötä, ja se on erilainen tytöillä ja pojilla. Lasten BMI:n arviointiin on laadittu iän, sukupuolen ja pituuden mukaiset arviointikriteerit laajan yhdysvaltalaisen aineiston pohjalta (Cole ym. 2000). Tässä

tutkimuksessa leikki- ja kouluikäisten lasten painoa tarkasteltiin pituuspainon lisäksi suhteessa BMI:n raja-arvoihin (Cole ym. 2000) (taulukko 29).

Taulukko 29. Ylipainoisten ja lihavien lasten osuudet (%) BMI:n mukaan (Cole ym. 2000).

%	3 v			5 v			1. lk			5. lk			8. (9.) lk		
	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.	pojat	tytöt	yht.
Ylipainoinen	6,5	15,2	11,0	10,3	19,1	14,7	16,2	16,8	16,5	15,2	13,9	14,5	27,8	24,8	26,2
Lihava	0	3,6	1,8	0,9	3,6	2,3	5,4	5,3	5,4	0	1,7	0,9	10,2	4,4	7,2
N ja puuttuvat	107	112	219	107	110	217	111	113	224	105	115	220	108	113	221
	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Alle kouluikäisillä ylipainoisten ja lihavien lasten osuudet olivat hyvin samankaltaisia sekä pituuspainon ylipainon ja lihavuuden kriteerien, että kansainvälisen BMI luokituksen mukaan. Kouluikäisillä näissä oli jo huomattavia eroja. Erityisesti ensimmäisen luokan oppilaista paljon suurempi osuus määrittyy ylipainoisiksi ja lihaviksi BMI luokitusta käyttäen verrattuna pituuspainon seularajoihin. BMI:n ylipainon ja lihavuuden raja-arvojen mukaan (Cole ym. 2000) LATE-tutkimuksessa mukana olleista ensimmäisen luokan oppilaista 16 % ja viidesluokkalaisista 15 % oli ylipainoisia tai lihavia (kuvio 3). Kahdeksaluokkalaisista (tai 9.lk) pojista 28 % ja tytöistä 25 % oli ylipainoisia tai lihavia. Kun kahdeksaluokkalaisten painoa tarkasteltiin Käypä hoito suosituksen pituuspainokriteerien mukaan, ylipainoisten tyttöjen osuus oli suurempi kuin ylipainoisten poikien osuus. BMI:n raja-arvojen mukaan ylipainoisten poikien osuus oli suurempi kuin ylipainoisten tyttöjen osuus. Molempien arviointimenetelmien mukaan lihavia poikia oli enemmän kuin lihavia tyttöjä.



Kuvio 3. Ylipainoisten ja lihavien lasten osuudet (%) BMI:n (Cole ym. 2000) mukaan (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusväli).

Kouluterveyskyselyn mukaan ylipainoisten tyttöjen osuus oli vuonna 2007 12 % ja poikien 20 % (Luopa ym. 2008). Kouluterveyskyselyssä paino- ja pituustiedot ovat nuorten itsensä raportoimia ja ylipainoisuus perustuu BMI-luokitukseen (Cole ym. 2000). LATE-tutkimuksen tulosten mukaan ylipainoisuus oli yleisempää kuin mitä nuoret ovat Kouluterveyskyselyssä raportoineet.

Kahdeksaluokkalaisia nuoria pyydettiin arvioimaan omaa painoaan viisi luokkaisella asteikolla: liian laiha, hieman liian laiha, sopivan painoinen, hieman liian lihava ja liian lihava. Hieman yli puolet kahdeksaluokkalaisista (54 %) piti itseään sopivan painoisena. 34 % tytöistä ja 29 % pojista piti itseään joko hieman liian lihavana tai liian lihavana. Hieman liian laihana tai liian laihana piti itseään 18 % pojista ja 12 % tytöistä. Huoli omasta painosta ja laihduttamisesta ovat tavallisia suomalaisilla nuorilla, varsinkin tytöillä (Koskelainen ym. 2001).

3.2.2 Verenpaine

Pienillä lapsilla verenpainetauti on harvinainen ja lähes aina sekundaarinen. Kuitenkin myös lasten kohonneen verenpaineen on todettu olevan yhteydessä sepelvaltimoiden ja aortan varhaisiin ateroskleroottisiin muutoksiin (Taittonen 2001, Tracy ym. 1995). Viime aikoina lasten ja erityisesti nuorten kohonneen verenpaineen merkitys terveysongelmana on lisääntynyt kasvavan lihavuusongelman myötä.

Kohonneen verenpaineen arvioinnissa on tärkeää, että mittaukset voitaisiin toteuttaa mahdollisimman luotettavalla ja toistettavalla menetelmällä. Luotettava arvio kohonneesta verenpaineesta edellyttää myös mittausten toistamista myöhempänä ajankohtana. Vaikka suosituksena oli mitata lasten ja nuorten verenpaine käyttäen elohopeamanometriä, osalla tässä tutkimuksessa työskennelleistä hoitajista ei ollut kyseistä laitetta käytettävissään ja näin ollen 25 %:lla lapsista ja nuorista verenpaine on mitattu digitaalimittarilla ja 11 %:lla aneroidimittarilla. Verenpaine mitattiin kaksi kertaa minuutin välein, mutta tutkimuksen luonteesta johtuen mittauksia ei ollut mahdollista toistaa myöhemmin. Tässä tutkimuksessa verenpaine mitattiin viisivuotiailta sekä kaikilta kouluikäisiltä.

Lasten verenpainearvot ovat lapsen iästä, sukupuolesta ja koosta riippuvaisia (National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents 2004). Pienillä lapsilla verenpaineen yläarvo (systolinen arvo) on alle 100 mmHg ja nousee kouluiässä tasolle 110–120 mmHg. Ala-arvo (diastolinen arvo) on puolestaan pienillä lapsilla keskimäärin 60 mmHg ja nousee kouluiässä tasolle 75 mmHg. Murrosiässä verenpainearvot nousevat aikuis-tasolle 120–130/75–85 mmHg.

Suosituksen mukaan lapsi on lähetettävä jatkotutkimuksiin, jos lapselta mitatut verenpainearvot ylittävät seurannassa toistetusti seulontarajat. Suomessa käytettävät seulontarajat hieman vaihtelevat eri lähteiden mukaan. Tämän tutkimuksen arvioinnissa on käytetty Lääkärin käsikirjan mukaisia seulontarajoja (päivitetty 3.8.2009). Seulontarajat ovat 1–5-vuotiaille 115/75 mmHg, 6–10-vuotiaille 125/85 ja 11–18-vuotiaille 140/90 mmHg.

Systolisen verenpaineen kahden mittauksen keskiarvo oli viisivuotiailla pojilla 99 mmHg ja tytöillä 98 mmHg (taulukko 30). Koululaisilla sekä tytöillä että pojilla verenpaineen keskiarvo oli ensimmäisen luokan oppilailla 101 mmHg ja viidesluokkalaisilla 108 mmHg. Kahdeksannen luokan oppilailla oli tyttöjen ja poikien välillä eroa siten, että poikien systolisen verenpaineen keskiarvo oli korkeampi kuin tyttöjen (120 mmHg vs. 112 mmHg). Diastolisen verenpaineen keskiarvot olivat samat viisivuotiailla ja ensimmäisen luokan oppilailla, pojilla 59 mmHg ja tytöillä 60 mmHg (taulukko 31). Viidesluokkalaisilla diastolisen verenpaineen keskiarvo oli pojilla 63 mmHg pojilla ja tytöillä 64 mmHg ja kahdeksaluokkalaisilla sekä pojilla että tytöillä 68 mmHg.

Seulontarajat ylittäviä oli tämän yhden mittauskerran perusteella viisivuotiaista pojista 9,4 % ja tytöistä 5,0 %. Koululaisista seulontarajat ylittyivät alle 1 %:lla lukuun ottamatta kahdeksannen luokan poikia, joista seulontarajat ylittyivät 5,6 %:lla. Verenpaineen mittauksissa on huomioitava, että lasten verenpaineeseen vaikuttavat samat häiriötekijät kuin aikuistenkin. Esimerkiksi pienten lasten kohdalla riittämätön rauhoittuminen ennen mittausta nostaa helposti verenpainetasoa. Alle kouluikäisten verenpaineen mittaaminen luotettavasti on varsin haasteellista.

Taulukko 30. Systolinen verenpaine (kahden mittauksen keskiarvo mmHg) sukupuolen ja ikäryhmän mukaan.

	5 v		1. lk		5. lk		8. (9.) lk	
	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max
Pojat	99 (9,9)	81-130	101 (10,1)	80-135	108 (9,2)	92-143	120 (12,2)	95-156
Tytöt	98 (8,8)	79-141	101 (8,6)	81-122	108 (9,6)	88-139	112 (8,8)	87-137

Taulukko 31. Diastolinen verenpaine (kahden mittauksen keskiarvo mmHg) sukupuolen ja ikäryhmän mukaan.

	5 v		1. lk		5. lk		8. (9.) lk	
	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max	ka (SD)	min-max
Pojat	59 (7,9)	37-80	59 (8,2)	40-84	63 (8,6)	39-79	68 (8,2)	44-88
Tytöt	60 (7,2)	41-81	60 (7,2)	40-80	64 (7,6)	47-87	68 (6,8)	51-89

3.2.3 Näkö

Lähinäkö

Lähinäkö tutkittiin tässä tutkimuksessa kolme- ja viisivuotiailta. Terveystoimijasta vain 14 % oli ennen tätä tutkimusta tutkinut kolmevuotiailta lähinäön. Terveystoimijain antaman palautteen mukaan kolmevuotiaiden lähinäön tutkiminen oli vaikeaa. (Mäki ym. 2008.) Kolmevuotiaiden lähinäköä koskevissa tuloksissa oli paljon puuttuvia tietoja. Lähinäön yhteisnäön tarkkuus saatiin tutkittua 83 %:lta kolmevuotiaita. Tutkituista kolmevuotiaista noin viidesosalla (21 %) molempien silmien yhteisnäkö oli huonompi kuin 0,5.

Lähes puolelta tutkimukseen osallistuneista kolmevuotiaista puuttui tietoja yhteisnäön ja/tai molempien silmien lähinäön tarkkuuksista eli syystä tai toisesta lapselta ei saatu tutkittua sekä yhteisnäköä että molempien silmien lähinäön tarkkuutta erikseen. Tutkimuksen onnistumiseen lienee vaikuttaneet useammat syyt, kuten kolmevuotiaan vireystila, keskittymiskyky ja yhteistyöhalukkuus tutkimustilanteessa. Niistä kolmevuotiaista, joilta tutkittiin sekä lähinäön yhteisnäkö että molempien silmien lähinäkö erikseen, 73 %:lla lähinäön tarkkuus oli normaali (0,5 tai sitä parempi molempien silmien yhteislähinäkö ja oikean ja vasemman silmän lähinäöntarkkuudet erikseen) ja 27 %:lla huonompi kuin 0,5.

Lähinäön tutkiminen onnistui tässä tutkimuksessa lähes kaikilta viisivuotiailta. 66 %:lla viisivuotiasta lähinäön tarkkuus oli 0,8 tai sitä parempi ja 34 %:lla alle 0,8 (sekä lähinäön yhteisnäkö että silmien lähinäön tarkkuus erikseen).

Kaukonäkö

Kaukonäkö tutkittiin tässä tutkimuksessa lastenneuvolassa kolme- ja viisivuotiailta ja kouluterveydenhuollossa ensimmäisen ja kahdeksannen luokan oppilailta sekä tarvittaessa viidennen luokan oppilailta.

Kolmevuotiaiden kaukonäön tuloksissa oli paljon puuttuvia tietoja. Noin kolmasosalta puuttui joko kaukonäöntarkkuus molempien silmien yhteisnäön tai vasemman tai oikean silmän osalta. Niistä kolmevuotiaista, joilta kaukonäön tutkiminen onnistui sekä yhteisnäön että molempien silmien osalta, 94 %:lla oli normaali kaukonäön tarkkuus (0,5 tai sitä parempi).

Viisivuotiailta ja kouluikäisillä näöntarkkuuden tulee olla 0,8 tai sitä parempi. Viisivuotiasta 79 %:lla, ensimmäisen luokan oppilaista 91 %:lla ja viidennen luokan oppilaista 89 %:lla oli tämän kriteerin perusteella normaali kaukonäöntarkkuus molempien silmien yhteisnäössä sekä erikseen vasemmassa ja oikeassa silmässä. Vastaava osuus kahdeksaluokkalaisista oli 76 %.

Kaukonäkö tutkittiin neuvolaikäisiltä yleensä (yli 90 %) käyttäen LH-testitaulua. Kouluikäisten kaukonäön tutkimuksista hieman yli puolet tehtiin käyttäen E-taulua. LH-testitaulu oli käytössä 42 %:ssa ensimmäisen luokan, 16 % viidennen luokan ja 29 % kahdeksannen luokan näöntutkimuksista.

Karsastus

Karsastus tutkittiin lastenneuvolassa kolme- ja viisivuotiailta sekä kouluterveydenhuollossa ensimmäisen luokan oppilailta. Lisäksi ½–5-vuotiaiden ja ensimmäisen luokan oppilaiden huoltajilta kysyttiin ovatko he epäilleet, että lapsi karsastaa.

Noin 2–5 %:lla 3–5-vuotiaista ja ensimmäisen luokan oppilaista oli terveydenhoitajien tekemien tutkimusten perusteella karsastusta tai epäily siitä. Hirschbergin lamppukokeessa valoheijaste oli vaikuttanut hieman epäsymmetriseltä tai valoheijaste oli selkeästi epäsymmetrinen 2 %:lla kolme- ja viisivuotiasta sekä 4 %:lla ensimmäisen luokan oppilaista. Suoralla peittokokeella tutkittaessa noin 3 %:lla neuvolaikäisistä ja 5 %:lla ensimmäisen luokan oppilaista oli tulos jäänyt epävarmaksi,

lapsi oli vaikuttanut karsastavan hieman tai karsastavassa silmässä oli näkynyt selvä korjaava liike. Selvä karsastus oli terveydenhoitajien tekemien tutkimusten mukaan noin 1 %:lla 3–5-vuotiaista ja ensimmäisen luokan oppilaista.

Noin 3 % puolivuotiaiden ja 1 % yksivuotiaiden huoltajista oli epäillyt, että lapsella on karsastusta. Vastaavat osuudet kolme- ja viisivuotiaista olivat 3 % ja 4 %. Ensimmäisen luokan oppilaiden huoltajista 7 % oli epäillyt lapsen karsastavan.

Värinäkö

Värinäkö tutkittiin tässä tutkimuksessa Ishiharan testitaulustolla kahdeksannen luokan oppilailta. Kahdeksaluokkalaisista pojista 6 %:lla oli poikkeava tulos värinäössä, tytöistä ei kenelläkään.

3.2.4 Kuulo

Kuulo tutkittiin audiometrillä viisivuotiailta ja ensimmäisen ja kahdeksannen luokan oppilailta sekä tarvittaessa viidennen luokan oppilailta. 20 dB:n kuuloseulan läpäisi eli kuuli 20 dB:n äänen kaikilla tutkituilla taajuuksilla 76 % viisivuotiaista, 75 % ensimmäisen luokan oppilaista ja 78 % kahdeksannen luokan oppilaista. Vastaava osuus niistä viidesluokkalaisista, joilta kuulo tutkittiin (82 % viidesluokkalaisista), oli 79 %.

3.2.5 Ryhti

Murrosikään kuuluvan kasvupyrähdyksen aikana kehittyä usein selkärangan lievä kieroitus, joka oikenee kasvun loppuessa. Terveysten kannalta merkityksellisiä ovat kuitenkin vain varsinaiset rakenteelliset viat, joista yleisin on skolioosi eli kieroiteläisyys. Skolioosissa selkärangassa on takaa katsoen havaittavissa kaareutumista. Lievät skolioosit eivät tarvitse hoitoa, mutta tilaa on syytä seurata koko kasvuiän ajan. Kyfoosilla tarkoitetaan selkärangan poikkeavaa eteenpäin kaareutumista, jonka syynä voi joskus olla kasvuiän loppuvaiheessa ilmenevä nikaman etuosan kasvuruston häiriö eli Scheuermanin tauti. (Helenius 2009.)

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat arvioivat eteentaivutustestillä kaikkien koululaisten ryhdin käyttäen apuvälineinä viivoitinta ja vesivaakaa. Selän epäsymmetriaa oli havaittavissa ensimmäisen luokan oppilaista noin 10 %:lla, viidennen luokan oppilaista jo noin 20 %:lla ja kahdeksaluokkalaisista pojista 29 %:lla ja tytöistä 22 %:lla. Korostunut kyfoosi, josta heräsi myös Scheuermanin taudin epäily, oli havaittavissa vain 2 %:lla kahdeksaluokkalaisista pojista (2 poikaa).

3.2.6 Mieliala ja masennusoireet

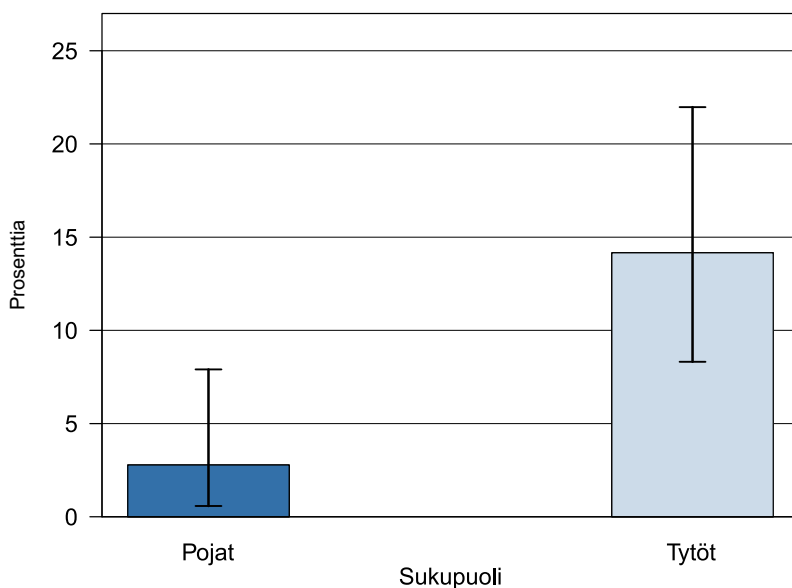
Kouluterveydenhuollon oppaassa (Stakes 2002) suositellaan, että R-BDI 13 (Beck Depression Inventory, Raitasalo) mielialakysely tehdään seulontana kouluterveydenhuollossa kahdeksannen luokan laajassa terveystarkastuksessa. Tässä tutkimuksessa kahdeksas- tai yhdeksäluokkalaiset täyttivät mielialakysely R-BDI:n terveystarkastuksen yhteydessä, joko ennen terveystarkastusta odotustilassa tai terveystarkastuksen aikana vastaanottotilassa. Kyselyn 12 kysymystä käsittelevät varsinaisia mielialaoireita ja vain näiden kysymysten vastaukset on huomioitu pisteytyksessä. Ahdistuneisuutta koskevaa kysymystä ”Oletko ahdistunut tai jännittänyt?” ei huomioitu R-BDI:n arviointikriteerien mukaisesti masennusoireiden pisteytyksessä.

Masennusoireita kuvattiin yhteenlasketuilla pisteillä:

0–4 pistettä	ei masennusoireita
5–7 pistettä	lieviä masennusoireita
8–15 pistettä	kohtalaisia masennusoireita
yli 16 pistettä	vakavia masennusoireita

Tytöillä masennusoireet olivat testin tulosten perusteella yleisempiä kuin pojilla. Vähintään lieviä masennusoireita oli kyselyn mukaan 14 %:lla tytöistä ja 3 %:lla pojista (kuvio 4). Kohtalaisia tai vakavia masennusoireita oli 7 %:lla tytöistä ja 1 %:lla pojista. Itsetuhoisia ajatuksia (vastausvaihtoehto: minusta tuntuu, että olisi parempi että olisin kuollut) oli ollut 6 %:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä, pojista ei kenelläkään. Kouluterveyskyselyn mukaan kohtalaisia tai vakavia masennusoireita oli 13 %:lla kahdeksas- ja yhdeksäluokkalaisista (Luopa ym. 2008). Tuloksia verrattaessa on kuitenkin huomioitava, että kouluterveyskyselyssä käytetyssä R-BDI:stä puuttuu itsetuhoisuuskysymys.

Kahdeksaluokkalaisista tytöistä 18 % ja pojista 5 % vastasi, että he ahdistuvat tai ovat jännittyneitä melko helposti tai erityisen helposti.



Kuvio 4. Niiden kahdeksaluokkalaisten osuudet (%), joilla oli R-BDI-testin tulosten perusteella vähintään lieviä masennusoireita (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusvälit).

3.2.7 Ihottuma ja mustelmat

Terveydenhoitajat tarkastivat lapsen ihon sekä lastenneuvolan että kouluterveydenhuollon terveystarkastuksissa pituuden ja painon mittaamisen yhteydessä. Terveydenhoitajat arvioivat oliko lapsella ihottumaa kasvoilla, taivealueilla, vaippa-alueella (½-, 1- ja 3-vuotiaat), koko vartalolla tai paikallisesti jossain muualla (taulukko 32). Ihottuman tyyppiä tai vaikeusastetta ei arvioitu.

Vaippa-alueen ihottumaa oli terveydenhoitajien arvion mukaan noin 6%:lla puolivuotiaista ja 8%:lla yksivuotiaista. Kasvojen alueen ihottuma oli terveydenhoitajien arvion mukaan yleisintä puolivuotiailla, yksivuotiailla ja kahdeksannen luokan oppilailla. Taivealueiden ihottumaa oli kaikissa ikäryhmissä 5–8%:lla lapsista.

Taulukko 32. Ihottuman esiintyminen lapsilla terveydenhoitajien arvion mukaan ikäryhmittäin (%).

Iho-alue	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
Vaippa-alue ¹	6	8	3				
Kasvot	14	9	4	2	3	3	8
Taivealueet	8	5	8	7	8	5	6
Koko vartalo	5	3	3	3	2	2	1
Paikallisesti jossain muualla	13	12	7	7	6	8	9

¹ tutkittu vain ½–3-vuotialta

Terveystarkastuksessa terveydenhoitajat arvioivat myös, onko lapsen iholla mustelmia ja erityisesti, onko niitä tavanomaista enemmän. Terveydenhoitajien arvi-
on mukaan tutkimukseen osallistuneilla lapsilla ja nuorilla ei ollut tavanomaista
enempää tai poikkeavilla alueilla olevia mustelmia.

3.2.8 Lääkärin toteamat sairaudet, vammat ja kehitysviiveet

Arviolta yli 20 %:lla lapsista on vähintään yksi pitkäaikaissairaus (Rajantie ja Per-
heentupa 2005). Tässä tutkimuksessa tiedot lasten sairauksista, vammoista ja kehi-
tysviiveistä kerättiin neuvolaikäisten lasten terveystarkastuksessa haastattelemalla
lapsen huoltajia ja kouluikäisten lasten huoltajilta tiedot kerättiin kyselylomakkeel-
la. Tiedot kouluikäisten sairauksista, vammoista ja kehitysviiveistä kysyttiin huol-
tajien kyselylomakkeella, koska huoltajien osallistuminen lapsen terveystarkastuk-
seen ei ole yhtä yleistä kouluterveydenhuollossa kuin lastenneuvolassa.

Huoltajilta kysyttiin onko lapsella tällä hetkellä jokin lääkäriin toteama sairau-
s, vamma tai kehitysviive ja onko hän ollut sen vuoksi viimeksi kuluneiden 12
kuukauden aikana lääkärin hoidossa. Kysymyksessä oli lista lasten tavallisimmista
sairauksista, vammoista ja kehitysviiveistä. Kysymys oli muuten sama kaikkien
lasten osalta, mutta luettelo sairauksista, vammoista ja kehitysviiveistä oli leikki- ja
kouluikäisillä laajempi kuin puoli- ja yksivuotiailla. Taulukkoon 33 on koottu tä-
män tutkimuksen tulokset lääkäriin toteamista sairauksista, vammoista ja kehitys-
viiveistä.

Taulukko 33. Lääkärin toteamat sairaudet, vammat ja kehitysviiveet lapsen iän ja koululuokan mukaan
(%).

Sairaus, vamma tai kehitysviive	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.)lk
Atooppinen ihottuma	10	12	15	14	15	8	9
Astma ¹			3	7	8	7	5
Heinänuha tai muu allerginen nuha ¹			5	7	9	13	14
Allerginen silmätulehdus ¹			1	4	5	3	1
Ruoka-aineallergia	4	6	3	7	9	8	13
Muu allergia	0,5	1	1	3	13	10	13
Synnyynnäinen sydänvika	1	1	1	0,5	2	0	0,5
Muu synnyynnäinen rakennevika	2	4	2	2	3	4	3
Karsastus	0,5	1	1	1	2	4	4
Epilepsia ¹			0	0	1	1	0,5
Diabetes ¹			0	0	0	0	1
Reuma ¹			0	0	0	1	0,5
CP-kehitysvamma	0	0	0,5	0	0	0	0
Muu kehitysviive	1	0,5	1	1	0,5	1	2
Jokin muu sairaus	10	6	8	8	8	7	12

¹ kysytty vain 3 v, 5 v, 1. lk:n, 5. lk:n ja 8. (9.) lk:n huoltajilta

Noin 31 %:lla kaikista tutkimukseen osallistuneista pojista ja 25 %:lla tytöistä oli jokin lääkärin toteama sairaus, vamma tai kehitysviive. Huoltajien vastausten mukaan sairaudet, vammat tai kehitysviiveet olivat kouluikäisillä yleisempiä kuin neuvolaikäisillä lapsilla. Neuvolaikäisistä pojista 27 %:lla ja tytöistä 17 %:lla oli jokin lääkärin toteama sairaus, vamma tai kehitysviive. Vastaavat osuudet kouluikässä olivat 36 % pojista ja 35 % tytöistä. Näitä osuuksia laskettaessa ei ole huomioitu kysymyksen vastausvaihtoehtoa jokin muu sairaus, koska kyseiseen kohtaan huoltajat olivat raportoineet myös muita kuin pitkäaikaissairauksia, esimerkiksi tulehdustauteja.

Atooppinen ihottuma

Viimeisimpien tutkimusten mukaan atooppinen oireilu on Suomessa lisääntynyt. Jopa lähes 30 %:lla lapsista on jossain vaiheessa lääkärin toteamaa atooppista ihottumaa (Vartiainen ja Laatikainen 2006).

Tässä tutkimuksessa lääkärin toteamaa atooppista ihottumaa oli huoltajien raportoinnin mukaan 13 %:lla neuvolaikäisistä ja 11 %:lla kouluikäisistä. Yleisintä atooppinen ihottuma oli kolme- ja viisivuotiailla ja ensimmäisen luokan oppilailla (14–15 %). Lääkärin hoidossa atooppisen ihottuman vuoksi oli viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut 8 % neuvolaikäisistä ja 7 % kouluikäisistä.

Ruoka-aineallergia

Lasten ruoka-aineallergian esiintyvyyden Suomessa on arveltu vaihtelevan 10–20 % välillä (Haahtela ym. 2008). Alle 2-vuotiaista lapsista arviolta noin 3 %:lla on maitoallergia (Mäkelä ja Kajonsaari 2007).

Tässä tutkimuksessa lääkärin toteama ruoka-aineallergia oli 5 %:lla neuvolaikäisistä ja 10 %:lla kouluikäisistä lapsista. Lääkärin hoidossa ruoka-aineallergian vuoksi oli viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut 4 % neuvolaikäisistä ja 6 % kouluikäisistä.

Astma

Arvio lasten astman esiintyvyydestä Suomessa on eri tutkimusten perusteella 5–9 % (Haahtela ym. 2008, Pekkarinen ym. 2007). Tässä tutkimuksessa lääkärin toteama astma oli huoltajien raportoinnin mukaan 5 %:lla neuvolaikäisistä ja 7 %:lla kouluikäisistä lapsista. Noin 4 % neuvolaikäisistä ja 6 % kouluikäisistä oli ollut astman vuoksi lääkärin hoidossa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Astma oli huoltajien vastausten perusteella yleisin ensimmäisen luokan oppilailla, joista 8 %:lla oli astma. Lääkärin toteama astma oli kaikissa ikäryhmissä pojilla yleisempi kuin tytöillä.

Heinänuha tai muu allerginen nuha

Lääkärin toteama heinänuha tai muu allerginen nuha oli 6 %:lla neuvolaikäisistä ja 12 %:lla kouluikäisistä. Lääkärin hoidossa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ai-

kana heinänuhan tai muun allergisen nuhan vuoksi oli ollut 4 % neuvolaikäisistä ja 8 % kouluikäisistä. Huoltajien vastausten perusteella heinänuha oli sitä yleisempi, mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys.

Tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin eri tutkimuksiin perustuvat arviot allergisen nuhan esiintyvyydestä. Mäkelän ja Kajonsaaren mukaan (2007) leikki-ikäisistä noin 5 %:lla ja teini-ikäisistä 12–14 %:lla oli allergista nuhaa. Vuonna 2003 Itä-Suomessa tehdyssä tutkimuksessa allergista nuhaa oli 9 %:lla 7–15-vuotiaista lapsista (Vartiainen ja Laatikainen 2006).

Karsastus

Huoltajien vastausten perusteella 1 %:lla neuvolaikäisistä ja 3 %:lla kouluikäisistä oli lääkärin toteama karsastus. Karsastuksen vuoksi lääkärin hoidossa viimeksi kuluneen vuoden aikana oli ollut noin 1 % neuvola- ja kouluikäisistä lapsista.

Synnynnäinen sydänvika ja muut synnynnäiset rakenneviat

Tähän tutkimukseen osallistuneista sekä neuvola- että kouluikäisistä lapsista noin 1 %:lla oli synnynnäinen sydänvika ja vastaava osuus lapsista oli ollut lääkärin hoidossa synnynnäisen sydänvian vuoksi viimeksi kuluneen vuoden aikana. Jokin muu synnynnäinen rakennevika oli 3 %:lla neuvola- ja kouluikäisistä. Lääkärin hoidossa synnynnäisen rakennevian vuoksi oli ollut 2 % neuvola- ja kouluikäisistä viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Muut sairaudet

Muita kyselylomakkeella kysytyjä sairauksia ja vammoja, kuten älyllistä kehitysvammaisuutta, CP-vammaisuutta, psyykkisiä häiriöitä, epilepsiaa, diabetesta, reumaa tai keliakiaa, oli tässä tutkimuksessa vain muutamalla yksittäisellä lapsella.

Tulokset ovat samansuuntaisia, kuin aiemmat arviot kyseisten sairauksien ja vammojen esiintyvyydestä väestössä. Arvio älyllisen kehitysvammaisuuden ja erilaisten rakennevikojen esiintyvyydestä on 1,2 %. Epilepsian ja diabeteksen esiintyvyys on alle 1 % (epilepsia 0,7 ja diabetes 0,4). Arvio keliakian yleisyydestä on 0,05 %. (Rajantie ja Perheentupa 2005.)

3.2.9 Tulehdustautien sairastaminen

Huoltajilta kysyttiin onko lapsi sairastanut viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana tulehdustauteja ja kuinka usein. Kysymyksessä oli lueteltu eri-ikäisille lapsille tavanomaisia tulehdustauteja. Lasten yleisimpiä tulehdustauteja olivat flunssa, korvatulehdus, vatsatauti tai ripuli ja silmätulehdus (taulukko 34).

Taulukko 34. Viimeksi kuluneen vuoden aikana vähintään kerran sairastetut tulehdustaudit lapsen ikäryhmän mukaan (%).

Tulehdustauti	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
Flunssa	71	90	96	98	92	93	95
Korvatulehdus	14	48	50	46	29	12	9
Vatsatauti tai ripuli	10	36	57	61	62	49	41
Silmätulehdus	19	21	28	20	19	8	5
Keuhkoputkentulehdus	2	5	15	8	7	3	4
Kurkunkäntulehdus ¹	1	5	8	10			
Poskiontelotulehdus ²					6	6	9
Angiina tai muu nielutulehdus	0	1	7	6	11	8	14
Keuhkokuume	0	1	2	2	1	0,5	0,5
Virtsatietulehdus	1	2	2	2	1	0,5	0
Ihoinfektio	2	6	7	7	9	5	5
Jokin muu infektio	3	7	3	3	4	2	3

¹ Kysytty vain ½–5-vuotiaiden lasten huoltajilta

² Kysytty vain kouluikäisten lasten huoltajilta

Flunssa

Huoltajien vastausten perusteella neuvolaikäisistä lapsista noin 88 % ja kouluikäisistä 93 % oli sairastanut vähintään yhden flunssan eli ylähengitystietulehduksen viimeksi kuluneen vuoden aikana. 36 % neuvolaikäisistä ja 31 % kouluikäisistä oli sairastanut flunssan kolme kertaa tai useammin ja noin 11 % neuvolaikäisistä ja 5 % kouluikäisistä viisi kertaa tai sitä useammin vuoden aikana. Yleisimpiä toistuvat flunssat olivat olleet huoltajien vastausten perusteella kolmevuotiailla, joista noin neljäsosa (24 %) oli sairastanut viisi tai sitä useamman flunssan viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Korvatulehdus

Välikorvatulehdukset ovat lasten yleisin bakteeri-infektio ja antibioottihoidon syy (Heikkinen 2007), vaikka niistäkin suuri osa on virusten aiheuttamia. Korvatulehdusten ilmaantuvuus on suurimmillaan ½–2 vuoden iässä (Äkillinen välikorvatulehdus Käypä hoito 15.6.2004). Arviolta noin 40 % lapsista sairastaa ensimmäisen ikävuoden aikana ainakin yhden välikorvatulehduksen ja kahden vuoden ikään mennessä noin 70 % on sairastanut välikorvatulehduksen. Noin joka viides lapsi sairastaa vähintään kolme välikorvatulehdusta. (Äkillinen välikorvatulehdus Käypä hoito 15.6.2004.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan 40 % neuvolaikäisistä ja 17 % kouluikäisistä lapsista oli sairastanut ainakin yhden korvatulehduksen viimeksi kuluneen vuoden aikana. Tulokset ovat samansuuntaisia Käypä hoito-suosituksessa esitettyjen välikorvatulehdusten esiintyvyyssarvioiden kanssa. Yleisimpiä korvatulehdukset olivat olleet yksi-, kolme- ja viisivuotiailla, joista noin puolet oli sairastanut vähintään yhden korvatulehduksen. Huoltajien vastausten perusteella toistuvat

korvatulehdukset olivat olleet yleisimpiä yksi- ja kolmevuotiailla. Kolme tai useamman korvatulehduksen vuoden aikana oli sairastanut 12 % yksivuotiaista ja 14 % kolmevuotiaista (taulukko 35).

Kouluikäisillä korvatulehdukset olivat sitä harvinaisempia, mitä vanhemmas-ta lapsesta oli kysymys. 29 % ensimmäisen luokan, 12 % viidennen luokan ja 9 % kahdeksannen luokan oppilaista oli sairastanut ainakin yhden korvatulehduksen viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Taulukko 35. Viimeksi kuluneen vuoden aikana sairastetut korvatulehdukset lapsen ikäryhmän mukaan (%).

Korvatulehdusten lukumäärä viimeksi kuluneen vuoden aikana	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
1–2 kertaa	12	34	33	37	22	9	8
3–4 kertaa	0,5	6	9	4	1	1	0
5 kertaa tai enemmän	0	6	5	1	1	0	0
Sairastanut korvatulehduksen, mutta ei tietoa lukumäärästä	2	1	4	4	5	2	1

Vatsatauti, ripuli

Neuvolaikäisistä lapsista noin 41 % ja kouluikäisistä puolet oli sairastanut ainakin yhden vatsataudin tai ripulin viimeksi kuluneen vuoden aikana. Yleisimpiä vatsataudit ja ripuli olivat olleet kolme- ja viisivuotiailla sekä ensimmäisen luokan oppilailla.

Silmätulehdus

Hieman yli viidesosalla (22 %) neuvolaikäisistä ja joka kymmenennellä kouluikäisellä oli ollut ainakin yksi silmätulehdus viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Keuhkoputkentulehdus

Noin 7 % neuvolaikäisistä ja 5 % kouluikäisistä oli sairastanut vähintään yhden keuhkoputkentulehduksen viimeksi kuluneen vuoden aikana. Yleisimpiä keuhkoputkentulehdukset olivat olleet kolmevuotiailla, joista 15 % oli sairastanut vähintään yhden keuhkoputkentulehduksen viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Poskiontelotulehdus

Poskiontelotulehduksesta kysyttiin vain kouluikäisten lasten huoltajilta. 7 % kouluikäisistä oli sairastanut vähintään yhden poskiontelotulehduksen viimeksi kuluneen vuoden aikana. Ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaista 6 % oli sairastanut poskiontelotulehduksen ainakin kerran viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vastaava osuus kahdeksannen luokan oppilaista oli 9 %.

Kurkunpääntulehdus

Kurkunpääntulehduksesta kysyttiin vain neuvolaikäisten lasten huoltajilta. Noin 6 %:lla neuvolaikäisistä oli ollut kurkunpääntulehdus viimeksi kuluneen vuoden ai-

kana. Yleisin se oli ollut leikki-ikäisillä. Kolmevuotiaista 8 % ja viisivuotiaista 10 % oli sairastanut vähintään yhden kurkunpääntulehduksen vuoden aikana.

Angiina tai muu nielutulehdus

Angiina tai muu nielutulehdus oli huoltajien vastausten perusteella ollut yleisin kouluikäisillä. Kouluikäisistä lapsista 11 %:lla oli ollut vähintään yksi angiina tai muu nielutulehdus viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vastaava osuus neuvolaikäisistä lapsista oli 3 %.

Keuhkokuume

Arvioiden mukaan noin 4 % alle viisivuotiaista ja 2 % 5–14-vuotiaista lapsista sairastuu vuodessa keuhkokuumeeseen (Peltola 2007). LATE-tutkimukseen osallistuneista neuvolaikäisistä ja kouluikäisistä lapsista noin 1 % oli sairastanut keuhkokuumeen viimeksi kuluneen vuoden aikana. Yleisin se oli ollut leikki-ikässä (2 %).

Virtsatietulehdus

Virtsatietulehdus on yleisin lasten virtsaelinten sairaus ja yksi yleisimmistä lasten bakteeritulehduksista (Antikainen 2007). Tähän tutkimukseen osallistuneista neuvolaikäisistä lapsista 2 %:lla ja kouluikäisistä 1 %:lla oli ollut virtsatieinfektio viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Vesirokko

Tutkimuksessa kysyttiin erillisellä kysymyksellä onko lapsi sairastanut vesirokon. Tässä kysymyksessä ei ollut aikamäärettä, kuten muita tulehdustauteja koskevassa kysymyksessä. Vesirokon oli huoltajien vastausten perusteella sairastanut 25 % neuvolaikäisistä ja 87 % kouluikäisistä. Lapsi oli sairastanut vesirokon sitä yleisemmin, mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys. Puolivuotiaista 4 % ja yksivuotiaista 6 % oli sairastanut vesirokon. Vastaavat osuudet olivat kolmevuotiaista 30 % ja viisivuotiaista 63 %. Koululaisista suurin osa oli sairastanut vesirokon: ensimmäisen luokan oppilaista 80 % ja viides- ja kahdeksaluokkalaisista 91 %.

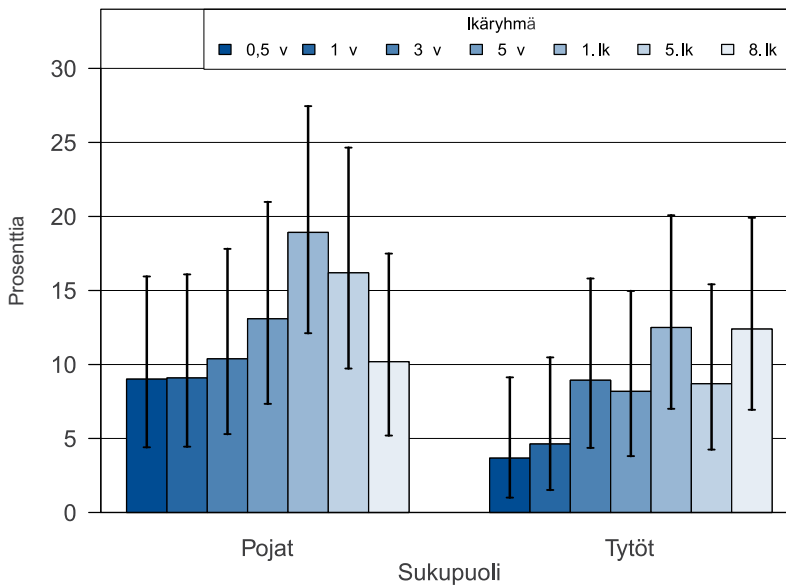
3.2.10 Lääkitys

Lapsen huoltajilta kysyttiin käyttääkö lapsi tällä hetkellä jotain lääkärin määräämää lääkettä. Kysymyksessä tarkennettiin, että lääkkeillä tarkoitettiin suun kautta otettavia lääkkeitä, hengitettäviä lääkkeitä, peräpuikkoja, pistoksena annettavia lääkkeitä ja lääkerasvoja. Lääkityksestä kysyttiin erikseen säännöllisestä lääkityksestä ja lääkekuurista tutkimusajankohtana.

Säännöllinen lääkitys

Huoltajien vastausten perusteella 8 %:lla neuvolaikäisistä ja 13 %:lla kouluikäisistä oli säännöllinen lääkitys (kuvio 5). Alle kouluikäisillä lapsilla säännöllinen lääkitys

oli sitä yleisempi mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys. Noin 6–7%:lla puoli- ja yksivuotiaista ja 10–11%:lla kolme- ja viisivuotiaista oli säännöllinen lääkitys. Säännöllinen lääkitys oli yleisempää kouluiässä kuin neuvolaiässä. 16%:lla ensimmäisen luokan, 12%:lla viidennen luokan ja 11%:lla kahdeksannen luokan oppilasta oli säännöllinen lääkitys. Pojilla säännöllinen lääkitys oli yleisempi kuin tytöillä muissa ikäryhmissä paitsi kahdeksaluokkalaisten ikäryhmässä. Yleisimmät käytössä olevat säännöllisesti otettavat lääkkeet olivat astma- ja allergialääkkeet.



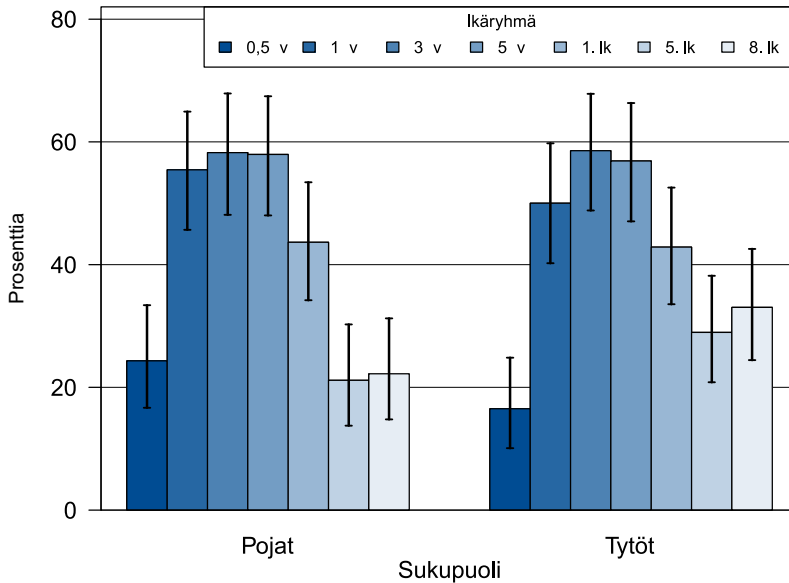
Kuvio 5. Niiden lasten osuudet, joilla oli säännöllinen lääkitys (%) (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusväli).

Lääkekuurit

Lääkekuuri oli tämän tutkimuksen aikaan 5%:lla neuvolaikäisistä ja 4%:lla kouluikäisistä. Yleisimpiä lääkekuurit olivat yksi- ja kolmevuotiailla.

Antibioottikuurit viimeksi kuluneen vuoden aikana

Huoltajilta kysyttiin, oliko lapsi saanut antibioottikuurin tai -kuureja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Lisäksi tiedusteltiin antibioottikuurien lukumäärää. Neuvolaikäisistä lapsista noin puolet (46%) ja kouluikäisistä kolmasosa (32%) oli syönyt ainakin yhden antibioottikuurin viimeksi kuluneen vuoden aikana (kuvio 6). Yleisimpiä antibioottikuurit olivat olleet yksi-, kolme- ja viisivuotiailla. Tästä ikäryhmästä hieman yli puolet oli syönyt vuoden aikana vähintään yhden antibioottikuurin. Neuvolaikäisistä lapsista 8% oli syönyt 3–4 antibioottikuuria ja 5% viisi kuuria tai enemmän. Yleisimpiä toistuvat antibioottikuurit olivat kolmevuotiailla, joista 21% oli syönyt vähintään kolme antibioottikuuria vuoden aikana.



Kuvio 6. Vähintään yhden antibiottikuurin vuoden aikana saaneiden lasten osuudet (%) (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusvälit).

3.2.11 Terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttö

Tätä tutkimusta tehtäessä suositukset terveystarkastusten ja kotikäyntien lukumääristä perustuivat lastenneuvolaoppaan (STM 2004) ja kouluterveydenhuollon oppaan (Stakes 2002) suosituksiin. Valtioneuvoston asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten suun ehkäisevää terveydenhuollosta (380/2009) on säädetty terveystarkastusten ja -neuvonnan määrästä ja sisällöstä. Asetus on tullut voimaan 1.7.2009, mutta terveystarkastusten määrää ja ajankohtia koskevat pykälät tulevat voimaan 1.1.2011. Lastenneuvolaoppaan suositusten mukaan lapsi ja perhe tapaavat lastenneuvolan terveydenhoitajan 15 kertaa ennen kouluikää, joista viisi kertaa yhteistyössä lääkärin kanssa. Ennen yhden vuoden ikää lastenneivolakäyntejä on kymmenen, jonka jälkeen seuranta harventuu. Leikki-ikässä terveystarkastus on suositusten mukaan kerran vuodessa. Vähintään yhden lastenneivolakäynnin lapsen syntymän jälkeen tulisi olla kotikäynti. (STM 2004.) Kouluterveydenhuollon oppaan mukaan (Stakes 2002) laaja terveydenhoitajan ja lääkärin yhdessä tekemä terveystarkastus suositellaan tehtäväksi peruskoulun aikana kolme kertaa: ensimmäisellä tai toisella luokalla, viidennellä tai kuudennella luokalla ja kahdeksannella luokalla. Laajojen terveystarkastusten välissä suositellaan terveydenhoitajan suorittamia terveystarkastuksia ns. terveystapaamista vuosittain. (Stakes 2002.)

Huoltajilta kysyttiin lapsen kontakteista terveydenhuollon ammattihenkilöihin viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Kyselylomakkeella selvitettiin kuinka monta kertaa lapsi oli käynyt lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan, hammaslääkärin, hammashoitajan tai suuhygienistin vastaanotolla tai kuinka usein lääkäri tai terveydenhoitaja oli tehnyt hänen kotiinsa kotikäynnin viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Kysymyksessä oli eroteltu erikseen käynnit terveystarkastusten ja sairauden tai oireiden vuoksi. Tutkimusterveystarkastusta ei laskettu mukaan käyntien lukumäärään.

Lääkärin vastaanotto- ja kotikäynnit

Suurin osa puoli- ja yksivuotiaista oli käynyt lääkärin vastaanotolla terveystarkastuksen vuoksi vähintään kerran viimeksi kuluneen vuoden aikana (puolivuoti-aiden ja yksivuotiaiden osalta kysyttiin käyntejä tähän mennessä) (taulukko 36). Puolivuotiasta 3 % ja yksivuotiaista 4 % ei ollut käynyt lääkärin vastaanotolla terveystarkastuksessa. Leikki-ikäisistä noin neljäsosa ei ollut käynyt viimeksi kuluneen vuoden aikana lääkärin vastaanotolla terveystarkastuksessa. Yli kolmasosa ensimmäisen, noin neljäsosa viidennen ja hieman yli viidesosa kahdeksannen luokan oppilaista oli käynyt lääkärin vastaanotolla terveystarkastuksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Suuri osa, noin 78 %, alle neuvolaikäisistä lapsista oli käynyt vähintään kerran lääkärin vastaanotolla sairauden vuoksi viimeksi kuluneen vuoden aikana. 1–5-vuotiailla lääkärisä käynnit olivat kaikkein yleisimpiä, vain hieman vajaa viidesosa tästä ikäryhmästä ei ollut käynyt lääkärisä lainkaan viimeksi kuluneen vuoden aikana. Noin 43 % neuvolaikäisistä oli käynyt lääkärisä 1–2 kertaa ja 35 % kolme kertaa tai useammin vuoden aikana. Kouluikäisissä lääkärin vastaanotolla käynnit eivät huoltajien ilmoituksen perusteella olleet yhtä yleisiä kuin neuvolaikäisissä. Kouluikäistenkin ikäryhmästä kuitenkin yli puolet (59 %) oli käynyt vähintään kerran lääkärisä sairauden tai oireiden vuoksi vuoden aikana. Myös tässä ikäryhmässä yleisintä (41 %) oli, että lääkärisä käyntejä oli ollut 1–2 viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kouluikäisistä noin viidesosa (19 %) oli käynyt lääkärisä kolme kertaa tai useammin vuoden aikana.

Lääkärin kotikäyntejä terveystarkastuksen tai sairauden ja oireiden vuoksi oli huoltajien vastausten perusteella tehty vain yksittäisten lasten koteihin. Kysymyksessä ei eroteltu oliko kyseessä yksityislääkärin vai terveyskeskuslääkärin suorittama kotikäynti.

Terveydenhoitajan vastaanotto- ja kotikäynnit

Tutkimukseen osallistuneista puolivuotiaista 73 % oli käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla terveystarkastuksen vuoksi viisi kertaa tai enemmän, vastaava osuus yksivuotiaista oli 92 % (taulukko 36). Leikki-ikäisistä noin puolet oli käynyt viimeksi kuluneen vuoden aikana terveydenhoitajan vastaanotolla terveystarkastuksessa, tutkimusterveystarkastusta ei otettu lukumäärässä huomioon.

Mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys, sitä yleisempää oli, että lapsi oli käynyt terveydenhoitajan vastaanotolla sairauden tai oireiden vuoksi. Yleisimpiä käynnit terveydenhoitajan vastaanotolla sairauden tai oireiden vuoksi olivat kahdeksaluokkalaisilla, joista 44 % oli käynyt ainakin yhden kerran terveydenhoitajan vastaanotolla sairauden vuoksi. Myös lukuisat sairauskäynnit terveydenhoitajan vastaanotolla olivat yleisempiä kahdeksaluokkalaisilla, etenkin tytöillä. Kahdeksaluokkalaisista tytöistä 9 % ja samanikäisistä pojista 5 % oli käynyt viisi kertaa tai useammin terveydenhoitajan vastaanotolla sairauden tai oireiden vuoksi vuoden aikana.

Terveydenhoitajan kotikäyntejä oli tehty lähinnä vauvaperheisiin. Kotikäynti oli tehty 79 % puolivuotiaiden ja 74 % yksivuotiaiden kodeista. Kotikäynnit sairauden tai oireiden vuoksi olivat harvinaisia ja niitä oli tehty vain yksittäisten lasten koteihin.

Taulukko 36. Käynnit lääkärin ja terveydenhoitajan vastaanotoilla terveystarkastuksen ja sairauden vuoksi viimeksi kuluneen vuoden aikana lapsen ikäryhmän mukaan (%).

Lääkärin vastaanottokäyntien lukumäärä terveystarkastuksen vuoksi	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
1-2	87	59	22	19	31	14	19
3-4	8	34	2	4	4	2	2
5 tai enemmän	2	3	1	1	1	0	2
Lääkärin vastaanottokäyntien lukumäärä sairauden tai oireiden vuoksi	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
1-2	47	43	37	43	46	36	41
3-4	13	19	19	28	14	14	10
5 tai enemmän	6	21	26	10	9	6	4
Terveydenhoitajan vastaanottokäyntien lukumäärä terveystarkastuksen vuoksi	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
1-2	1	1	61	50	49	39	36
3-4	21	2	1	1	0	3	2
5 tai enemmän	73	92	0	0	0	0	2
Terveydenhoitajien vastaanottokäyntien lukumäärä sairauden tai oireiden vuoksi	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
1-2	7	12	17	18	18	25	30
3-4	1	2	4	3	3	7	7
5 tai enemmän	1	2	1	1	1	5	7

Hammaslääkärin ja suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanottokäynnit

Hammaslääkärin vastaanottokäynnit olivat harvinaisia puolivuotiailla, tässä iässä suun terveystarkastukset tekeekin yleensä suuhygienisti tai hammashoitaja. Noin 7 % yksivuotiaista, 11 % kolmevuotiaista, 18 % viisivuotiaista, 57 % ensimmäisen luokan, 76 % viidennen luokan ja 79 % kahdeksannen luokan oppilaista oli käynyt vähintään kerran hammaslääkärin vastaanotolla terveystarkastuksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana (taulukko 37). Kouluikäisillä käyntien määrässä näkyvät ilmeisesti myös oikomishoitojen vuoksi tehdyt käynnit.

Käynnit sairauden tai oireiden vuoksi hammaslääkärin vastaanotolla olivat yleisempiä kouluikäisillä kuin neuvolaikäisillä. Kolmevuotiaista 4 % ja viisivuotiaista 8 % oli käynyt hammaslääkärissä oireiden tai sairauden vuoksi viimeksi kuluneen vuoden aikana. Ensimmäisen luokan oppilaista neljäsosa ja viidesluokkalaisista kolmasosa oli käynyt hammaslääkärissä sairauden tai oireiden vuoksi vähintään kerran vuoden aikana. Vastaava osuus kahdeksaluokkalaisista oli noin viidesosa.

Taulukko 37. Käynnit hammaslääkärin vastaanotolla terveystarkastuksen ja sairauden vuoksi viimeksi kuluneen vuoden aikana lapsen ikäryhmän mukaan (%).

Hammaslääkärin vastaanottokäyntien lukumäärä terveystarkastuksen vuoksi	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
1–2	1	7	11	18	53	58	59
3–4	0	0	0	0	3	5	9
5 tai enemmän	0	0	0	0	1	13	11
Hammaslääkärin vastaanottokäyntien lukumäärä sairauden tai oireiden vuoksi	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
1–2	0	1	4	6	20	20	14
3–4	0	0	0	2	4	7	2
5 tai enemmän	0	0	0	0	1	7	3

Noin 10 % puolivuotiaista ja 60 % yksivuotiaista oli käynyt suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla suun terveystarkastuksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vastaava osuus kolmevuotiaista oli hieman yli puolet (52 %). Noin 43 % viisivuotiaista oli käynyt suuhygienistillä tai hammashoitajalla suun terveystarkastuksessa. Kouluikäisistä suuhygienistillä tai hammashoitajalla terveystarkastuksessa oli käynyt 42 % ensimmäisen luokan, 36 % viidennen luokan ja 28 % kahdeksannen luokan oppilaista.

Eri ammattiryhmien konsultaatiot, arviot, hoito ja kuntoutus

Terveystarkastajien täyttämässä tutkimuslomakkeessa kysyttiin oliko lapsen asioissa oltu viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana yhteydessä eri ammattihenkilöihin. Lisäksi tiedusteltiin yhteydenoton syytä. Tarkoituksena oli selvittää lastenneuvolasta tai kouluterveydenhuollosta lapsen asioissa tehdyt yhteydenotot ja konsultaatiot. Terveystarkastajat vastasivat kysymykseen kuitenkin kahdesta eri näkökulmasta; osa terveystarkastajista kirjasi vain neuvolan tai kouluterveydenhuollon yhteydenotot, osa terveystarkastajista kirjasi myös perheen omat yhteydenotot eri ammattihenkilöihin (Mäki ym. 2008). Yleisimmät tahot, joihin lapsen asioissa oli oltu yhteydessä, olivat neuvolan tai kouluterveydenhuollon lääkäri, lastentautien erikoislääkäri, hammaslääkäri tai suuhygienisti.

Lasten huoltajilta kysyttiin ”onko lastanne viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (puoli- ja yksivuotiaiden osalta kyseiseen terveystarkastukseen mennessä) arvioinut, hoitanut tai kuntouttanut jokin seuraavista tahoista”. Kysymyksessä oli lueteltu tavallisimpia ammattiryhmiä, jotka voivat osallistua eri-ikäisten lasten ter-

veydentilan, kasvun ja kehityksen arviointiin, hoitoon ja kuntoutukseen. Tulokset on kuvattu taulukossa 38.

Taulukko 38. Eri ammattiryhmien arvioissa, hoidossa tai kuntoutuksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana olleet lapset ikäryhmän mukaan (%).

Ammattiryhmä	½ v	1 v	3 v	5 v	1.lk	5. lk	8. (9.) lk
Fysioterapeutti	5	3	3	1	2	7	10
Ravitsemusterapeutti	2	3	0	0	1	1	1
Silmälääkäri	1	2	1	5	9	15	12
Korvalääkäri	5	13	24	14	11	7	6
Lastenneurologi	2	2	2	1	1	3	2
Lastentautien erikoislääkäri	27	36	24	23	21	11	8
Psykologi	0	0	1	3	7	3	5
Lastenpsykiatri	0	0	0	1	1	2	2
Puheterapeutti ¹			4	5	18	1	1
Toimintaterapeutti ¹			1	0	2	0	1
Perheterapeutti ¹			0	1	2	1	3
Sosiaalityöntekijä ¹			1	2	1	2	6
Koulukuraattori ²					0	1	9
Erityisopettaja ²					7	11	9

¹ kysytty vain 3 v, 5 v, 1. lk, 5. lk ja 8. (9.) lk

² kysytty vain 1. lk, 5. lk ja 8. (9.) lk

Fysioterapeutti

Fysioterapeutti oli arvioinut, hoitanut tai kuntouttanut viimeksi kuluneen vuoden aikana 3 % neuvolaikäisistä ja 6 % kouluikäisistä lapsista. Yleisintä fysioterapeutin palvelujen käyttö oli ollut viides- ja kahdeksaluokkalaisilla. Alle kouluikässä fysioterapeutin palvelujen käyttö oli yleisintä puolivuotiailla, joista 5 % oli käynyt fysioterapeutilla.

Puheterapeutti

Puheterapeutin palvelujen käytöstä kysyttiin kolme- ja viisivuotiaiden lasten sekä kouluikäisten huoltajilta. 4 % kolme- ja viisivuotiaista ja 7 % kouluikäisistä oli ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana puheterapeutin arvioissa, hoidossa tai kuntoutuksessa. Viisivuotistarkastuksessa tulee lastenneuvolaoppaan suositusten mukaan kiinnittää huomiota mahdollisiin äännevirheisiin ja ohjata lapsi puheterapeutin arvioon (STM 2004). Tämän tutkimuksen mukaan 5 % viisivuotiaista oli ollut puheterapeutin arvioissa tai hoidossa. Yleisimpiä puheterapeutin kontaktit olivat olleet ensimmäisen luokan oppilailta (18 %). Viidennen ja kahdeksannen luokan oppilasta vain muutama oli käyttänyt puheterapeutin palveluja.

Toimintaterapeutti

Noin 1 % sekä kolme- ja viisivuotiaista että kouluikäisistä oli käyttänyt toimintaterapeutin palveluja viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Ravitsemusterapeutti

Puolivuotiaista noin 2 % ja yksivuotiaista 3 % oli ollut ravitsemusterapeutin arvioissa tai hoidossa. Leikki-ikäisillä ei ollut kontakteja ravitsemusterapeuttiin. Kouluikäisistä 1 % oli käyttänyt ravitsemusterapeutin palveluja viimeksi kuluneen vuoden aikana (2 % ensimmäisen luokan pojista ja 2 % sekä viidennen että kahdeksannen luokan tytöistä).

Silmälääkäri

Huoltajien ilmoituksen mukaan 2 % neuvolaikäisistä ja 12 % kouluikäisistä oli ollut silmälääkärin tekemässä tutkimuksessa tai hoidossa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Yleisintä silmälääkärissä käynti oli ollut viidesluokkalaisilla, joista 15 % oli käynyt viimeksi kuluneen vuoden aikana silmälääkärissä. Neuvolaiässä silmälääkärikontaktit olivat yleisimpiä viisivuotiailla (5 %).

Korvalääkäri

Noin 14 % neuvolaikäisistä ja 8 % kouluikäisistä lapsista oli käynyt korvalääkärissä viimeksi kuluneen vuoden aikana. Yleisimpiä korvalääkärissä käynnit olivat leikki-ikäisillä. Noin neljäsosa (24 %) kolmevuotiaista ja 14 % viisivuotiaista oli käynyt korvalääkärillä viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kouluikäisissä kontaktit korvalääkäriin olivat sitä yleisempiä, mitä nuoremasta lapsesta oli kysymys.

Lastenneurologi

Lastenneurologin arvioissa, hoidossa tai kuntoutuksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana oli huoltajien raportoinnin mukaan ollut noin 2 % sekä neuvolaikäisistä että kouluikäisistä lapsista.

Lastentautien erikoislääkäri

Lastentautien erikoislääkärin hoidossa oli viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut 28 % neuvolaikäisistä ja 13 % kouluikäisistä. Kontaktit olivat yleisimpiä yksivuotiailla, joista 36 % oli käynyt lastentautien erikoislääkärillä. Kouluikäisissä käynnit lastentautien erikoislääkärillä olivat sitä yleisempiä mitä nuoremasta lapsesta oli kysymys.

Psykologi

Huoltajat ilmoittivat, että noin 1 % alle kouluikäisistä lapsista ja 5 % kouluikäisistä oli ollut psykologin arvioissa, hoidossa tai kuntoutuksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Noin 3 % viisivuotiaista oli käyttänyt psykologin palveluja. Alle viisivuotiailla kontaktit psykologiin olivat harvinaisia. Kontaktit psykologiin olivat kouluikäisillä pojilla hieman yleisempiä kuin samanikäisillä tytöillä. Noin 8 % kouluikäisistä pojista ja 2 % tytöistä oli ollut psykologin arvioissa, hoidossa tai kuntoutuksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Lastenpsykiatri

Kouluikäisistä lapsista 2 % oli ollut lastenpsykiatrin arvioissa, hoidossa tai kuntoutuksessa viimeksi kuluneen vuoden aikana, neuvolaikäisistä vain muutama yksittäinen lapsi.

Perheterapeutti

Perheterapeutin arvioissa, hoidossa tai kuntoutuksessa oli ollut 2 % kouluikäisistä lapsista viimeksi kuluneen vuoden aikana, alle kouluikäisistä vain yksi lapsi. Huoltajien vastausten perusteella perheterapeutin palvelujen käyttö oli ollut yleisintä kahdeksaluokkalaisilla, joista 3 % oli viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut perheterapeutin arvioissa, hoidossa tai kuntoutuksessa.

Sosiaalityöntekijä

2 % kolme- ja viisivuotiaista ja 3 % kouluikäisistä oli ollut kontaktissa sosiaalityöntekijään viimeksi kuluneen vuoden aikana. Kontaktit sosiaalityöntekijään olivat huoltajien raportoinnin perusteella yleisimpiä kahdeksaluokkalaisilla (6 %).

Koulukuraattori

Kouluikäisten lasten huoltajilta kysyttiin onko lapsi ollut koulukuraattorin arvioissa, hoidossa tai kuntoutuksessa. Ensimmäisen luokan oppilailla ei ollut kontakteja koulukuraattoriin ja viidesluokkalaisistakin vain muutamalla lapsella. Kahdeksaluokkalaisista pojista 10 % ja tytöistä 7 % oli käynyt koulukuraattorilla viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Erityisopettaja

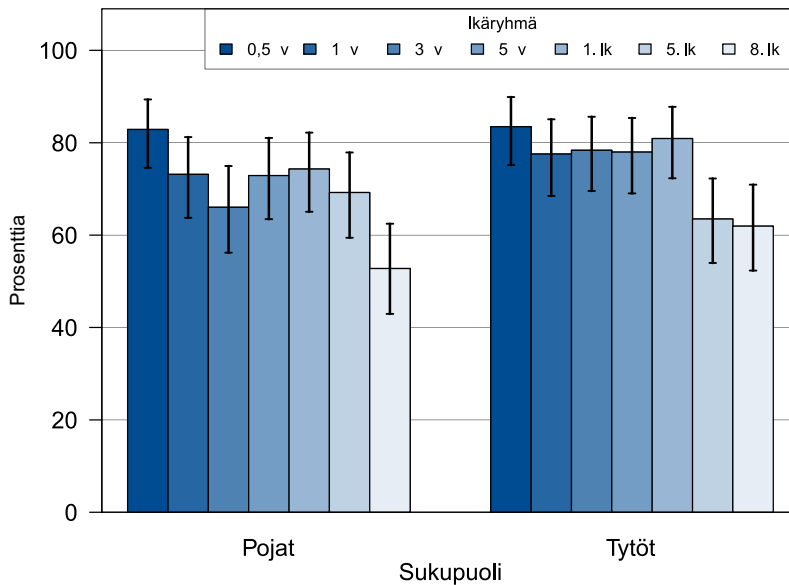
Kontaktit erityisopettajaan olivat yleisimpiä pojilla kuin tytöillä kaikissa kouluikäisten ikäryhmissä. Kaikista tutkimukseen osallistuneista kouluikäisistä pojista 11 % ja tytöistä 8 % oli ollut erityisopettajan arvioissa tai opetuksessa. Ensimmäisen luokan pojista 8 %:lla ja tytöistä 6 %:lla oli ollut kontakti erityisopettajaan. Tulokseen vaikuttanee se, että ensimmäisen luokan oppilaista puolet kävi tutkimusterveystarkastuksessa jo kesällä ennen koulun alkua. 12 % viidennen luokan pojista ja 9 % samanikäisistä tytöistä oli huoltajien vastausten mukaan ollut erityisopettajan arvioissa tai opetuksessa. Kahdeksannen luokan oppilaista vastaavat osuudet olivat 11 % pojista ja 7 % tytöistä.

3.2.12 Koettu terveys

Vanhempien arvio lapsen terveydestä

Huoltajia pyydettiin arvioimaan lapsen terveydentilaa monissa terveystutkimuksissa käytetyn viisiluokkaisen asteikon mukaan (erittäin hyvä, melko hyvä, kohdalainen, melko huono, huono). Suurin osa huoltajista oli arvioinut lapsensa terveydentilan erittäin hyväksi tai melko hyväksi. Noin 77 % neuvolaikäisten ja 67 %

kouluikäisten lasten huoltajista arvioi lapsensa terveydentilan erittäin hyväksi. Mitä nuoremasta lapsesta oli kysymys, sitä yleisemmin huoltajat arvioivat lapsen terveydentilan erittäin hyväksi. Puolivuotiaiden lasten vanhemmista 83 % piti lapsensa terveydentilaa erittäin hyvänä, kahdeksaluokkalaisten huoltajista vastaava osuus oli 58 % (kuvio 7). Kohtalaiseksi lapsensa terveydentilan arvioi 1 % neuvolaikäisten ja 2 % kouluikäisten huoltajista. Kukaan huoltajista ei arvioinut lapsen terveydentilaa huonoksi.



Kuvio 7. Niiden lasten osuudet (%), joiden terveydentilan huoltajat olivat arvioineet erittäin hyväksi (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusvälit)

Nuoren oma arvio terveydentilastaan

Kahdeksaluokkalaisten arvioivat omaa terveyttään saman viisiluokkaisen asteikon mukaan kuin huoltajat (erittäin hyvä, melko hyvä, kohtalainen, melko huono, huono). Suurin osa kahdeksaluokkalaisten (89 % pojista ja 94 % tytöistä) arvioi terveydentilansa joko erittäin hyväksi tai melko hyväksi. Nuoret arvioivat kuitenkin terveydentilaansa kriittisemmin kuin heidän huoltajansa. Erittäin hyväksi terveytensä arvioi vain 29 % pojista ja 37 % tytöistä. Noin 11 % kahdeksaluokkalaisten pojista ja 6 % samanikäisistä tytöistä arvioi terveydentilansa kohtalaiseksi. Kukaan nuorisista ei arvioinut terveydentilaansa melko huonoksi tai huonoksi.

3.2.13 Oireet

Huoltajilta kysyttiin lapsen oireilusta viimeksi kuluneiden 6 kuukauden aikana. Kysymykseen liittyi luettelo oireista ja niiden esiintyvyyksiheystä (lähes päivit-

täin, useammin kuin kerran viikossa, noin kerran viikossa, noin kerran kuukaudessa, harvemmin tai ei koskaan). Oireilusta kysyttiin kolme- ja viisivuotiaiden sekä kaikkien kouluikäisten lasten huoltajilta. Lisäksi kahdeksaluokkalaiset vastasivat itse myös oireita koskeviin kysymyksiin. Taulukossa 39 on kuvattu vähintään kerran viikossa esiintyneet oireet lasten ikäryhmän ja sukupuolen mukaan.

Taulukko 39. Niiden lasten osuudet (%), joilla oli ollut oireita kerran viikossa tai useammin viimeksi kuluneiden 6 kuukauden aikana (sukupuolen ja ikäryhmän mukaan). Tiedot on kysytty huoltajilta ja 8. (9.) luokkalaisilta itseltään.

Oire	3 v		5 v		1. lk		5. lk		8. (9.) lk		8. (9.) lk	
	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt	pojat	tytöt
Päänsärky	0	1	3	1	6	9	15	19	14	34	20	42
Vatsakipu	9	6	10	16	8	10	7	15	3	12	5	12
Niska–hartiasärky ¹					1	2	6	10	4	26	11	31
Selkäkipu ¹					0	1	4	5	3	6	9	14
Ärtyneisyys, kiukunpuuskat	66	63	59	53	36	39	37	43	33	46	20	41
Levottomuus	25	15	26	14	21	15	19	10	13	14	20	26
Keskittymisvaikeus ¹					20	11	18	9	17	16	19	21
Vaikeus ymmärtää annettuja ohjeita ¹					12	9	13	10	12	5	13	11
Hyökkäävä tai tavarointa rikkova käytös	28	9	17	8	12	5	6	2	3	4	3	5
Vaikeus päästä uneen	19	25	9	10	12	12	12	15	12	15	22	28
Väsymys ja uupumus	20	17	12	11	10	17	23	23	23	37	37	46
Ruokahaluttomuus	25	27	19	21	8	14	6	8	4	7	4	17
Jännittyneisyys	2	3	6	5	8	6	10	11	6	12	10	20
Alakuloisuus	0	2	2	3	3	5	7	9	3	12	3	15
Vetäytyneisyys	0	0	2	3	2	1	3	2	2	4	4	9
Heräileminen öisin	41	36	22	30	13	11	12	8	6	10	12	20
Pelot	16	15	5	5	8	3	8	7	3	11	2	12
Änkytys ¹					2	0	2	1	4	1	5	6
Päiväkastelu ²	23	16	4	2	2	1						
Yökastelu ²	40	27	10	4	6	2						
Tuhriminen ²	10	10	2	0	4	4						
Ummetus ³	8	16	2	4								

¹ tieto kysytty vain kouluikäisten lasten huoltajilta ja 8. (9.) lk:n oppilailta

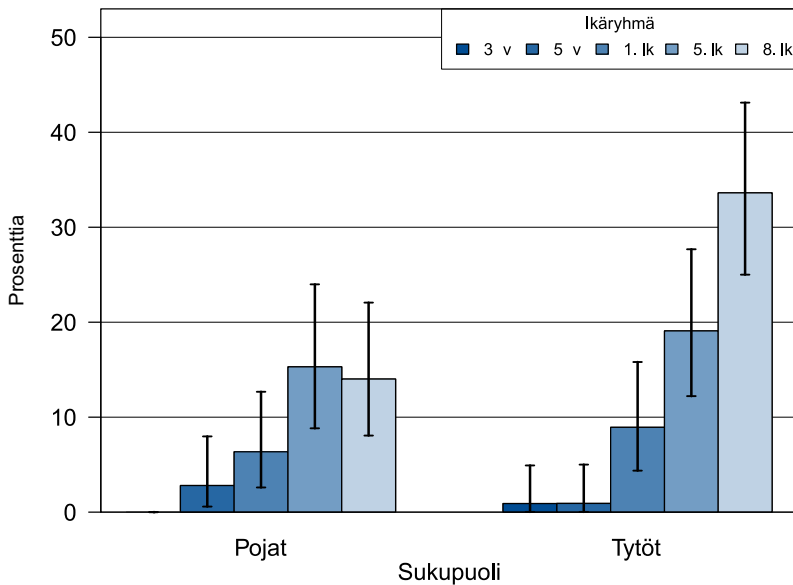
² tieto kysytty vain 3–5-vuotiaiden ja 1. luokan oppilaiden lasten huoltajilta

³ tieto kysytty vain 3–5-vuotiaiden huoltajilta

Päänsärky

Huoltajien vastausten perusteella päänsärky oli leikki-ikäisillä lapsilla melko harvinaista, mutta kouluikäisillä sitä yleisempää, mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys (kuvio 8). 6%:lla ensimmäisen luokan pojista ja 9%:lla samanikäisistä tytöistä oli ollut päänsärkyä kerran viikossa tai useammin. Vastaava osuus viidesluokkalaisista pojista oli 15% ja tytöistä 19%. Huoltajien vastausten mukaan 14%:lla kah-

deksannen luokan pojista ja 34%:lla tytöistä oli viikoittain päänsärkyä. Huoltajien arvion mukaan 4%:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä oli päänsärkyä päivittäin, pojista ei kenelläkään.



Kuvio 8. Niiden lasten osuudet (%), joilla oli ollut päänsärkyä kerran viikossa tai useammin viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusvälit). Tieto kysytty lapsen huoltajalta.

Kahdeksaluokkalaiset itse ilmoittivat päänsärlyn olevan yleisempää kuin mitä huoltajat arvioivat. Nuoren oman ilmoituksen perusteella 42%:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja 20%:lla pojista oli ollut päänsärkyä kerran viikossa tai useammin viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana. Noin 6% kahdeksaluokkalaisista tytöistä raportoi lähes päivittäisestä päänsärystä.

Vatsakipu

Huoltajien arvion mukaan noin 10%:lla sekä kolme- ja viisivuotiaista että kouluikäisistä oli ollut viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana vatsakipuja viikoittain. Kolmevuotiaista 7%:lla ja viisivuotiaista 13%:lla oli ollut vatsakipuja vähintään kerran viikossa. Kouluikäisillä tytöillä viikoittaiset vatsakivut olivat yleisempiä kuin samanikäisillä pojilla. Viidesluokkalaisista tytöistä 15%:lla ja pojista 7%:lla oli ollut vatsakipuja vähintään kerran viikossa. Kahdeksaluokkalaisista tytöistä vastaava osuus oli 12% ja pojista 3%.

Niska-hartiasärky

Lasten niska-hartiasärystä kysyttiin vain kouluikäisten huoltajilta. Mitä van-

hemmasta koululaisesta oli kysymys, sitä yleisempiä niska-hartiasärkyt olivat. Ensimmäisen luokan oppilailla niska-hartiasärky oli harvinaista (2%). Viides- ja kahdeksaluokkalaisilla tytöillä niska-hartiasäädun vaivat olivat yleisempiä kuin samanikäisillä pojilla. Noin 10%:lla viidesluokkalaisista tytöistä ja 6%:lla samanikäisistä pojista oli ollut niska-hartiasärkyä kerran viikossa tai useammin. Vastaavat osuudet kahdeksaluokkalaisista olivat tytöistä 26% ja pojista 4%. Huoltajat arvioivat, että 6%:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä oli ollut lähes päivittäin niska-hartiasäädun kipuja.

Niska-hartiasärkyt olivat kahdeksaluokkalaisten oman ilmoituksen perusteella yleisempiä kuin mitä huoltajat arvioivat. Viikoittaisesta niska-hartiasärystä raportoi 31% kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja 11% samanikäisistä pojista. Kahdeksaluokkalaisista tytöistä 8%:lla ja pojista 1%:lla oli ollut niska-hartiasärkyä lähes päivittäin viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana.

Selkäkipu

Lasten selkäkivuista kysyttiin vain kouluikäisten huoltajilta. Selkäkivut olivat harvinaisia ensimmäisen luokan oppilailla. Huoltajien arvion mukaan noin 4–5%:lla viides- ja kahdeksaluokkalaisista oli ollut selkäkipuja kerran viikossa tai useammin.

Selkäkipu oli kahdeksaluokkalaisten oman ilmoituksen perusteella yleisempää kuin mitä huoltajat arvioivat. Noin 14% kahdeksannen luokan tytöistä ja 9% pojista raportoi viikoittaisista selkäkivuista. Päivittäin selkäkipuja oli 4%:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä, pojista ei kenelläkään.

Ärtyneisyys ja kiukunpuuskat

Ärtyneisyys ja kiukunpuuskat olivat melko yleisiä, etenkin alle kouluikäisillä lapsilla. Lähes päivittäistä ärtyneisyyttä ja kiukunpuuskia oli ollut noin 10%:lla neuvolaikäisistä ja 6%:lla kouluikäisistä. Huoltajien arvion mukaan ärtyneisyyttä ja kiukunpuuskia oli ollut viikoittain yli puolella (59%) leikki-ikäisistä (3- ja 5-vuotiaat) ja hieman yli kolmanneksella (39%) kouluikäisistä lapsista. Huoltajat raportoivat, että ärtyneisyys ja kiukunpuuskat olivat hieman yleisempiä kouluikäisillä tytöillä kuin samanikäisillä pojilla.

Huoltajien arvion perusteella kahdeksaluokkalaisten nuorten ärtyneisyys ja kiukunpuuskat olivat hieman yleisempiä kuin mitä nuoret itse ilmoittivat. Noin 41% kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja 20% samanikäisistä pojista raportoi viikoittaisesta ärtyneisyydestä ja kiukunpuuskista. 3% kahdeksaluokkalaisista tytöistä ilmoitti, että heillä oli lähes päivittäin ärtymystä ja kiukunpuuskia, pojista ei kukaan.

Levottomuus

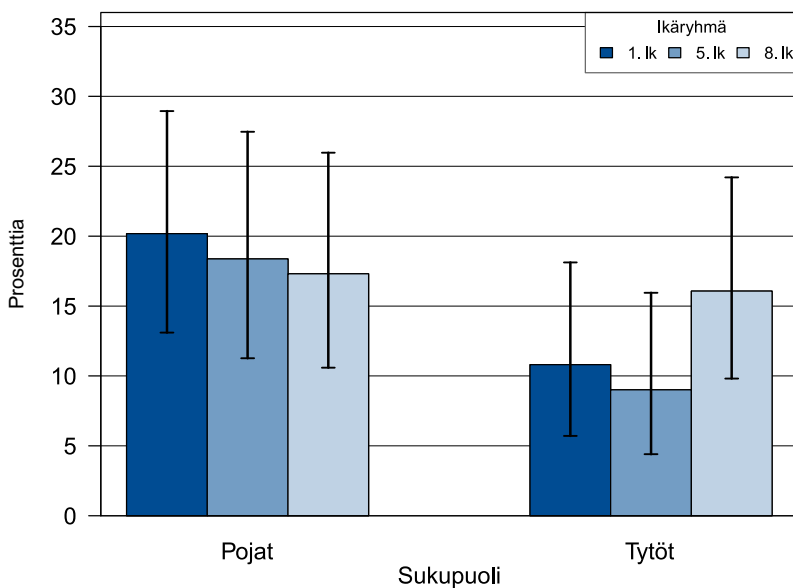
Huoltajien vastausten perustella levottomuus oli leikki-ikäisillä lapsilla melko yleistä. Neljäsosalla (26%) kolme- ja viisivuotiaista pojista ja 15%:lla samanikäi-

sistä tytöistä oli huoltajien arvion mukaan ollut levottomuutta kerran viikossa tai useammin. Leikki-ikäisistä lapsista noin 1–2 % oli huoltajien mielestä päivittäin levottomia. Kouluikäisistä pojista 18 %:lla ja tytöistä 13 %:lla oli ollut levottomuutta viikoittain.

Nuorten omien vastausten perusteella levottomuus oli kahdeksaluokkalaisilla yleisempää kuin huoltajat arvioivat. Noin neljäsosa kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja viidesosa samanikäisistä pojista raportoi viikoittaisesta levottomuudesta. 4 %:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja 2 %:lla pojista oli levottomuutta lähes päivittäin.

Keskittymisvaikeudet

Keskittymisvaikeuksista kysyttiin vain kouluikäisten lasten huoltajilta. Viikoittain ilmenevät keskittymisvaikeudet olivat huoltajien arvion perusteella kouluikäisillä pojilla yleisempiä kuin samanikäisillä tytöillä (kuvio 9). Keskittymisvaikeuksia oli vähintään kerran viikossa 19 %:lla kouluikäisistä pojista ja 12 %:lla samanikäisistä tytöistä. Tytöillä keskittymisvaikeudet olivat huoltajien arvion mukaan yleisimpiä kahdeksannella luokalla. 17 %:lla kahdeksannen luokan pojista ja 16 %:lla tytöistä oli huoltajien arvion mukaan ollut keskittymisvaikeuksia viikoittain. Noin 2 %:lla kouluikäisistä pojista ja 1 %:lla tytöistä oli keskittymisvaikeuksia lähes päivittäin.



Kuvio 9. Niiden lasten osuudet (%), joilla oli ollut keskittymisvaikeuksia kerran viikossa tai useammin viikoksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusväli). Tieto kysytty lapsen huoltajalta.

Kahdeksaluokkalaiset itse ilmoittivat keskittymisvaikeuksien olevan hieman yleisempiä kuin mitä huoltajat arvioivat. Noin viidesosa kahdeksaluokkalaisista raportoi viikoittaisista keskittymisvaikeuksista. Keskittymisvaikeuksia oli ollut lähes päivittäin viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana 2%:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja 1%:lla samanikäisistä pojista.

Vaikeus ymmärtää annettuja ohjeita

Kouluikäisten lasten huoltajilta kysyttiin onko lapsella vaikeuksia ymmärtää annettuja ohjeita. 10%:lla ensimmäisen luokan oppilaista, 12%:lla viidesluokkalaisista ja 8%:lla kahdeksaluokkalaisista oli huoltajan arvion mukaan vaikeuksia ohjeiden ymmärtämisessä viikoittain. Huoltajien arvion mukaan vaikeudet ohjeiden ymmärtämisessä olivat kaikissa ikäryhmissä yleisempiä pojilla kuin tytöillä.

Kahdeksaluokkalaisten oman ilmoituksen mukaan vaikeudet olivat yleisempiä kuin mitä huoltajat arvioivat. 19% kahdeksaluokkalaisista pojista ja 21% tytöistä vastasi, että heillä oli vaikeuksista ohjeiden ymmärtämisessä noin kerran viikossa tai useammin. Päivittäin vaikeuksia oli 1%:lla pojista ja 2%:lla tytöistä.

Hyökkäävä tai tavaroita rikkova käytös

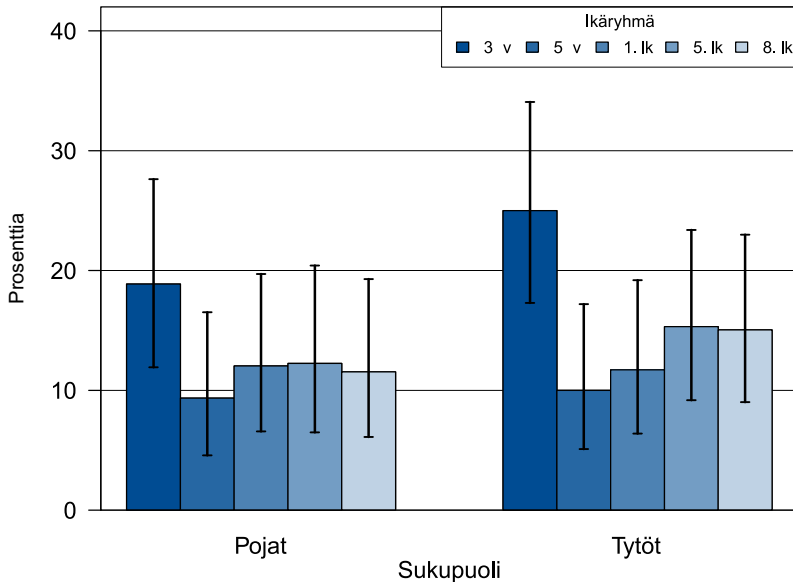
Hyökkäävä tai tavaroita rikkova käytös oli sitä yleisempää, mitä pienemmästä lapsesta oli kysymys. Huoltajien arvion mukaan hyökkäävää tai tavaroita rikkovaa käytöstä oli ollut ainakin satunnaisesti noin kolmasosalla leikki-ikäisistä ja 15%:lla kouluikäisistä. Hyökkäävä tai tavaroita rikkova käytös oli huoltajien arvion mukaan pojilla yleisempää kuin tytöillä. Hyökkäävää tai tavaroita rikkovaa käytöstä kerran viikossa tai useammin oli ollut viimeksi kuluneen kuuden kuukauden aikana 28%:lla kolmevuotiaista pojista ja 9%:lla samanikäisistä tytöistä. Vastaavat osuudet viisivuotiaista olivat 17% pojista ja 8% tytöistä. Kouluikäisistä viikoittaista hyökkäävää tai tavaroita rikkovaa käytöstä oli ollut 12%:lla ensimmäisen luokan pojista ja 5%:lla samanikäisistä tytöistä. Vastaavat osuudet viidesluokkalaisista olivat pojista 6% ja tytöistä 2%. Huoltajien ilmoituksen mukaan 3%:lla kahdeksaluokkalaisista pojista ja 4%:lla tytöistä oli ollut hyökkäävää tai tavaroita rikkovaa käytöstä viikoittain viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana.

Nuorten oman ilmoituksen perusteella hyökkäävä tai tavaroita rikkova käytös oli tytöillä hieman yleisempää kuin mitä huoltajat arvioivat. Nuorten oman ilmoituksen mukaan noin 5%:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja 3% pojista oli ollut hyökkäävää tai tavaroita rikkovaa käytöstä viikoittain.

Nukahtamisvaikeudet ja heräileminen yöllä

Sekä leikki-ikäisten että kouluikäisten huoltajilta kysyttiin onko lapsella nukahtamisvaikeuksia ja heräilekö lapsi öisin. Huoltajien vastausten perusteella noin 16%:lla leikki-ikäisistä lapsista ja 13%:lla kouluikäisistä oli viikoittain nukahtamisvaikeuksia. Vähintään kerran viikossa ilmenevät nukahtamisvaikeudet olivat kaikissa ikäryhmissä tytöillä hieman yleisempiä kuin pojilla (kuvio 10). Yleisimpiä

vaikeudet olivat kolmevuotiailla, joista noin reilulla viidesosalla (22 %) oli viikoittain vaikeuksia nukahtamisessa. Viidennen ja kahdeksannen luokan oppilaista noin 13–14 %:lla oli nukahtamisvaikeuksia vähintään kerran viikossa. Noin 2 %:lla sekä leikki- että kouluikäisistä lapsista oli vaikeuksia nukahtamisessa lähes päivittäin.



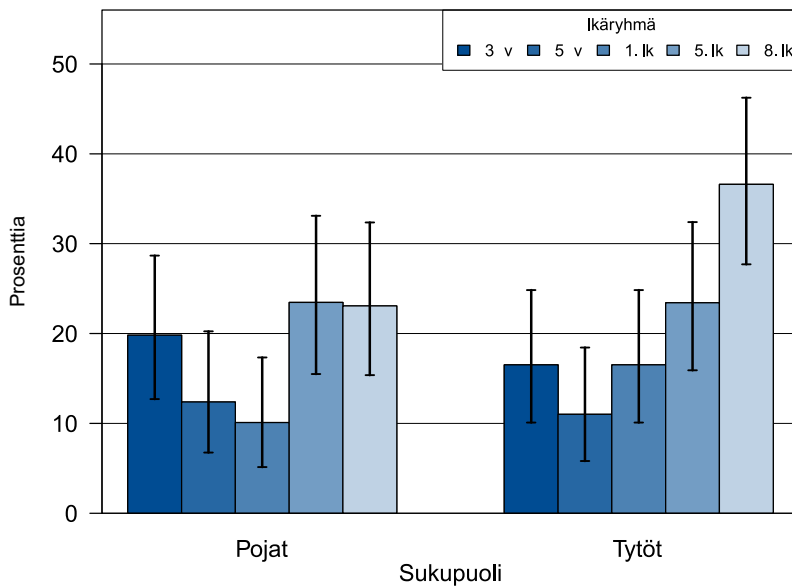
Kuvio 10. Niiden lasten osuudet (%), joilla oli ollut nukahtamisvaikeuksia kerran viikossa tai useammin viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusväli). Tieto kysytty lapsen huoltajalta.

Nukahtamisvaikeudet olivat nuoren oman ilmoituksen perusteella yleisempiä kuin mitä huoltajat arvioivat. Noin neljäsosalla kahdeksaluokkalaisista (28 % tytöistä ja 22 % pojista) oli vaikeuksia viikoittain. Noin 4 %:lla kahdeksaluokkalaisista pojista ja tytöistä oli nukahtamisvaikeuksia lähes joka ilta.

Kolme- ja viisivuotiaiden lasten yöuni oli vielä melko katkonaista. Huoltajien arvion mukaan noin 6 % leikki-ikäisistä heräili vielä lähes joka yö. Yöllistä heräilyä oli viikoittain 39 %:lla kolmevuotiaista, noin neljäsosalla (26 %) viisivuotiaista ja 10 %:lla kouluikäisistä. Yölliset heräilyt olivat sitä yleisempiä mitä nuoremmasta koululaisesta oli kysymys. Nuorten oman ilmoituksen mukaan viidesosalla kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja 12 %:lla pojista oli viikoittain heräilemistä öisin. Tytöistä 9 % oli heräillyt öisin useamman kerran viikossa viimeksi kuluneiden 6 kuukauden aikana.

Väsymys ja uupumus

Kun arvioidaan unen riittävyyttä tai unihäiriöiden merkitystä, on tärkeää selvittää onko niillä vaikutusta lapsen päivittäiseen toimintaan. Mikäli yöuni ei ole riittävää, lapsi on väsynyt päivällä. Maailman terveysjärjestön (WHO) koululaistutkimuksen mukaan suomalaiset koululaiset kärsivät enemmän väsymyksestä kuin koululaiset muualla EU-maissa (Tynjälä ym. 2002). LATE-tutkimuksen mukaan väsymystä oli ollut viikoittain 18 %:lla kolmevuotiaista ja 12 %:lla viisivuotiaista. Kouluikäisillä väsymys ja uupumus olivat sitä yleisempiä, mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys. 13 %:lla ensimmäisen luokan ja 23 %:lla viidennen luokan oppilasta oli väsymystä viikoittain (kuvio 11). Huoltajien vastausten perusteella väsymys oli yleisintä kahdeksannen luokan tytöillä, joista 37 %:lla oli ollut väsymystä kerran viikossa tai useammin. Vastaava osuus kahdeksasluokkalaisista pojista oli 23 %.

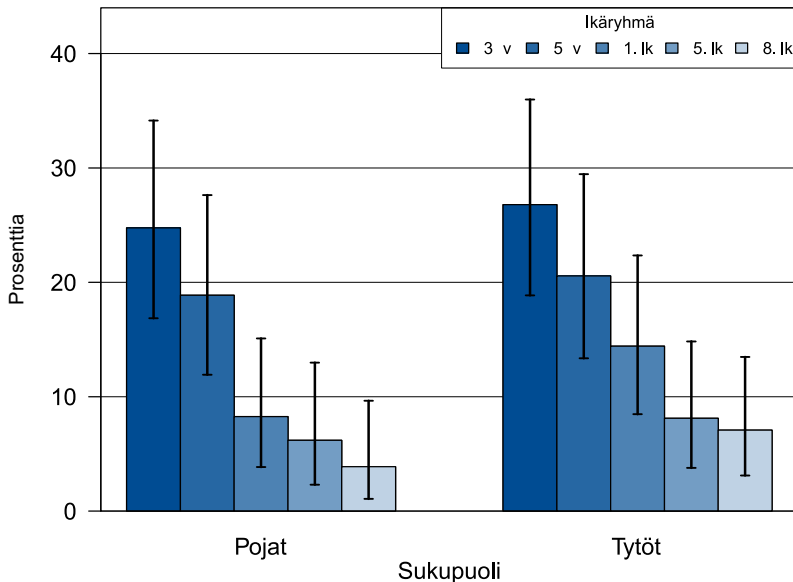


Kuvio 11. Niiden lasten osuudet (%), joilla oli ollut väsymystä ja uupumusta kerran viikossa tai useammin viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusväli). Tieto kysytty lapsen huoltajalta.

Kahdeksasluokkalaisten oman ilmoituksen mukaan väsymys oli yleisempää kuin huoltajat arvioivat. Tytöistä lähes puolet (46 %) ja pojista yli kolmasosa (37 %) oli tuntenut väsymystä ja uupumusta viikoittain. Kahdeksasluokkalaisista tytöistä 11 % ja pojista 7 % vastasi olevansa lähes päivittäin väsynyt ja uupunut.

Ruokahaluttomuus

Ruokahaluttomuus oli sitä yleisempää, mitä nuoremmasta lapsesta oli kysymys (kuvio 12). Ruokahaluttomuutta oli ollut vähintään kerran viikossa noin neljäsosalla (23%) leikki-ikäisistä ja 8%:lla kouluikäisistä viimeksi kuluneen kuuden kuukauden aikana. Tytöillä ruokahaluttomuus oli hieman yleisempää kuin pojilla kaikissa ikäryhmissä.



Kuvio 12. Niiden lasten osuudet (%), joilla oli ollut ruokahaluttomuutta kerran viikossa tai useammin viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusväli). Tieto kysytty lapsen huoltajalta.

Kahdeksannen (tai 9.) luokan oppilaiden omien vastausten perusteella 17%:lla tytöistä ja 4%:lla pojista oli ruokahaluttomuutta viikoittain. Lähes päivittäistä ruokahaluttomuutta oli 2%:lla tytöistä ja yhdellä pojalla. Päivittäinen ruokahaluttomuus saattaa olla syömishäiriön oire. Syömishäiriöt ovat nuoruusikäisten tyttöjen ongelma (Lasten ja nuorten syömishäiriöt Käypä hoito 20.8.2009). LATE-tutkimuksessa päivittäisestä ruokahaluttomuudesta raportoineiden tyttöjen osuus vastaa Suomessa tehdyn kaksostutkimuksen tuloksia, joiden mukaan laihuushäiriöiden esiintyvyys on tytöillä 2% ja pojilla noin kymmenesosa tästä. (Keski-Rahkonen ym. 2007, Raevuori ym. 2009).

Jännittyneisyys

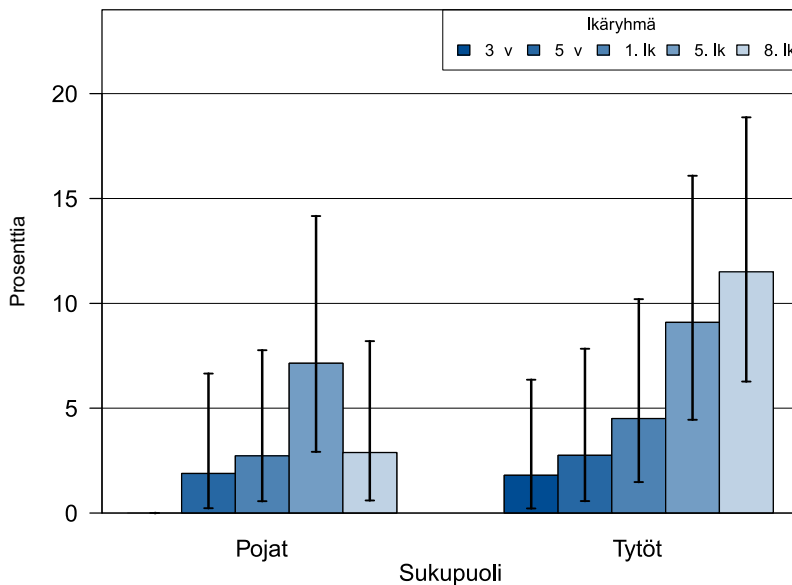
Huoltajien arvion mukaan leikki-ikäisistä lapsista 4%:lla ja kouluikäisistä lapsista 9%:lla oli ollut jännittyneisyyttä kerran viikossa tai useammin viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana. Noin 7%:lla ensimmäisen ja 11%:lla viidennen luokan

oppilaista oli jännittyneisyyttä viikoittain. Viikoittaista jännittyneisyyttä oli huoltajan arvion mukaan 6%:lla kahdeksaluokkalaisista pojista ja 12%:lla tytöistä.

Kahdeksaluokkalaisten oman ilmoituksen perusteella jännittyneisyys oli sekä tytöillä että pojilla yleisempää kuin mitä huoltajat arvioivat. Noin viidesosa tyttöistä ja noin joka kymmenes poika raportoi viikoittaisesta jännittyneisyydestä. Noin 3%:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä oli ollut jännittyneisyyttä lähes päivittäin, pojista ei kenelläkään.

Alakuloisuus

Huoltajat arvioivat, että 2%:lla leikki-ikäisistä ja 6%:lla kouluikäisistä oli ollut alakuloisuutta viikoittain. Alakuloisuus oli huoltajien vastausten perusteella kaikissa ikäryhmissä tytöillä yleisempää kuin pojilla, yleisintä se oli kahdeksaluokkalaisilla tytöillä (kuvio 13). Huoltajien arvion mukaan 12%:lla kahdeksaluokkalaisista tytöistä ja 3%:lla pojista oli alakuloisuutta viikoittain.



Kuvio 13. Niiden lasten osuudet (%), joilla oli ollut alakuloisuutta kerran viikossa tai useammin viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusväli). Tieto kysytty lapsen huoltajalta.

Kahdeksaluokkalaiset tytöt raportoivat alakuloisuuden olevan hieman yleisempää kuin mitä huoltajat arvioivat, poikien oma ilmoitus oli vastaava kuin huoltajien arvio. Kahdeksaluokkalaisista tytöistä 15% oli tuntenut itsensä alakuloiseksi viikoittain viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana. Noin 2% tytöistä oli tuntenut itsensä lähes päivittäin alakuloiseksi, pojista ei kukaan.

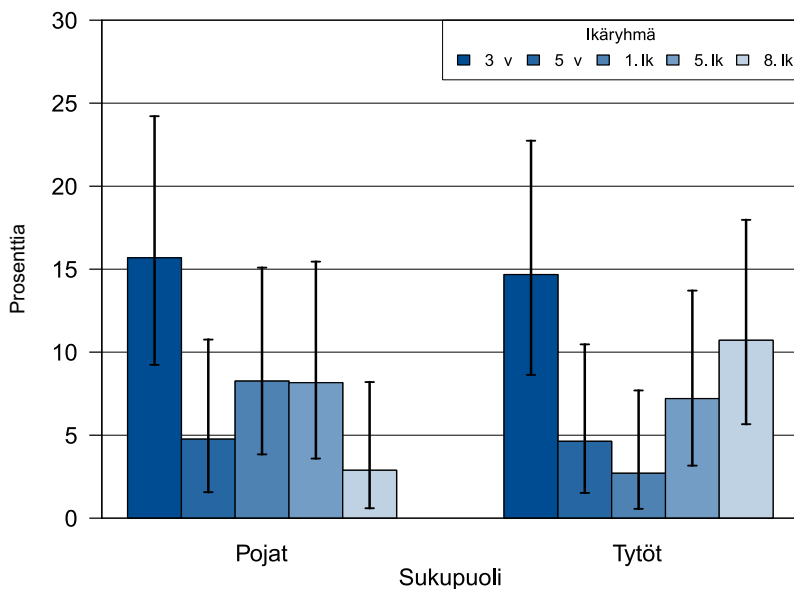
Vetäytyneisyys

Huoltajien arvion mukaan vetäytyneisyyttä vähintään kerran viikossa viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana oli ollut 2 %:lla viisivuotiaista ja 2 %:lla kouluikäisistä. Yleisintä vetäytyneisyys oli kahdeksaluokkalaisilla tytöillä, joista 4 %:lla oli ollut huoltajien arvion mukaan vetäytyneisyyttä kerran viikossa tai useammin.

Nuoret itse raportoivat vetäytyneisyyden olevan yleisempää kuin mitä huoltajat arvioivat. Kahdeksaluokkalaisista tytöistä 9 % ja pojista 4 % ilmoitti, että heillä oli ollut vetäytyneisyyttä viikoittain viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana.

Pelot

Pelkoja oli huoltajien arvion mukaan ollut kerran viikossa tai useammin noin 10 %:lla leikki-ikäisistä ja noin 7 %:lla kouluikäisistä lapsista. Yleisimpiä pelot olivat kolmevuotiailla, joista noin 15 %:lla oli ollut pelkoja viikoittain viimeksi kuluneen puolen vuoden aikana. Kahdeksaluokkalaisilla tytöillä viikoittaiset pelot olivat huoltajien ja nuorten oman arvion mukaan yleisempiä kuin muissa koululaisten ikäryhmissä tytöillä tai pojilla (kuvio 14).



Kuvio 14. Niiden lasten osuudet (%), joilla oli ollut pelkoja kerran viikossa tai useammin viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana (ikäryhmän ja sukupuolen mukaan, 95 % luottamusväli). Tieto kysytty lapsen huoltajalta.

3.3 Lasten ateriointi ja ruokavalinnat

Marja-Leena Ovaskainen, Suvi Virtanen

- Lähes jokainen lapsi sai rintamaitoa ensimmäisinä kuukausina. Puolen vuoden ikäisistä 64%:a imetettiin edelleen. Yksivuotiaista 86% sai tavanomaista äidinmaidonkorviketta (vieroitusvalmistetta).
- Lisäruoat aloitettiin keskimäärin 4,5 kk:n iässä ja tavanomaisimmat lisäruoat olivat peruna- ja kasvisoseet, hedelmäsoseet ja kauravalmisteet.
- Leikki-ikäisten lasten perheissä syötiin tavallisesti yhteinen ilta-ateria. Vanhempien lasten perheissä perheen yhteisten ilta-aterioiden nauttiminen oli harvinaisempaa.
- Leikki-ikäisistä lapsista vain vähän yli puolet söi kasviksia lounaalla ja alle puolet päivällisellä.
- Lasten leipärasvat olivat pääosin kasviöljyä sisältäviä ja juotu maito rasvatonta, ykkösmaitoa tai kevytmaitoa.
- Sokeripitoisia elintarvikkeita käytettiin yleisimmin välipaloilla tai iltapalalla.
- Ensimmäisellä ja viidennellä luokalla lähes jokainen söi koululounaan, mutta joka viides kahdeksaluokkalainen jätti lounaan joskus syömättä. Ensimmäisen luokan oppilaat söivät lähes kaiken aterialla tarjotun, mutta yläkouluikäiset söivät vain joitakin tarjotuista aterian osista.
- Imeväisillä vältettiin yleisimmin (n. 25%) lehmänmaitoa ja kananmunaa. Koulukäisistä 10% vältti maitoa laktoosi-intoleranssin vuoksi ja 10%:lla koululaisista oli jokin allergiaruokavalio.

LATE-tutkimukseen sisältyi myös ruokavalion arviointi (Mäki ym. 2008). Eri ikävaiheita varten kehitettiin omat lomakkeensa aterioiden, elintarvikevalintojen ja erityisruokavalioiden selvittämiseksi. Neuvolaikäisten ja ensimmäisen luokan oppilaiden lomakkeet laadittiin vanhempien täytettäväksi. Viidennen luokan oppilaat ja huoltajat täyttivät lomakkeet yhdessä ja kahdeksannen luokan oppilaat täyttivät lomakkeet omatoimisesti.

Imeväisikäisten (½- ja 1-vuotiaat) ruokavaliosta pyrittiin selvittämään imetyksen pituus, äidinmaidonkorvikkeiden tai vieroitusvalmisteiden käytön yleisyys, lisäruokien aloitusikä ja välttämisyruokavalioiden yleisyys. Leikki-ikäisten lasten (3- ja 5-vuotiaat) ruokavaliosta selvitettiin perheen yhteiset ateriat, välttämisyruokavalioiden yleisyys sekä yhden päivän ateriat ja niillä syötyjen 26 elintarvikkeen käyttöiheydet. Koulukäisiltä lapsilta selvitettiin arkipäivien ja viikonlopun ateriarytmi, perheen yhteiset ateriat sekä erilaisten elintarvikevalintojen tavanomaisuus eri päivinä.

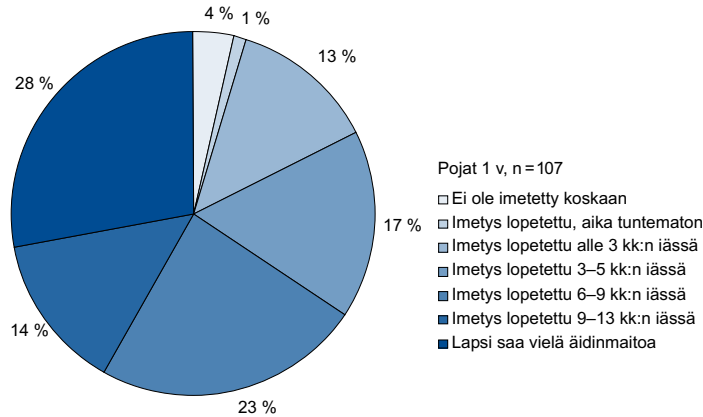
3.3.1 Imeväisikäisten ruokavalio

Vähintään yhdeksän kymmenestä vauvasta sai kolmen ensimmäisen elinpäivän aikana synnytyssairaalassa ravinnokseen äidinmaitoa (taulukko 40). Kolme prosenttia imeväisikäisistä ei ollut saanut rintamaitoa lainkaan. Noin puolet vastasyntyneistä oli saanut synnytyssairaalassa luovutettua rintamaitoa ja kolmannes äidinmaidonkorviketta. Hyvin samankaltaisia tuloksia saatiin DIPP-ravintotutkimuksessa (Type 1 Diabetes Prediction and Prevention Study), jonka mukaan 80 % lapsista sai lisämaitoa synnytyssairaalassa (Kyttälä ym. 2008).

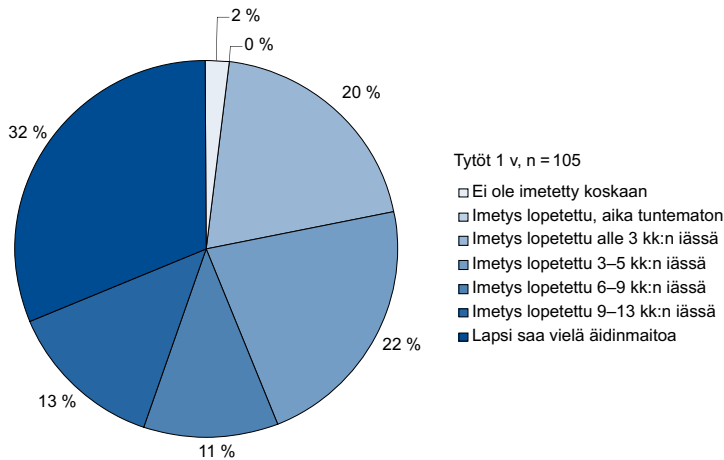
Taulukko 40. Lasten saamat maitolaadut (%) kolmen ensimmäisen elinpäivän aikana synnytyssairaalassa. Tieto kysytty lapsen ollessa puolivuotias.

	Pojat n=111	Tytöt n=108	Yhteensä n=219
Äidinmaitoa	96	90	93
Luovutettua rintamaitoa	47	50	48
Äidinmaidonkorviketta	29	26	27
Muuta	0	1	0,6

Imetys loppui alle kolmen kuukauden iässä kuudesosalla vauvoista. Imetyksen lopettaminen ennen puolen vuoden ikää oli tavallisempaa tytöillä (44%) kuin pojilla (35%) (kuviot 15 ja 16). Puolivuotiaista 64% sai edelleen äidinmaitoa. Yhden vuoden iässä 32% tytöistä ja 28% pojista sai edelleen äidinmaitoa (kuviot 15 ja 16). Sekä imetyksen yleisyys että kesto vastaavat aikaisempia selvityksiä rintaruokinnan yleisyydestä (Hasunen & Rynänen 2006). Kolme neljästä puolivuotiaasta sai tavanomaista äidinmaidonkorviketta ja yksivuotiaista lähes 90% sai vieroitusvalmistetta (äidinmaidonkorviketta). Alle 5% puolivuotiaista ja 7% yksivuotiaista lapsista sai soijapohjaista tai muuta erityiskorviketta. Tavallista lehmänmaitoa sai 43% lapsista yhden vuoden iässä ja lehmänmaidon keskimääräinen aloitusikä oli 10,8 kk.



Kuvio 15. Imetyksen keston vaihtelu pojilla. Tieto kysytty yksivuotistarkastuksessa.



Kuvio 16. Imetyksen keston vaihtelu tytöillä. Tieto kysytty yksivuotistarkastuksessa.

Lisäruokien aloitus

Vuoden ikään mennessä lähes kaikkien lasten ruokavalioon sisältyi perunaa, juureksia, kasviksia, hedelmiä, viljoja ja lihaa (taulukko 41). Lisäruokien aloitussiät vastaavat aikaisempien imeväisikäisten ruokintaa selvittäneiden tutkimusten tuloksia (Hasunen & Ryyänen 2006, Kyttälä ym. 2008). Yksivuotiaiden vanhemmat raportoivat kiinteiden ruokien aloituksen hieman myöhäisempänä kuin puolivuotiaiden vanhemmat. Raportointiero johtunee sekä muistamiseroista että kasvuvaiheen todellisista eroista, koska yhden vuoden iässä on jo ehditty aloittaa useampia ruokia kuin puolivuotiaille. Lasten huoltajat, erityisesti yksivuotiaiden lasten, olivat kokee-neet lisäruokien aloitussiän muistamisen vaikeaksi (Mäki ym. 2008).

Taulukko 41. Lisäruokia saaneiden osuus (%) puolen vuoden ja vuoden iässä.

	½ v			1 v		
	pojat	tytöt	yht. (n=202)	pojat	tytöt	yht. (n=211)
Peruna, porkkana ¹	94	94	94	99	99	99
Marjat, hedelmät ¹	83	91	87	99	99	99
Mehut	3	4	3	38	32	35
Kasvikset ¹	23	28	26	93	93	93
Kaura	60	67	64	97	98	98
Vehnä, ruis, ohra	44	43	43	96	98	97
Hirssi, tattari	45	50	48	67	64	65
Liha ¹	64	57	61	99	97	98
Kala ¹	22	17	19	94	90	92

¹ Ruokaryhmä sisältää sekä teolliset lastenruoat että kotona valmistetut ruoat.

Imeväisikäisten ruokavalioon lisättiin ensimmäisinä perunaa, juureksia, kasviksia tai hedelmiä keskimäärin 4 ½ kuukauden iässä (taulukko 42). Vanhempia pyydettiin kirjaamaan kuukauden ja viikon tarkkuudella lisäruoan aloitusajankohta, ja aloitusikä laskettiin keskimäärin kuukausina. Eri ruokien aloitusikä vaihteli suuresti. Viljat ja liha lisättiin ruokavalioon keskimäärin vähän yli viiden kuukauden iässä.

Tämän tutkimuksen kyselylomakkeella ei eroteltu kotitekoisia ruokia tai teollisia lastenruokavalmisteita. DIPP-aineiston perusteella (Kyttälä ym. 2008) jokseenkin kaikki yksivuotiaat saivat teollisia lastenruokavalmisteita kotitekoisen ruoan ohella.

Taulukko 42. Ruokien keskimääräiset aloitusiät (kk) sekä vaihteluväli. Tieto kysytty yhden vuoden iässä.

	n	keskiarvo	minimi	maksimi
Peruna, juurekset ¹	211	4,4	2,3	10,5
Marjat, hedelmät ¹	212	4,6	3	11,3
Mehut	76	9,6	3	13
Kasvikset ¹	200	6,9	3	12
Kaura	213	5,5	2,5	10
Vehnä, ruis, ohra	211	6,3	3	12
Hirssi, tattari, maissi	141	5,8	2	12
Liha ¹	213	6	4	12
Kala ¹	200	6,8	3	12

¹ Ruokaryhmä sisältää sekä teolliset lastenruoat että kotona valmistetut ruoat.

Kalaa, kananmunaa ja lehmänmaitoa vältettiin puolivuotiaiden ja yksivuotiaiden ruokavaliossa yleisemmin perheen omasta aloitteesta kuin lääkärin tai terveydenhuollon ammattilaisen aloitteesta (taulukko 43). Välttämisruokavalioiden yleisyys pieneni lapsen kasvaessa.

Taulukko 43. Imeväisikäisten ja leikki-ikäisten ruokavaliossa tavallisimmin vältetyt ruoka-aineet ja välttämisen peruste.

Vältetty ruoka-aine	Välttämisen peruste, aloitteentekijä							
	½ v (n=206)		1 v (n=217)		3 v n=219)		5 v (n=216)	
	Perhe	Ammatti- henkilöt ¹	Perhe	Ammatti- henkilöt	Perhe	Ammatti- henkilöt	Perhe	Ammatti- henkilöt
Kala	19	4	6	3	1	1	2	1
Kananmuna	26	8	7	3	1	1	1	2
Lehmänmaito	27	18	8	5	2	1	1	3
Kotimaiset viljat	8	4	1	2	0	0	0	1

¹ Ammattihenkilöt terveydenhuollon lääkäreitä tai terveydenhoitajia

3.3.2 Leikki-ikäisten ja koulutulokkaiden ruokavalio

Leikki-ikäiset söivät tyypillisimmin 5–6 ateriaa päivässä: aamupalan, kaksi pääateriaa ja yhden tai kaksi välipalaa tai iltapalan. Lisäksi puolet leikki-ikäisistä napposteli ateriointikertojen välissä. Ruokien käyttöä kysyttiin yhden päivän aikana käyttöiheytenä. Keitetyt perunat tai perunasose oli sekä lounaalla että päivällisellä tyypillisin pääruoan lisäke leikki-ikäisillä lapsilla (taulukko 44).

Taulukko 44. Pääruokien yleisyys (%) leikki-ikäisten ja ensimmäisen luokan oppilaiden pääaterioilla yhden päivän aikana.

	3 v	5 v	1 lk
Kalaruokaa			
Lounaalla	18	16	13
Päivällisellä	14	16	12
Liha- makkara ruokaa			
Lounaalla	63	61	59
Päivällisellä	66	60	63
Keitettyä perunaa, perunasosetta			
Lounaalla	52	59	53
Päivällisellä	50	45	43
Paistettuja tai ranskanperunoita			
Lounaalla	3	5	4
Päivällisellä	6	2	7

Taulukko 45. Kasvisten käyttö päivän aterioilla leikki-ikäisillä ja ensimmäisen luokan oppilailla.

%	3 v (n=219)	5 v (n=214)	1. lk (n=219)
Aamupalalla	8	13	11
Lounaalla	61	67	56
Välipaloilla	7	12	8
Päivällisellä	59	52	48
Iltapalalla	7	11	11

Puolet leikki-ikäisistä käytti kasviksia lounaalla tai päivällisellä (taulukko 45). Hedelmiä ja täysmehua käytettiin tyypillisimmin aamupalalla, välipalalla tai iltapalalla (ei taulukoitu). Ensimmäisellä luokalla olevien lasten kasvisten syöminen lounaalla oli vähäisempää kuin viisivuotiailla, mutta kyse voi olla kouluaterian mittaamisen vaikeudesta. Kysyttäessä erikseen ensimmäisen luokan oppilaiden vanhemmilta kouluateriaalla nautittuja ruokia, kasviksia söi kuitenkin 88 % lapsista (taulukko 52).

Suurin osa leikki-ikäisistä ja ensimmäisen luokan oppilaista sai leipärasvana kasvirasvaveitettä (taulukko 46). Lähes yhtä yleistä oli kuitenkin, että leipärasvan käyttöä ei raportoitu lainkaan. Rasvattoman maidon, ykkösmaidon ja kevytmaidon käyttö olivat lähes yhtä yleisiä leikki-ikäisillä ja ensimmäisen luokan oppilailla (taulukko 47). Maitoa tai piimää joi kouluateriaalla 90 % ensimmäisen luokan oppilaista, joten tässä vaiheessa maitoa juomattomia oli vähän.

Taulukko 46. Eri leipärasvojen käyttö päivän aterioilla leikki-ikäisillä ja ensimmäisen luokan oppilailla.

%	3 v (n=219)	5 v (n=214)	1. lk (n=219)
Margariini/kasvirasvaseos			
Aamupalalla	56	61	50
Lounaalla	43	41	40
Välipaloilla	39	38	33
Päivällisellä	30	30	23
Iltapalalla	47	52	45
Voi/voi-kasvirasvaseos			
Aamupalalla	9	9	16
Lounaalla	5	4	6
Välipaloilla	7	4	8
Päivällisellä	6	10	7
Iltapalalla	7	11	18

Taulukko 47. Eri maitojen käyttö juomana päivän aterioilla leikki-ikäisissä ja ensimmäisellä luokalla.

% käyttäjiä	3 v (n=219)	5 v (n=214)	1 lk (n=219)
Rasvaton maito			
Aamupalalla	39	34	36
Lounaalla	38	40	38
Välipaloilla	22	18	18
Päivällisellä	39	39	37
Iltapalalla	34	30	30
Kevyt maito, muu maito			
Aamupalalla	40	36	34
Lounaalla	41	39	32
Välipaloilla	22	19	12
Päivällisellä	38	35	37
Iltapalalla	33	29	24

Sokeroitua virvoitusjuomaa tarjottiin vain harvoin aterioilla leikki-ikäisille, mutta viidennes leikki-ikäisistä nautti sokeroitua mehua välipaloilla. Lähes joka kymmenes leikki-ikäisistä lapsista sai päivän eri aterioilla keinotekoisesti makeutettuja light-juomia (taulukko 48). Makeisten ja suklaan sekä makeiden välipalojen syöminen iltapäivän välipalalla yleistyi lapsen kasvaessa leikki-ikästä kouluikään. Ensimmäisellä luokalla 18 % pojista ja 9 % tytöistä oli syönyt makeisia ja kolmannes makeita leivonnaisia, vanukkaita tai jäätelöä edellisen iltapäivän välipalalla.

Taulukko 48. Makeiden elintarvikkeiden ja juomien käyttö päivän aterioilla (käyttäjien osuus % lapsista) leikki-ikäisillä ja ensimmäisen luokan oppilailla.

%	3 v (n=219)	5 v (n=214)	1. lk (n=219)
Makeiset ja suklaa			
Välipaloilla	7	13	14
Päivällisellä	2	3	3
Iltapalalla	2	1	1
Leivonnaiset, vanukkaat, jäätelö, jälkiruoat			
Lounaalla	6	5	5
Välipaloilla	29	33	35
Päivällisellä	15	13	11
Iltapalalla	4	5	10
Sokeroitu virvoitusjuoma			
Välipaloilla	1	4	6
Iltapalalla	1	1	1
Sokeroidut mehut			
Aamupalalla	2	4	3
Lounaalla	5	4	1
Välipaloilla	21	20	21
Päivällisellä	6	5	1
Iltapalalla	7	8	6
Light-juomat, keinotekoisesti makeutetut mehut ja virvoitusjuomat			
Aamupalalla	1	3	2
Lounaalla	1	1	1
Välipaloilla	8	7	10
Päivällisellä	1	3	2
Iltapalalla	3	4	5

Lähes 90 % puolivuotiaista ja yksivuotiaista lapsista sai päivittäin D-vitamiinivalmistetta tai kalanmaksaöljyä (taulukko 49). Vanhemmille lapsille annettiin D-vitamiinivalmistetta harvemmin, sillä enää 14 % viisivuotiaista sai päivittäin D-vitamiinivalmistetta.

Taulukko 49. D-vitamiinivalmisteiden käyttö alle kouluikäisillä lapsilla tutkimushetkellä.

%	½ v (n=219)	1 v (n=218)	3 v (n=219)	5 v (n=216)
Ei lainkaan	2	3	32	68
Kyllä, kerran viikossa tai harvemmin	3	2	9	8
Kyllä, 2–5 päivänä viikossa	5	9	14	10
Kyllä, päivittäin tai lähes päivittäin	90	86	44	14

3.3.3 Kouluikäisten lasten ruokavalio

Lounas oli päivän yleisin ateria kouluikäisillä lapsilla (taulukko 51): ensimmäisellä luokalla 96 %, viidesluokkalaisista 94 % ja 79 % kahdeksaluokkalaisista raportoi syövänsä lounaan kaikkina arkipäivinä. Ateriat muuttuivat epäsäännöllisemmiksi arkisin lapsen kasvaessa. Kahdeksannen luokan tytöillä lounaan, päivällisen ja iltapalan syöminen oli harvinaisempaa kuin pojilla, mutta aamupalan ja iltapäivän välipalan syöminen yleisempää. Ensimmäisellä luokalla 4 %, viidennellä luokalla 16 % ja kahdeksannella luokalla 35 % jätti aamupalan syömättä jonain arki-aamuna. WHO:n koululaistutkimuksen kyselyn (Ojala ym. 2006) mukaan poikien arkiateriat olivat huomattavasti säännöllisemmät kuin tyttöjen. Vain puolet seitsemannen luokan tytöistä söi iltaterian päivittäin (Ojala ym. 2006). LATE-tutkimuksen tulosten mukaan päivällinen kuului arkipäivien rytmiin jokapäiväisesti 77 %:lla kahdeksaluokkalaisista pojista ja 67 % samanikäisistä tytöistä (taulukko 51).

Taulukko 50. Kouluikäisten aamupalan syöminen viikonloppuna.

%	1. lk		5. lk			8. (9.) lk		
	yhteensä (n=222)	pojat (n=104)	tytöt (n=115)	yhteensä (n=219)	pojat (n=108)	tytöt (n=113)	yhteensä (n=221)	
Söi lauantaina	99	94	93	94	91	89	90	
Söi sunnuntaina	99	96	96	96	91	81	86	

Taulukko 51. Eri aterioiden nauttiminen arkisin kouluikäisillä (%).

Joka arkipäivä	1. lk			5. lk			8. (9.) lk		
	pojat n=111	tytöt n=108	yhteensä n=219	pojat n=103	tytöt n=114	yhteensä n=219	pojat n=108	tytöt n=113	yhteensä n=221
Aamupala	95	98	96	84	84	84	63	67	65
Aamupäivän välipala	9	3	6	3	3	3	5	5	5
Lounas	97	95	96	94	93	94	85	73	79
Iltapäivän välipala	82	75	78	58	61	59	29	35	32
Päivällinen	87	90	89	85	91	89	77	67	72
Illan välipala	16	13	14	17	18	18	16	12	14
Iltapala	95	94	94	88	81	84	69	64	66
Napostelua	4	9	7	12	11	11	8	10	9

Ensimmäisen luokan oppilaat söivät aamupalan säännöllisesti myös viikonloppuna (taulukko 50), ja kahdeksannellakin luokalla 86–90 % söi aamupalan viikonloppuisin. Alaluokkien oppilaista yli 90 % söi lounaan arkipäivisin, mutta kahdeksaluokalaisista 79 % (taulukko 51). Päivällisen syöminen jokaisena arkipäivänä oli vielä harvinaisempaa kahdeksannen luokan oppilaille. Viikonloppuisin päivällistä syötiin selvästi yleisemmin kuin lounasta.

Taulukko 52. Edellisen päivän kouluateriaalla tai päiväkotiaateriaalla¹ tarjottujen ruokien syöminen (%) ensimmäisen luokan oppilaille.

%	1. lk		
	pojat	tytöt	yhteensä
Peruna	88	87	88
Riisi, pasta (lisäke tai puuro)	40	48	43
Liha- tai kalaruoka	96	95	96
Kasvisruoka	23	22	22
Salaatti tai raaste	86	90	88
Maito tai piimä	92	90	91
Vesi	40	33	37
Leipä	83	85	84
Rasvavete	80	81	81
N	86–99	79–99	165–198
Puuttuvat	12–25	14–34	26–59

¹ Ensimmäisen luokan oppilaita tutkittiin jo kesällä ennen koulun alkua, joten osa heistä oli vielä päivähoitossa tutkimuksen aikaan.

Taulukko 53. Maitolaatu kouluikäisillä kotona ja koulussa.

%	1. lk			5. lk			8. (9.) lk		
	pojat (n=110)	tytöt (n=113)	yhteensä	pojat (n=103)	tytöt (n=115)	yhteensä	pojat (n=108)	tytöt (n=112)	yhteensä
Maitolaatu kotona									
Rasvatonta maitoa	46	45	46	50	33	41	42	52	47
Ykkösmaitoa	8	12	10	4	10	7	13	6	10
Kevytmaidtoa	39	33	36	32	44	38	36	29	32
Täysmaidtoa	2	3	2	5	1	3	2	1	1
Ei juo maitoa	5	8	6	10	13	12	7	13	10
Maitolaatu koulussa									
Rasvatonta maitoa	46	46	46	44	40	42	44	51	47
Ykkösmaitoa	6	10	8	3	5	4	8	4	6
Kevytmaidtoa	29	26	28	24	20	22	24	12	18
Täysmaidtoa	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Ei juo maitoa	8	8	8	21	34	28	22	32	27
Ei tietoa	11	11	11	8	2	5	3	1	2

Rasvaton maito oli yleisin maitolaatu sekä kotona että koulussa (taulukko 53). Maitoa ei juonut kotona 6–10 % koululaisista ikävaiheesta riippuen. Koulussa 8 % ensimmäisen luokan ja neljäsosa viidennen tai kahdeksannen luokan oppilaista ei juonut maitoa. Maitoa juomattomien osuus oli suurempi tytöillä kuin pojilla. Maidon juonnin ero kotona ja koulussa saattaa johtua siitä, että kaikissa kouluissa ei ole saatavilla laktoositonta maitojuomaa. Leipärasvana käytettiin yleisimmin kasvirasvavevitettä (yli 63 %). Ensimmäisellä luokalla neljännes oppilaiden vanhemmista ei tiennyt mitä levitettä koulussa käytettiin. Joka neljäs viidesluokkalainen söi päivittäin puuroa tai muroja, mutta kahdeksasluokkalaisista enää kuudesosa.

Taulukko 54. Leipärasva kouluikäisillä kotona ja koulussa.

%	1. lk (n=224)	5. lk (n=217)	8. (9.) lk (n=221)
Rasvavevite kotona			
Margariinia, kevytlevitettä tai kasvirasvaseosta	71	67	64
Voita tai maitorasvaöljyseosta	27	31	33
Ei mitään	2	2	3
Rasvavevite koulussa			
Margariinia, kevytlevitettä tai kasvirasvaseosta	72	69	65
Voita tai maitorasvaöljyseosta	3	18	22
Ei mitään	1	7	6
En tietoa	24	6	7

Laktoositonta ruokavaliota noudatti noin 10 % koululaisista ja 10 %:lla oli jokin allergiaruokavaliio. Osuudet olivat hieman pienemmät kuin Yläkoulututkimuksessa (Hoppu ym. 2008). Muut erityisruokavaliot olivat harvinaisia. Kahdeksasluokkalaisista 1,4 % noudatti diabetesruokavaliota, 1,9 % laihdutusruokavaliota, 1 % kasvisruokavaliota ja 0,5 % vegaaniruokavaliota.

Elintarvikevalinnat viidennellä ja kahdeksannella luokalla

Tässä tutkimuksessa kysyttiin viidennen ja kahdeksannen luokan oppilailta, mitä ruokia he olivat syöneet edellisen viikon kouluaterioilla. Käyttötiheyden arviointi oli kuitenkin ilmeisen vaikeaa, sillä vastaukset olivat osin epäloogisia. Esimerkiksi kalaruokia raportoi käyttävänsä joka päivä noin 5 % koululaisista. Frekvenssilomakkeen käyttö lasten ja nuorten tutkimuksissa edellyttää jatkokehittelyä, testausta ja validiteetin tutkimista.

Viidesluokkalaisista 66 % söi tuoretta kasvisalaattia tai -raastetta joka päivä kouluaterialla ja 87 % vähintään kolmena päivänä, mutta kahdeksasluokkalaisista vain 34 % söi kasviksia joka päivä ja 68 % vähintään kolmena päivän viikossa (taulukko 55). Sekä maidon tai piimän juominen että leivän syöminen kouluaterialla oli kahdeksasluokkalaisilla harvinaisempaa kuin viidesluokkalaisilla. Kouluterveyskyselyn mukaan pääruoka, kasvikset ja leipä olivat yleisimmin nautitut kouluaterian osat (Luopa ym. 2008), mutta kaksi kolmesta kouluterveyskyselyyn vastanneesta jätti jonkin kouluaterian osan syömättä. Suurin osa LATE-tutkimuksen viides- ja

kahdeksaluokkalaisista piti kouluruoasta. Vastaavia tuloksia saatiin Yläkoulututkimuksessakin (Hoppu ym. 2008). Vain kolme prosenttia LATE-tutkimuksen koululaisista arvioi, ettei kouluruoka ole hyvää. Kolmasosan mielestä kouluateria sisälsi riittävästi kasviksia ja kasvikset olivat aterian paras osa. Kymmenen prosenttia koululaisista oli sitä mieltä, että kasvikset ja hedelmät eivät ole kouluruoan paras osa.

Taulukko 55. Edellisen viikon kouluaterioilla tarjottujen ruokien syöminen viidennen ja kahdeksannen luokan oppilailla.

Vähintään kolmena koulupäivänä edellisen viikon aikana	5. lk			8. (9.) lk		
	pojat	tytöt	yhteensä	pojat	tytöt	yhteensä
Perunoita	77	71	74	58	48	53
Pastaa tai riisiä	12	23	18	23	23	23
Liha- tai makkararuokia	59	62	61	63	57	60
Kasviksia, raasteita	82	92	87	57	79	68
Maitoa tai piimää	76	65	71	67	60	63
Vettä	43	54	49	46	58	52
Leipää	75	73	74	60	71	66
Rasvalevitettä	67	69	68	59	64	62

Täysmehujen päivittäiskäyttäjiiä oli enemmän kuin tuoreiden hedelmien päivittäiskäyttäjiiä (taulukko 56). Tulokset vastaavat Yläkoulututkimuksen tuloksia (Hoppu ym. 2008). Kasviksia sisältyi päivittäin lähes jokaisen viides- ja kahdeksaluokkalaisen ruokavalioon. Vain 40 % viides- ja kahdeksaluokkalaisista arvioi syöneensä ruisleipää joka päivä, mikä vastaa Yläkoulututkimuksen tulosta (Hoppu ym. 2008). Tummaa vehnäleipää arvioi syöneensä joka päivä vain kolmannes viidesluokkalaisista ja viidennes kahdeksaluokkalaisista.

Liha-, kana- tai makkararuokaa söi vähintään joka toisena päivänä kuudesosa oppilaista. Sekä kala- että kasvispääruokaa vähintään kerran viikossa arvioi syöneensä neljäsosa koululaisista. Lähes joka toinen viides- tai kahdeksaluokkalainen söi pizzaa kerran tai kaksi kertaa viikossa. Hampurilaisia söivät kerran tai kaksi kertaa viikossa puolet viidesluokkalaisista ja kolmasosa kahdeksaluokkalaisista. Kahvia joi päivittäin 7 % kahdeksaluokkalaisista, viidesluokkalaisista hyvin harva. Sen sijaan kaakaon juonti oli suosituimpaa sekä viides- (15 % päivittäin) että kahdeksaluokkalaisilla (12 % päivittäin).

Taulukko 56. Hedelmien, marjojen ja täysmehujen päivittäiskäyttäjät (%) edellisen viikon aikana.

	5. lk			8. (9.) lk		
	pojat	tytöt	yhteensä	pojat	tytöt	yhteensä
Hedelmien päivittäiskäyttäjiiä	27	21	24	20	39	30
Marjojen päivittäiskäyttäjiiä	7	7	7	10	6	8
Täysmehujen päivittäiskäyttäjiiä	39	35	37	33	45	39

Sokeroitua mehua tai virvoitusjuomia käytti lähes päivittäin 10% koululaisista (taulukko 57). Kahdeksaluokkalaisista lähes saman verran käytti energia- tai urheilujuomia lähes päivittäin. Makeisten tai suklaan päivittäiskäyttöä raportoitiin korkeintaan kaksi prosenttia koululaisista, mutta yli kymmenen prosenttia 3–5 päivänä viikossa. Yläkoulu-tutkimuksen kahden päivän tarkassa ruokavaliohaastattelussa koululaisista kolmasosa käytti vähintään toisena päivänä makeisia tai suklaata (Hoppu ym. 2008). Suolaisia naposteltavia vähintään kerran viikossa söi kolmannes LATE-tutkimuksen koululaisista.

Taulukko 57. Edellisen viikon aikana (7 päivän) makeisia ja makeita juomia käyttäneiden osuus (%).

%	5. lk	8. (9.) lk
	yhteensä	yhteensä
Sokeroitu mehu, virvoitusjuoma		
Ei kertaakaan	11	12
1–2 päivänä	38	49
3–5 päivänä	32	30
Päivittäin tai useita kertoja päivässä	19	9
Light-juoma		
Ei kertaakaan	63	68
1–2 päivänä	24	24
3–5 päivänä	7	5
Päivittäin tai useita kertoja päivässä	6	4
Urheilu- tai energiajuoma		
Ei kertaakaan	92	77
1–2 päivänä	8	14
3–5 päivänä	0	7
Päivittäin tai useita kertoja päivässä	0	2
Suklaa		
Ei kertaakaan	25	21
1–2 päivänä	63	62
3–5 päivänä	10	14
Päivittäin tai useita kertoja päivässä	2	3
Salmiakki tai lakritsi		
Ei kertaakaan	66	66
1–2 päivänä	30	30
3–5 päivänä	5	4
Päivittäin tai useita kertoja päivässä	0	0,5
Muu makeinen tai karamelli		
Ei kertaakaan	16	32
1–2 päivänä	68	56
3–5 päivänä	14	11
Päivittäin tai useita kertoja päivässä	2	1

3.3.4 Perheen yhteinen ateriointi

Perheen yhteiset ilta-ateriat harvinaistuivat lapsen kasvaessa (taulukko 58). Kyselylomakkeella perheen kanssa ruokailu määriteltiin siten, että vähintään toinen vanhemmista oli aterialla läsnä. Leikki-ikäiset ja ensimmäisen luokan oppilaat söivät arkisin ilta-aterian yleensä yhdessä perheen kanssa. Kahdeksannella luokalla vain puolet tytöistä ja vähän yli puolet pojista söi ilta-aterian perheen kanssa lähes joka arkipäivä. Viisitoista prosenttia kahdeksaluokkalaisista söi arkisin ilta-aterian perheen kanssa vain kerran viikossa tai ei lainkaan. Kahdeksannen luokan oppilaista 7 % ilmoitti, ettei perheessä ole juuri koskaan yhteisiä ilta-aterioita. Kouluterveyskyselyn (Luopa ym. 2008) tulosten mukaan 14 % yläasteen oppilaista ei yleensä syönyt kotona varsinaista ateriaa, vaan ”kukin ottaa itselleen syötävää”. Yhteisen aterian söi 41 % peruskoululaisista kotona yhteisessä ruokapöydässä, 37 % lukiolaisista ja 34 % ammatillisten oppilaitosten oppilaista. Tulokset ovat siis samansuuntaisia tämän tutkimuksen tulosten kanssa.

Taulukko 58. Perheen yhteiset ilta-ateriat arkisin eri ikävaiheissa.

%	3 v (n=219)	5 v (n=217)	1. lk (n=224)	5. lk (n=219)	8. (9.) lk (n=221)
Ei juuri koskaan	1	1	2	2	7
Kerran viikossa	2	3	2	5	8
2-3 kertaa viikossa	8	12	13	14	31
4-5 kertaa viikossa	89	84	84	79	53

Vanhemmat arvioivat lähes kaikkien leikki-ikäisten lasten ruokahalun hyväksi. Lasten valikoivuus elintarvikkeiden suhteen oli suurimmillaan alaluokilla (taulukko 59). Kahdeksannen luokan oppilaista puolet söi lähes kaikkea tarjottua ruokaa. Kahdeksaluokkalaiset tytöt raportoivat ruokahaluttomuutta useammin kuin pojat (luku 3.2.13).

Taulukko 59. Leikki-ikäisten ja kouluikäisten ruokavalion valikoivuus.

%	3 v (n=219)	5 v (n=217)	1. lk (n=222)	5. lk (n=216)	8. (9.) lk (n=210)
Valikoiva, karttava	7	8	10	11	6
Välttää joitakin ruokia tai elintarvikkeita	28	37	42	42	44
Syö lähes kaikkea tarjottua	65	54	48	47	50

3.4 Muut terveystottumukset

Päivi Mäki

- Alle kouluikäisten lasten ja ensimmäisen luokan oppilaiden yöunen pituus oli keskimäärin 10 tuntia. Viidesluokkalaiset nukkuivat keskimäärin 9 tuntia ja kahdeksaluokkalaiset keskimäärin 8 tuntia arkiöisin. Noin viidesosalla kahdeksaluokkalaisista yöunen pituus oli arkisin alle 8 tuntia.
- Puoli- ja yksivuotiaista lapsista lähes kaikki nukkuivat päiväunia päivittäin tai lähes päivittäin. 67 % kolmevuotiaista ja 30 % viisivuotiaista nukkui säännöllisesti päiväunia.
- Noin 10 % leikki-ikäisistä ja ensimmäisen luokan oppilaista liikkui arkisin alle suositusten eli alle kaksi tuntia päivässä. Viidesluokkalaisista vajaa viidesosa (18 %) ja kahdeksaluokkalaisista vain 7 % oli harrastanut liikuntaa vähintään tunnin päivässä joka päivä edellisen viikon aikana.
- 73 % kolmevuotiaista ja 66 % viisivuotiaista katsoi televisiota tai käytti tietokonetta tunnin tai sitä vähemmän päivässä arkisin. Suurin osa (95 %) ensimmäisen luokan oppilaista ja 64 % viidesluokkalaisista katsoi televisiota tai käytti tietokonetta arkisin noin 1–2 tuntia päivässä. Viikonloppuisin ruudun ääressä kului aikaa enemmän. Suositus korkeintaan kahden tunnin päivittäisestä ruutuajasta toteutui viikonloppuisin 64 %:lla ensimmäisen ja 25 %:lla viidennen luokan oppilaista.
- Yli puolet (55 %) kahdeksaluokkalaisista pojista ja 68 % samanikäisistä tytöistä käytti korkeintaan kaksi tuntia päivässä television, videoiden tai DVD:n katseluun tai pelikonsolien pelaamiseen vapaa-aikanaan arkipäivisin. Suuri osa (85 %) viidesluokkalaisista ja 74 % kahdeksaluokkalaisista käytti tietokonetta arkisin vapaa-ajallaan korkeintaan kaksi tuntia päivässä. Viikonloppuisin nuoret käyttivät enemmän aikaa tietokoneen ääressä kuin arkisin.
- Alle puolet neuvolaikäisistä lapsista ja hieman yli puolet kouluikäisistä harjasi hampaansa suositusten mukaisesti kaksi kertaa päivässä. Viisivuotiaista joka kymmenennellä oli kariesta tai paikattuja hampaita. Ensimmäisen luokan oppilaista lähes kolmasosalla ja viides- ja kahdeksaluokkalaisista 61 %:lla oli kariesta tai paikattuja hampaita.
- 9 % kahdeksaluokkalaisista (tai 9 luokkalaisista) pojista ja 6 % samanikäisistä tytöistä tupakoi ainakin satunnaisesti. Kahdeksaluokkalaista pojista 15 % ja tytöistä 3 % oli joskus kokeillut nuuskaa. 8 % kahdeksaluokkalaisista ilmoitti käyttävänsä alkoholia vähintään kerran kuukaudessa. Huumaavia aineita oli tarjottu Suomessa 7 %:lle kahdeksaluokkalaisista pojista ja 12 %:lle samanikäisistä tytöistä.

3.4.1 Uni

Lasten yksilöllinen unen tarve vaihtelee paljon ja vähenee iän lisääntyessä vastasyntyneen noin 20 tunnista murrosikäisen keskimäärin 9 tuntiin (Rintahaka 2009). Ensimmäisen vuoden aikana unirytmii muuttuu, painottuen yöaikaan, ja unijaksosta tulee yhtenäisempiä ja pidempiä (Saarenpää-Heikkilä 2009, Rintahaka 2009). Riittävä uni on tärkeää mm. aivojen, muistitoimintojen ja tunne-elämän kehittymiselle (Saarenpää-Heikkilä 2009). Unenpuute vaikuttaa hormonitoimintoihin ja autonomiseen hermostoon ja niiden välityksellä koko kehon hyvinvointiin. Erilaiset unihäiriöt ovat yhteydessä myös moniin lasten psyykkisiin oireisiin ja toisaalta psyykkisiin häiriöihin liittyy usein muutoksia unen laadussa ja pituudessa. Unen määrällä ja laadulla on todettu olevan yhteys myös lasten koulumenestykseen. (Paavonen ym. 2008, Saarenpää-Heikkilä 2009.) Unen pituudella voi olla vaikutusta myös painon ja energia-aineenvaihdunnan säätelyyn (Rintamäki ja Partonen 2009).

Tässä tutkimuksessa huoltajilta kysyttiin kuinka monta tuntia lapsi nukkuu keskimäärin yössä. Lisäksi neuvolaikäisten lasten huoltajilta tiedusteltiin nukkuuko lapsi päiväunet ja pyydettiin arvioimaan päiväunien keskimääräinen kesto (tunteja ja minutteja). Viides- ja kahdeksaluokkalaisten osalta kysyttiin yöunen pituus erikseen arkiöinä ja viikonloppuisin tai loma-aikoina. Viidesluokkalaisten tiedot kysyttiin huoltajan lomakkeella, mutta kyselylomakkeessa pyydettiin, että nuori osallistuisi terveystyöskytystä koskevien kysymysten vastaamiseen. Kahdeksaluokkalaisten vastasivat kysymykseen itse.

Yöuni

Tähän tutkimukseen osallistuneiden neuvolaikäisten lasten yöunen pituus oli keskimäärin 10 tuntia (taulukko 60). Verrattaessa tuloksia Iglowsteinin ym. (2003) tutkimukseen, LATE-tutkimukseen osallistuneet alle kouluikäiset lapset nukkuivat keskimäärin noin 1–1,4 tuntia lyhyemmän yöunen kuin samanikäiset keskieuropalaiset lapset (Iglowstein ym. 2003). Tuloksia verrattaessa on huomioitava, että Iglowstein ym. (2003) tutkimuksessa unen pituus laskettiin puolen tunnin tarkkuudella nukkumaanmeno- ja heräämisaikojen perusteella ja LATE-tutkimuksessa yöunen kestoa kysyttiin huoltajilta tunnin tarkkuudella.

Taulukko 60. Neuvolaikäisten lasten yöunen pituus ikäryhmittäin (tunteja).

	½ v LATE	½ v Iglowstein ym. 2003	1 v LATE	1 v Iglowstein ym. 2003	3 v LATE	3 v Iglowstein ym. 2003	5 v LATE	5 v Iglowstein ym. 2003
Keskiarvo	10,0	11,0	10,3	11,7	10,2	11,4	10,1	11,1
(SD)	(1,3)	(1,1)	(0,9)	(1,0)	(0,8)	(0,8)	(0,8)	(0,7)
Maksimi	14,0		13,0		13,0		13,0	
Minimi	4,0		7,0		9,0		7,0	

LATE-tutkimukseen osallistuneet kouluikäiset lapset nukkuivat keskimäärin 8,1–9,9 tuntia (taulukko 61), joka on 0,4–0,8 tuntia vähemmän kuin samanikäisten keskieurooppalaisten lasten yöni keskimäärin (Iglowstein ym. 2003).

Taulukko 61. Kouluikäisten lasten yönen pituus ikäryhmittäin (tunteja).

	1. lk LATE	7 v Iglowstein ym. 2003	5. lk ¹ LATE	11 v Iglowstein ym. 2003	8. (9.) lk ¹ LATE	14 v Iglowstein ym. 2003
Keskiarvo	9,9	10,7	9,2	9,6	8,1	8,6
(SD)	(0,6)	(0,7)	(0,6)	(0,6)	(0,9)	(0,7)
Maksimi	12,0		11,0		10,0	
Minimi	8,0		7,0		4,0	

¹ viides- ja kahdeksaluokkalaisten yönen pituus arkiöinä

Suurin osa LATE-tutkimukseen osallistuneista alle kouluikäisistä lapsista ja ensimmäisen luokan oppilaista nukkui 9–12 tuntia ja viides- ja kahdeksaluokkalaista 7–9 tuntia (taulukko 62). Lähes viidesosa (19 %) kahdeksaluokkalaista nukkui alle kahdeksan tuntia arkiöisin.

Taulukko 62. Yönen pituus (%) ikäryhmittäin.

	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk ¹	8. (9.) lk ¹
6 tuntia tai vähemmän	2	0	0	0	0	0	5
7 tuntia	1	0,5	0	0,5	0	0,5	14
8 tuntia	4	1	0	2	2	11	50
9 tuntia	16	13	16	18	16	62	27
10 tuntia	48	48	53	54	73	26	5
11 tuntia	18	27	25	23	8	0,5	0
12 tuntia	11	8	5	3	1	0	0
13 tuntia tai enemmän	0,5	2	0,5	0,5	0	0	0

¹ viides- ja kahdeksaluokkalaisten yönen pituus arkiöinä

Päiväunet

Lapset nukkuvat päiväunia hyvin yksilöllisesti. Tähän tutkimukseen osallistuneista puoli- ja yksivuotiaista lapsista lähes kaikki nukkuivat päiväunia päivittäin tai lähes päivittäin. 67 % kolmevuotiaista ja 30 % viisivuotiaista nukkui säännöllisesti päiväunia. Puolivuotiaat nukkuivat päiväunia keskimäärin 3,5 tuntia ja viisivuotiaat 1,5 tuntia päivässä (taulukko 63).

Taulukko 63. Neuvolaikäisten lasten päiväunien pituus tunteina ikäryhmittäin (keskiarvo, keskihajonta, minimi ja maksimi).

	½ v	1 v	3 v	5 v
Keskiarvo	3,5	2,7	1,6	1,5
(SD)	(1,1)	(0,8)	(0,4)	(0,4)
Maksimi	8,0	5,5	3,0	2,5
Minimi	0,5	1,0	0,5	0,5

3.4.2 Liikunta ja fyysinen aktiivisuus

Liikunta

Liikunta tukee lapsen ja nuoren tervettä kasvua ja kehitystä. Liikunnalla on huomattava merkitys monien sairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien, tyyppin 2 diabeteksen, keuhkosairauksien, tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä mielenterveysongelmien, ehkäisyssä ja hoidossa (Liikunta Käypä hoito 9.10.2008). Varhaiskasvatuksen liikunnan suositusten (STM ym. 2005) mukaan alle kouluikäinen lapsi tarvitsee joka päivä vähintään kaksi tuntia reipasta liikuntaa. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille on, että 7–18-vuotiaat liikkuisivat vähintään 1–2 tuntia päivässä monipuolisesti ja ikään sopivalla tavalla (Opetusministeriö ja Nuori Suomi ry 2008).

Tässä tutkimuksessa pienten lasten (kolme- ja viisivuotiaat ja ensimmäisen luokan oppilaat) fyysisen aktiivisuuden määrää selvitettiin kysymällä huoltajilta kuinka monta tuntia päivässä lapsi tavallisesti ulkoilee, leikkii ulkona tai harrastaa liikuntaa arkipäivisin ja viikonloppuisin. Tutkimuksen tulosten mukaan 12 % kolmevuotiaista, 6 % viisivuotiaista ja 10 % ensimmäisen luokan oppilaista liikkui arkisin alle suositusten eli alle kaksi tuntia päivässä. Viikonloppuisin alle kaksi tuntia ulkoilevien osuudet olivat samat kuin arkipäivisin, lukuun ottamatta ensimmäisen luokan oppilaita, joiden ulkoilu, ulkona leikkiminen ja liikunnan harrastaminen oli viikonloppuisin hieman runsaampaa. Ensimmäisen luokan oppilaista 5 % liikkui viikonloppuisin alle kaksi tuntia päivässä.

Viidennen ja kahdeksannen luokan oppilaiden liikunnan harrastamista selvitettiin kolmella kysymyksellä, joihin viidesluokkalaiset vastasivat yhdessä huoltajan kanssa ja kahdeksaluokkalaiset vastasivat kysymyksiin itse. Tulosten mukaan kouluikäisten fyysisen aktiivisuuden suositus ei toteudu kaikkien koululaisten osalta. Edellisen viikon aikana päivittäin yhteensä vähintään 60 minuuttia liikuntaa harrastaneita oli viidesluokkalaisista vajaa viidesosa (18 %) ja kahdeksaluokkalaisista vain 7 %. Koululaisten liikunnan tehoa eli intensiteettiä selvitettiin kysymällä kuinka usein nuori harrastaa vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että ainakin lievästi hengästyy ja hikoilee. 90 % viidesluokkalaisista pojista ja 83 % samanikäisistä tytöistä harrasti 2–3 kertaa viikossa tai useammin vähintään puoli tuntia kerrallaan lievästi hengästyttävää ja hikoiluttavaa vapaa-ajan liikuntaa. Vastaavat osuudet olivat kahdeksaluokkalaisista pojista 53 % ja tytöistä 49 %. Noin 10 % viidesluokkalaisista pojista ja 17 % samanikäisistä tytöistä harrasti hikoiluttavaa ja hengästyttävää liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan kerran viikossa tai harvemmin. Vastaava osuus kahdeksaluokkalaisista oli pojista 47 % ja tytöistä 51 %.

Ruutu aika

Alle kouluikäisten lasten ruutuajalle, eli viihdemedian ääressä vietetylle ajalle, ei ole kansallisia suosituksia, mutta 7–18-vuotiaiden fyysisen aktiivisuuden suosituksissa kehoitetaan välttämään liiallista istumista ja suositellaan rajoittamaan ruutu-aikaa

viihdemedian ääressä korkeintaan kahdeksi tunniksi päivässä (Opetusministeriö ja Nuori Suomi ry 2008).

Tässä tutkimuksessa kolme- ja viisivuotiaiden lasten sekä ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaiden huoltajilta kysyttiin kuinka monta tuntia päivässä lapsi tavallisesti katsoo televisiota, videoita, DVD:tä tai käyttää aikaa tietokoneen tai pelikonsolin ääressä arkisin ja viikonloppuisin.

Viides- ja kahdeksaluokkalaisilta kysyttiin lisäksi erikseen tietokoneen käyttöä (pelin pelaaminen, sähköposti, chattailu tai internetissä surffailu) vapaa-aikana arkipäivisin ja viikonloppuisin. Viidesluokkalaiset vastasivat viihdemedian ja tietokoneen käyttöä koskeviin kysymyksiin yhdessä huoltajan kanssa ja kahdeksaluokkalaiset nuoret vastasivat kysymyksiin itse.

Leikki-ikäiset

Noin 5 % kolmevuotiaista ei käyttänyt tietokonetta eikä katsonut televisiota, videoita tai DVD:tä lainkaan (taulukko 64). Suuri osa (73 %) kolmevuotiaista ja 66 % viisivuotiaista katsoi televisiota tai käytti tietokonetta tunnin tai sitä vähemmän arkipäivinä. Noin 3 % kolmevuotiaista ja 6 % viisivuotiaista vietti arkisin ruudun ääressä yli kaksi tuntia päivässä.

Viikonloppuisin leikki-ikäiset lapset katsoivat televisiota, videoita ja DVD:tä tai käyttivät tietokonetta enemmän kuin arkisin. 13 % kolmevuotiaista pojista ja 5 % samanikäisistä tytöistä vietti ruudun ääressä yli kaksi tuntia päivässä. Vastaava osuus viisivuotiaista pojista oli 28 % ja tytöistä 21 %.

Kouluikäiset

Suurin osa (95 %) ensimmäisen luokan oppilaista ja 64 % viidesluokkalaisista katsoi televisiota tai käytti tietokonetta arkisin noin 1–2 tuntia päivässä (taulukko 64). Viidesluokkalaisilla tämä aika sisälsi myös tietokoneen käytön, vaikka siitä kysyttiin lisäksi erillisellä kysymyksellä.

Viikonloppuisin ruudun ääressä kului aikaa enemmän. Suositus korkeintaan kahden tunnin päivittäisestä ruutuajasta toteutui viikonloppuisin 63 %:lla ensimmäisen luokan pojista ja 72 %:lla tytöistä. Vastaava osuus viidesluokkalaisista pojista oli 20 % ja tytöistä 30 %.

Taulukko 64. Television, videoiden, DVD:n katselu tai tietokoneen tai pelikonsolin käyttö arkisin ikäryhmän ja sukupuolen mukaan (%).

	3 v pojat	3 v tytöt	5 v pojat	5 v tytöt	1.lk pojat	1. lk tytöt	5. lk pojat	5. lk tytöt
Ei lainkaan	5	5	0	0	1	1	0	1
1 tunti tai vähemmän	70	75	64	68	66	58	13	26
1,1–2 tuntia	21	19	29	28	29	37	45	44
2,1–3 tuntia	3	2	7	3	3	4	31	22
3,1 tai enemmän	1	0	0	1	2	1	12	8

Yli puolet (55 %) kahdeksaluokkalaisista pojista ja 68 % samanikäisistä tytöistä käytti korkeintaan kaksi tuntia television, videoiden tai DVD:n katseluun tai pelikonsolien pelaamiseen vapaa-aikanaan arkipäivisin. Tämä aika ei kahdeksaluokkalaisten osalta sisältänyt tietokoneen käyttöä, josta kysyttiin erikseen. Osa kahdeksaluokkalaisista vietti arkipäivisinkin useita tunteja television ja muun viihdemedian parissa. Noin neljäsosa (26 %) kahdeksaluokkalaisista pojista ja 15 % samanikäisistä tytöistä käytti arkisin aikaa television ja muun viihdemedian ääressä yli kolme tuntia. Hieman vajaa kolmasosa (29 %) kahdeksaluokkalaisista pojista ja hieman yli kolmasosa (36 %) samanikäisistä tytöistä katsoi televisiota tai pelasi pelikonsolipelejä korkeintaan kaksi tuntia päivässä viikonloppuisin. Pieni osa kahdeksaluokkalaisista (2–3 %) ei katsonut televisiota lainkaan arkisin tai viikonloppuisin.

Tietokoneen käyttö oli hyvin yleistä viides- ja kahdeksaluokkalaisilla. Noin 12 % viidesluokkalaisista ja 5 % kahdeksaluokkalaisista ei käyttänyt arkisin tietokonetta vapaa-ajallaan lainkaan. Suuri osa viides- (85 %) ja kahdeksaluokkalaisista (74 %) käytti tietokonetta arkisin vapaa-ajallaan korkeintaan kaksi tuntia päivässä. Noin 4 % kahdeksaluokkalaisista pojista ja 2 % samanikäisistä tytöistä käytti aikaa tietokoneen parissa arkisin yli viisi tuntia päivässä.

Viikonloppuisin nuoret käyttivät enemmän tietokonetta kuin arkipäivisin. Noin 68 % viidesluokkalaisista pojista ja 80 % samanikäisistä tytöistä käytti tietokonetta korkeintaan kaksi tuntia päivässä viikonloppuisin. Vastaava osuus kahdeksaluokkalaisista pojista oli 44 % ja tytöistä 59 %. Osa nuorista käytti viikonloppuisin tietokonetta useita tunteja päivässä. Noin 13 % kahdeksaluokkalaisista pojista ja 5 % samanikäisistä tytöistä vietti aikaa tietokoneen ääressä viisi tuntia tai enemmän viikonloppupäivinä.

3.4.3 Hampaiden hoito ja suun terveys

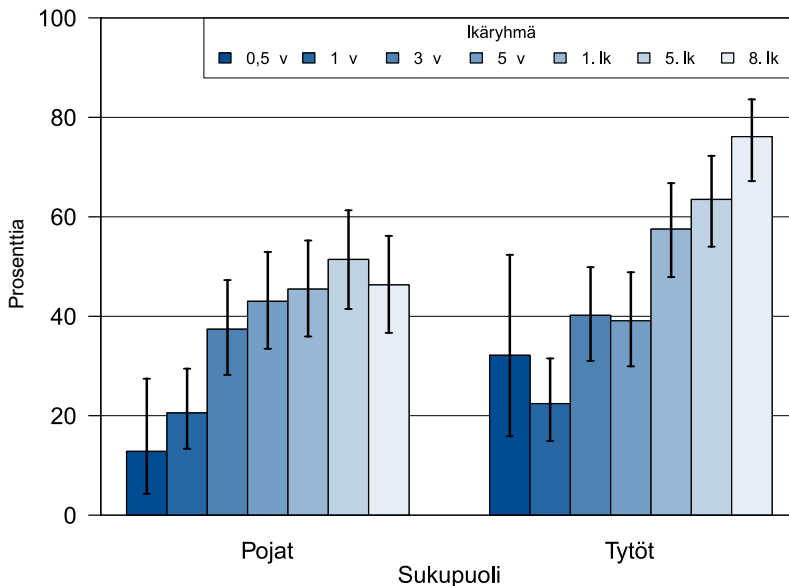
Käypä hoito -suosituksen (Karieksen hallinta Käypä hoito 10.2.2009) ja Lastenneuvolaoppaan (STM 2004) suositusten mukaan suun terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi on tärkeää kariesbakteeritartunnan ehkäisy, suun ja hampaiden puhtaus, terveellinen ravinto sekä fluorihammastahnan ja ksylitolin käyttö.

Hampaiden harjaus

Lasten hampaiden harjauksesta kysyttiin huoltajilta ja kahdeksaluokkalaisilta nuorilta itseltään. Viidesluokkalaiset vastasivat kysymyksiin yhdessä huoltajan kanssa. Puoli- ja yksivuotiaiden lasten huoltajien kyselylomakkeessa oli hampaiden harjaustiheyden lisäksi vastausvaihtoehto ”lapsellani ei ole vielä hampaita”.

Noin 69 %:lla puolivuotiaista ei ollut vielä hampaita. Viidesosa niiden puoli- ja yksivuotiaiden huoltajista, joiden lapsilla oli jo hampaita, ilmoitti, että hampaat harjataan kaksi kertaa päivässä (kuvio 17).

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan suositus hampaiden harjaamisesta kaksi kertaa päivässä toteutui sitä paremmin, mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys. Hampaat harjattiin kahdesti päivässä hieman yli kolmasosalla (39%) kolmevuotiaista ja 41%:lla viisivuotiaista. Leikki-ikäisten lasten hampaiden harjaamisesta huolehtivat yleensä lapsi ja aikuinen yhdessä.



Kuvio 17. Kaksi kertaa hampaansa harjaavien lasten osuudet (%) sukupuolen ja ikäryhmän mukaan 95 % luottamusväleillä.

Koululaisten ikäryhmissä suositus hampaiden harjaamisesta kaksi kertaa päivässä toteutui kaikissa ikäryhmissä tytöillä paremmin kuin pojilla. Hieman yli puolet (58%) ensimmäisen luokan tytöistä ja 46% pojista harjasi hampaansa kahdesti päivässä. Viidesluokkalaisista tytöistä 64% ja pojista 51% ilmoitti harjaavansa hampaat kaksi kertaa päivässä. Vastaava osuus kahdeksaluokkalaisista tytöistä oli 76% ja pojista 46%. Kahdeksaluokkalaisista pojista 7% ilmoitti, että he eivät pese hampaitaan lainkaan ja 7% harjasi hampaansa harvemmin kuin kerran viikossa. Tutkimukseen osallistuneet viides- ja kahdeksaluokkalaiset ilmoittivat harjaavansa hampaitaan hieman ahkerammin, kuin vuosina 2005–2006 toteutettuun kansainväliseen WHO:n koululaistutkimukseen (Currie ym. 2008) osallistuneet suomalaiset 11–15-vuotiaat (tytöistä 53–61% ja pojista 37–39% harjasi hampaansa suositusten mukaisesti kahdesti päivässä).

Fluorihammastahnan ja -tablettien käyttö

Fluorihammastahnan käyttö pitäisi suosituksen mukaan aloittaa, kun lapsen ensimmäiset hampaat ovat puhjenneet. Alle kaksivuotiaille suositellaan hammasharjaan

sipaisua fluorihammastahnaa (fluoria enintään 500 ppm) ja 2–5-vuotiaille herneen-kokoista määrää hammastahnaa (fluoria enintään 1100 ppm). Kouluikäisille suositellaan hampaiden harjaamista kaksi kertaa vuorokaudessa fluorihammastahnaa (fluoria vähintään 1100 ppm) käyttäen. (Karieksen hallinta Käypä hoito 10.2.2009.)

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan fluorihammastahnaa käytettiin lähes kaikkien kolme- ja viisivuotiaiden hampaiden pesussa, vain noin 3–4 % leikki-ikäisistä ei käyttänyt fluorihammastahnaa. Myös koululaiset käyttivät hampaiden harjauksessa fluorihammastahnaa, vain 1–2 % ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaista ei käyttänyt fluorihammastahnaa. Kahdeksaslukkalaisista vastaava osuus oli 3 %.

Fluorihammastahnaa kahdesti päivässä käyttävien lasten ei tule omahoitona käyttää muita fluorivalmisteita, vaan niiden tarve arvioidaan yksilöllisesti suun terveydenhuollossa (Karieksen hallinta Käypä hoito 10.2.2009). Fluoritabletteja käytti noin neljäsosa tähän tutkimukseen osallistuneista (24 %) kolmevuotiaista ja 28 % viisivuotiaista. Ensimmäisen luokan oppilaista 25 %, viidennen luokan oppilaista 16 % ja kahdeksannen luokan oppilaista 12 % käytti fluoritabletteja.

Ksylitolivalmisteiden käyttö

Päivittäinen ksylitolipurukumin tai -pastillien käyttö syönnin jälkeen vähentää hampaiden reikiintymistä (Karieksen hallinta Käypä hoito 10.2.2009). Tähän tutkimukseen osallistuneet leikki- ja kouluikäiset lapset käyttivät melko yleisesti ksylitolivalmisteita. Ksylitolipurukumin käyttö oli yleisempää kuin ksylitolia sisältävien pastillien käyttö. 70–80 % lapsista käytti säännöllisesti kotona ksylitolipurukumia.

Tutti

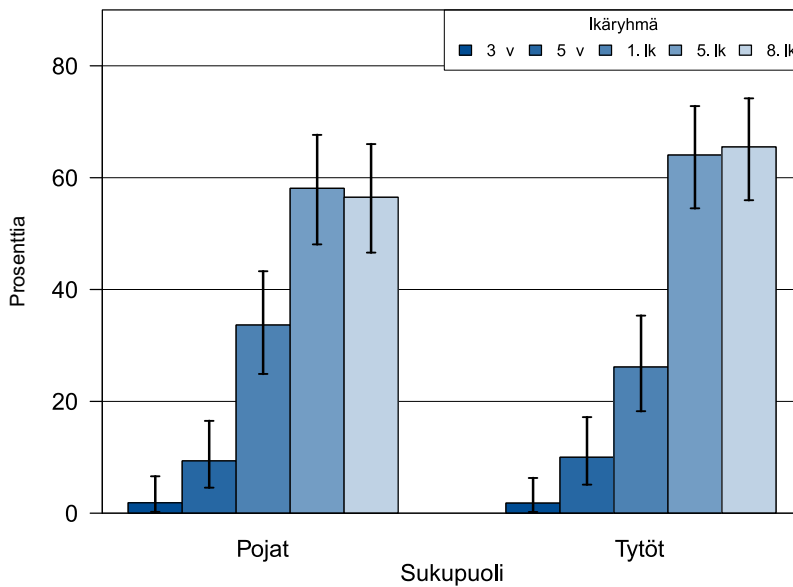
Imemistarve vähenee lapsilla yleensä ensimmäisen ikävuoden lopulla hampaiden puhjetessa. Silloin tulisi viimeistään luopua tutista. Pitkittänyt tutin tai tuttipullon käyttö lisäävät parentavirheiden syntymistä ja saattavat ohjata leukaluiden kasvua epäedulliseen suuntaan. (Alaluusua 2007.)

Tässä tutkimuksessa kysyttiin puoli-, yksi-, kolme- ja viisivuotiaiden lasten huoltajilta käyttäkö lapsi tuttia valveilla ollessaan ja nukkuessaan. Tutin käyttö oli melko yleistä puoli- ja yksivuotiailla. Yli puolet (54 %) puolivuotiaista käytti tuttia valveilla ollessaan ja 75 % nukkuessaan. Yksivuotiaista reilu kolmasosa (38 %) käytti tuttia valveilla ollessaan ja 68 % nukkuessaan. Kolmevuotiaista vain pieni osa käytti tuttia, 3 % hereillä ollessaan ja 6 % nukkuessaan.

Karies

Karies ja lasten hampaiden reikiintyminen on Suomessa varsin yleinen ongelma (Karieksen hallinta Käypä hoito 10.2.2009). Nordbladin ym. (2004) selvityksen mukaan reikien vaurioittamia hampaita oli vuonna 2000 lähes 40 %:lla viisivuotiaista, yli 50 %:lla 12-vuotiaista ja 75 %:lla 15-vuotiaista. Selvityksen tulokset perustuvat lasten suun terveydenhuollon asiantuntijoiden tekemään kliiniseen arvioon.

LATE-tutkimuksessa lasten suun terveyttä selvitettiin kysymällä kolme- ja viisivuotiaiden sekä koululaisten huoltajilta onko lapsella todettu kariesta tai reikiä hampaissa. Lisäksi tiedusteltiin paikattujen hampaiden lukumäärää. Kahdeksaluokkalaisten vastasivat kysymyksiin itse. Tutkimuksen tulosten mukaan karies tai hampaiden reikiintyminen olivat sitä yleisempiä mitä vanhemmasta lapsesta oli kysymys (kuvio 18). Suurimmalla osalla kolmevuotiaista oli huoltajien ilmoituksen perusteella vielä terveet hampaat. Viisivuotiaista 10 %:lla ja ensimmäisen luokan oppilaista lähes kolmasosalla (30 %) oli huoltajien ilmoituksen mukaan kariesta tai paikattuja hampaita. Leikki-ikäisillä ja ensimmäisen luokan oppilailla yleisintä oli, että yksi hammas oli paikattu. Viides- ja kahdeksaluokkalaista 61 %:lla oli kariesta tai paikattuja hampaita. Näissä ikäryhmissä yleisintä oli, että paikattuja hampaita oli 2–3.



Kuvio 18. Niiden lasten osuudet (%), joilla oli hammaskariesta tai paikattuja hampaita sukupuolen ja ikäryhmän mukaan (95 % luottamusvälillä).

3.4.4 Kahdeksaluokkalaisten tupakointi ja muiden päihteiden käyttö

Kahdeksaluokkalaisten nuoret vastasivat itse tupakkaa ja muita päihteitä koskeviin kysymyksiin.

Tupakka

Tupakointi aiheuttaa mm. verenkierto- ja hengityselinten sairauksia ja syöpää (U.S. Department of Health and Human Services 2004). Nuoren tupakointi on merkittävä terveyshaitta ja myös indikaattori syrjäytymisvaarasta. Tupakointi näyttää liit-

tyvän heikkoon sosioekonomiseen asemaan ja psyykkiseen oireiluun. Haarasilta ym. (2004) ovat todenneet, että päivittäin tupakoivat 15–19-vuotiaat nuoret kärsivät vakavasta masennuksesta yli viisi kertaa muita todennäköisemmin.

Suomalaiset nuoret aloittavat tupakoinnin keskimäärin 14-vuotiaana (Paavola ym. 2001). Nuoren tupakoinnin aloittamista ennustaa vahvasti vanhempien, sisarusten ja läheisten ystävien tupakointi. Myös peruskoulun heikon koulumenestyksen tiedetään olevan vahva tupakoinnin aloittamista ennustava tekijä (Pennanen ym. 2009).

Nuorten tupakoinnin aloittamisessa kokeiluilla on suuri merkitys (Pennanen ym. 2006). LATE-tutkimukseen osallistuneista kahdeksaluokkalaisista hieman yli kolmasosa (34 %) oli joskus polttanut tai kokeillut tupakan polttoa. Vastaava tulos on saatu Nuorten terveystapatutkimuksessa, jonka mukaan 14-vuotiaista hieman yli 30 % oli kokeillut tupakkaa (Rimpelä ym. 2007).

Tämän tutkimuksen mukaan 9 % kahdeksaluokkalaisista pojista ja 6 % samanikäisistä tytöistä tupakoi ainakin satunnaisesti. Noin 3 % kahdeksaluokkalaisista (1 % tytöistä ja 5 % pojista) tupakoi päivittäin. Päivittäin tupakoivien osuus oli pienempi kuin Nuorten terveystapakyselyssä tai Kouluterveyskyselyssä. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan 5 % 14-vuotiaista pojista ja 7 % samanikäisistä tytöistä tupakoi päivittäin. 16-vuotiaista vastaavat osuudet olivat 20 % pojista ja 23 % tytöistä. (Rimpelä ym. 2007.) Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan päivittäin tupakoi 15 % peruskoulun kahdeksas- ja yhdeksaluokkalaisista (Luopa ym. 2008). LATE-tutkimuksen tuloksiin on saattanut vaikuttaa se, että kyselylomake täytettiin terveystarkastuksen yhteydessä, eivätkä nuoret ole ehkä halunneet kertoa terveydenhoitajalle tupakoinnistaan tai muiden päihteiden käytöstä. Toisaalta tätä toimintamallia sovelletaan terveystarkastuksessa usein muutenkin, nuori täyttää terveystarkastuksen ja kyselyä käytetään terveysneuvonnan pohjana. Kouluterveyskyselyn ja Nuorten terveystapatutkimuksen lomakkeet täytetään yksin nimettöminä.

Nuuska

Nuuskan aiheuttamat terveystarkastukset ovat samansuuntaisia kuin poltettujen tupakatuotteiden. Merkittävimmät erot ovat nuuskan pienempi keuhkosityöpäriski ja suuremmat suun alueen terveyshaittojen riskit (Johnson & Squier 1993). Nuuskan käyttö alkoi lisääntyä Suomessa 1990-luvun alussa erityisesti urheilua harrastavilla nuorilla (Pennanen ym. 2006).

Tähän tutkimukseen osallistuneista kahdeksaluokkalaista (tai 9 luokkalaisista) pojista 15 % ja tytöistä 3 % oli joskus kokeillut nuuskaa. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan nuuskaa oli kokeillut 7 % 14-vuotiaista pojista ja 28 % 16-vuotiaista pojista (Rimpelä ym. 2007).

LATE-aineistossa kahdeksaluokkalaisista pojista 2 % nuuskasi päivittäin, tytöistä ei kukaan. 2 % kahdeksaluokkalaisista pojista käytti nuuskaa satunnaisesti (harvemmin kuin kerran viikossa). Tulokset ovat samansuuntaiset kuin Nuorten terveystapatutkimuksessa, jonka tulosten mukaan nuuskaa käytti silloin tällöin

tai päivittäin) hieman alle 2 % 14-vuotiaista pojista ja noin 9 % 16-vuotiaista pojista (Rimpelä ym. 2007).

Alkoholi

Alkoholi on edelleen eniten terveysongelmia aiheuttava päihde Suomessa (Mustonen ja Simpura 2005). Kouluterveyskyselyn mukaan nuorten alkoholinkäyttö lisääntyi 1990-luvulla ja oli yleisintä vuosituhaten vaihteessa. Sen jälkeen nuorten alkoholin käyttö ja humalajuominen ovat vähentyneet ja raittius on merkittävästi lisääntynyt (Luopa ym. 2008). Nuorison humalajuominen on kuitenkin edelleen Suomessa yleistä. Vuosina 2006–2007 18 % kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisista ja 26 % lukiolaisista joi itsensä tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa (Luopa ym. 2008).

Tässä tutkimuksessa kahdeksaluokkalaisilta kysyttiin alkoholikokeiluista, alkoholin käyttöiheydestä ja humalajuomisesta. Alkoholikokeiluksi määriteltiin kyselylomakkeessa minkä tahansa alkoholijuoman juominen vastaten esimerkiksi puolta pullollista keskialtutta tai enemmän. Tutkimukseen osallistuneista kahdeksaluokkalaisista hieman vajaa puolet (47 %) oli joskus kokeillut alkoholia. Kahdeksaluokkalaisista pojista 75 % ja tytöistä 74 % ilmoitti, että ei tällä hetkellä käytä alkoholia. Niiden nuorten osuus, jotka eivät käytä alkoholia oli tässä tutkimuksessa hieman suurempi kuin Nuorten terveystapatutkimuksessa (Rimpelä ym. 2007), jonka tulosten mukaan 14-vuotiaista pojista 65 % ja tytöistä 55 % ei käyttänyt lainkaan alkoholia. 16-vuotiaiden ikäryhmässä raittiiden poikien osuus oli 29 % ja tyttöjen 21 %. (Rimpelä ym. 2007).

Tähän tutkimukseen osallistuneista kahdeksaluokkalaisista noin 8 % (8 % tytöistä ja 7 % pojista) ilmoitti käyttävänsä alkoholia vähintään kerran kuukaudessa. Nuorten vähintään kuukausittainen alkoholinkäyttö oli LATE-tutkimukseen osallistuneiden nuorten joukossa hieman harvinaisempaa verrattuna Nuorten terveystapatutkimuksen tuloksiin, joiden mukaan 14-vuotiaista pojista 13 % ja tytöistä 19 % ilmoitti juovansa ainakin pieniä määriä alkoholia vähintään kerran kuukaudessa. Vastaavat osuudet 16-vuotiaista olivat pojista 42 % ja tytöistä 45 % (Rimpelä ym. 2007). LATE-tutkimukseen osallistuneista kahdeksaluokkalaisista pojista 17 % ja tytöistä 19 % oli juonut itsensä ainakin kerran todella humalaan.

Huumaavat aineet

Noin 7 %:lle LATE-tutkimukseen osallistuneista kahdeksaluokkalaisista pojista ja 12 %:lle samanikäisistä tytöistä oli tarjottu huumaavia aineita Suomessa. Vuoden 2009 Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan kahdeksaluokkalaisista pojista 10 %:lle ja tytöistä 8 %:lle oli tarjottu huumaavia aineita (<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely>).

3.5 Lasten tapaturmat

Jaana Markkula, Mirka Råback

- Ammattilaisen hoitoa tai konsultointia vaativat tapaturmat ovat LATE-aineiston mukaan yleisempiä kouluikäisillä kuin alle kouluikäisillä (18 % vs. 10 % vuosittain).
- Eri-ikäisten lasten tavallisimmat tapaturmat eroavat toisistaan mm. tapahtumapaikaltaan ja sattumistilanteeltaan. Alle kouluikäisten tapaturmat sattuvat yleisimmin leikkiessä ja kotona, kun puolestaan kouluikäisille tapaturma tavallisimmin sattuu koulussa tai liikuntapaikassa ja liikuntatilanteissa.
- Alle kouluikäisten tavallisimmat tapaturmat ovat putoamisia (31 %), kaatumisia ja liukastumisia (24 %) ja törmäyksiä tai esineeseen osumisia (14 %). Kouluikäisissä kaatumisten ja liukastumisten (34 %) sekä törmäämisten tai esineeseen osumisten (33 %) osuus on suurempi ja putoamisten (10 %) osuus pienempi kuin alle kouluikäisillä. Lisäksi putoamisten rinnalle nousevat heillä terävien esineiden aiheuttamat tapaturmat (10 %).
- Turvalaitteiden käyttöaktiivisuus vaihtelee lapsen iän mukaan. Selkämenosuuntaan asennettavan turvaistuimen käyttöaste laskee puolenvuoden iän jälkeen. Turvavyön käyttöä autossa laiminlyö joka viides kahdeksaluokkalaisista. Pyöräilykypärän käyttö vähenee kouluikäisessä ja etenkin yläkouluun mentäessä.
- 200 metrin uimataidon on saavuttanut ensimmäisen luokan oppilaista 2 %, viidennen luokan oppilaista 51 % ja kahdeksannen luokan oppilaista 85 %.

3.5.1 Tapaturmatilanne

Joka kymmenennelle alle kouluikäiselle ja lähes joka viidennelle (18%) kouluikäiselle oli sattunut vähintään yksi ammattihenkilön neuvontaa tai hoitoa vaatinut tapaturma viimeisen vuoden aikana¹ (taulukko 65). Tästä joukosta useammin kuin kerran tapaturmaan joutuneita oli noin 1–3 %. Alle vuoden ikäisten lasten tapaturmat olivat tässä aineistossa harvinaisia. Viides- ja kahdeksaluokkalaiset ilmoittivat joutuneensa tapaturmaan hieman muita ikäryhmiä yleisemmin (22 % ja 20 %).

Riittävän tarkan kuvan saaminen tapaturmista helpottaa niiden ehkäisemistä tulevaisuudessa. Selvityksessä tarkasteltiin lähemmin vakavinta viimeisen 12 kuukauden aikana sattunutta tapaturmaa. Sen osalta kysyttiin lasten vanhemmilta mihin vuodenaikaan, missä, mitä tehdessä ja miten tapaturma sattui. Lisäksi selvitettiin millaisia vammoja siitä seurasi ja millaista hoitoa vammat vaativat.

¹ ½-yksivuotiaiden terveystarkastuksissa tarkastelussa olivat kaikki lapsen elinaikana sattuneet ammattihenkilön neuvontaa tai hoitoa vaatineet tapaturmat.

Taulukko 65. Vähintään kerran terveydenhuollon ammattihenkilön neuvontaa tai hoitoa vaatineeseen tapaturmaan viimeisen 12 kk:n aikana joutuneiden osuudet (%) ikäryhmittäin.

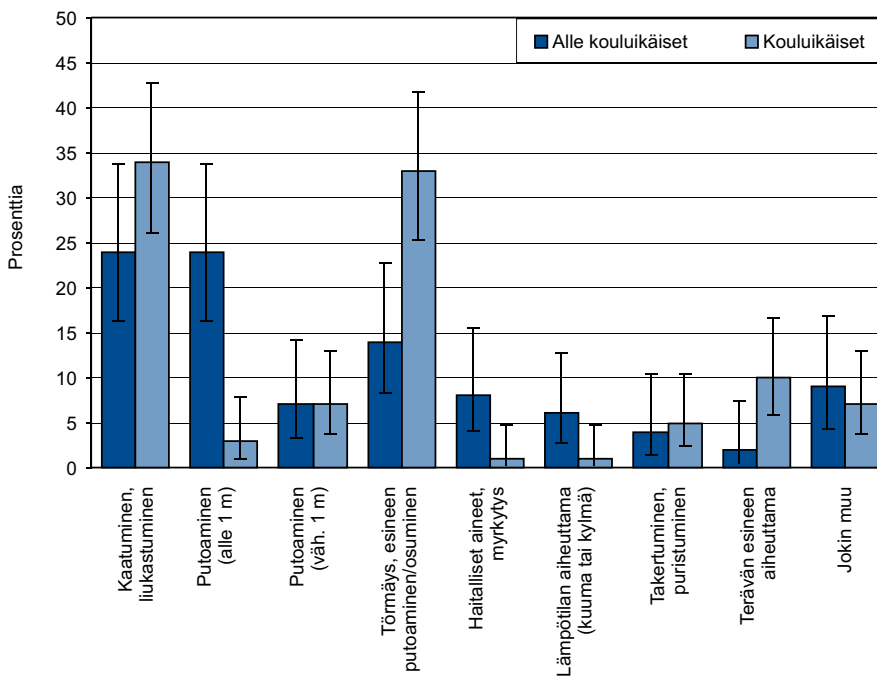
	½ v	1 v	3 v	5 v	Yht.	1. lk	5. lk	8. lk	Yht.
Kerran	1	13	13	10	9	10	19	17	15
Useammin	0,5	0,5	2	1	1	2	3	3	3
Yht.	2	13	15	11	10	12	22	20	18
	(n=4)	(n=29)	(n=33)	(n=27)	(n=90)	(n=27)	(n=47)	(n=44)	(n=118)

Ulkona sattuvien tapaturmien riskit vaihtelevat vuodenaikojen mukaan. Tämän selvityksen mukaan lasten tapaturmia sattui kaikkina vuodenaikoina, mutta talviaikaiset tapaturmat olivat hieman tavallisempia kuin muina vuodenaikoina sattuneet tapaturmat.

Eri-ikäisten tapaturmat ovat erilaisia (Markkula ja Råback 2009). Lasten ajanviettotavat ja arkiympäristöt muuttuvat iän myötä. Neuvolaikäiset viettävät suurimman osan ajastaan kotona ja päivähoidossa. LATE-tutkimuksen mukaan hoitoa vaatineet tapaturmat tapahtuivatkin heillä useimmin kotona (73 %) ja päivähoidossa (16 %). Kouluikäisten lasten itsenäinen liikkuminen lisääntyy ja arkiympäristöt monipuolistuvat. Kouluikäisten tapaturmien raportoitiin tapahtuneen useimmin koulussa (39 %) ja liikuntapaikassa (24 %). Kotona tämänikäisten tapaturmista sattui enää vajaa viidennes (19 %). Liikuntatapaturmat näyttäisivät lisääntyvän ja kotitapaturmat vähentyvän ensimmäisen ja viidennen luokan välillä. Koulutapaturmien osuus oli suurimmillaan viidesluokkalaisilla (48 %).

Alle kouluikäisten tapaturmat sattuivat tavallisimmin leikin yhteydessä – etenkin kolme- ja viisivuotiailla. Tätä nuoremmilla tapaturma-alttiita tilanteita olivat myös erilaiset hoito- ja nukkumistilanteet. Myös ensimmäisen luokan oppilaiden tapaturmat sattuivat tavallisimmin leikkiessä, kun puolestaan tätä vanhemmilla ilmoitetut tapaturmat useimmin tapahtuivat liikuntaa harrastettaessa. Siirtymistilanteet joko liikenteessä tai muuten olivat syy koululaisten tapaturmiin tavallisemmin kuin tätä nuorempien.

Tapaturmat olivat alle kouluikäisillä useimmiten putoamisia (31 %), joista suurin osa alle metrin korkeudelta (kuvio 19). Kaatumisten, liukastumisten ja törmäämisten prosenttiosuudet kaikista tapaturmista kasvoivat iän myötä. Terävän esineen aiheuttamia tapaturmia sattui tavallisemmin kouluikäisille ja myrkytyksiä sekä lämpötilan aiheuttamia tapaturmia puolestaan lähinnä pikkulapsille. Jokin muu -luokkaan kuuluvat mm. tukehtuminen ja kuristuminen, eläimen purema, sähköisku ja vedenvaraan joutuminen. Jokin muu -luokkaan kuuluvat, mm. tukehtuminen ja kuristuminen, eläimen purema, sähköisku ja vedenvaraan joutuminen, eivät tämän aineiston mukaan ole kovin yleisiä tapaturmia.



Kuvio 19. Tapaturmatyypien osuudet (%) alle kouluikäisillä ja kouluikäisillä 95 % luottamusväleillä.

Tavallisimmin tapaturmista seurasi lapselle mustelma ja/tai haava (taulukko 66). Alle kouluikäisten tapaturmista 10 % johti hammasvammaan ja 7 % palovammaan. Kouluikäisillä sijoiltaanmenot ja nyrjähdykset (24 %) sekä murtumat (19 %) olivat myös tavallisia seurauksia tapaturmista, eli tulosten mukaan tässä ikäryhmässä vammat näyttäisivät olevan vakavampia kuin nuoremmilla. Vammoja saattoi yhdestä tapaturmasta seurata useampia, minkä vuoksi taulukon 46 prosenttiluvut eivät summaudu sataan prosenttiin.

Vakvimman tapaturman hoidossa käännytään tämän tutkimuksen mukaan useimmiten lääkärin puoleen. Niin alle kouluikäisten kuin tätä vanhempienkin lasten vanhemmista 79 % oli käynyt lapsen kanssa lääkärissä raportoidun tapaturman satuttua. Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla oli vakvimman tapaturman vuoksi käynyt kolmannes (34 %) alle kouluikäisistä ja puolet (50 %) kouluikäisistä. Sen sijaan sairaalan vuodeosastohoitoon ei kummassakaan ikäryhmässä jouduttu kovinkaan tavallisesti (4–6 %). Vakvimmista tapaturmista noin 3 % johti pysyvään vammautumiseen tai haittaan.

Taulukko 66. Vakavimmasta tapaturmasta seuranneiden vammojen osuudet (%) ikäryhmittäin.

	Alle kouluikäiset	Kouluikäiset
Mustelma	38	33
Haava	29	28
Hammasvamma	10	6
Palovamma	7	2
Sijoiltaanmeno, nyrjähdys	6	24
Aivotärhdys	4	8
Murtuma	3	19
Myrkytys	2	0
Tukehtumisvaara	1	1
Silmävamma	1	3
Paleltuma	0	0
Syöpymävamma	0	0
Muu	16	13

Verrattaessa tämän tutkimuksen tuloksia hoitoilmoitusrekisterin tietoihin sairaalan vuodeosastohoitoa vaatineista tapaturmista huomataan tapaturmailmiön erilaisuus eri aineistoissa. LATE-tutkimuksessa kotona sekä päivähoidossa tai kouluissa ja liikuntapaikoissa sattuneiden tapaturmien osuus kaikista tapaturmista on suurempi. Liikennetapaturmien osuus puolestaan on suurempi vuodeosastolla hoidetuissa tapaturmissa, mikä viittaa siihen, että liikennetapaturmat useasti johtavat vakavampiin vammoihin. (taulukko 67.)

Taulukko 67. Tietyissä ympäristöissä sattuneiden tapaturmien osuudet (%) kaikista LATE-aineiston ja THL:n Tapaturmatietokannan sairaalan vuodeosastohoitojaksoon johtaneista tapaturmista.

	LATE-aineisto: vakavin hoitoa tai neuvontaa vaatinut tapaturma		Tapaturmatietokanta: sairaalan vuodeosastohoitojaksoon johtanut tapaturma (potilaat, v. 2005–2007)	
	Alle kouluikäiset	Kouluikäiset	Alle kouluikäiset (0–6-vuotiaat)	Kouluikäiset (7–14-vuotiaat)
Kotona	73	19	55	13
Päivähoidossa tai koulussa	16	39	6	12
Liikuntapaikassa tai urheilussa ¹	0	24	3	18
Liikenteessä tai liikennealueella	2	2	7	17

¹ LATE-aineistossa kysymys oli missä tapaturma sattui ja hoitoilmoitusrekisterin tapaturmatyyppi puolestaan kuvaa tapahtuman paikkaa ja tapahtumaan liittyvää toimintaa (ICD-10 koodi: Y94.2 Urheilu- tai liikuntatapaturma).

3.5.2 Turvalaitteiden käyttö ja uimataito

Tieliikennelain (267/1981) mukaan alle 135 cm pitkän lapsen on autossa matkustessaan käytettävä painon mukaan määräytyvää turvalaitetta. LATE-tutkimuksen tulosten mukaan autossa matkustettaessa alle kouluikäiset lapset lähes 100%:sti istuvat turvaistuimessa turvavyöt kiinnitettynä. Istuinten käyttö selkä menosuun-

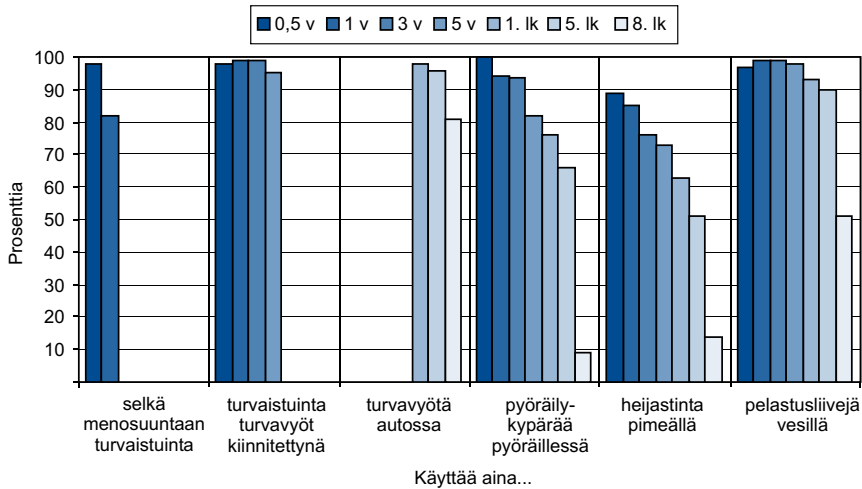
taan ei ole vanhemmilla pikkulapsilla niin suosittua kuin toivoisi. Puolivuotiaiden vanhemmista vielä 98 % ilmoittaa lapsensa aina matkustavan näin asennetussa istuimessa, kun yksivuotiaiden kohdalla vastaava osuus on 82 % ja 13 % ilmoittaa lapsensa matkustavan näin vain harvoin tai ei ollenkaan. Suositus on, että lapsi matkustaisi selkä menosuuntaan niin kauan kuin hän sopii istuimeen, mutta vähintäänkin kolmeen ikävuoteen saakka. Perusteena suositukselle on, että nuoremman lapsen kaularakenne ei ole vielä riittävän vahva kestämään kolarivoimia. Selkä menosuuntaan matkustettaessa kaula saa paremman tuen. (Liikenneturvan internetsivut 2009.)

Kouluikäisten lasten vanhemmilta ja kahdeksaluokkalaisilta itseltään kysyttiin turvavöiden käytöstä autossa. Yleisesti ottaen noin 10-vuotias lapsi voi käyttää turvavöitä aikuisten tapaan ja tätä nuoremmilla turvavöiden käyttökelpoisuutta parannetaan turvavyöistuimilla ja istuintyyneillä. LATE-tutkimuksen tulosten mukaan alakoululaiset käyttivät turvavyötä lähes aina. Sen sijaan kahdeksaluokkalaisilla käyttöaste oli laskenut 81 %:iin (kuvio 20).

Tieliikennelain (267/1981) mukaan pyöräillessä tulisi yleensä käyttää pyöräilykypärää. Lähes kaikki lastaan pyörällä kuljettavista vanhemmista ilmoitti lapsensa käyttävän aina pyöräilykypärää. Kolme- ja viisivuotiaista ja ensimmäisellä luokalla olevista lapsista 82–94 % käytti aina pyöräillessään kypärää. Viidennen luokan oppilaista kypärää käytti aina enää kaksi kolmesta (66 %) ja kahdeksaluokkalaisista enää joka kymmenes (9 %) (kuvio 20). Vanhimmassa ikäryhmässä kasvoi myös niiden vastaajien osuus, joka ei pitänyt kypärän käyttöä itselleen ajankohtaisena (17 %). Tässä taustalla saattavat olla ikään liittyvät liikennekäyttäytymisen muutokset: monet nuoret alkavat 15-vuotiaana liikkua esimerkiksi mopolla tai skootterilla ja myös päivittäin kuljetut matkat saattavat pidentyä yläluokille tullessa.

Tieliikennelakiin (267/1981) on heijastimen käytöstä kirjattu, että sitä olisi yleensä käytettävä pimeällä. Heijastimen käyttöaktiivisuus heikkenee puolivuotiaiden noin 90 %:sta viidesluokkalaisten noin puoleen (51 %). Yläkoulun kahdeksaluokkalaisista enää 14 % ilmoitti aina käyttävänsä heijastinta tai heijastinliivejä liikkueessaan pimeällä (kuvio 20).

Vesillä liikuttaessa alle kouluikäisten vanhemmat raportoivat lapsensa käyttävän lähes aina pelastusliivejä. Niiden puoli- ja yksivuotiaiden lasten vanhempien osuus, jotka eivät pidä asiaa ajankohtaisena oli varsin suuri (62–83 %). Ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaista 90–93 % käytti aina vesillä pelastusliivejä. Sen sijaan kahdeksaluokkalaisista enää puolet (51 %) pukee pelastusliivit aina vesillä (kuvio 20).



Kuvio 20. Turvalaitteita aina käyttävien osuudet (%) asiaa ajankohtaisena pitävien osalta eri-ikäisillä.

Palovaroittimen käyttö asunnoissa on Suomessa säädetty pakolliseksi pelastuslailla (468/2003, 29 §). Lain mukaan vastuu asiasta on asunnon haltijalla. LATE-tutkimuksen tulosten mukaan toimiva palovaroitin löytyi kotoa 96–99 %:lta vastanneista. Osuudet vastaavat sisäasiainministeriön (2008) selvityksen tuloksia, joiden mukaan 95 %:lla kotitalouksista on palovaroitin. Pelkkä palovaroittimen olemassaolo ei kuitenkaan riitä, vaan sen tulisi olla myös toimintakuntoinen. Tässä suhteessa havaittiin sisäasiainministeriön (2008) selvityksessä parannettavaa, sillä tavallista oli, että palovaroittimen toimintakuntoa ei tarkistettu riittävän usein.

Pohjoismaisen uimataidon määritelmän mukaisesti uimataitoinen pystyy uimaan yhtäjaksoisesti 200 metriä, josta 50 metriä selällään. Tässä tutkimuksessa selvitettiin osaavatko ensimmäisen, viidennen ja kahdeksannen luokan oppilaat uida ja jos osaavat, niin kuinka pitkän matkan he jaksavat uida. Alakoululaisten osalta vanhemmat vastasivat kysymykseen ja kahdeksaluokkalaiset arvioivat uimataitoaan itse. Vähintään 200 metriä uivien osuus näyttää kasvavan luokka-asteen noustessa: ensimmäisen luokan oppilaista vain harva (2 %) ui vielä näin pitkää matkaa, mutta viidesluokkalaisista jo puolet (51 %) jaksaa uida 200 metriä ja kahdeksaluokkalaisista 85 %. Osa lasten vanhemmista ja kahdeksaluokkalaisista ei ilmoittanut uintimatkan pituutta (5–12 %).

Yhteenvetona voidaan todeta, että tyypillistä näyttää olevan, että turvalaitteiden käyttöaktiivisuus laskee lapsen iän lisääntyessä. Heikointa turvalaitteiden käyttö on kahdeksaluokkalaisilla. Myös muissa tutkimuksissa on havaittu nuorten olevan haasteellinen ryhmä etenkin heijastinten ja pyöräilykypärien käytön suhteen (Helakorpi ym. 2008).

3.6 Rokotuskattavuus

Ulpu Elonsalo

- Vuonna 2005 voimaan tulleeeseen uuteen rokotusohjelmaan siirtyminen on toteutettu erinomaisesti.
- 95 % niistä lapsista, joiden rokotustiedot tutkimuksessa kerättiin, oli rokotettu täysin suositusten mukaisesti.
- Lähes kaikki (99,9%) lapset olivat saaneet vähintään yhden MPR-rokotteen ja 98 % oli saanut rokotusohjelman mukaisen toisen MPR-rokoteannoksen.

LATE-tutkimuksen yhteydessä saatiin rokotustiedot 891 lapselta, joista noin neljäosa oli vuonna 2005 voimaan tulleen uuden rokotusohjelman mukaisesti rokotettavia lapsia. Loput kuuluivat aikaisemman rokotusohjelman tai ns. siirtymävaiheen suositusten mukaisesti rokotettaviin. Aineistoa läpikäydessä ilmeni, että neuvola-terveydenhoitajat ovat onnistuneet toteuttamaan erinomaisesti haasteellisen siirtymävaiheen rokotukset.

Kaikkiaan 95 % lapsista oli rokotettu täysin suositusten mukaisesti. Aineistossa ei ollut yhtään täysin rokottamatonta lasta. Yhden lapsen papereissa oli merkintä siitä, että lapselle on annettu vain jäykkäkouristusrokotteet. Rokotussuojassa oli puutteita yhteensä 46 lapsella, joista 21 kuului uuden rokotusohjelman piiriin. Puutteellisesti rokotettujen tiedot tarkistettiin yksityiskohtaisesti. Heillä oli yleensä saamatta vain yksi tai kaksi rokoteannosta.

Vuonna 2005 siirryttiin uuteen rokotusohjelmaan, jossa entisten yksittäisten DTP-, IPV- ja Hib-rokotteiden sijaan alettiin käyttää yhdistelmärokotetta ns. viitosrokotetta (DTaP-IPV-Hib). Tämä rokote annetaan lapsille 3, 5 ja 12 kk ikäisenä.

Tähän tutkimukseen osallistuvilta neuvolaikäisiltä lapsilta tutkimustiedot ja ROS-lehden kopiot kerättiin juuri yksivuotistarkastuskäynnin yhteydessä. Kaikkiaan 156 yksivuotiaan joukosta 21:ltä puuttui merkintä kolmannelta viitosrokoteannoksesta. Viidessätoista tapauksessa lapsen papereihin oli kirjattu syy, miksi rokotusta oli siirretty myöhäisemmäksi. Kuuden lapsen papereista syytä rokotuksen siirtämiseen ei ollut mainittu. Yhdenkään kohdalla ei kuitenkaan ollut merkintää siitä, että kolmannelta viitosrokoteannoksesta olisi kieltäydytty kokonaan.

Toisen MPR-rokotteen kattavuutta ei aikaisemmissa rokotuskattavuustutkimuksissa ole tutkittu. Tässä tutkimuksessa lapsista 99,9 prosenttia oli saanut vähintään yhden MPR-rokotteen ja 98 % oli saanut rokotusohjelman mukaisen toisen MPR-rokoteannoksen.

3.7 Lasten ja perheiden elinympäristö

Tuovi Hakulinen-Viitanen, Risto Kaikkonen, Päivikki Koponen

- Isät käyttivät harvoin perhevapaita. Puolivuotiaiden lasten äideistä lähes kaikki olivat äitiysvapaalla ja yksivuotiaiden äideistäkin enemmistö. Kolmevuotiaiden lasten äideistä useampi kuin joka kolmas, mutta viisivuotiaiden lasten äideistä enää noin 16% oli kotona äitiys-, vanhempain- tai hoitovapaalla. Isistä noin 85% oli kokopäivätyössä ja ainoastaan muutamia prosentteja osa-aikatyössä tai opiskelijana. Hoitovapaalla oli vain 2% yksivuotiaiden ja 1% kolmevuotiaiden isistä.
- Lapsista kahden kolmasosan vanhemmat olivat avioliitossa, joka viidennen avioliitossa ja noin 15%:lla eronneita tai eivät olleet koskaan asuneet yhdessä. Eronneisuus oli sitä yleisempää mitä vanhemmasta lapsesta oli kyse. Eroperheiden isistä noin joka viides ei näe lastaan edes kuukausittain.
- Noin kolmannes kaikista alle kouluikäisistä lapsista oli päivähoitossa, enemmistö päiväkodissa. Viisivuotiasta lapsista jo 75% oli kodin ulkopuolella hoidossa ja lähes puolet oli ollut kahdessa tai useammassa hoitopaikassa. Hieman yli puolet ensimmäisen luokan oppilaista osallistui koululaisten aamu- ja/tai iltapäivätoimintaan.
- Noin viidesosa vanhemmista koki perheen yhteisen ajan osittain tai täysin riittämättömäksi.
- Noin 14% neuvolaikäisten vanhemmista koki avunsaannin isovanhemmilta, muilta sukulaisilta tai läheisiltä riittämättömäksi.
- Vähintään hankalaksi menojen kattamisen käytettävissä olevilla tuloilla koki noin joka neljäs tutkimukseen osallistunut perhe.
- Koulunkäynnin aloittamiseen suhtauduttiin varsin myönteisesti. Tytöt raportoivat koulunkäynnin olevan mieluisaa poikia yleisemmin.
- Pojat osallistuivat kerho- tai harrastustoimintaan harvemmin kuin tytöt. Vanhemmat myös raportoivat pojilla useammin ongelmia kavereiden saannissa ja ryhmäleikkeihin osallistumisessa. Poikien myös ilmoitettiin tyttöjä useammin joutuneen säännöllisesti kiusatuksi.

3.7.1 Vanhempien ikä, koulutus ja pääasiallinen toiminta

Tutkimukseen osallistuneiden lasten vanhempien iän vaihteluväli oli äideillä 18–62 vuotta ja isillä 18–68 vuotta. Neuvolaikäisten lasten äitien keski-ikä oli 32 vuotta ja isien 34 vuotta. Vastaavasti kouluikäisten lasten äitien keski-ikä oli 41 vuotta ja isien 43 vuotta (taulukko 68). Käytännössä tulos tarkoittaa sitä, että tähän tutkimukseen osallistuneiden lasten vanhempien keski-ikä on lapsen syntyessä ollut noin 30 vuotta.

Tutkimukseen osallistuneista äideistä joka toinen ja isistä useampi kuin joka kolmas oli suorittanut ylioppilastutkinnon. Neuvola- ja kouluikäisten lasten vanhemmista lähes kaikilla oli vähintään 9 vuotta koulutusta, mikä tarkoittaa vähintään perus- tai keskikoulun suorittamista. Kouluikäisten lasten äideistä noin 5 % ja isistä noin 6 % oli suorittanut pelkän perusasteen koulutuksen tai koulutus oli jäänyt kesken. Enintään ammattikoulun oli suorittanut äideistä useampi kuin joka kolmas, joka neljäs enintään ammatillisen opistotutkinnon ja joka kolmas ammatikorkeakoulututkinnon tai enemmän. Vastaavasti isistä joka toinen oli suorittanut enintään ammattikoulun, 15 % enintään ammatillisen opistotutkinnon ja 29 % vähintään ammatikorkeakoulututkinnon. Vuoden 2007 Tilastokeskuksen väestön koulutusrakenteen mukaan 30–49-vuotiaista, joita tutkimuksessa mukana olleet vanhemmat pääasiassa edustavat, noin 85 % on suorittanut jonkin perusasteen jälkeisen tutkinnon ja hieman alle puolet vähintään keskiasteen tutkinnon. Näiltä osin tutkimukseen osallistuneiden vanhempien koulutus rakenne noudattaa melko hyvin tutkintorekisteristä saatavaa tutkintoperusteista rekisteritietoa (Tilastokeskus 2007).

Puolivuotiaiden lasten äideistä lähes kaikki olivat äitiysvapaalla, ja yksivuotiaiden lasten äideistä äitiys- tai hoitovapaalla oli noin 70 %. Kolmevuotiaiden lasten äideistä useampi kuin joka kolmas ja viisivuotioiden lasten äideistä enää noin 16 % oli kotona äitiys-, vanhempain- tai hoitovapaalla. Viisivuotioiden lasten äideistä useampi kuin joka toinen oli ansiotöissä, joka kymmenes osa-aikatoissa ja yhteensä 15 % joko työttöminä tai opiskelijoina. Peruskoulun ensimmäisen luokan oppilaiden äideistä 60 % oli kokopäivä- ja 14 % osa-aikatoissa. Vastaavasti viides- tai kahdeksaluokkalaisten äideistä noin 75 % oli kokopäivätöissä ja noin 10 % osa-aikatoissa.

Työllisyysaste oli neuvola- ja kouluikäisten lasten isillä yleisesti varsin korkea. Noin 85 % isistä oli kokopäivätöissä ja ainoastaan muutamia prosentteja osa-aikatoissa tai opiskelijana. Kotona hoitamassa kotitaloutta tai perheenjäsentä esim. hoitovapaalla oli vain 2 % yksivuotiaiden ja 1 % kolmevuotiaiden isistä. Työttömänä oli noin 4 % isistä mikä on harvinaisempaa kuin suomalaisten miesten vuoden 2007 yleinen työttömyys. (Tilastokeskus 2007; Työvoimatutkimus).

Taulukko 68. Neuvola- ja kouluikäisten lasten vanhempien ikä, koulutus ja pääasiallinen toiminta (%).

Äidin ikä	Neuvolaikäiset	Kouluikäiset	Yhteensä
Keskiarvo	32	41	37
Isän ikä	Neuvolaikäiset	Kouluikäiset	Yhteensä
Keskiarvo	34	43	39
Äidin koulutus	Neuvolaikäiset	Kouluikäiset	Yhteensä
Enintään ylioppilas	5	5	5
Enintään ammattikoulu	35	37	36
Enintään ammatillinen opistotutkinto	23	30	26
Vähintään ammatikorkeakoulututkinto	38	29	34

Isän koulutus	Neuvolaikäiset	Kouluikäiset	Yhteensä
Enintään ylioppilas	5	6	6
Enintään ammattikoulu	49	52	50
Enintään ammatillinen opistotutkinto	13	18	15
Vähintään ammattikorkeakoulututkinto	33	24	29
Äidin pääasillinen toiminta	Neuvolaikäiset	Kouluikäiset	Yhteensä
Kokopäivätyö	26	70	45
Osa-aikatyö	6	11	8
Opiskelija	5	3	4
Työtön tai lomautettu	5	4	5
Äitiys/vanhempainvapaa	35	3	21
Hoitamassa kotia	21	5	14
Muu	2	4	3
Isän pääasillinen toiminta	Neuvolaikäiset	Kouluikäiset	Yhteensä
Kokopäivätyö	87	89	87
Osa-aikatyö	3	3	3
Opiskelija	3	1	2
Työtön tai lomautettu	4	3	4
Äitiys/vanhempainvapaa	0	0	0
Hoitamassa kotia	0	0	1
Muu	2	4	3

3.7.2 Perhetyyppi, tapaamisjärjestelyt erotilanteessa ja sisarukset

Perhetyypit ovat moninaistuneet viimeisten kymmenien vuosien aikana, mutta silti kaksi lasta kolmesta kuuluu perheeseen missä vanhemmat ovat naimisissa keskenään (Pitkänen ja Jalovaara 2007). Myös LATE-tutkimusaineiston lapsista kaksi kolmesta asui avioparin perheessä (taulukko 69). Joka viidennen vanhemmat olivat avoliitossa ja noin 15%:n olivat eronneet tai eivät olleet koskaan asuneet yhdessä. Eronneisuus oli sitä yleisempää mitä vanhemmasta lapsesta oli kyse. Kun kolmevuotiaiden lasten vanhemmista vain noin 6% oli eronneita, oli kahdeksaslukulaisten vanhemmista jo useampi kuin joka neljäs eronnut. Eronneista äideistä useampi kuin joka neljäs ja eronneista isistä yli 40% oli uudessa avio- tai avoliitossa.

Yli 80% tutkimukseen osallistuneista lapsista asui molempien vanhempiensa kanssa samassa taloudessa, eli vanhemmat olivat joko naimisissa tai avoliitossa. Mitä nuoremasta lapsesta oli kysymys, sitä yleisempää molempien vanhempien kanssa samassa taloudessa asuminen oli. Eron jälkeen muualla kuin lapsen kanssa asuvat äidit tapasivat selvästi yleisemmin lapsiaan kuin muualla asuvat isät. Jos lapsi ei asunut molempien vanhempien kanssa samassa kotitaloudessa, noin 5% yli viisivuotiaista ei tavannut äitiään. Eronneet isät tapasivat lapsiaan harvemmin. Noin joka viides eronnut isä ei nähnyt lastaan lainkaan kuukausittain. Noin puolet vähintään 5 vuotta täyttäneiden lasten eronneista isistä tapasi lastaan/lapsiaan 2–9 kertaa kuukauden aikana.

Taulukko 69. Perhetyyppi ja tapaamisjärjestelyt vanhempien erotilanteissa neuvola- ja kouluikäisillä lapsilla (%).

Perhetyyppi	Neuvolaikäiset	Kouluikäiset	Yhteensä
Vanhemmat avioliitossa	63	63	63
Vanhemmat avoliitossa	27	10	20
Muu	10	26	17
Eroperheessä, ei tapaa toista vanhempaansa	Neuvolaikäiset	Kouluikäiset	Yhteensä
Äitiä	2	5	4
Isää	25	19	21

Useammalla kuin joka toisella tutkimukseen osallistuneella puolivuotiaalla oli vähintään yksi sisar. Mitä vanhemmasta lapsesta oli kyse, sitä yleisempää oli, että hänellä oli vähintään yksi sisar. Kun 46 %:lla puolivuotiaista ei ollut yhtään sisarta, oli vastaava luku viisivuotiailla vain 15 % ja kahdeksannen luokan oppilailla vain 9 %. Noin joka viidennellä tutkimukseen osallistuneella lapsella oli vähintään kaksi sisarta. Harvemalla kuin joka viidennellä oli enemmän kuin kolme sisarusta ja perheet, joissa oli vähintään 5 lasta, olivat harvinaisia. Perheitä, joissa lapsen lisäksi kotona asui muita, ei biologisia sisarusia, oli neuvolaikäisistä noin 10 % ja kouluikäisistä noin 16 %.

3.7.3 Perheessä puhutut kielet

Suomessa on väestötilastojen mukaan vieraskielisiä lapsia 3 %. Lapsiperheitä, joissa puhutaan vähintään yhtä vierasta kieltä, oli 5 % vuonna 2005 (Tilastokeskus; väestötilastot 2005). Tutkimusaineistossa hieman alle 10 %:ssa perheistä puhuttiin useampaa kuin yhtä kieltä. Tuloksia tulkittaessa on otettava huomioon, että tutkimuslomakkeet olivat saatavilla vain suomenkielisinä, joten käytännössä lähes jokaisessa perheessä osattiin suomea. Ruotsia samoin kuin venäjää puhuttiin hieman alle 2 %:ssa tutkimukseen osallistuneista perheistä. Englantia puhuttiin noin 3 %:ssa perheistä. Muita kuin edellä mainittuja kieliä puhuttiin hieman yli 3 %:ssa tutkimukseen osallistuneista perheistä.

3.7.4 Asuminen ja muutot

Mitä nuorempi lapsi oli, sitä yleisempää oli asua pienessä asunnossa, jossa on kaksi huonetta tai vähemmän. Kun puolivuotiaiden lasten perheistä 17 % ilmoitti asuvansa enintään kaksiossa, oli vastaava osuus kolmevuotiaiden tai sitä vanhempien lasten perheissä 5 % tai vähemmän. Mitä vanhempi lapsi oli, sitä yleisemmin perhe asui isossa asunnossa (vähintään viisi huonetta). Vanhempien lasten perheet olivat myös asuneet asunnoissaan selvästi pidempään kuin nuorempien ikäryhmien. Kun viisi vuotta täyttäneiden tai sitä nuorempien perheet olivat asuneet asunnossaan keskimäärin enintään 3,3 vuotta, olivat kahdeksaslukuikäisten lasten perheet asuneet keskimäärin 8,7 vuotta nykyisessä asunnossaan.

Tilastokeskuksen väestötilaston (2005) mukaan lähes joka viides lapsi muuttaa vähintään kerran ensimmäisen elinvuotensa aikana. Tutkimusaineiston puolivuotiasta lapsista alle 15 % oli muuttanut vähintään kerran. Vastaavasti yksivuotiaista lapsista vähintään kerran muuttaneita oli jo joka viides. Kolmevuotiaista lapsista vähintään kerran muuttaneita oli joka toinen, 5 vuotta täyttäneistä noin 65 % ja ensimmäisen luokan oppilaista jo 71 %. Peruskoulun viides- ja kahdeksaluokkalaisten huoltajilta kysyttiin muuttokertoja koulunkäynnin aloittamisen jälkeen. Lähes kaksi kolmesta ei ollut muuttanut kertaakaan, joka neljäs kerran ja hieman yli 10 % useammin kuin kerran koulunkäynnin aloittamisen jälkeen.

3.7.5 Menojen kattaminen tuloilla

Vaikka yleinen varallisuus onkin kasvanut, perheiden pienituloisuus on sitä vastoin kasvanut viimeisten vuosikymmenten aikana. Tämä tarkoittaa sitä, että suurempi väestönosa vastaavanikäisistä lapsiperheistä on yliedustettuna alimmassa ja aliedustettuna ylimmässä tuloviidenneksessä. Heikko tulotaso kasaantuu jo muutoinkin haavoittuvassa asemassa oleviin ryhmiin, etenkin yksinhuoltajiin ja monilapsisiin perheisiin. Alle kolmevuotiaiden lasten perheissä pienituloisuus on kasvanut nopeimmin (Tilastokeskus; Tulonjakotilaston aikasarja 2005, Sauli 2007).

Tutkimukseen osallistuneista perheistä vähintään hankalaksi menojen kattamisen käytettävissä olevilla tuloilla koki noin joka neljäs. Vanhempien lasten vanhemmat kokivat menojen kattamisen tuloilla helpoksi nuorempien lasten vanhempiä yleisemmin. Hyvin helpoksi menojen kattamisen koki noin 10 % kouluikäisten lasten vanhemmista.

Taulukko 70. Vanhempien arvio perheen menojen kattamisesta käytettävissä olevilla tuloilla (% neuvola- ja kouluikäisten vanhemmista).

Menojen kattaminen tuloilla	Neuvola	Koulu	Yhteensä
Hankalaa	26	23	25
Helppoa	74	77	75

3.7.6 Lasten hoitojärjestelyt

Suomessa on kansainvälisesti katsoen monipuolinen ja kattava pienten lasten hoitojärjestelmä. Subjekttiivinen oikeus päivähoitoon astui voimaan alle kolmevuotiaille vuonna 1990 ja laajeni alle kouluikäisiin vuonna 1996 (Laki lasten päivähoidosta 36/1973, § 11A). Neuvolaikäisten lasten vanhemmilta kysyttiin lapsen hoitojärjestelyjä ja ikää, milloin lapsi on mennyt ensimmäistä kertaa kodin ulkopuolelle päivähoitoon sekä hoitopaikkojen lukumäärää. Kodin ulkopuolella hoidettujen osalta kysyttiin myös hoitopäivien lukumäärää kuukaudessa, hoitopäivän pituutta tunteina ja sitä, meneekö lapsi mielellään päivähoitoon.

Lähes kaikki puolivuotiaat lapset olivat kotona hoidossa ja tällöin heidän pääasiallisena hoitajana toimi äiti (taulukko 71). Yksivuotiaista lapsista 11 % oli päivähoitossa, kolmevuotiaista lähes puolet ja viisivuotiaista lapsista 75 %. Kaikista alle kouluikäisistä lapsista päivähoitossa oli noin kolmannes. Päivähoitossa olleiden osuus oli hieman alhaisempi LATE-aineistossa kuin aiempien tilastojen mukaan. Tilastokeskuksen päivähoitotilastojen (2005) mukaan päivähoitossa oli yksivuotiaista noin 35 %, kolmevuotiaista noin 65 % ja viisivuotiaista noin 78 %. Jos alle puolivuotias oli päivähoitossa, oli tällöin yleisimpänä päivähoitomuotona perhepäivähoito, mutta muilla ikäryhmillä päiväkotit useammin kuin perhe- tai ryhmäperhepäivähoito. Muutama LATE-tutkimukseen osallistuneista neuvolaikäisistä lapsista oli hoidossa jossain muualla.

Taulukko 71. Lapsen pääasiallinen hoitojärjestely tällä hetkellä (% tytöistä ja pojista yhteensä) ikäryhmittäin.

	½ v	1 v	3 v	5 v
Kotona	98	89	51	22
Päivähoitossa	1	11	48	75
Jossain muualla	1	0	2	3

Eri päivähoitomuodoista päiväkotit oli lasten yleisin hoitomuoto. Lasten päivähoitomuodot eivät poikenneet päivähoitotilastojen valtakunnallisen tilannekatsauksen tuloksista vuodelta 2005 (Färkkilä ym. 2006).

Taulukko 72. Eri päivähoitomuodot (% neuvolaikäisistä tytöistä ja pojista yhteensä).

	LATE Kaikki päivähoitossa olevat	Päivähoidon tilannekatsaus (2005)
Perhepäivähoito	24	21
Ryhmäperhepäivähoito	5	8
Päiväkotit	71	71

Kolmevuotiaat olivat menneet päivähoitoon keskimäärin 22 kk ikäisenä (vaihteluväli 9–39 kk) ja viisivuotiaat keskimäärin 26 kk ikäisinä (vaihteluväli 8–61 kk). Kodin ulkopuolella hoidettujen lasten hoitojärjestelyt vaikuttivat pysyviltä lukuun ottamatta viisivuotiaita, joista 45 %:lla oli ollut useampi kuin yksi hoitopaikka (taulukko 73).

Taulukko 73. Hoitopaikkojen lukumäärä neuvolaikäisillä lapsilla tutkimusterveystarkastukseen mennessä (%).

	½ v	1 v	3 v	5 v
Ei yhtään kodin ulkopuolista hoitopaikkaa	98	83	34	10
Yksi	2	15	52	45
Kaksi tai useampi	0	2	14	45

Hoitopäivien keskimääräinen lukumäärä kuukaudessa lisääntyi lapsen iän myötä. Yhteen ikävuoteen asti lapset olivat päivähoidossa vain joinakin arkipäivinä kuukaudessa, mutta sen jälkeen yleensä 16–20 päivänä kuukaudessa. Vain pieni osa alle kouluikäisistä lapsista (5 %) joutui olemaan päivähoidossa yli 20 päivää kuukaudessa (taulukko 74). Vuonna 2005 tehdyn valtakunnallisen päivähoidon tilanekatsauksen mukaan päivähoitoa iltaisin, öisin ja/tai viikonloppuisin tarvitsevia lapsia oli noin 7 % kaikista päivähoitoa tarvitsevistä. (Färkkilä ym. 2006).

Taulukko 74. Kodin ulkopuolisten hoitopäivien lukumäärä keskimäärin kuukaudessa (% neuvolaikäisistä tytöistä ja pojista yhteensä) ikäryhmittäin.

	½ v	1 v	3 v	5 v
Ei yhtään	96	81	42	18
1–15 päivää kk	3	10	16	18
16–20 päivää kk	1	8	34	53
Yli 20 päivää kk	0	1	8	11

Hoitopäivien pituus lisääntyi lapsen iän myötä. Kolmevuotiaista lapsista puolet oli hoidossa keskimäärin 7–9 tuntia päivässä ja viisivuotiaista 77 %. Tilastokeskuksen (2005) päivähoitotilastojen mukaan joka toinen kolme- ja viisivuotias oli päivähoidossa yli 40 tuntia viikossa. Alle kolmevuotiaista alle 30 tuntia viikossa päivähoidossa olevien lasten osuus vuonna 2006 oli Suomessa 5 % ja yli kolmekymmentä tuntia viikossa olevien 21 % (Eurostat 2006).

Lapset menivät yleensä mielellään päivähoitoon. Kolmevuotiaista päivähoidossa olevista 87 % meni mielellään päivähoitoon aina tai lähes aina, ja viisivuotiaista 92 %.

Ensimmäisen luokan oppilaiden vanhemmilta kysyttiin kodin ulkopuolisia hoitojärjestelyjä ennen ja jälkeen lapsen koulupäivän. Kodin ulkopuolella aamu- tai iltapäivähoidossa oli ensimmäisen luokan oppilaista hieman yli puolet. Aiemman selvityksen mukaan vuonna 2006 neljä kymmenestä ensimmäisen luokan oppilaasta osallistui koululaisten aamu- ja iltapäivätoimintaan (Tilastokeskus ja Stakes 2007). LATE-tutkimukseen osallistuneista ensimmäisen luokan oppilaista 16 % oli yksin kotona ennen koulupäivän alkua tai koulupäivän jälkeen, useimmat heistä yhteensä 1–2 tuntia. Kukaan ensimmäisen luokan oppilaista ei joutunut olemaan yksin yli kahta tuntia pidempään.

3.7.7 Perheen yhteinen aika ja perheen saama tuki

Neuvola- ja kouluikäisten lasten vanhemmilta kysyttiin perheen yhteisen ajan riittävyydestä. Kaikista neuvolaikäisten lasten perheistä yhteisen ajan osittain riittämättömäksi koki 18 % ja täysin riittämättömäksi 4 %. Yleisimmin perheen yhteisen ajan riittämättömästi arvioivat kolmevuotiaiden lasten vanhemmat (taulukko 75). Puolivuotiaiden lasten vanhemmat kokivat muita useammin perheensä yhteisen

ajan täysin tai osittain riittäväksi. Kouluikäisten lasten vanhemmista joka viides koki perheen yhteisen ajan riittämättömäksi.

Taulukko 75. Niiden vanhempien osuudet (%), jotka olivat osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että perheen yhteinen aika on riittämätöntä, lapsen ikäryhmän mukaan.

	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. lk
Osittain samaa mieltä	13	18	22	20	20	19	14
Täysin samaa mieltä	2	6	4	3	2	2	3

Kahdeksaluokkalaaisilta itseltään kysyttiin perheen yhteisen ajan riittävydestä. Pojat kokivat tyttöjä ja vanhempia useammin perheen yhteiseen ajan riittäväksi (taulukko 76).

Taulukko 76. Niiden 8. luokkalaisten osuudet (% sukupuolen mukaan), jotka olivat osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että perheen yhteinen aika on riittämätöntä.

	Pojat	Tytöt	Yhteensä
Osittain samaa mieltä	7	16	11
Täysin samaa mieltä	3	1	2

Vanhemmilta kysyttiin mahdollisuutta avunsaantiin isovanhemmilta tai muilta sukulaisilta, naapureilta tai ystävilä. Suurin osa neuvola- ja kouluikäisten lasten vanhemmista koki saavansa tukea isovanhemmilta, muilta sukulaisilta, naapureilta tai ystävilä. Täysin riittäväksi tuen saamisen koki 64 % neuvolaikäisten ja 63 % kouluikäisten vanhemmista. Neuvolaikäisten lasten vanhemmista 14 % ja kouluikäisten vanhemmista 15 % koki avunsaannin osittain tai täysin riittämättömäksi (taulukko 77).

Taulukko 77. Niiden vanhempien osuudet (%), jotka olivat osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että avunsaanti sukulaisilta tai muilta läheisiltä on riittämätöntä, lapsen ikäryhmän mukaan.

	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. lk (9.lk)
Osittain samaa mieltä	7	9	10	12	9	11	8
Täysin samaa mieltä	3	5	4	7	4	6	7

3.7.8 Lasten käyttäytymiselle asetetut rajat ja kotiintuloajat

Neuvola- ja kouluikäisten lasten vanhemmilta kysyttiin lapsen käyttäytymiselle asetettuja rajoja. Vanhemmista suurin osa raportoi, että perheessä oli yhteisesti asetetut rajat lapselle. Neuvolaikäisten lasten vanhemmista 66 % ja kouluikäisten vanhemmista 72 % oli täysin samaa mieltä, että perheessä oli yhdessä sovittu lapsen käyttäytymiselle asetetuista rajoista. Vain pieni osa vanhemmista (3 % kaikista vanhemmista) arvioi, että perheessä ei ole yhteisesti asetettuja rajoja lapsille (taulukko 78).

Taulukko 78. Niiden vanhempien osuudet (%), jotka olivat osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että perheessä ei ole yhdessä sovittuja rajoja lapsen käyttäytymiselle, lapsen ikäryhmän mukaan.

	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. lk (9.lk)
Osittain samaa mieltä	2	4	2	2	5	4	1
Täysin samaa mieltä	0	1	1	1	1	0	1

Viidesluokkalaisten huoltajilta ja kahdeksaluokkalaisilta itseltään kysyttiin onko heillä sovittuja kotiintuloaikoja arki- ja viikonloppuiltoina. Noin joka neljännellä kouluikäisellä ei ollut sovittuja kotiintuloaikoja (taulukko 79). Osalla heistä ei ole näihin tarvettakaan muun muassa silloin, jos asutaan maaseudulla pitkien matkojen päässä kaveripiiristä tai lapsi ei muuten oma-aloitteisesti liiku kodin pihapiirin ulkopuolella iltaisin. Viidesluokkalaista tytöistä oli kotiintuloaika sovittu poikia hieman useammin. Kahdeksaluokkalaisten kohdalla tilanne oli päinvastoin.

Taulukko 79. Niiden kouluikäisten lasten osuudet (%), joilla ei ollut sovittuja kotiintuloaikoja

		Arki-ilta	Viikonloppuilta
5. lk	tytöt	18	20
	pojat	27	27
8. lk (9.lk)	tytöt	30	32
	pojat	22	23

Viidesluokkalaaisilta ja heidän vanhemmiltaan sekä kahdeksaluokkalaaisilta itseltään kysyttiin myös kotiintuloaikoja (taulukko 80). Arki-iltaisin viidesluokkalaiset tytöt ja pojat tulivat kotiin lähes samoihin aikoihin, 93 % jo kello 20 mennessä Viidesluokkalaista tytöistä 94 %:lla ja pojista 96 %:lla oli viikonloppuisin kotiintuloaika viimeistään kello 21. Kahdeksaluokkalaisten tytöt tulivat arki-iltaisin poikia aiemmin kotiin, mutta viikonloppuisin kotiintuloaika oli puolenyön aikaan tytöistä 29 %:lla ja pojista 25 %:lla.

Taulukko 80. Kouluikäisten kotiintuloajat (% tytöistä ja pojista, ikäryhmittäin).

	Klo 20 mennessä	Klo 20 jälkeen, mutta klo 21 mennessä	Klo 21 jälkeen, mutta klo 22 mennessä	Klo 22 jälkeen, mutta klo 24 mennessä
Arki-ilta				
5. lk tytöt (n=90)	93	7	0	0
5. lk pojat (n=72)	93	7	0	0
Viikonloppuilta				
5. lk tytöt (n=88)	73	21	7	0
5. lk pojat (n=69)	66	29	4	0
Arki-ilta				
8. lk tytöt (n=77)	54	38	8	0
8. (9.) lk pojat (n=80)	40	48	13	0
Viikonloppuilta				
8. lk tytöt (n=73)	15	23	19	29
8. lk pojat (n=79)	5	30	39	25

3.7.9 Harrastukset, ystävyysuhteet ja kiusaaminen

Kerho- tai harrastustoimintaan osallistumista kysyttiin kolmesta ikävuodesta alkaen. Harrastustoimintaan osallistuminen oli yleisintä viidesluokkalaisilla. Kaikista kolmevuotiaista neljäsosa osallistui harrastuksiin kerran viikossa, ja 12 % 2–3 kertaa viikossa. Viisivuotiaista 24 % harrasti kerran viikossa ja lähes kolmannes 2–3 kertaa viikossa. Ensimmäisen luokan oppilaista kerran viikossa harrasti 29 % ja 2–3 kertaa 37 %. Viidesluokkalaisista 24 % harrasti kerran viikossa ja 2–3 kertaa lähes puolet sekä useammin kuin 3 kertaa viikossa noin viidennes. Kahdeksaluokkalaisista kerran viikossa harrasti noin neljännesosa ja 2–3 kertaa 20 % sekä tätä useammin 15 % (taulukko 81).

Taulukko 81. Kerho- tai harrastustoimintaan osallistumattomien osuudet (%) lapsen ikäryhmän mukaan.

	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
Tytöt	51	42	30	12	35
Pojat	69	49	28	13	48

Kolme- ja viisivuotiaiden sekä ensimmäisen luokan oppilaiden vanhemmilta kysyttiin, onko lapsen helppo saada kavereita ja onko lapsen helppo osallistua ryhmäleikkeihin. Suurimmalla osalla lapsista ei ollut ongelmia, mutta pojilla ryhmäleikkeihin osallistumisessa oli vaikeuksia useammin kuin tytöillä (taulukko 82).

Taulukko 82. Ongelmia kavereiden saannissa ja ryhmäleikkeihin osallistumisessa raportoineiden osuudet (%) lapsen ikäryhmän mukaan.

	3 v	5 v	1. lk
Ongelmia kavereiden saannissa			
Tytöt	6	8	4
Pojat	7	8	5
Ongelmia ryhmäleikkeissä			
Tytöt	8	4	4
Pojat	11	9	5

Ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaiden vanhemmilta sekä kahdeksaluokkalaisilta itseltään kysyttiin, kuinka monta läheistä ystävää lapsella on tällä hetkellä. Kaikilla ensimmäisen ja kahdeksannen luokan tytöillä ja viidesluokkalaisilla pojilla oli vähintään yksi ystävä. Viidennen luokan tytöistä 4 %:lla sekä ensimmäisen ja kahdeksannen luokan pojista 3 %:lla ei ollut yhtään ystävää.

Ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaiden vanhemmilta, sekä kahdeksaluokkalaisilta itseltään kysyttiin kiusamisesta viime kuukausien aikana. Suurinta osaa koululaisista ei ollut kiusattu (taulukko 83). Kuukausittain kiusatuissa ensimmäisen luokan oppilaiden osuus oli suurin. Viikoittain kiusattiin muita yleisemmin viidesluokkalaisia poikia. Vuoden 2007 kouluterveyskyselyn mukaan vähintään viikoittain kiusatuksi joutui 8. ja 9. luokan oppilaista 8 % (Luopa ym. 2008), mikä

on enemmän kuin LATE-aineistossa. Ero voi johtua siitä, ettei kiusaamista aina haluttu kertoa terveydenhoitajalle, joka tarkasti nuorten tutkimuslomakkeet.

Taulukko 83. Kiusatuksi joutuneiden osuudet (% koululaisista) lapsen ikäryhmän mukaan.

	1. lk	5. lk	8. (9.) lk:n oma arvio
Kuukausittain			
Tytöt	30	10	3
Pojat	27	18	13
Viikoittain			
Tytöt	2	2	2
Pojat	4	7	4

3.7.10 Koulunkäynti

Peruskoulun ensimmäisen luokan oppilaiden vanhemmilta kysyttiin aloittiko lapsi mielellään koulunkäynnin. Koulunkäynnin mielellään aloittavia oli 87 %. Pojista suurempi osuus kuin tytöistä ei ollut koulunkäynnin alkamisesta yhtä innoissaan; 16 % poikien vanhemmista ja 7 % tyttöjen vanhemmista oli vain osittain samaa mieltä siitä, että lapsi aloitti koulun mielellään.

Huoltajien arvion mukaan viidennen luokan pojista yli puolet meni mielellään kouluun ja tytöistä kaksi kolmesta. Kaikista koululaisista 7 % ei mennyt kouluun mielellään. Peruskoulun kahdeksaluokkalaisilta kysyttiin mitä he pitivät koulunkäynnistä tällä hetkellä. Hyvin paljon koulunkäynnistä piti 8 %, melko paljon 62 %, melko vähän joka neljäs ja ei lainkaan 4 %. Tytöt pitivät koulunkäynnistä poikia enemmän.

Peruskoulun viides- ja kahdeksaluokkalaisista 16 % ei ollut yhtään päivää pois koulusta sairauden tai tapaturman vuoksi viimeisen vuoden aikana. Enemmistöllä sairauspoissaoloja oli ollut 2–10 päivää viimeisen vuoden aikana. Tätä enemmän (enemmän kuin kaksi viikkoa viimeisen vuoden aikana) sairauspoissaoloja oli 9 %:lla. Peruskoulun kahdeksaluokkalaisista joka viides ilmoitti pinnanneensa vähintään yhtenä päivänä koulusta, tytöt ja pojat yhtä usein. Useimmat kuin yhden päivän pinnaamiset olivat kuitenkin harvinaisia. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että terveydenhoitaja tarkasti lomakkeet, jolloin osa vastaajista on oletettavasti vähätellyt pinnaamistaan.

Ensimmäisen luokan oppilaista yli 40 %:lla oli alle kilometrin koulumatka, viidesluokkalaisista vain hieman useammalla kuin joka neljännellä ja kahdeksaluokkalaisista noin joka viidennellä. Yleisin koulumatkan pituus viides- ja kahdeksaluokkalaisilla oli yhdestä kilometristä alle viiteen kilometriin. Kymmenen kilometriä tai enemmän koulumatkaa oli ensimmäisen luokan oppilaista vain 6 %:lla, viidesluokkalaisista noin 9 %:lla ja kahdeksaluokkalaisista noin 15 %:lla.

3.7.11 Koulunkäynnin tukimuodot

Ensimmäisen luokan oppilaiden vanhemmilta ja terveydenhoitajilta kysyttiin onko lapselle jo ennen koulun alkua suunniteltu koulunkäynnin tukitoimia. Koulunkäynnin jo aloittaneiden ensimmäisen luokan oppilaiden sekä viidennen luokan oppilaiden vanhempia pyydettiin kirjaamaan, saako lapsi tukiovetusta, erityisopetusta tai muita tukitoimia. Kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaiset vastasivat itse saavatko tukiovetusta, erityisopetusta tai muita tukitoimia koulunkäynnissä. Lisäksi terveydenhoitajat kirjasivat tutkimuslomakkeisiin tiedon siitä, saako lapsi tuki- tai erityisopetusta ja onko hänelle tehty henkilökohtaisen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma (HOJKS) tai henkilökohtainen opetussuunnitelma (HOPS) (taulukko 84).

Ennen koulunkäynnin alkua pojille suunniteltiin useammin tukitoimia kuin tytöille. Viidennellä ja kahdeksannella luokalla tytöt saivat tukiovetusta useammin kuin pojat, mutta pojat saivat tyttöjä useammin muita koulunkäynnin tukitoimia. Erityisopetukseen osallistuminen oli yleisintä kahdeksaluokkalaisilla pojilla. Henkilökohtaisia opiskelusuunnitelmia (HOPS) oli tehty terveydenhoitajien mukaan vain muutamalle kahdeksaluokkalaiselle pojalle. Niitä käytetäänkin yleisemmin myöhemmässä koulutuksessa kuin peruskouluissa. Henkilökohtainen opetuksen järjestämistä koskeva suunnitelma (HOJKS) laaditaan erityisopetukseen otetuille tai siirretyille oppilaille. Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat olivat kirjanneet näitä HOJKS-suunnitelmia laaditun noin yhdelle prosentille koululaisista.

Taulukko 84. Koulunkäynnin tukimuodot terveydenhoitajien, vanhempien ja nuorten raportoimina. Niiden osuus (%), joille suunniteltu tai annettu tukea koulunkäynnissä.

	Vanhempien raportoima		Nuorten itse raportoima	Terveydenhoitajien raportoima		
	1. lk	5. lk	8. (9.) lk	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
Tukitoimia suunniteltu ennen koulunkäynnin aloitusta (1.lk)	13			9		
Tukiovetus	3	12	9	1	12	11
Erityisopetus	3	6	7	1	9	9
Muut tukitoimet	3	2	2	6	2	3

3.8 Perheiden terveys ja terveystottumukset

Päivikki Koponen, Tuovi Hakulinen-Viitanen

- Lasten äideistä yli kolmannes ja isistä yli puolet oli ylipainoisia (BMI $25 \geq \text{kg/m}^2$). Äideistä ja isistä noin joka kymmenes oli lihavia (BMI 30 tai yli).
- Vanhempien pitkäaikaisista terveysongelmista ja sairauksista yleisimpiä olivat astma ja erilaiset allergiat.
- Yli puolet vanhemmista harrasti liikuntaa vähintään 2–3 kertaa viikossa.
- Neuvolaikäisten lasten isistä 26 % ja äideistä 14 % tupakoi päivittäin. Kouluikäisten isistä 22 % ja äideistä 15 % tupakoi päivittäin.
- Neuvolaikäisten lasten äideistä 4 % ja isistä 25 % käytti alkoholia niin paljon, että heillä oli vähintään lievä alkoholihaittojen riski. Kouluikäisten lasten äideistä 7 % ja isistä 27 % käytti alkoholia niin paljon, että heillä oli vähintään lievä alkoholihaittojen riski.

3.8.1 Perheiden ja suvun sairaudet

Lastenneuvolassa terveydenhoitajat kysyivät ja kirjasivat tutkimuslomakkeisiin lääkärin toteamia biologisten vanhempien ja isovanhempien sairauksia, joilla on periytymistäipumusta. Lomakkeisiin kirjattiin onko biologisilla isovanhemmilla, äidillä tai isällä koskaan ollut sepelvaltimotautia tai familiaalista hyperkolesterolemiaa. Vanhemmilla kirjattiin myös nuoruustyyppin diabetes (tyyppi 1), aikuistyyppin diabetes (tyyppi 2), astma, heinänuha tai muu allerginen nuha, atooppinen ihottuma eli maitorupi tai taiveihottuma. Koululaisten vanhemmat kirjasivat nämä tiedot itse täyttämäänsä lomakkeeseen. Vanhempien lomakkeessa sepelvaltimotauti tarkennettiin sydäninfarktiksi tai rasitusrintakivuiksi, hyperkolesterolemia perinnölliseksi korkeaksi kolesteroliksi. Lisäksi vanhempien täyttämässä lomakkeessa oli kysymyksiä sellaisista yleisimmistä sairauksista, perheenjäsenten terveysongelmista ja oppimiseen liittyvistä ongelmista, joilla voidaan katsoa olevan merkitystä lapsen elinoloihin, kasvuun ja kehitykseen. Lomakkeissa kysyttiin terveysongelmia tällä hetkellä perheessä (äidillä, isällä tai sisaruksilla), sekä perheenjäsenillä todettuja oppimiseen liittyviä ongelmia.

Biologisten isovanhempien sairaudet

Kaikkia biologisten isovanhempien sairauksia raportoitiin selkeästi enemmän kouluikäisten kuin neuvolaikäisten isovanhemmilla. Ero voi johtua isovanhempien ikääntymisestä, mutta myös raportointieroista. Terveystottumukset ovat voineet tar-

kentaa neuvolaikäisten vanhemmilta sitä miten sairaus on todettu, kun taas koulu-
laisten vanhemmat ovat voineet itse raportoida näitä sairauksia löyhemmin kritee-
rein. Koululaisten lomakkeissa oli myös enemmän puuttuvia tietoja isovanhempien
sairauksissa kuin neuvolaikäisillä. Isovanhempia koskevat tiedot on yleensä totuttu
kirjaamaan lapsen tietoihin neuvolassa, mutta näitä tietoja ei aina systemaattisesti
päivitetä myöhemmin. Isoisillä raportoitiin useammin sepelvaltimotautia (lapsen
iän mukaan vaihdellen 7–22 %) kuin isoäideillä (2–15 %), mikä vastaa tutkimus-
tuloksia sukupuolten välisistä eroista sepelvaltimotaudin yleisyydessä (Kattainen
2004). Isovanhempien familiaalista hyperkolesterolemiaa raportoitiin myös varsin
paljon (2–18 %). Familiaalisen hyperkolesterolemian esiintyvyys on Suomessa ar-
vioitu huomattavasti alhaisemmaksi. Vuonna 2009 päivitetyn Dyslipidemioiden
Käypä hoito –suosituksen mukaan esiintyvyys olisi 1:500. On todennäköistä että
erityisesti vanhemmat itse ovat voineet tulkita myös joskus todettuja korkeita kole-
steroliarvoja perinnölliseksi korkeaksi kolesteroliksi.

Biologisten vanhempien sairaudet

Äideillä raportoitiin useammin kuin isillä astmaa, heinänuhaa tai muuta allergista
nuhaa, tai atooppista ihottumaa. Nämä vastaavat sukupuolten välisiä sairastavuus-
eroja muiden kansallisten väestötutkimusten mukaisesti (Aromaa ym. 2002). Muut
lapsen biologisilla vanhemmilla todetut sairaudet, joilla mahdollisesti on merkitys-
tä lapsen tautiriskin kannalta, olivat LATE-aineistossa harvinaisia. Vanhemmilla
raportoitiin yleisemmin allergioita ja familiaalista hyperkolesterolemiaa kuin ai-
emmissä väestötutkimuksissa on todettu (Aromaa & Koskinen 2002, Dyslipidemiät
Käypä hoito 2.4.2009), Astman ja diabeteksen yleisyys LATE-tutkimukseen osal-
listuneiden lasten vanhemmilla vastaa muita suomalaisia väestötutkimuksia, joissa
nämä ovat tutkittavien itse raportoimia tietoja (Peltonen ym. 2008, Helakorpi ym.
2008). Terveys 2000 -tutkimuksessa, jossa astma oli lääkärin terveystarkastuksessa
todentama, astman esiintyvyys oli alhaisempi (Aromaa & Koskinen 2002).

Taulukko 85. Biologisilla vanhemmilla joskus todetut sairaudet (% vanhemmista).

	Neuvolaikäisten lasten isät	Koululaisten isät	Neuvolaikäisten lasten äidit	Kouluikäisten äidit
Nuoruustyyppin diabetes (tyyppi 1)	1	1	1	1
Aikuistyyppin diabetes (tyyppi 2)	1	1	1	2
Sepelvaltimotauti	1	1	0	0
Familiaarinen hyperkolesterolemia	2	8	1	3
Astma	6	7	9	9
Heinänuha tai muu allerginen nuha	24	21	28	30
Atooppinen ihottuma	10	11	21	22

Ajankohtaiset terveyteen liittyvät ongelmat lapsen vanhemmilla ja sisaruksilla

Vanhempien tämänhetkisiä sairauksia ja vammoja raportoitiin harvoin, muuten kuin kohdassa ”muu terveysongelma”, jossa on raportoitu esimerkiksi allergioita ja muita lievempiä terveysongelmia, joita ei ollut listattu tähän kysymykseen erikseen. Isien päihdeongelmia raportoitiin yksittäisistä terveyteen liittyvistä ongelmista eniten. Aiempien väestötutkimusten mukaan alkoholiriippuvuus ja masennus ovat kuitenkin työikäisillä suomalaisilla huomattavasti yleisempiä kuin LATE-aineistossa, joten on mahdollista että näitä ei ole aina raportoitu neuvolahenkilökunnalle eikä kirjattu LATE-lomakkeisiin, jotka terveydenhoitajat tarkastivat. Raportoinnin harvinaisuus voi johtua myös siitä, että vanhemmat eivät ole aina itse pitäneet päihdeongelmia tai masennusoireita merkittävinä. Viimeisen 12 kuukauden aikaisen alkoholiriippuvuuden yleisyydeksi on 30–44-vuotiailla suomalaisilla miehillä todettu 9 % ja naisilla 3 % sekä merkittävän masennuksen yleisyydeksi miehillä 4 % ja naisilla 9 % (Aromaa & Koskinen 2002). Päihde ja mielenterveysongelmat olivat Terveys 2000 -tutkimuksessa yleisimpiä yksin asuvilla (Joutsenniemi 2007), mikä selittää eroa LATE-aineistoon.

Taulukko 86. Tämänhetkiset terveysongelmat neuvolaikäisten perheessä (% vanhemmista ja niistä lapsista joilla sisaruksia).

	Isällä	Äidillä	Sisaruksilla
Nuoruustyyppin diabetes	0,6	0,5	0,9
Aikuistyyppin diabetes	0,8	1,4	0,0
Liikkumiskykyä rajoittava sairaus tai vamma	1,4	1,3	0,9
Syöpä	0,2	0,0	0,0
Vaikea masennus	0,6	0,5	0,2
Muu psyykinen sairaus	0,9	1,4	0,2
Näkövamma	1,2	0,7	0,9
Kuulovamma	0,6	0,7	0,7
Päihdeongelma	2,0	0,0	0,0
Muu terveysongelma	9,7	11,4	7,5

Taulukko 87. Tämänhetkiset terveysongelmat kouluikäisten perheessä (% vanhemmista ja niistä lapsista joilla sisaruksia).

	Isällä	Äidillä	Sisaruksilla
Nuoruustyyppin diabetes	0,5	0,8	1,5
Aikuistyyppin diabetes	0,7	1,2	0,0
Liikkumiskykyä rajoittava sairaus tai vamma	2,1	2,6	1,2
Syöpä	0,3	1,1	0,2
Vaikea masennus	0,7	0,9	0,7
Muu psyykinen sairaus	0,8	0,9	0,7
Näkövamma	1,8	2,3	1,5
Kuulovamma	1,8	1,1	0,5
Päihdeongelma	2,2	0,3	0,3
Muu terveysongelma	8,5	10,4	9,0

3.8.2 Oppimiseen liittyvät ongelmat lapsen vanhemmilla ja sisaruksilla

Isillä raportoitiin useammin puheen- ja kielenkehityksen vaikeuksia sekä kirjoittamisen oppimisvaikeuksia kuin äideillä. Matematiikan oppimisvaikeuksia raportoitiin äideillä enemmän kuin isillä. Sisaruksilla yleisimpiä olivat puheen- ja kielenkehityksen vaikeudet, mikä johtunee siitä, että vain osalla lapsista oli niin vanhoja sisaruksia, että koulunkäyntiin liittyviä vaikeuksia olisi ehditty todeta. Oppimiseen liittyviä vaikeuksia raportoitiin yleisemmin nuorempien lasten kuin isompien koululaisten vanhemmilla sekä sisaruksilla enemmän kuin vanhemmilla. Tämä liittyy siihen, että oppimisvaikeuksiin on alettu kiinnittää aiempaa enemmän huomiota ja niiden tunnistaminen on aiempaa tehokkaampaa ja sosiaalisesti hyväksytympää.

Oppimiseen liittyvien ongelmien yleisyys LATE-tutkimukseen osallistuneiden lasten äideillä vastaa nuorten aikuisten Terveys 2000 -tutkimuksessa raportoimien oppimisvaikeuksien yleisyyttä (Lavikainen 2005, Lavikainen ym. 2006). Isillä raportoitiin vähemmän oppimisvaikeuksia kuin Terveys 2000 -tutkimuksessa, mikä voi johtua siitä, että LATE-tutkimuksessa isien tiedot olivat usein äitien raportoimia.

Taulukko 88. Oppimiseen liittyvät ongelmat neuvolaikäisten/kouluikäisten perheissä (% vanhemmista ja niistä lapsista joilla sisaruksia).

	Neuvolaikäisten isällä	Kouluikäisten isällä	Neuvolaikäisten äidillä	Kouluikäisten äidillä	Neuvolaikäisten sisaruksilla	Kouluikäisten sisaruksilla
Puheen- tai kielenkehityksen vaikeus	4	2	2	3	9	10
Lukemisen oppimisvaikeus	6	4	5	5	4	6
Kirjoittamisen oppimisvaikeus	4	4	3	3	4	5
Matematiikan oppimisvaikeus	2	2	6	5	3	5

3.8.3 Vanhempien paino ja pituus: painoindeksi (BMI)

Vanhempien täyttämässä kyselylomakkeissa tiedusteltiin lapsen äidin ja isän nykyistä pituutta (senttimetreinä) ja painoa (kiloina) ilman muita tarkennuksia (esim. vaatetuksen osuus tai tarkennusta siitä onko tässä tarkoitettujen vanhempien suhde lapsen biologinen vai ei). Näistä laskettiin äidin ja isän pituuspainoindeksi (BMI). Vanhempien pituuden ja painon puuttuvien tietojen määrä kasvoi lapsen iän mukaan. Isien pituus- ja painotiedoissa oli enemmän puuttuvia kuin äitien. Kouluikäisten lasten äitien BMI jäi puuttuvien tietojen takia määrittämättä 7 prosentilta ja isien 14 prosentilta lapsista. Nämä puuttuvat tiedot liittynevät yksinhuoltajien määrään ja kouluikäisillä mahdollisesti myös siihen, etteivät kaikki vanhemmat

halunneet kirjata lomakkeisiin henkilökohtaisia tietojaan.

Lasten äideistä yli kolmannes ja isistä yli puolet oli ylipainoisia (BMI $25 \geq \text{kg/m}^2$): Äideistä ja isistä noin joka kymmenes oli lihavia (BMI 30 tai yli). (taulukko 89). Tämä vastaa aiempien kansallisten väestötutkimusten tuloksia nuorten aikuisten ja työikäisten ylipainoisuudesta ja lihavuudesta. Myös vuoden 2007 Aikuisväestön terveystutkimuksen ja terveys tutkimuksessa (Helakorpi ym. 2008) 25–44-vuotiaista miehistä yli puolet oli ylipainoisia ja naisista yli kolmannes. Kansallisessa FINRISKI 2007 -terveystutkimuksessa (Peltonen ym. 2008) ja Terveys 2000 -tutkimuksessa (Aromaa & Koskinen 2002), joissa pituus ja paino on mitattu, miesten ja naisten väliset erot ovat vastaavia, mutta ylipainoisten ja lihaviin osuudet ovat hieman suurempia. Näissä tutkimuksissa työikäisillä miehillä ylipainoisten osuus on lähes 70 % ja naisilla noin puolet, lihaviin osuus miehillä yli neljännes ja naisilla lähes kolmannes. Ero eri tutkimusten tulosten välillä johtunee ihmisten taipumuksesta raportoida todellista pienempi paino ja todellista suurempi pituus.

Vanhempien painoindeksin keskiarvo vaihteli lapsen ikäryhmän mukaan äideillä välillä 23,7–25,7 kg/m^2 ja isillä välillä 25,7–26,8. Nämä ovat hieman alhaisempia kuin Finriski 2007 -terveystutkimuksessa (Peltonen ym. 2008) ja Terveys 2000 -tutkimuksessa (Aromaa & Koskinen 2002) todetut työikäisten naisten ja miesten painoindeksien keskiarvot.

Taulukko 89. Ylipainoisten (BMI $25 \geq \text{kg/m}^2$) ja lihaviin (BMI 30 ja yli) vanhempien osuudet (%) lapsen ikäryhmän mukaan.

	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5 lk	8.(9.) lk
Äidit, ylipainoisia (%)	40	37	34	33	35	37	43
Äidit, lihavia (%)	12	12	10	11	11	12	15
Isät, ylipainoisia (%)	62	55	61	60	59	62	58
Isät, lihavia (%)	18	10	12	17	9	11	13

3.8.4 Vanhempien liikuntatottumukset

Tutkimuksessa kysyttiin vanhempien vapaa-ajan liikunnan harrastamisesta vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että ainakin lievästi hengästyy ja hikoilee. Tutkimukseen osallistuneiden vanhempien liikuntatottumukset eivät poikenneet AVTK-kyselyyn osallistuneiden 25–34 ja 35–44-vuotiaiden liikuntatottumuksista lukuun ottamatta AVTK-kyselyyn osallistuneita 25–34-vuotiaita miehiä, jotka harrastivat vapaa-ajan liikuntaa useammin (Helakorpi ym. 2008).

Taulukko 90. Vanhempien vapaa-ajan liikunnan harrastaminen vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että ainakin lievästi hengästyy ja hikoilee (% LATE-tutkimukseen osallistuneiden lasten vanhemmista sekä AVTK tutkimukseen osallistuneista miehistä ja naisista).

	LATE		AVTK 2007		LATE		AVTK 2007	
	neuvola-ikäisten isät	koulu-laisten isät	25–34 v miehet	35–44 v miehet	neuvola-ikäisten äidit	koulu-laisten äidit	25–34 v naiset	35–44 v naiset
Vähintään 2–3 kertaa viikossa liikuntaa harrastavat	55	56	71	58	61	66	69	67
Harvemmin kuin kerran viikossa liikuntaa harrastavat	19	16	19	25	15	13	19	18

Naiset liikkuvat miehiä useammin vähintään 2–3 kertaa viikossa (taulukko 91). Yksivuotiaiden lasten äidit liikkuvat vähemmän kuin muiden ikäryhmien äidit. Vastavasti FINRISKI-tutkimuksen vuoden 2002 aineiston (25–50-vuotiaat naiset) perusteella todettiin, että 1–2 vuotta sitten synnyttäneillä oli noin 1,6-kertainen riski liikkua riittävästi verrattuna lapsettomiin naisiin. (Aldén-Nieminen ym. 2008)

Taulukko 91. Vähintään 2–3 kertaa viikossa liikuntaa harrastavien osuudet (% vanhemmista) lapsen ikäryhmän mukaan.

	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
Äidit	63	57	61	62	63	68	67
Isät	57	55	57	52	56	58	54

3.8.5 Vanhempien tupakointi

Nykyinen tupakointi

Tutkimuksessa kysyttiin molempien vanhempien nykyistä tupakointia. Pienten lasten vanhemmista pienempi osuus tupakoi kuin suomalaisista samanikäisistä keskimäärin (Helakorpi ym. 2008).

Taulukko 92. Tupakoivien osuudet (% LATE-tutkimukseen osallistuneiden lasten vanhemmista sekä AVTK tutkimukseen osallistuneista miehistä ja naisista).

	LATE		AVTK 2007		LATE		AVTK 2007	
	neuvola-ikäisten isät	koulu-ikäisten isät	25–34 v miehet	35–44 v miehet	neuvola-ikäisten äidit	koulu-ikäisten äidit	25–34 v naiset	35–44 v naiset
Päivittäin	26	22	30	30	14	16	20	15
Satunnaisesti	11	7	12	10	8	6	9	6

Ikäryhmittäin tarkasteltuna (taulukko 93) ilmeni, että neuvolaikäisten lasten äitien päivittäinen tupakointi oli hieman vähäisempää kuin kouluikäisten lasten äitien. Kaikista lapsista noin 10 %:lla molemmat vanhemmat tupakoivat päivittäin.

Taulukko 93. Päivittäin tupakoivien osuudet (% vanhemmista) lapsen ikäryhmän mukaan.

	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
Päivittäin tupakoivat äidit	13	14	13	16	14	17	16
Päivittäin tupakoivat isät	28	22	27	27	18	24	25
Molemmat vanhemmat tupakoivat päivittäin	10	8	10	10	5	10	10

Äidin raskauden ja imetyksen aikainen tupakointi

Neuvolaikäisten lasten äideiltä kysyttiin tupakoiko hän kyseisen lapsen raskauden aikana. Äideistä vähän yli 80 % ei ollut tupakoinut lainkaan raskauden aikana. Raskauden aikana, vielä ensimmäisen raskauskolmanneksen jälkeen, tupakoi noin 10 % tutkimukseen osallistuneiden lasten äideistä (taulukko 94). Syntyneiden lasten rekisterin mukaan vuonna 2007 kaikista synnyttäjäistä 15 prosenttia tupakoi raskauden aikana ja tupakoinnin yleisyys vaihteli huomattavasti eri koulutusryhmien välillä (Stakes/STV Tilastotiedote 2008). Rekisteritietojen mukaan yli viidesosa vuoden 2006 synnyttäjäistä lopetti tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. Alle 20-vuotiaista synnyttäjäistä lähes puolet tupakoi raskauden aikana ja heistä 16 prosenttia lopettaa tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana. (Stakes 2006.)

Taulukko 94. Raskauden aikana tupakoineiden osuudet (% naisista) lapsen ikäryhmän mukaan.

	½ v	1 v	3 v	5 v
Ei tupakointia	81	85	88	83
Lopetti raskauden 1. kolmanneksen aikana	9	6	5	7
Tupakoi raskauden 1. kolmanneksen jälkeen	11	9	6	10

Tässä tutkimuksessa neuvolaikäisten äideiltä kysyttiin tupakoiko äiti tämän lapsen imetyksen aikana. Kaikista ½–5-vuotiaiden lasten äideistä 87–94 % raportoi, että ei ollut tupakoinut lainkaan imetyksen aikana (taulukko 95). Tähän kysymykseen ovat vastanneet myös ne, jotka eivät ole imettäneet.

Taulukko 95. Imetyksen aikana tupakoineiden osuudet (% naisista) lapsen ikäryhmän mukaan.

	½ v	1 v	3 v	5 v
Ei tupakointia	87	90	94	88
Satunnaisesti	11	6	4	9
Säännöllisesti	3	3	1	3

3.8.6 Lasten altistuminen tupakansavulle

Tupakkalaki (487/1999) kieltää tupakoinnin kaikissa julkisissa ja yleisissä tiloissa sekä yleisten kulkuneuvojen sisätiloissa, yleisissä tilaisuuksissa sekä ulkoalueilla, jotka on tarkoitettu pääosin alle 18-vuotiaille. Ympäristön tupakan savu sisältää samoja myrkyllisiä yhdisteitä kuin tupakoitaessa keuhkoihin vedettävä savu. Tu-

pakansavu sisältää toistasataa ihmiselle haitalliseksi luokiteltua yhdistettä, joista yli 40 on luokiteltu syöpävaaralliseksi. Ympäristön tupakansavulle altistuminen on erityisen haitallista lapsille. Sen on todettu aiheuttavan lapsille kroonisia hengitystieoireita, lisäävän astman puhkeamisen riskiä ja sairastuvuutta hengitystieinfektioihin. Astmaa sairastavilla lapsilla on todettu taudin vaikeutumista. Terveillä lapsilla tupakansavulle altistumiseen on liittynyt lisääntynyt hengitysteiden reaktiivisuus. Ympäristön tupakansavu hidastaa lasten keuhkofunktion iän mukana tapahtuvaa kasvua. (STM 2000.) Altistuminen sikiöaikana ja kasvuiässä ovat riski myös psyykkisille häiriöille ja ongelmakäyttäytymiselle (Hofhuis ym 2003). Lasten verisuoniterveyttä koskeneet mittaukset osoittavat, että altistuminen tupakansavulle lapsuudessa on yhteydessä valtimokovettumataudin syntyyn (Kallio 2009). Pitkäaikainen altistuminen tupakansavulle on sydän- ja verisuonitautien ja keuhkosityövän riskitekijä (Taylor ym. 1992, Tredaniel ym.1994).

Sepelvaltimotaudin riskitekijöiden interventio –projektiin (STRIP) perustuva tutkimus, jossa lasten altistumista tupakansavulle tutkittiin mittaamalla nikotiinin aineenvaihduntatuotteen, kotiniinin, pitoisuutta seerumista, osoitti, että merkittävä osa 8–13-vuotiaista lapsista altistui tupakansavulle, mutta altistuminen oli kohtuullista. Hieman vajaalla puolella 8–11-vuotiaista oli mitattavia kotiinipitoisuuksia veressä. Lasten kotiinipitoisuudet olivat korkeimmat perheissä, joissa isä tai molemmat vanhemmat polttivat. Kotiinipitoisuudet vaihtelivat sekä tupakoivien että tupakoimattomien perheiden lapsilla, joten myös muiden kuin lapsen omien vanhempien tupakointi altistaa lapsia tupakansavulle. (Kallio 2009.)

LATE-tutkimuksessa huoltajilta kysyttiin, kuinka monta tuntia päivässä lapsi oleskelee sisätiloissa, joissa joutuu hengittämään muiden aiheuttamaa tupakansavua. Kysymyksessä eroteltiin koti ja muut tilat. Kahdeksasluokkalaiset vastasivat kysymykseen itse. Vaikka perheissä lapsen huoltajat tupakoivat, pienet lapset eivät vanhempien antaman tiedon mukaan joudu oleskelemaan tiloissa, joissa on tupakansavua. Kouluikäisistä muutamat yksittäiset lapset altistuivat tupakansavulle kotonaan. Yleisintä tupakansavulle altistuminen oli kahdeksasluokkalaisilla, joista 4 % altistui tupakansavulle kotonaan. Kahdeksasluokkalaiset altistuivat tupakansavulle myös muissa tiloissa kuin kotona. Kahdeksasluokkalaisista pojista 13 % ja tytöistä 12 % altistui savulle joko itse tupakoiden tai oleskelemalla tiloissa, joissa tupakoidaan. Noin 3 % kahdeksasluokkalaisista oleskeli kaksi tuntia tai enemmän kodin ulkopuolella tiloissa, joissa on tupakansavua.

3.8.7 Vanhempien alkoholin käyttö

Molempien vanhempien alkoholin käyttöä kysyttiin AUDIT-testillä ja alkoholihaittojen riski luokiteltiin seuraavasti: 0 pistettä: ei riskiä, 1–7: vähäiset, 8–10: lievästi kasvaneet, 11–14: selvästi kasvaneet, 15–19: suuret ja 20–40: erittäin suuret riskit. Kaikista ikäryhmistä tarkasteltuna isillä oli huomattavasti äitejä suurempi alkoholihaittojen riski (taulukko 96).

Taulukko 96. Vanhempien vähintään lievä alkoholihaittojen riski (%) lapsen ikäryhmän mukaan.

	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
Äidit	3	7	3	5	6	7	8
Isät	25	29	23	23	32	28	19

Neuvolaikäisten lasten äideistä 4 % ja vastaavasti 25 % isistä käytti alkoholia niin paljon, että heillä oli vähintään lievä alkoholihaittojen riski. Isistä 4 %:lla alkoholihaittojen riski oli suuri tai erittäin suuri; äideistä ei kenelläkään. Kouluikäisten lasten äideistä 7 % ja isistä 27 % käytti alkoholia niin paljon, että heillä oli vähintään lievä alkoholihaittojen riski. Äideistä 1 %:lla alkoholihaittojen riski oli suuri tai erittäin suuri ja vastaavasti isistä 4 %:lla. Halme (2009) tutki väitöskirjassaan leikkiikäisten lasten isiä (n = 821, vastausprosentti 33). Tutkimuksessa 32 % isistä luokiteltiin alkoholin riskikäyttäjiksi sen perusteella, että AUDIT-pisteraja oli yli 8. Isistä 24 %:lla alkoholihaittojen riski oli koholla lievästi tai selvästi (AUDIT-pisteet 8–15) ja 8 %:lla riski oli suuri tai erittäin suuri (AUDIT-pisteet yli 15). (Halme 2009.)

Molemmilta vanhemmilta kysyttiin sitä, miten usein juo alkoholia kerralla kuusi tai useampia annoksia. Suomalaisen aikuisväestön terveystutkimuksen (Helakorpi ym. 2008) tuloksiin verrattuna viikoittain vähintään kuusi annosta kerralla juovien naisten ja miesten osuudet olivat LATE-aineistossa matalampia vastaavanikäisen väestön keskiarvoon verrattuna (taulukko 97). Kuitenkin myös LATE-aineistossa alle puolet äideistä ja vähemmistö isistä ilmoitti, ettei koskaan juo näin useita annoksia kerralla

Taulukko 97. Kerralla alkoholia kuusi tai useampia annoksia juoneiden osuudet (% vanhemmista ja AVTK-tutkimukseen vuonna 2007 osallistuneista).

	LATE		AVTK 2007		LATE		AVTK 2007	
	neuvola-ikäisten isät	kouluikäisten isät	25–34 v miehet	35–44 v miehet	neuvola-ikäisten äidit	kouluikäisten äidit	25–34 v naiset	35–44 v naiset
Kerran viikossa tai useammin	6	9	27	27	1	2	9	7
Ei koskaan	15	24	13	18	42	41	33	44

3.9 Terveystarkastuksen yhteenveto

Tuovi Hakulinen-Viitanen, Päivi Mäki

3.9.1 Fyysisen ja psykososiaalisen kehityksen kokonaisarvio terveystarkastuksen perusteella

Terveydenhoitajat tekivät terveystarkastuksen lopuksi lapsen fyysisen ja psykososiaalisen kehityksen kokonaisarvion. Kokonaisarvio pohjautui terveystarkastustilanteeseen, huoltajien kyselylomakkeista saataviin tietoihin sekä keskusteluihin huoltajien kanssa. Terveydenhoitaja arvioi havaintojensa ja keskustelun pohjalta syntyvää mahdollista huolta lapsen fyysisestä terveydentilasta, psykososiaalisesta kehityksestä, hoidosta ja kasvatuksesta, perhetilanteesta sekä lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta. Tavoitteena oli kirjata terveystarkastuksen perusteella tehty kokonaisarvio niin, että on mahdollista tunnistaa yleisellä tasolla erityistä tukea tarvitsevien määrä. Tarkoituksena ei ole luokitella yhtä tiettyä lasta jonkin tietyn huolen asteen mukaan.

Kaikkien ikäryhmien osalta terveydenhoitajilla oli hyvin vähän huolenaiheita (taulukko 98). Terveystarkastusten perusteella terveydenhoitajat olivat eniten huolissaan lasten ja nuorten fyysisestä terveydentilasta. Terveydenhoitajien huoli nuoren fyysisestä terveydentilasta oli lievä tai sitä isompi 20 %:ssa kahdeksaluokkalaisten terveystarkastuksia. Terveydenhoitajat olivat vähintään lievästi huolissaan lapsen psykososiaalisesta kehityksestä 15 %:ssa viisivuotiaiden lasten ja 13 %:ssa kouluikäisten terveystarkastuksia. Huoli lapsen tai nuoren perhetilanteesta oli vähintään lievä 11 %:ssa neuvolaikäisten ja 9 %:ssa kouluikäisten terveystarkastuksia.

Taulukko 98. Vähintään lievän huolen osuudet (% terveystarkastuksiin osallistuneista lapsista) aihepiireittäin ja ikäryhmittäin.

	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
Fyysinen terveydentila	11	12	9	12	13	14	20
Psykososiaalinen kehitys	4	5	8	15	12	13	14
Lapsen hoito ja kasvat	2	5	5	6	5	6	4
Perhetilanne	12	11	7	12	9	11	8
Vuorovaikutus	6	8	6	8	4	6	6

3.9.2 Jatkoseuranta terveystarkastuksen perusteella

Terveydenhoitajilta kysyttiin varattiinko aika, tehtiinkö lähete tai oltiin terveystarkastuksessa ilmenneiden asioiden vuoksi yhteydessä eri tahoihin. Kysymyksessä oli lueteltu terveyden- ja sosiaalihuollon eri ammattihenkilöitä, laboratorio, päivähoido ja koululaisten osalta mm. koulukuraattori ja oppilashuoltoryhmä.

Eniten kaiken ikäiset lapset kävivät terveystarkastuksessa ilmenneiden asioiden vuoksi uusintakäynnillä terveydenhoitajan vastaanotolla tai saivat lähetteen lääkärin vastaanotolle. Viisivuotiaista 13 % ohjattiin terveystarkastuksen perusteella puheterapeutille. Jatkoahoito-ohjaus muille ammattikunnille oli vähäistä (taulukko 99).

Taulukko 99. Terveystarkastusten perusteella varatut ajat, tehdyt lähetteen tai yhteydenotot eri tahoihin (% terveystarkastuksiin osallistuneista lapsista) lapsen ikäryhmän mukaan.

	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
Terveydenhoitajalle	20	30	20	14	22	22	16
Lääkärille	35	8	27	42	21	42	59
Laboratorioon	0	1	1	1	2	1	3
Puheterapeutille	0	0	3	13	2	0	0
Fysioterapeutille	1	1	1	2	4	5	4
Ravitsemusterapeutille	0	0	1	0	1	0	1
Psykologille	0	2	1	3	0	1	1
Hammaslääkärille/suhygienistille	1	9	7	8	2	1	0
Perhetyöntekijälle	1	1	1	0	0	0	0
Sosiaalityöntekijälle	1	1	1	0	1	1	0
Perheneuvolaan	0	1	1	1	1	0	1
Johonkin muualle	2	3	1	6	5	6	10

Terveydenhoitajat olivat terveystarkastuksen perusteella yhteydessä päivähoitoon 2 %:ssa kolmevuotiaiden sekä 3 %:ssa viisivuotiaiden terveystarkastuksia.

Terveydenhoitajat olivat terveystarkastuksen perusteella yhteydessä koulukuraattoriin 3 %:ssa kahdeksaluokkalaisten terveystarkastuksia. Nuorempien koululaisten osalta yhteydenotot kuraattoriin olivat harvinaisia. Terveydenhoitajan yhteydenotot oppilashuoltoryhmään terveystarkastuksen perusteella olivat harvinaisia (noin 1 %:ssa kouluikäisten terveystarkastuksia).

3.9.3 Tutkimusterveystarkastuksiin käytetty aika

Terveydenhoitajat kirjasiivat tutkimusterveystarkastuksiin lapsen ja perheen kanssa käytetyn ajan sekä terveystarkastukseen yhteensä käytetyn ajan (sisältää terveystarkastuksen lisäksi muun tutkimukseen kuluneen ajan, kuten lomakkeiden postituksen ja kirjaamisen).

Vaihteluväli lapsen ja perheen kanssa käytetyssä ajassa oli suuri jokaisen ikäryhmän terveystarkastuksessa (taulukko 100). Suuret erot käytetyssä ajassa johtunevat yksittäisten lasten ja perheiden kanssa käytetyn ajan normaalista vaihtelusta, mutta ilmeisesti myös siitä, että tutkimusterveystarkastusten aikana terveydenhoitajat kirjasiivat tutkimustuloksia lapsen terveystarkastuksen lisäksi tutkimuslomakkeisiin ja tekivät myös muita tutkimukseen kuuluneita kirjallisia töitä.

Tässä tutkimuksessa terveydenhoitajat käyttivät eniten aikaa viisivuotiaiden terveystarkastukseen, keskimäärin 79 minuuttia. Viisivuotiaan terveystarkastus

onkin yleensä ollut määräaikaista terveystarkastuksista laajin ja aikaa vievin (STM 2004). Asetus (380/2009) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta sisältää säädöksen laajan terveystarkastuksen aikaistamisesta viiden vuoden iästä neljän vuoden ikään. Kolmevuotiaiden terveystarkastukseen lapsen ja perheen kanssa terveydenhoitajat käyttivät hieman vajaan tunnin. Puoli- ja yksivuotiaiden terveystarkastuksiin kului vähemmän aikaa kuin kolme- ja viisivuotiaiden terveystarkastuksiin. Ensimmäisen ja viidennen luokan oppilaiden terveystarkastus kesti keskimäärin hieman alle tunnin ja kahdeksannen luokan hieman yli tunnin (65 minuuttia).

Taulukko 100. Terveystarkastukseen lapsen ja perheen kanssa käytetty aika (minuutteja).

	½ v	1 v	3 v	5 v	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
Keskiarvo	47	50	55	79	59	59	65
Minimi	25	30	25	45	30	30	30
Maksimi	80	75	95	130	120	105	130

Terveystarkastukseen käytetyn ajan lisäksi tutkimusterveystarkastuksiin kului terveydenhoitajien työaikaa mm. tutkimuksesta tiedottamiseen, lomakkeiden postitukseen ja kirjaamiseen. Terveystarkastajat käyttivät näihin tehtäviin keskimäärin 15–25 minuuttia terveystarkastukseen käytetyn ajan lisäksi.

3.9.4 Huoltajien kyselylomakkeiden täyttäminen ja osallistuminen terveystarkastuksiin

Neuvolaikäisten lasten huoltajien kyselylomakkeista hieman alle puolet (47 %) oli lapsen äidin ja isän yhdessä täyttämää. Mitä pienemmästä lapsesta oli kysymys, sitä yleisempää oli, että huoltajat olivat yhdessä täyttäneet kyselyn. Hieman yli puoleen neuvolaikäisten lasten huoltajien kyselylomakkeista (52 %) oli vastannut äiti yksin. Vain 1 % neuvolaikäisten lasten huoltajien kyselylomakkeista oli yksinomaan isän täyttämää.

Kouluikäisten lasten huoltajien kyselylomakkeista 35 % oli äidin ja isän yhdessä täyttämää. Lapsen äiti oli yksin täyttänyt kyselyn 60 %:lla tutkimukseen osallistuneista lapsista ja 4 %:lla vastaajana oli ollut isä.

Tutkimuslomakkeisiin kirjattiin kenen kanssa lapsi oli lastenneuvolassa tai kouluterveydenhuollon vastaanotolla (taulukko 101). Yleisintä oli, että lapsi oli neuvolassa äidin kanssa. Molemmat vanhemmat osallistuivat noin 14 %:iin lastenneuvolatarkastuksista. Yleisintä molempien vanhempien mukanaolo oli puoli- ja yksivuotiaiden terveystarkastuksissa, joissa hieman vajaan viidesosassa olivat mukana lapsen molemmat huoltajat. Isä oli neuvolassa yksin lapsen kanssa 5 %:ssa tutkimusterveystarkastuksia. Leikki-ikäisten lasten terveystarkastuksissa isät olivat lapsen ainoana saattajana hieman yleisemmin kuin puoli- ja yksivuotiaiden neuvolakäynnillä.

Taulukko 101. Lastenneuvolan terveystarkastuksessa lapsen kanssa ollut huoltaja lapsen ikäryhmän mukaan (%).

Terveystarkastuksessa lapsen kanssa	½ v	1 v	3 v	5 v
Molemmat vanhemmat	18	19	12	7
Äiti	81	78	81	85
Isä	1	3	7	9

Ensimmäisen luokan terveystarkastuksessa oli yleensä mukana lapsen huoltaja, vain 9% ensimmäisen luokan oppilaista oli yksin terveystarkastuksessa. 77%:ssa ensimmäisen luokan terveystarkastuksia mukana oli lapsen äiti ja 11%:ssa isä (taulukko 102). Hieman yli puolet viidesluokkalaisista oli terveystarkastuksessa yksin, kahdeksaluokkalaisista kaikki. Viidennen luokan oppilaiden terveystarkastuksiin osallistui ainoana huoltajana äiti 41%:ssa ja lapsen isä 3%:iin. Molempien vanhempien läsnäolo oli harvinaista koululaisten terveystarkastuksissa, vain 3%:ssa ensimmäisen luokan ja 1%:ssa viidennen luokan terveystarkastuksia oli mukana lapsen molemmat huoltajat.

Taulukko 102. Kouluterveydenhuollon terveystarkastuksessa lapsen kanssa ollut huoltaja lapsen koululuokan mukaan (%).

Terveystarkastuksessa lapsen kanssa	1. lk	5. lk	8. (9.) lk
Lapsi oli yksin terveystarkastuksessa	9	55	100
Molemmat vanhemmat	3	1	-
Äiti	77	41	-
Isä	11	3	-
Joku muu saattaja	1	-	-

TULOSTEN TARKASTELUA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tiina Laatikainen, Päivi Mäki, Tuovi Hakulinen-Viitanen, Risto Kaikkonen, Päivikki Koponen, Jaana Markkula, Marja-Leena Ovaskainen, Mirka Råback, Suvi Virtanen

Valtakunnallisen lasten terveysseurannan tulee tuottaa luotettavaa ja vertailukelpoista tietoa lasten ja nuorten fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden ja hyvinvoinnin kehityksestä ja niissä tapahtuvista muutoksista ja mahdollisista sosioekonomisista eroista koko lapsiväestöä edustavasti. Seurantatietoa tarvitaan sekä kunta- ja aluetasolla että valtakunnan tasolla. Kansanterveyslain 14 § velvoittaa kuntia seuraamaan asukkaidensa, myös lapsiväestön, terveydentilaa väestöryhmittäin. Tämän säädöksen noudattaminen on ollut kunnille haasteellinen tehtävä. Vaikka yksittäisen lapsen terveydentilaa seurataan lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa määräajoin, terveystarkastuksista kertyvää tietoa ei ole voitu hyödyntää kunnissa lapsiväestön terveydentilan seurannassa ja päätöksenteon perustana. Myös valtakunnallinen tilastotieto lasten kasvusta, kehityksestä ja terveydestä on ollut puutteellista. Lasten terveystarkastuksissa esille tulleet terveyttä ja hyvinvointia kuvaavat tiedot ovat kuitenkin ensiarvoisen tärkeitä ehkäisevien terveyspalvelujen suunnittelulle, toteutukselle, kohdentamiselle ja arvioinnille sekä kuntatasolla että valtakunnallisesti. Lisäksi tiedot lasten terveydentilasta ja lapsiperheiden hyvinvoinnista nostavat esiin henkilöstön koulutustarpeita sekä perus- että täydennyskoulutuksessa.

LATE-hankkeessa on kehitetty valtakunnallista lasten terveysseurantaa vuodesta 2006 lähtien. Hankkeessa toteutettu lasten terveysseurantatutkimus osoitti, että keskeisiä tietoja lasten terveydestä voidaan ja on perusteltua sekä kustannustehokasta kerätä suoraan määräaikaista terveystarkastuksista, joihin osallistuvat lähes kaikki lapset ja lapsiperheet. Tämä tutkimusaineisto sekä erillisotoksina Kainuun maakunnasta ja Turusta kootut tutkimusaineistot täydentävät olennaisesti lasten terveydentilaa koskevaa tietoa ja muodostavat tietoperustan, johon myöhemmin kerättävää valtakunnallista lasten terveysseurantatietoa voidaan verrata.

Yhteenvetona voidaan todeta, että LATE-hankkeen terveysseurannan testaamiseksi toteuttama tutkimus onnistui hyvin. Tutkimuslomakkeet olivat terveydenhoitajilta saadun palautteen mukaan terveystarkastusten keskeiset sisällöt kattavia. Tuloksia tulkittaessa on kuitenkin huomioitava, että tutkimuksen otos- ja osallistujamäärät olivat ikä- ja sukupuoliryhmittäin verrattain pieniä, mikä voi aiheuttaa satunnaisvaihtelua tutkittujen ilmiöiden esiintyvyyss lukuihin.

Lasten kasvun, kehityksen ja terveydentilan seurantamenetelmät

Lapsen kasvun ja kehityksen seuranta on lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon keskeinen perustehtävä. Seurannassa tulisi hyödyntää tutkimus-, mittaus- ja arviointimenetelmiä, joilla voidaan riittävän varhain tunnistaa poikkeavan kasvun ja kehityksen merkit. Yksilön ja koko lapsiväestön kasvun ja kehityksen seuranta ja arviointi edellyttävät pitkittäistarkastelua ja luotettavilla, yhdenmukaisilla ja mahdollisuuksien mukaan validoiduilla menetelmillä toteutettua seurantaa. Riittävän yhdenmukaiset terveystarkastuskäytännöt ja tietojen tallentaminen rakenteiseen muotoon käyttäen valtakunnallisesti sovittuja, yhteneväisiä luokituksia ja koodistoja ovat perusedellytyksiä tietojen vertailukelpoisuudelle sekä yksilö- ja kuntatasolla että valtakunnallisesti. LATE-hankkeen kokemukset ja aiemmat selvitykset lastenneuvolatyöstä ja kouluterveydenhuollosta ovat osoittaneet, että kasvun ja kehityksen seurannan ajankohdissa, toteutuksessa ja käytettävissä välineissä on eroja toimipisteiden ja terveyskeskusten välillä. (Mäki ym. 2008, Hakulinen-Viitanen ym. 2008).

Uusi asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten suun ehkäisevästä terveydenhuollosta (380/2009) antaa hyvän perustan terveystarkastuskäytäntöjen yhdenmukaistamiselle. Lisäksi tarvitaan koulutusta, sekä perus- ja täydennyskoulutusta, ja yksityiskohtaisia ohjeita kasvun, kehityksen ja terveydentilan arviointiin. LATE-hanke osoitti, että keskeiset lapsen kasvun ja kehityksen mittaus-, arviointi- ja kirjaamismenetelmät ovat koulutuksella ja ohjeistuksella riittävästi yhdenmukaistettavissa. LATE-työryhmä kokoaa ohjeistukset neuvolatyössä ja kouluterveydenhuollossa tehtävistä mittauksista, tutkimuksista ja kyselylomakkeista käsikirjaan, joka julkaistaan vuonna 2010.

Lastenneuvolatyössä ja kouluterveydenhuollossa tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota mittausmenetelmien lisäksi siihen, että mittalaitteet ovat terveydenhuollon käyttöön hyväksytyjä ja että laitteet on huollettu ja kalibroitu laitekohtaisten ohjeiden mukaisesti. Mittausmenetelmien standardoinnissa ja laadunvarmistuksessa ei ole kysymys välttämättä kalliista investoinneista, vaan pienistä, mutta tärkeistä huomioitavista ja tarkastettavista asioista. Tällaisia toimenpiteitä ovat esimerkiksi pituusmitan kiinnityskohdan tarkistaminen mittaamalla, muovisen mittanauhan vaihtaminen määräajoin uudeksi, vaakojen ja verenpainemittareiden huolto ja kalibroiminen, näön oikean tutkimusäisyyden mittaaminen ja merkitseminen ja riittävä valaistus näön tutkimiseen. Käsikirja lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa tehtävistä mittauksista tulee antamaan tarkempia ohjeita mittausmenetelmien standardoinnista.

Lasten kasvu ja kehitys

Mittauksiin perustuvat valtakunnalliset lasten kasvutiedot ovat puuttuneet kaikista ikäryhmistä, vaikka lapset mitataan ja punnitaan määräaikaisissa terveystarkastuksissa säännöllisesti. Tässä tutkimuksessa tietoja lapsen kasvusta ja kehityksestä kerättiin sekä terveystarkastuksessa terveydenhoitajien tekemillä mittauksilla, ar-

vioinneilla ja haastattelulla että huoltajien ja kahdeksaluokkalaisen täyttämällä kyselylomakkeilla. Tutkimustulokset kuvaavat poikkileikkaustilannetta eri-ikäisten lasten kasvusta ja kehityksestä. Jatkossa tarvitaan pitkittäisseurantaa lasten kasvusta ja kehityksestä ja niihin vaikuttavien tekijöiden valtakunnallisesta kehittämisestä.

Kehitys oli suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista lapsista ikätasoista, mutta noin 5 % viisivuotiaista pojista ja 3 % samanikäisistä tytöistä oli Lene-arviointin perusteella tarkempien tutkimusten tarpeessa. Puheenkehityksen ongelmat, kuten äännevirheet, olivat Lumiukko-testin mukaan melko yleisiä viisivuotiailla ja huoltajilta saatujen tietojen perusteella vielä ensimmäisen luokan oppilaillakin. Lene-arviointimenetelmä ja Lumiukko-testi antavat lastenneuvolassa työskenteleville terveydenhoitajille ja lääkäreille yhdenmukaisia työkaluja lapsen neurologisen kehityksen arviointiin, tulosten tulkintaan ja jatkotoimenpiteiden suunnitteluun.

LAMIKE-hankkeen (Lasten mielenterveytyksen kehittäminen -hanke) ja LATE-hankkeen yhteistyössä suunniteltavia lasten psykososiaalisen kehityksen arviointimenetelmiä (mm. uusi strukturoitu menetelmä vuorovaikutuksen arviointiin) testattiin LATE-tutkimuksessa. Tutkimuksen tulosten mukaan terveydenhoitajilla oli herännyt jonkinasteista huolta lapsen ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta noin 5–6 %:ssa puoli- ja yksivuotiaan terveystarkastuksia. Terveydenhoitajat kuitenkin ilmoittivat huolta selvästi suuremmasta joukosta lapsi–vanhempi-pareja. Terveydenhoitajat olivat vähintään lievästi huolissaan lapsen psykososiaalisesta kehityksestä 15 %:ssa viisivuotiaiden lasten ja 13 %:ssa kouluikäisten terveystarkastuksia. Huoli lapsen tai nuoren perhetilanteesta oli vähintään lievä 11 %:ssa neuvolaikäisten ja 9 %:ssa kouluikäisten terveystarkastuksia.

Tutkimuksella kehitettyjen menetelmien käyttö ja tulosten rakenteinen kirjaaminen mahdollistavat myös kehityksen seurannan ja tulosten vertailukelpoisuuden. Lastenneuvolatyöhön ja kouluterveydenhuoltoon tarvitaan jo olemassa olevien tutkimus- ja arviointimenetelmien lisäksi muita tutkimuksella testattuja arviointimenetelmiä kehityksen eri osa-alueille. LAMIKE-hankkeessa on kehitetty perusterveydenhuollon käyttöön lapsen psykososiaalisen terveyden arviointimenetelmä (LAPS-lomake), joka on tarkoitettu vakiinnutun valtakunnalliseen käyttöön. Pienten lasten neurologisen kehityksen arviointiin on kehitetty VanePsy-menetelmä, jonka validiteettitutkimusta lastenneuvoloissa aloitetaan lähiaikoina.

Lasten terveys ja sen riskitekijät

Lihavuuden lisääntyminen on yksi merkittävimmistä kansanterveydellisistä ongelmista teollistuneissa maissa. Suomessa aikuisväestö on vähitellen jatkuvasti lihonut ja uusimpien tutkimustulosten mukaan noin 20 % 25–64-vuotiaasta väestöstä on lihavia (BMI ≥ 30 kg/m²) (Peltonen ym. 2008). Kansallisesti on oltu huolissaan lasten ja nuorten lihavuusongelmasta, mutta siitä ei ole aiemmin ollut valtakunnallista tietoa koko lapsi ikäryhmästä. Tämä tutkimus osoitti, että myös lasten ja nuorten kohdalla huoli lihavuuden lisääntymisestä on aiheellinen. Leikki-ikäisistä

ja alakouluikäisistä yli 10 % on ylipainoisia ja yläkouluikäisistä noin 26 %. Lihavia alakouluikäisistä oli noin 4 % ja yläkouluikäisistä noin 10 %. Lasten ja nuorten yli-paino- ja lihavuusongelman seurantaan tarvittaisiin myös ikäryhmälle soveltuvia viitearvoja vyötärön ympärystä, joten sen mittaamisen ohjeistusta osaksi kou-luterveydenhuollon toimintaa tulisi harkita. LATE-tutkimuksen perusaineistoa täydennettynä TEROKA-hankkeessa kerätyllä 5000 lapsen aineistolla voidaan hyö-dyntää kansallisten viitearvojen kehittämisessä.

Huolestuttavaa on erityisesti se, että vaikka ylipainoisuus ja lihavuus alkavat selvästi olla ongelma myös lapsiväestössä, oli ravitsemusterapeutin arvioissa tai hoidossa ollut vain yksittäisiä lapsia. Todennäköisesti tämä johtuu siitä, että ravitsemusterapeuttien palveluja ei ole riittävästi tarjolla perusterveydenhuollossa ja kynnys lähettää ylipainoinen lapsi erikoissairaanhoidon on huomattavan suuri. Tuoreen selvityksen mukaan ravitsemusterapeutin palveluja järjestettiin terveys-keskuksen omana toimintana 15 %:ssa terveyskeskuksia, ostopalveluina 41 %:ssa, seutukunnallisesti 16 %:ssa ja ravitsemusterapeutin palveluja ei ollut lainkaan käy-tettävissä 26 %:ssa terveyskeskuksia (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Muiden perus-terveydenhuollon ammattihenkilöiden valmiutta perheiden ja lasten ravitsemus- ja elämäntapaohjaukseen tuleekin kehittää. Erityisesti lasten kohdalla tulisi panostaa ehkäisevän terveydenhuollon palveluihin lasten sairastuvuuden vähentämiseksi ja toimintakykyisyyden säilyttämiseksi.

Näön, kuulon, ryhdin, puberteettikehityksen ja verenpaineen osalta tässä tut-kimuksessa todettiin varsin vähän kehitysviivästymiä tai poikkeamia normaali-arvoista. Tutkimus osoitti, että lapsiväestöllä on kohtuullisen vähän pitkäaikais-sairauksia, mutta he sairastavat melko paljon mm. tulehdustauteja ja käyttävät varsin runsaasti antibiootteja sekä terveydenhuollon palveluja. Flunssaa viimeksi kuluneen vuoden aikana oli sairastanut yli 90 % lapsista ja korvatulehduksen noin 40 % neuvolaikäisistä ja 15 % kouluikäisistä. Neuvolaikäisistä noin puolet ja koulu-ikäisistä kolmannes oli syönyt vähintään yhden antibioottikuurin edellisen vuoden aikana. Lähes 80 % neuvolaikäisistä lapsista oli käynyt lääkärin vastaanotolla sai-rauden vuoksi viimeksi kuluneen vuoden aikana. Erikoislääkärikäyntejäkin oli yli 30 %:lla neuvolaikäisistä.

Erilaiset oireet, kuten päänsärky, vatsakipu, niskahartiasärky, jännittyneisyys, levottomuus tai keskittymisvaikeudet, olivat melko yleisiä lapsilla, etenkin kou-luiässä. Lasten oireilusta tuleekin kysyä lapselta ja hänen vanhemmiltaan lasten-neurolassa ja kouluterveydenhuollossa säännöllisesti, kaikissa määräaikaissa ter-veystarkastuksissa ja aina tarvittaessa. Tällöin oireisiin voidaan puuttua riittävän varhain ja selvittää niiden syitä ja mahdollisten lisätutkimusten ja erityisen tuen tarvetta sekä toisaalta rauhoittaa lasta ja perhettä silloin kun oireet ovat vaaratto-mia, eivätkä vaadi tutkimuksia tai hoitoa.

Lasten ateriointi ja ruokavalinnat

Imeväis- ja leikki-ikäisen lapsen ruokailun ohjaus tapahtuu neuvolakäyntien

yhteydessä (STM 2004). Neuvolatyön tavoitteena on imetysmyönteisyyden lisääminen, sillä äidinmaito riittää vauvan ravinnoksi kuuden ensimmäisen kuukauden ajan. Tämä tutkimus vahvistaa aikaisemmat tulokset lisäruoan huomattavan aikaisesta aloittamisesta. Tulosten mukaan osittainen imetys jatkuu noin puoli vuotta yli puolella lapsista.

Leikki-ikäisten ja kouluikäisten lasten rasvan laatu leivän levitteissä oli pääasiassa kasvirasvaa sisältävää ja juotu maito oli suurimmalla osalla suositusten mukaisesti rasvatonta tai vähärasvaista. Kasvisten käyttö oli vähäistä ja kotona iltaruokalla harvinaisempaa kuin koulussa. Yläasteikäiset valikoivat kouluateriaalla ja söivät ateriaan kuuluvista ruoista vain osan. Sekä leikki-ikäiset että kouluikäiset nauttivat väli- ja iltapaloilla runsaasti sokeroituja elintarvikkeita. Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmassa esitetään tavoitteeksi mm. terveellisten elämäntapojen edistäminen (Valtioneuvoston periaatepäätös 2007). Yhtenä tavoitteena on kasvisten ja hedelmien suositellun päivittäiskäytön (yli 400 g/pv) kasvu nuorilla. Tähän tavoitteeseen on runsaasti matkaa, kun kouluikäisistä vain pieni osa söi kasviksia päivittäin useammalla aterialla. Sekä perheissä että päivähoidossa ja kouluissa kasvisten, hedelmien ja marjojen käytön lisäämiseen on syytä kiinnittää huomiota.

Neuvolatyön opas korostaa leikki-ikässä perheen yhteisen aterioinnin merkitystä ruokailutaitojen oppimisessa ja uusien ruokien hyväksymisessä (STM 2004). Tämän tutkimuksen tulosten mukaan lähes 90 % leikki-ikäisten lasten perheistä söi yhdessä. Kasviksia sisältyi leikki-ikäisten iltaruokailuun kuitenkin vain puolella lapsista, joten perheiden ruokavalinnat kaipaavat tarkistamista aikaisempien tutkimustulosten mukaisesti (Kyttälä ym. 2008). Perheen yhteinen ruokailu toteutui myös ensimmäisen luokan oppilailla lähes päivittäin, mutta harveni koululaisten varttuessa.

Makeiden jälkiruokien ja makeisten käyttö on tämän tutkimuksen mukaan yleistä leikki-ikäisillä, kuten muissakin tutkimuksissa on todettu (Kyttälä ym. 2008). Makeiden välipalojen käyttö on kouluikäisillä suuri ongelma (Hoppu ym. 2008, Kasila ym. 2008). LATE-tutkimuksen tulosten mukaan makeiden juomien tai makeisten päivittäiskäyttö ei kouluikäisillä ollut kovin tavallista, mutta makeita juomia käytti kolmannes päivittäin ja makeisia 10 % kouluikäisistä 3–5 kertaa viikossa.

Neuvolatyön opas (STM 2004) ohjaa mm. D-vitamiinivalmisteiden käyttöä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella lähes kaikki imeväisikäiset, mutta vain osa alle kouluikäisistä lapsista, saivat D-vitamiinivalmisteita säännöllisesti. D-vitamiinin saannin riittävyttä seurataan. Vuodesta 2003 alkaen maitojuomiin on lisätty D-vitamiinia saannin riittävyden varmistamiseksi.

Puuttuvien tietojen määrä ruokakysymyksissä oli vähäistä, mutta kyselylomakkeiden kehittämistä on syytä jatkaa, sillä vastauksissa ilmeni joitakin epäjohtonmukaisuuksia. Elintarvikkeiden frekvenssilomake ei kaikilta osin toiminut, sillä leikki-ikäisten vanhempien ja kouluikäisten oli vaikea arvioida eri ruokien käyttö-

tiheyttä. Kahdeksasluokkalaisten omat vastaukset olivat osin epäluotettavia viikon frekvenssikyselyssä. Ruokien ja elintarvikkeiden käyttötiheyttä selvittävät kyselylomakkeet vaativat jatkokehittelyä ja testaamista.

Pienten lasten ravitsemuksen ja ravintotottumusten seuranta on kansanterveydellisesti tärkeää. Pääosin monet tämän tutkimuksen tulokset vastaavat DIPP-tutkimuksen (Kyttälä ym. 2008), yläkoulututkimuksen (Hoppu ym. 2008), WHO:n koululaistutkimuksen ja Kouluterveyskyselyn (Luopa ym. 2008) tuloksia. Tämän tutkimuksen kokemukset kuitenkin osoittivat, että kyselyt ruokatottumuksista koettiin hankaliksi täyttää terveystottumusten osana. Leikki-ikäisten ja kouluikäisten lasten ruoankäytön ja ravinnonsaannin tutkiminen edellyttää erillisselvityksiä. Kokonaisruokavalion menetelmällisenä haasteena on päivähoidossa ja koulussa tapahtuvan ruokailun mittaaminen. Ravintotottumusten seuranta edellyttää mittareiden sisällön ja toistojen kehittämistä. Erillisselvitysten kohteena voisivat olla myös perheen ruokatavat ja -asenteet.

Muut terveystottumukset

Lastenneuvolalla ja kouluterveydenhuollolla on lasten terveyden edistämässä keskeinen tehtävä, koska näissä palveluissa tavoitetaan lähes kaikki lasten ja nuorten ikäluokat ja lapsiperheet. Lasten terveyden edistäminen on kuitenkin koko kunnan haaste ja edellyttää yli hallintorajojen tehtävää moniammatillista yhteistyötä. Asetus (380/2009) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta sisältää sääöksiä terveystarkastusten ja neuvonnan määrästä ja sisällöstä. Kunnassa tulee laatia mm. yhtenäinen toimintaohjelma neuvolatyölle, koulu- ja opiskeluterveydenhuollolle sekä lasten ja nuorten ehkäisevälle suun terveydenhuollolle.

Lapsuus ja nuoruus ovat tärkeitä elämänvaiheita terveyden ja siihen vaikuttavien elintapojen muotoutumisen kannalta. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella terveysneuvonnan tehostamiselle riittää edelleen haasteita. Lasten uneen, liikuntatottumuksiin, viihdemedian käyttöön, nuorten päihteiden käytön ehkäisyyn ja suun terveyden edistämiseen tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Terveystarkastuksissa, etenkin uuden asetuksen mukaisissa laajoissa terveystarkastuksissa, on hyvä tilaisuus keskustella lapsen ja perheen terveystottumuksista.

Suositus hampaiden harjaamisesta kaksi kertaa päivässä toteutui tutkimuksen mukaan melko huonosti kaikkien ikäryhmän kohdalla. Alle puolet neuvolaikäisistä lapsista ja hieman yli puolet kouluikäisistä harjasi hampaansa suositusten mukaisesti kaksi kertaa päivässä. Erityisesti poikien huono hammashygienia on huolestuttavaa. Lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa onkin tärkeää kiinnittää asiaan enemmän huomiota ja keskustella suun terveydestä lasten ja heidän huoltajiensa kanssa.

Tämän tutkimuksen mukaan osa lapsista liikkui alle suositusten ja käytti paljon aikaa erilaisen viihdemedian ääressä. Alle kouluikäisten lasten ruutuajasta eli viihdemedian ääressä käytetystä ajasta ei ole suosituksia, kuten kouluikäisille on.

Osa alle kouluikäisistä viettää kuitenkin melko paljon aikaa ruudun ääressä, joten suosituksille terveysneuvonnan ja vanhempien kasvatustyön tueksi olisi tarvetta. Lastenneuvolalla ja kouluterveydenhuollolla on keskeinen merkitys lasten ja nuorten fyysisen kunnon arvioinnissa, yksilöllisessä lapsen ja perheen liikuntaneuvonnassa ja viihdemedian käyttöön liittyvässä neuvonnassa. Lasten liikunnan ja fyysisen aktiivisuuden ja inaktiivisuuden tarkempi tutkiminen edellyttää määrävälein toteutettavia erillistutkimuksia sekä tutkimusmenetelmien ja mittaristojen kehittämistä.

Tutkimukseen osallistuneet lapset nukkuivat yöunta keskimäärin noin tunnin vähemmän kuin samanikäiset keskieurooppalaiset lapset (Iglowstein ym. 2003). Liian vähäinen yöuni näkyy päivällä usein väsymyksenä ja sillä voi olla vaikutuksia lapsen päiväaikaiseen toimintaan. Leikki-ikässä väsymys voi ilmetä esimerkiksi yliviikkautena ja levottomuutena ja kouluiässä keskittymiskyvyttömyytenä, ärtyisyytenä tai päänsärkinä (Saarenpää-Heikkilä 2009).

Tämän tutkimuksen mukaan väsymys oli melko yleinen oire, etenkin kouluikäisillä lapsilla. Samoin etenkin kouluikäiset tytöt kärsivät usein päänsärystä. Terveysneuvonnassa tulisikin keskustella lasten nukkumisesta, mahdollisista uneen liittyvistä häiriöistä ja korostaa lasten riittävän unen ja levon merkitystä terveyden ja toimintakyvyn kannalta.

Lapsen terveystottumusten kysyminen ja tietojen yhdenmukainen kirjaaminen ja päivittäminen terveystottumuksissa tapahtuvien muutosten seuraamiseksi on tärkeää. Yhdenmukainen kirjaaminen mahdollistaa lasten terveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehittymisen seurannan ajan mukana, ja voi toimia perusteena yhteiskunnallisille lasten terveyteen vaikuttaville interventioille. Tietoa lasten terveystottumuksista ja terveydentilasta tarvitaan terveyden edistämisen, ehkäisevien palvelujen ja interventioiden suunnittelussa, järjestämisessä, tarpeen mukaisessa kohdentamisessa ja arvioinnissa sekä kuntatasolla että valtakunnallisesti.

Tarkempi kuva tapaturmatilanteesta tukee ehkäisytyötä

Tapaturmat tulisi huomioida paremmin lasten ja nuorten kansanterveysongelmana, sillä suuri osa tapaturmien aiheuttamista seurauksista ja kustannuksista kohdistuu juuri terveydenhuoltoon. Tapaturmien ehkäisyn tulee näkyä terveyskeskusten toiminta- ja taloussuunnittelussa, mutta yhtälailla se tulee huomioida koulujen, päivähoidon, liikenteen ja vapaa-ajan toimintoja suunniteltaessa ja toteutettaessa. Terveystottumuksissa toteutettavassa tapaturmien ehkäisyssä on hyvä huomioida sekä lapsen ikä- ja kehitysvaiheen että kasvuympäristöjen suurimpia riskejä. Terveysneuvonnan tulee tukea lasten ja heidän perheidensä tapaturmien ehkäisyä suunnitelmallisesti, kuten on kirjattu uuteen asetukseen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (Valtioneuvoston asetus 380/2009). Terveysneuvonnan tavoitteena on kaikissa ikävaiheissa, että lapsi oppii toimimaan eri ympäristöissä turvallisesti aktiivisuudesta ja uteliaisuudesta tinkimättä. Syksyllä 2009 julkaistiin ensimmäi-

nen laaja-alainen Kansallinen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisy -ohjelma, jossa kiinnitetään huomiota myös neuvoloiden ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollon tapaturmien ehkäisytyönsisältöihin (Markkula & Öörni 2009).

Tieto tapaturmatilanteesta on tarpeen niin terveydenhuollon toimijoille kuin päättäjillekin tapaturmien tehokkaan ehkäisyn kannalta. Seutu- ja kuntatasolla tapaturmien ehkäisyä toteutetaan poikkihallinnollisessa yhteistyössä paikallisen turvallisuussuunnittelun kautta. Tavoitteena paikallisessa turvallisuussuunnittelussa on kokonaisvaltaisen tilannekuvan pohjalta määritellä tarvittavat toimenpiteet kuntalaisten turvallisuuden parantamiseksi. Turvallisuussuunnittelun tulee olla osa kunnan toiminnan suunnittelua ja päätöksentekoa, johon tarvitaan myös terveydenhuollon asiantuntemusta. (Sisäasiainministeriö 2008.) Paikallisella tasolla riittävän tarkka tieto sattuvista tapaturmista auttaa resurssien kohdentamisessa.

LATE-aineisto tarjoaa uuden näkökulman lasten tapaturmailmiöön. Aiemmin kuva pienten lasten tapaturmista on pääasiassa perustunut Tilastokeskuksen kuolemansyytilastoista ja Stakesin (nyk. THL) hoitoilmoitusrekisteristä saatuihin tietoihin. Kuolemat ja sairaalan vuodeosastohoitajaksot kuvaavat kuitenkin vain jäävuoren huippua tapaturmailmiöstä. On arvioitu, että jokaista tapaturmakuolemaa kohti on noin 30-kertainen määrä tapaturmista johtuvia vuodeosastohoitoja ja 200-kertainen määrä polikliinisesti hoidettuja tapaturmia (Tiirikainen & Nurmi-Lüthje 2009). Suuri osa tapaturmailmiöstä on siis aiemmin jäänyt pienten lasten osalta pimentoon. LATE-aineisto tarjoaa tietoa myös lievemmistä hoitoa ja neuvontaa vaatineista tapaturmista. LATE-aineiston mukaan vuodeosastohoitoa vaativia tapaturmia on lasten tapaturmista vain 4–6%. Tapaturmien yhdenmukainen kirjaaminen neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa loisi pohjan alueellisten ja kansallisten kehitystrendien seuraamiselle ja tarvittaville korjaaville interventioille.

Lasten ja perheiden elinympäristö

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että koetut puutteet perheiden yhteisen ajan riittävydessä sekä puutteet perheiden läheisiltään ja sukulaisiltaan saamassa tuessa olivat yleisiä. Myös Stakesin Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -hankkeen vuonna 2006 kerätyn lapsiperhekyselyn tulosten mukaan noin kolmannes pikkulasten vanhemmista koki viettävänsä työnsä takia lastensa kanssa aikaa usein tai jatkuvasti vähemmän kuin haluaisi. Alle kouluikäisten lasten perheissä äideistä lähes puolet laiminlöi mielestään kotiasioita työn vuoksi, mutta isistä vain runsas kolmannes. (Lammi-Taskula & Salmi 2009.) Neuvoloissa on syytä kiinnittää huomiota perheiden yhteiseen aikaan, vanhempien parisuhteen tukemiseen ja erotilanteissa molempien vanhempien osallisuuteen lapsen arjessa. Vanhempainryhmätoiminta, joka sisältyy uuden asetuksen (380/2009) määrittämään neuvolatyöhön, antaa mahdollisuuden vertaistukeen. Perheiden ja lasten sosiaalisten verkostojen selvittämiseen ja tukemiseen palvelujärjestelmässä on syytä kiinnittää aiempaa enemmän huomiota myös kouluterveydenhuollossa.

Lasten ja perheiden elinoloista tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että mui-

ta erityisiä huolen aiheita ovat vanhempien erot ja niiden yleisyys lapsen kasvaessa. Erotilanteissa osa lapsista tapasi toista vanhempaansa, etenkin isää, harvoin. Joka neljännessä perheessä käytettävissä olevien tulojen riittävydessä nähtiin hankaluuksia. Lapsiperheiden varallisuuskehitystä ja sen vaikutuksia perheen hyvinvointiin olisi syytä tarkastella tarkemmin. Haavoittuvassa asemassa olevien lapsiperheiden (mm. yhden huoltajan perheet ja monilapsiset perheet) varallisuutta voidaan tukea aktiivisella sosiaalipolitiikalla erilaisin tulosiirroin. Lisäksi palveluita tulee kehittää universaaliajattelumallin lisäksi enemmän myös erityistukea tarvitsevia huomioiviksi.

Uuden asetuksen mukaisesti lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa tulisi huomioida lasten terveyden ja hyvinvoinnin lisäksi koko perheen hyvinvointi. Tähän velvoittavat erityisesti uuden asetuksen laajat terveystarkastukset, joissa arvioidaan koko perheen hyvinvointia. Tähän tavoitteeseen pääsemisen edellytyksenä on molempien vanhempien kutsuminen terveystarkastuksiin, erityisesti laajoihin terveystarkastuksiin. Tutkimuksen tulosten mukaan molempien vanhempien osallistuminen lasten terveystarkastuksiin ei ole kovin yleistä. Sekä neuvolassa että kouluterveydenhuollossa perhekeskeistä työtä olisikin vielä kehitettävä. Lisäksi tarvitaan joustavia käytäntöjä työelämään, jotka tukevat lapsiperheiden vanhempien työn ja perhe-elämän yhteensovittamista, ja siten mahdollistavat myös molempien vanhempien osallistumista neuvola- ja kouluterveydenhuoltokäynteihin.

Perheen terveys ja terveystottumukset

Asetuksen (380/2009) mukaan terveysneuvontaa on suunnattava tarvelähtöisesti, myös molemmille vanhemmille. LATE-tutkimuksen tulokset osittavat, että vanhempien terveystottumuksissa on parantamisen varaa. Erityisesti on syytä kiinnittää huomiota vanhempien lihavuuden ja ylipainoisuuden yleisyyteen, tupakointiin ja alkoholin riskikäyttöön. Verrattuna joihinkin aiempiin tutkimuksiin (mm. Halme 2009, Kallio 2009) LATE-aineistossa vanhemmat ovat mahdollisesti aliraportoineet tupakointiaan ja alkoholin riskikäyttöään. Tämä voi johtua siitä, että terveydenhoitajien tarkastamiin lomakkeisiin ei ole aina haluttu kirjata terveydenhoitajien antaman ohjauksen vastaisia tottumuksia. Vanhemmat tarvitsevat ajantasaiseen tietoon pohjautuvaa terveysneuvontaa. Lomakkeet, esim. alkoholinkäyttöä selvittävä AUDIT-lomake, ovat yksi apuväline asioiden puheeksiottamisessa.

Vanhempien alkoholinkäyttö on uhka lapsen psykososiaaliselle kehitykselle ja se saattaa aiheuttaa turvattomuutta eri-ikäisille lapsille (Itäpuisto 2005, Sarkola ym. 2007, Holmila ym. 2008). Laajoihin väestöotoksiin perustuvissa tutkimuksissa on todettu vanhempien päihteiden käytön olevan yksi selittäjä nuorten häiriökäyttäytymiselle (mm. Hanson ym. 2006).

Sekä vanhempien alkoholinkäytön puheeksiottamiseen että muuhun vanhempien ja koko perheen terveysneuvontaan liittyviä kehittämis- ja tutkimushankkeita on viime vuosina ollut useita: Pidä kiinni (Andersson ym. 2008), Nelli (Luoto ym. 2007), Painokas (Ketola ym. 2009), Neuvokas perhe (Pelto-Huikko & Ohtonen 2007). Kai-

kissa näissä hankkeissa kehitettyjä varhaisen tunnistamisen ja puheeksiottamisen menetelmiä ei ole systemaattisesti arvioitu. Näissä kehitetyt hyvät käytännöt eivät ole myöskään riittävästi levinneet paikallista hanketoimintaa laajempaan käyttöön.

LATE-aineistossa todettu vaihtelu sekä biologisten isovanhempien että vanhempien sairauksien yleisyydessä ja puuttuvien tietojen suuri osuus näissä tiedoissa osoittaa, että tietoa ei ole aina kirjattu luotettavasti. Neuvolatyössä ja kouluterveydenhuollossa on syytä kiinnittää huomiota merkittävien kansantautien sukurasitteisiin ja päivittää tietoja niin, että vanhemmat ja koululaiset itse ovat tietoisia näiden sukurasitteiden merkityksestä ja sairauksien ennaltaehkäisyn mahdollisuuksista.

Vaikka LATE-tutkimuksessa kysytyt vanhempien ja perheen sairaudet ja terveysongelmat olivat harvinaisia, on niiden selvittäminen neuvolatyössä ja kouluterveydenhuollossa perusteltua, sillä niillä voi olla merkitystä lapsen sairastumisriskin sekä myös kasvun ja kehityksen kannalta. Myös näitä tietoja tulisi ottaa huomioon terveysneuvonnan suunnittelussa. Vanhempien ja perheen tietojen rekisteröimiseen liittyvät tietosuojakysymykset tulee ratkaista niin, että ne tukevat järkevää lasten terveyttä edistävää toimintaa, mutta samalla suojaavat vanhempien yksityisyyden suhteessa terveydenhuollon henkilöstöön, mutta myös suhteessa omaan lapseensa ja lapsen toiseen huoltajaan.

LATE-tutkimuksen perusteella terveydenhoitajat tunnistavat useita huolen aiheita, mutta osa lapsen ja perheen ongelmista jäänee tunnistamatta tai niitä tunnistetaan liian myöhäisessä vaiheessa. Ongelmana on myös se, että jatkoseurantaa erityistyöntekijöiden, kuten psykologien, perheterapeuttien ym. kanssa oli varsin harvoin järjestetty. Uusi asetus (380/2009) velvoittaa lasten ja perheiden erityisen tuen tarpeiden tunnistamiseen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja tarpeen mukaisen tuen järjestämiseen viiveettä.

Jatkosuunnitelmat ja terveysseurannan tarpeellisuus

LATE-tutkimuksen myötä on saatu tietoa myös sellaisista lasten kasvun, kehityksen ja terveyden aspekteista, joista aiemmin on ollut hyvin vähän tai ei lainkaan kansallista tietoa. Useista asioista aiempi tieto on myös ollut hyvin paikallista tai vallitseva tieto on perustunut melko vanhoihin selvityksiin. Valtakunnalliset rekisterit sisältävät myös hyvin rajoitetusti lasten ja nuorten kannalta keskeisiä terveystietoja. Tutkimus osoitti, että myös lapsista ja nuorista tarvitaan kyselytutkimustietojen lisäksi mittauksiin pohjautuvaa tietoa. Esimerkiksi ylipainoisten lasten ja nuorten osuus oli tämän tutkimuksen mukaan huomattavasti suurempi verrattuna Kouluterveyskyselyn ja Nuorten terveystapatutkimuksen nuorten itsensä raportoituaan tietoon.

Terveysseurannan tavoitteena on saada tietoa väestön terveydentilassa tapahtuvista muutoksista. Tieto on tarpeellista erityisesti terveyden edistämistoiminnan ja terveyspalvelujen resursoinnin ja kohdistamisen suunnittelussa. LATE-tutkimus tarjoaa ensimmäisen tietoperustan valtakunnalliselle lasten terveysseurannalle.

Tutkimuksen avulla on pystytty määrittelemään millaisten lasten kasvua, kehitystä ja terveyttä koskevien tietojen keruu onnistuisi terveysseurantatarkoitukseen suoraan neuvolan ja kouluterveydenhuollon terveystarkastuksista. Työryhmä on aiemmassa raportissaan (Mäki ym. 2008) esittänyt, että kansallisen sähköisen potilaskertomusarkiston, perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin ja sähköisten potilastietojärjestelmien kehittämisen myötä tietoja tulisi jatkossa pystyä keräämään suoraan järjestelmistä ilman erillistä, lomakkeiden kautta tapahtuvaa tiedonkeruuta. Erityisesti perheen ja lapsen terveystottumuksiin liittyviä kyselyitä voitaisiin lisäksi toteuttaa sähköisten asiointikanavien välityksellä. Tämä vähentäisi neuvolan henkilökunnan ajankäyttöä. Tietosuojasta huolehtiminen on keskeinen kysymys tällaisessa tiedonkeruussa. Teknologia mahdollistaa sen, kunhan asianmukaisista toimintatavoista sovitaan. Tämä kehitystyö vie kuitenkin vielä aikaa. Tällä välillä valtakunnallista lasten terveysseurantaa tulisi jatkaa toteuttamalla sopivin välein erillisiä tiedonkeruita esimerkiksi otoksesta neuvoloita ja kouluterveydenhuollon toimipisteitä. Lisäksi terveysseurantajärjestelmää ja menetelmiä tulisi kehittää erityisesti lasten ravitsemuksen, liikunnan ja mielenterveysasioiden osalta. LATE-tutkimusta jatketaan syvennettyjen erillistutkimusten suuntaan. Ensimmäisessä vaiheessa on tavoitteena tutkia leikki-ikäisten lasten ravitsemusta, liikuntaa ja mielenterveyttä.

Tutkimuksen tuloksia tullaan hyödyntämään myös valtakunnallisessa terveysosoitintyössä. LATE-aineiston pohjalta laaditaan keskeisiä lasten terveyttä, hyvinvointia ja terveystottumuksia kuvaavia osoittimia, jotka tullaan julkaisemaan Terveysomme-portaalin lasten terveysosiossa (www.terveysomme.fi/lastenterveysseuranta).

Liite 1.

Lasten ja nuorten terveysseurannan ja tilastoinnin kehittäminen hankkeen ohjausryhmän kokoonpano:

Ala-Laurila Eija-Liisa, Tampereen terveystoimi

Borg Anne-Mari, Tampereen yliopisto

Gissler Mika, THL

Hartikainen, Kauko, Suomen Kuntaliitto

Iivari Annakaisa, STM

Kaukonen Päivi, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Kolimaa Maire, STM

Komulainen Jorma, THL

Laatikainen Tiina, THL

Paahtama Soile, Suomen Kuntaliitto

Partinen Ritva, STM

Pelkonen Marjaana, STM

Pietikäinen Minna, THL

Pouta Anneli, THL

Saarinen Merja, STM

Sarlio-Lähteenkorva Sirpa, STM

Tuomola Pirjo, THL

Vartiainen Erkki, THL

Virtanen Suvi, THL

Lähteet

- Alaluusua S. Suun ja hampaiden sairaudet. Teoksessa Siimes M.A, Petäjä J. Lastentaudit. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy; 2007.
- Aldén-Nieminen H, Borodulin K, Laatikainen T, Raitanen J, Luoto R. Synnyttäneisyys ja liikunta - liikkuvatko äidit riittävästi? Suomen Lääkärilehti 2008; 36: 2893–2898.
- Andersson M, Hyytinen R, Kuorelahti M. (toim.) Vauvan parhaaksi. Kuntoutuminen päihteistä odotus- ja vauva-aikana. Pidä kiinni -hoitojärjestelmä. Ensi- ja turvakotien liiton julkaisu 2008; 38. Helsinki.
- Antikainen M. Munuaisten ja virtsateiden sairaudet. Teoksessa Siimes M.A, Petäjä J. Lastentaudit. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy; 2007.
- Aromaa A, Koskinen S. (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki.
- Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child Survey overweight and obesity worldwide: international survey. BMJ 2000; 320: 1240–1243.
- Currie C, Gabhainn SN, Godeau E. ym. (toim.). Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey. Iso-Britannia: HBSC international coordinating centre, child and adolescent health research unit (CAHRU) 2008:97–100.
- Dunkel L (toim.). Lasten endokrinologian käsikirja. 2000. Saatavissa internetistä <http://www.lastendokrinologit.net/kirja/index.html>.
- Dunkel L. Puberteetti. Teoksessa Endokrinologia Välimäki M, Sane T, Dunkel L. Kustannus Oy Duodecim, Karisto Oy; 2009.
- Fernandez JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European-American, and Mexican-American children and adolescents. J Pediatr 2004;145:439–44.
- Färkkilä N, Kahiluoto T, Kivistö T. Lasten päivähoiton tilannekatsaus. Syyskuu 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:16. Sosiaali- ja terveysministeriö; Helsinki 2006.
- Eurostat, yhteisön tulo- ja elinolotilat EU-SILC 2006. Päivähoidossa olevien alle 3-vuotiaiden lasten osuus vuonna 2006 (alle 30 tuntia / 30 tuntia tai enemmän tavanomaisen viikon aikana).
- Haahtela T, von Hertzen L, Mäkelä M, Hannuksela M ja allergiatyöryhmä. Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018 – aika muuttaa suuntaa. Suomen Lääkärilehti 2008; 14: 63. Liite 14, 4.4.2008.
- Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J, Aro H. Correlates of depression in a representative nationwide sample of adolescents (15–19 years) and young adults (20–24 years). Eur J Public Health. 2004;14:280–5.
- Halme N. 2009. Isän ja leikki-ikäisen lapsen yhdessäolo. Yhdessäoloa, isänä toimimiseen liittyvää stressiä ja isän tyytyväisyyttä parisuhteessa kuvaavan rakenneyhtälömallin kehittäminen ja arviointi. Terveys ja hyvinvoinninlaitos, Tutkimus 15, Helsinki.
- Hanson R, Self-Brown S, Fricker-Elhai A, Kilpatrick DG, Saunders B, Resnick H. Relations among parental substance use, violence exposure and mental health: The national survey of adolescents. Addictive Behaviors 2006; 31: 1988–2001.
- Hasunen K, Rynnänen S. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:19. Sosiaali- ja terveysministeriö; Helsinki 2006.
- Hakulinen-Viitanen, T, Pelkonen, M, Saaristo, V, Hastrup, A, Rimpelä, M. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes raportteja 21. Valopaino Oy, Helsinki 2008.
- Heikkinen T. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Lapsen välikorvatulehdus: määrittelmä, epidemiologia ja diagnostiikka. 4.7.2007.
- Helakorpi S, Prättälä R & Uutela A. 2008. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6/2008. Helsinki 2008.
- Helakorpi S, Uutela A, Puska P. Työikäisen väestön elintapojen muutokset. Ylipaino on yleistynyt ja alkoholin kulutus kasvanut. Suomen Lääkärilehti 2007; 62:2975–2980.
- Helenius I. 2009. Skolioosi ja kyfoosi. Lääkärin tietokannata/Lääkärin käsikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Hofhuis W, de Jongste JC, Merkus PJ. Adverse health effects of prenatal and postnatal tobacco smoke exposure on children. *Archives of Disease in Childhood* 2003;88:1086–1090.
- Holmila M, Bardy M, Kouvuonen P. Lapsuus päihdeperheessä ja kielteisen sosiaalisen perimän voittaminen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2008; 73: 421–431.
- Hoppu U, Kujala J, Lehtisalo J, Tapanainen H, Pietinen P. Yläkoululaisten ravitsemus ja hyvinvointi. Lähtötilanne ja lukuvuonna 2007–2008 toteutetun interventiotutkimuksen tulokset. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B30/2008*. Helsinki 2008.
- Iglowstein I, Jenni O.G, Molinari L, Largo R. H. Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics* 2003; 111: 302–307.
- Itäpuisto M. Kokemuksia alkoholiongelmaisten vanhempien kanssa elystä lapsuudesta. *Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet* 124. Kuopion yliopisto; Kuopio 2005.
- Johnson GK, Squier CA. Smokeless tobacco use by youth: e health concern. *Pediatr.Dent.* 1993; 15:169–74.
- Joutsenniemi K, Martelin T, Kestilä L, Martikainen P, Pirkola S, Koskinen S: Living arrangements, heavy drinking and alcohol dependence. *Alcohol* 2007;42:480–491.
- Kallio K. Exposure to tobacco smoke and markers of subclinical atherosclerosis in children and adolescents. The STRIP study. *Turun yliopiston julkaisuja. sarja 859*. Turun yliopisto; Turku 2009.
- Kasila K, Poskiparta M, Kettunen T, Pietilä I. Variation in assessing the need for change of snacking habits in schoolchildren's oral health counselling. *Int J Paediatric Dentistry* 2008;18:107–116.
- Kattainen A: Cardiovascular diseases and functional capacity, prevalence, secular changes and predictive value [dissertation]. Publications of National Public Health Institute, Series A 7/2004.
- Kautiainen S. Overweight and obesity in adolescence. Secular trends and associations with perceived weight, sociodemographic factors and screen time. Academic dissertation. University of Tampere: Tampere university press; Tampere 2008.
- Keski-Rahkonen A, Hoek HW, Susser ES ym. Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *Am J Psychiatry* 2007;164:1259–65.
- Ketola M, Abrahamsson O, Malmisalo T & Aromaa M. Painokas projekti 2006–2008. Loppuraportti. *Painatuspalvelukeskus; Turku* 2009.
- Koskelainen M, Sourander A, Helenius H. Dieting and weight concerns among Finnish adolescents. *Nord J Psychiatry* 2001;55:427–31
- Korpilahti P. Lumiukko 5-vuotiaan puheseula. laajennettu viisivuotistutkimus. LaCo, Language and communication Care Oy.
- Kouluterveyskysely 2009. Saatavissa internetistä <http://www.thl.fi/kouluterveyskysely>.
- Kunnamo I. Kasteleva lapsi. Lääkärin käsikirja. 31.7.2009. Saatavissa internetistä [http:// www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi).
- Kyttälä P, Ovaskainen M-L, Kronberg-Kippilä C, Erkkola M, Tapanainen H, Tuokkola J, Veijola R, Simell O, Knip M, Virtanen S. Lapsen ruokavalio ennen kouluikää. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B32/2008*. Helsinki 2008.
- Käypä hoito suositus. Äkillinen välikorvatulehdus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n, Suomen Otolaryngologiyhdistys ry:n ja Suomen Yleislääketieteen yhdistys ry:n asettama työryhmä. 15.6.2004. Saatavissa internetistä <http://www.kaypahoito.fi/>.
- Käypä hoito suositus. Lasten lihavuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. 1.8.2005. Saatavissa internetistä <http://www.kaypahoito.fi/>.
- Käypä hoito suositus. Aikuisten lihavuus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. 22.1.2007. Saatavissa internetistä <http://www.kaypahoito.fi/>.
- Käypä hoito suositus. Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. 9.10.2008. Saatavissa internetistä <http://www.kaypahoito.fi/>.
- Käypä hoito suositus. Kariuksen hallinta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. 10.2.2009. Saatavissa internetistä <http://www.kaypahoito.fi/>.

- Käypä hoito suositus. Dyslipidemiat. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkärien Yhdistys ry:n asettama työryhmä. 2.4.2009. Saatavissa internetistä <http://www.kaypahoito.fi/>.
- Käypä hoito suositus. Lasten ja nuorten syömishäiriöt. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. 20.8.2009. Saatavissa internetistä <http://www.kaypahoito.fi/>.
- Lagström H, Hakanen M, Niinikoski H, Viikari J, Rönnemaa T, Saarinen M, Pahkala K, Simell O. Growth patterns and obesity development in overweight or normal weight 13-year-old adolescents – The STRIP study. *Pediatrics* 2008;122: 876–83.
- Laki lasten päivähoidosta 36/1973, §11A.
- Lammi-Taskula J, Salmi M. Työ, perhe ja hyvinvointi. Teoksessa Lammi-Taskula J, Karvonen S, Ahlström A (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.* Helsinki. 2009; 38–48.
- Lavikainen H, Itseraportoitujen koulunkäynti- ja oppimisvaikeuksien yleisyys ja yhteydet lapsuuden ja nuoren aikuisuuden elämäntilanteisiin ja koettuun terveyteen. *Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma, Jyväskylän yliopisto* 2005.
- Lavikainen H, Koskinen S, Aro H, Kestilä L, Lyytinen H, Martelin T, Pensola T, Rahkonen O, Aromaa A. Kouluvaikeuksien yleisyys ja yhteydet aikuisiän elämäntilanteeseen ja koettuun terveyteen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2006;71: 402–410.
- Liikenneturvan internetsivut: www.liikenneturva.fi.
- Lindbohm M-L, Luoto R. Teoksessa *Lisääntymisterveys Suomessa – Terveys 2000 -tutkimus.* Koponen P ja Luoto R (toim.). Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004. Helsinki 2004.
- Luopa P, Pietikäinen M, Jokela J. Kouluterveyskysely 1998–2007: Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. *Stakesin raportteja* 23/2008.
- Luoto R, Aittasalo M, Kinnunen TI: Ravinto ja liikunta raskausdiabeteksen ehkäisyssä. *Suomen Lääkärilehti* 2007;62: 513–518.
- Markkula J, Råback M. Eri ikävaiheiden riskejä – Lapset. Teoksessa Tiirikainen K(toim.) *Tapaturmat Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Edita; Helsinki* 2008.
- Markkula J, Öörni E (toim.). *Turvallinen elämä lapsille ja nuorille. Kansallinen lasten ja nuorten tapaturmien ehkäisyn ohjelma. THL:n raportteja 27: Helsinki* 2009.
- Marttunen M, Haarasilta L. Nuoren depressio. Tietoa nuoren kanssa työskenteleville aikuisille. *Kansanterveyslaitos. Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto.* 2000.
- Mäkelä M, Kajonsaari M. 2007. Allergiat. Teoksessa Siimes M.A, Petäjä J. *Lastentaudit. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy; 2007.*
- Mäki P, Laatikainen T, Koponen P, Hakulinen-Viitanen T & LATE-työryhmä. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen LATE-hanke. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja* 28/2008..
- Mustonen H, Simupura J. Alkoholien käyttö. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. *Suomalaisten terveys. Duodecim, KTL; Stakes. Kustannus Oy Duodecim. Saarijärven Offset Oy: Saarijärvi; 2005.*
- National High Blood Pressure Education Program Working Group on High Blood Pressure in Children and Adolescents. *The Fourth Report on the Diagnosis, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics* 2004;30114:555–576.
- Nordblad A, Suominen-Taipale L, Rasilainen J, Karhunen T. *Suun terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa 1970-luvulta vuoteen 2000. Stakes-raportti* 2004;287.
- Ojala K, Välimaa R, Villberg J, Kannas L, Tynjälä J. Nuorten ateriarytmi: Kuka syö koulupäivinä säännöllisesti. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2006;43:60–71.
- Ojaniemi M. *Lapsen normaali ja poikkeava kasvu. Lääkärin käsikirja* 6.8.2009. Saatavissa internetistä: <http://www.terveysportti.fi>
- Opetusministeriö, Nuori Suomi ry. *Lasten ja nuorten liikunnan asiantuntijaryhmä.* 2008. *Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7–18- vuotiaille.* Helsinki: Reprotalo Lauttasaari OY; 2008
- Paavola, M, Vartiainen, E, Puska, P. Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Educ Res.* 2001; 16: 49–57.
- Paavonen E, Stenberg T, Nieminen-Von Wendt T, Von Wendt L, Almqvist F ja Aronen E.T. *Aiheuttaako lasten univaje psyykkisiä häiriöitä? Suomen Lääkärilehti* 2008;63:1393–1398.

- Pelastuslaki (468/2003).
- Pelto-Huikko A, Ohtonen J. Suomalainen sydänohjelma. Ulkoisen arvioinnin väliraportti 1. toimintalinjasta. Sosiaalikehitys Oy. Hämeenlinna 2007.
- Peltola H. Infektiotaudit. Teoksessa Siimes M.A, Petäjä J. Lastentaudit. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy; 2007.
- Peltonen M, Harald K, Männistö S, Saarikoski L, Peltomäki P, Lund L, Sundvall J, Juolevi A, Laatikainen T, Aldén-Nieminen H, Luoto R, Jousilahti P, Salomaa V, Taimi M, Vartiainen E. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus – Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B34/2008. Helsinki 2008.
- Pennanen M, Patja K, Joronen K. Tupakkakertomus 2006. Oikeus savuttomaan elämään. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 3/2006. Helsinki 2006.
- Pitkänen K. & Jalovaara M. Perheet ja perheenmuodostus. Teoksessa Koskinen S, Martelin T, Notkola I-M, Notkola V, Pitkänen K, Jalovaara M, Mäenpää E, Ruokolainen A, Ryyänen M ja Söderling I. (toim.) Suomen väestö. Tampere: Gaudeamus, 2007.
- Raevuori A, Hoek HW, Susser E, Kaprio J, Rissanen A, Keski-Rahkonen A. Epidemiology of anorexia nervosa in men: a nationwide study of Finnish twins. PLoS ONE 2009;4: 4402.
- Rajantie J, Perheentupa J. Lasten terveys. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J. Suomalaisen terveys. Duodecim, KTL; Stakes. Kustannus Oy Duodecim. Saarijärven Offset Oy; Saarijärvi; 2005.
- Raitasalo R. Mielialakysely. Suomen oloihin Beckin lyhyen depressiokyselyn pohjalta kehitetty masennusoireilun ja itsetunnon kysely. Helsinki, Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 86, 2007.
- Rimpelä A, Rainio S, Huhtala H, Lavikainen H, Pere L, Rimpelä M. Nuorten terveystapatutkimus 2007. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2007. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:63. Helsinki; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.
- Rimpelä A, Rainio S, Pere L ym. Suomalaisen nuorten terveys 1977–2003. Suomen Lääkärilehti 2004; 59: 4229–4235..
- Rintahaka P. Lasten unihäiriöt. Lääkärin käsikirja 7.6.2009. Saatavissa internetistä <http://www.terveysportti.fi>.
- Rintamäki R, Partonen T. Unen yhteydet lihavuuteen ja tyypin 2 diabetekseen. Suomen Lääkärilehti 2009;64:693–696.
- Rintanen H. Lasten terveys. Teoksessa Suomalainen lapsi 2007. Tilastokeskus, Stakes. Edita Prmia Oy; Helsinki; 2007.
- Saarenpää-Heikkilä O. Koululaisten uniongelmia voidaan ehkäistä ennalta. Lääkärilehti 2009;64:35–41
- Sarkola T, Kahila H, Gissler M, Halmesmäki E. Risk factors for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. Acta Paediatrica 2007; 96:1571–1576.
- Sauli H. Lasten ja perheiden toimeentulo. Teoksessa Suomalainen lapsi 2007. Tilastokeskus, Stakes. Edita Prmia Oy; Helsinki; 2007.
- Sisäasiainministeriö. Paikallisen turvallisuussuunnittelun tilannekatsaus. Sisäasiainministeriön julkaisusarja 26; 2008.
- Sisäasiainministeriö. Selvitys pelastusasenteista 2008. Saatavissa internetistä: <http://www.pelastustoimi.fi/gallup>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Tieteellinen peruskatsaus ympäristön tupakansavun terveyshaitoista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2000:11. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2000.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:14. Helsinki: Edita Prima Oy; 2004.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinoista. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetusministeriö, Nuori Suomi ry. Varhaiskasvatuksen liikunnan suositukset. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:17.Helsinki 2005.
- Sorva R, Tolppanen E-M, Lankinen S, Perheentupa J. Lasten kasvu ja sen arviointi. Duodecim 1985. 10: 465–476.

- Stakes. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy; 2002.
- Taittonen L, Uhari M. Lasten verenpaine. *Duodecim* 2001; 117:1377–81.
- Tanner Growth at adolescence, Blackwell Scientific Publications, Oxford 1962
- Tapanainen P. Normaali kasvu. Teoksessa Siimes M.A, Petäjä J. Lastentaudit. *Duodecim*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy; 2007.
- Taylor A, Johnson D, Kazemi H. Environmental tobacco smoke and cardiovascular disease. A position paper from the Council of Cardiopulmonary and Critical Care. *American Heart Association. Circulation*. 1992;86: 699–702.
- THL:n Tapaturmatietokanta, Hoitoilmoitusrekisteri: Sairaalan vuodeosastohoitojaksot 0–6- ja 7–14-vuotiailla (v. 2005–2007).
- Tieliikennelaki (267/1981).
- Tiirikainen K, Nurmi-Lüthje I. Tapaturmatietojen saatavuus ja aineistot. Teoksessa Tiirikainen, Kati (toim.): Tapaturmat Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Edita: Helsinki; 2008.
- Tilastokeskus; väestön koulutus rakenne 2007.
- Tilastokeskus 2007; Työvoimatutkimus.
- Tilastokeskus; väestötillastot 2005.
- Tilastokeskus; Tulonjakotillaston aikasarja 2005.
- Tracy R, Newman W, Wattigney W ym. Histologic features of atherosclerosis and hypertension from autopsies of young individuals in a defined geographic population: the Bogalusa Heart Study. *Atherosclerosis* 1995; 116:163–79.
- Trédaniel J, Boffetta P, Saracci R, Hirsch A. Exposure to environmental tobacco smoke and risk of lung cancer: the epidemiologic evidence. *European Respiratory Journal* 1994; 7:1877–1888.
- Tynjälä J, Villberg J, Kannas L. Nuorten nukkumistottumukset ja väsyneisyys vuosina 1984–98. *Suomen Lääkärilehti* 2002;57:2993–2998.
- U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: a report of the Surgeon General. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, 2004.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009).
- Valtonen R. Mustonen K. ja työryhmä. LENE –Leikki-ikäisen lapsen neurologinen arvio. Niilo Mäki Instituutti. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino; 2003.
- Valtonen R. Mustonen K. ja työryhmä. LENE –Leikki-ikäisen lapsen neurologinen arvio. Niilo Mäki Instituutti. Jyväskylä: Jyväskylän Yliopistopaino; 2007.
- Valtonen R. Kehityksen ja oppimisen ongelmien varhainen tunnistaminen Lene-arvioinnin avulla. Kehityksen ongelmien päällekkäisyys ja jatkuvuus 4–6-vuotiailla ja ongelmien yhteys koulusuoriutumiseen. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 357. University of Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House; 2009.
- Vartiainen E, Laatikainen T. Allergian lisääntyminen johtuu elinympäristömme muutoksesta. *Kansanterveys* 2006; 4: 10–11.