



Marjaana Pennanen • Kristiina Patja • Katja Joronen

Tupakkakertomus 2006

Oikeus savuttomaan elämään

Kansanterveyslaitoksen julkaisu **B** 3/2006



Marjaana Pennanen • Kristiina Patja • Katja Joronen

Tupakkakertomus 2006

Oikeus savuttomaan elämään

Kiitämme Tupakkakertomuksen laatimisessa auttaneita henkilöitä:

Terhi Aalto-Setälä, Kansanterveyslaitos
Ari Haukkala, Helsingin yliopisto
Hanne Heikkinen, Kansanterveyslaitos
Satu Helakorpi, Kansanterveyslaitos
Laura Kestilä, Kansanterveyslaitos
Urpo Kiiskinen, Kansanterveyslaitos
Kari Kuulasmaa, Kansanterveyslaitos
Tiina Laatikainen, Kansanterveyslaitos
Jukka Lindeman, Kansanterveyslaitos
Meri Paavola, Kansanterveyslaitos
Ritva Prättälä, Kansanterveyslaitos
Anastasiya Rogacheva, Kansanterveyslaitos
Patrick Sandström, Kansanterveyslaitos
Hanna Tolonen, Kansanterveyslaitos
Kerttu Tossavainen, Kuopion yliopisto
Ellen Tuomaala, Kansanterveyslaitos
Eeva Riitta Vartiainen, Kansanterveyslaitos
Erkki Vartiainen, Kansanterveyslaitos
Sari Yrjölä, Kansanterveyslaitos

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ	6
SAMMANDRAG	8
ABSTRACT	10
1 JOHDANTO.....	12
2 TUPAKKALAINSÄÄDÄNTÖ.....	12
2.1 Tupakkalain kehitys Suomessa	12
2.2 Suomen tupakkalain keskeinen sisältö.....	13
2.2.1 Ravintolatupakointi.....	14
2.2.2 Lain toimeenpano ja valvonta.....	14
2.3 Tupakkaveron määräytyminen ja tuotto.....	15
2.4 Euroopan unionin tupakkadirektiivien kehitys viime vuosina.....	15
2.5 WHO:n tupakkapuitesopimus.....	16
3 TUPAKOIMATTOMUUDEN EDISTÄMINEN.....	16
3.1 Tupakkatuotteiden kulutus	18
3.2 Aikuisten tupakointi.....	18
3.3 Nuorten tupakointi	19
3.4 Nuuska	19
3.5 Ympäristön tupakansavu.....	21
Lähteet:	21
4 YHTEENVETO KOULUPOHJAISISTA TUPAKOINNIN EHKÄISYOHJELMISTA	22
Tiivistelmä	22
4.1 Tausta ja tavoitteet.....	22
4.2 Menetelmät	23
4.3 Tulokset.....	23
4.3.1 Tietoon pohjautuvat ehkäisyohjelmat	24
Yhteenveto	24
4.3.2 Tupakoimattomuuskilpailuun kannustavat ehkäisyohjelmat	24
Yhteenveto	25
4.3.3 Sosiaalisen kyvykkyyden ja sosiaalisten paineiden hallintaohjelmat.....	25
Kohdistetut ehkäisyohjelmat.....	28
Ehkäisyohjelmat, joissa käytettiin apuna ikätoverihoitajia.....	29
Yhteenveto	30
4.3.4 Monimalliohjelmat	31
Kohdistetut ehkäisyohjelmat.....	33
Ehkäisyohjelmat, joissa käytettiin apuna ikätoverihoitajia.....	35
Yhteenveto	35
4.4 Yhteenveto, päätelmät ja toimenpide-ehdotukset	36
4.5 Lähteet.....	37
5 TUPAKKATERVEYSOPETUS PERUSKOULUN 7.-9. – LUOKKALAISILLA.....	42
Tiivistelmä	42
5.1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus.....	43
5.2 Aineisto.....	44
5.3 Tutkimustulokset.....	44
5.3.1 Taustatekijät.....	44
5.3.2 Suhtautuminen terveysopetukseen	45
5.3.3 Yhteenveto	45
5.3.4 Nuorten terveyskäyttäytymisen tukeminen terveysopetuksessa.....	46
Terveysopetustarpeen arviointi.....	46
Terveysopetuksen suunnittelu.....	47

	Terveysopetus	48
	Tupakkaterveysopetus.....	48
	Tupakointivalvonta.....	52
	Tupakoimattomuuteen ohjaavan opetuksen arviointi	53
	Yhteenveto	56
5.4	Yhteistyö ja terveysopetuksen integrointi.....	57
	5.4.1 Opettajien tiedot ja taidot toteuttaa tupakkaterveysopetusta ja lisäkoulutuksen tarve	58
	5.4.2 Yhteenveto	59
5.6	Muut kommentit.....	59
	5.6.1 Terveysopetukseen ja koulun tupakoimattomuuteen liittyvät kommentit	59
	5.6.2 Oppilaiden sosiaaliseen ympäristöön liittyvät kommentit.....	60
	5.6.3 Tupakoinnin valvontaan liittyvät kommentit	60
5.7	Yhteenveto, päätelmät ja toimenpide-ehdotukset	61
5.8	Lähteet.....	63
6	NUORTEN TUPAKOINNIN VIEROITUKSEN JÄRJESTÄMINEN.....	63
6.1	Tausta ja tavoitteet.....	63
6.2	Kohderyhmät ja toimintaympäristöt	63
6.3	Tupakkariippuvuus nuorilla	64
6.4	Tutkimusten valinta.....	64
	6.4.1 Kouluissa toteutetut vieroitusohjelmat	65
	6.4.2 Terveydenhuollossa toteutetut vieroitusohjelmat	66
	6.4.3 Tupakoimattomuuskilpailut	69
	6.4.4 Tupakoinnin vieroituslääketutkimukset nuorilla	70
	6.4.5 Tupakoinnin vieroituspuhelinpalveluista tehdyt tutkimukset	71
	6.4.6 Verkkovieroituksesta tehdyt tutkimukset.....	72
	6.4.7 Yhteenveto tutkimusnäytöstä.....	72
6.5	Nykytilanne.....	72
6.6	Toimenpide-ehdotukset.....	73
	6.6.1 Yleistä.....	73
	6.6.2 Vieroitusta tukeva toiminta.....	73
6.7	Yhteenveto	75
6.8	Lähteet.....	75
7	TURVALLISUUTTA, TERVEYTTÄ JA PÄIHTEETTÖMYYTTÄ.....	78
	Tiivistelmä	78
7.1	Johdanto	79
7.2	Koululaisen kehityshaasteet	80
	7.2.1 Turvallisuuden kokemus	80
	7.2.2 Myönteinen minäkäsitys ja terve itsetunto	81
	7.2.3 Elämänhallinta, elämäntaidot ja näiden vahvistaminen.....	82
7.3	Koululaisen terveys.....	83
	7.3.1 Itsearvioitu terveys ja koetut oireet	83
	7.3.2 Mielenterveys	84
	7.3.3 Mielenterveyteen liittyviä interventioita	85
7.4	Koulun rooli lapsen ja nuoren elämässä	87
	7.4.1 Kouluhyvinvointi	88
	7.4.2 Kiinnittyminen kouluun.....	89
	7.4.3 Kiusaaminen	91
7.5	Perhe koululaisen suojaavana tai riskitekijänä	92
7.6	Lasten ja nuorten riskialtis terveyskäyttäytyminen	92
	7.6.1 Tupakointi	93
	7.6.2 Alkoholin käyttö	94
	7.6.3 Liikunnan puute ja ylipaino	95
	7.6.4 Unen ja levon puute	96
7.7	Lasten ja nuorten syrjäytymisuhka ja pärjäävyys	96

7.8	Yhteiskunnan puuttuminen koululaisten syrjäytymiskehitykseen.....	97
7.8.1	Poliittisia kannanottoja ja ohjelmia	97
7.8.2	Koululaisten syrjäytymiskehitystä ehkäiseviä hankkeita Suomessa.....	98
	Terve itsetunto -projekti.....	98
	Nuorten osallisuus -hanke	99
	Lasten turvataito -ohjelma	99
	Elämäntaidot -hanke	100
	Varhaisen puuttumisen -hanke.....	100
	Ehkäisevän päihdetyön projekteja	100
	Arvojen ja valintojen viidakko -projekti.....	101
	MUKAVA -hanke	101
	Euroopan terveet koulut -hanke.....	101
	Mielenterveys lapsuuden ja nuoruuden voimaksi -hanke.....	102
	Yhdessä elämään -kasvatusyhteistyö.....	102
7.9	Koululaisten syrjäytymiskehitystä ehkäiseviä interventioita ulkomailla.....	102
7.9.1	Aineiston hakuprosessi ja yleiskuvaus	102
7.9.2	Meta-analyysit päihdeohjelmista	103
7.9.3	Yksittäisiä interventiotutkimuksia esi- ja alakoululaisten keskuudessa	104
7.9.4	Yksittäisiä interventiotutkimuksia yläkoululaisten keskuudessa	105
7.9.5	CASEL -ohjelmia päihteiden käytön ehkäisemiseksi	106
7.10.	Lähteet.....	108
	Liite	122
8	VALTION TUTKIMUSLAITOSTEN TUPAKKAA KOSKEVA TOIMINTA	123
8.1	Kansanterveyslaitos	123
8.2	Työterveyslaitos	130
8.3	Stakes	130
8.4	Tampereen yliopisto.....	130
8.5	Kuopion yliopisto.....	130
9	TUPAKOIMATTOMUUDEN EDISTÄMISTYÖTÄ TEKEVIÄ JÄRJESTÖJÄ.....	131
10	SUOMALAISTEN TUPAKOINTIIN LIITTYVÄT TUTKIMUSJULKAISUT VUOSINA 2002-2006.....	135
11	TUPAKOINNISTA JULKAISTUT VÄITÖSKIRJAT VUOSINA 1977-2006	142
12	YHTEISTIE TOJA JA TIETOLÄHTEITÄ.....	145

Pennanen M, Patja K, Joronen K
Tupakkakertomus 2006. Oikeus savuttomaan elämään
Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2006
ISBN 951-740-618-5 (print)
ISBN 951-740-619-3 (pdf)

TIIVISTELMÄ

Tupakkakertomus on tarkoitettu tupakoinnin vähentämistyötä tekeville. Tupakoinnin vähentämistyötä tehdään lähes kaikilla yhteiskunnan sektoreilla, useimmiten muun toiminnan lisänä tai ohessa, joten olemme pyrkinet keräämään yhteen kaikille toimijoille hyödyllistä tietoa. Tupakkakertomus kokoa suomalaisen tupakkalainsäädännön keskeisen sisällön, tupakkaan liittyvän ajankohtaisen tutkimustiedon sekä esittelee tupakoinnin vähentämiseen tähtäviä toimia ja toimijoita.

Koska nuorten tupakoinnin väheneminen on yksi keskeinen tavoite Terveys 2015 strategiassa, tämän Tupakkakertomuksen pääpaino on nuorten tupakoimattomuuden edistämistoimien tutkimustiedossa. Kertomus sisältää laajan kirjallisuuskatsauksen nuorten tupakoinnin ehkäisyohjelmista, terveysopetuksesta peruskoulun 7.-9.-luokkien rehtoreille ja opettajille suunnatun kyselytutkimuksen raportin, tutkimustietoa nuorten tupakoinnin vieroituksesta ja toimenpide-ehdotuksia nuorten vieroituksen suunnitteluun lähivuosille sekä kirjallisuuskatsauksen syrjäytymisuhan alla elävien nuorten parissa tehdyistä kansainvälisistä ja kansallisista tutkimuksista ja ohjelmista.

Nuorten tupakoinnin ehkäisytoimintaa on tutkittu laajasti viimeisten vuosikymmenten aikana. Kuitenkin on vaikea yksiselitteisesti sanoa minkälaiset ehkäisyohjelmat ovat tehokkaita, koska pitkän aikavälin myönteisiä tuloksia on vain vähän saatavilla. Voidaan kuitenkin sanoa, että tupakoinnin ehkäisyohjelmilla, joilla on kannustettu nuoria osallistumaan passiivisen roolin sijaan, on saavutettu myönteisiä tuloksia. Ehkäisyohjelmissa nuoret opettelevat haluttua käyttäytymistä mallien ja jäljittelyn kautta, niissä tavoitteena on lisätä nuorten tietoisuutta tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta ja vahvistaa kykyä vastustaa sitä. Ehkäisyohjelmilla, joilla on kouluohjelman lisäksi sitoutettu ympäröivä yhteisö mukaan ja jotka ovat kohdenettu jollekin tietylle ryhmälle tai ryhmille on saavutettu myös hyviä tuloksia. Kohdistetuilla ehkäisyohjelmilla voidaan paremmin huomioida

da ko. ryhmän yksilölliset tarpeet ja näin ollen räättälöidä ehkäisyohjelma kohderyhmälle mm. yksilöllisen tuen ja palautteen avulla. Myös ikätovereiden apu ehkäisyohjelman toteutuksessa, voi vaikuttaa myönteisesti.

Peruskoulujen 7.-9. luokkien henkilökunnalle suunnatun kyselytutkimuksen perustella voidaan sanoa, että koulujen henkilökunta suhtautuu myönteisesti terveys- ja tupakkaopetukseen. He uskovat, että opetuksella pystytään vaikuttamaan nuorten tupakointiin. Kouluissa tehdään jo nyt paljon yhteistyötä eri tahojen kanssa ja henkilökunta kokee, että nuorten tupakointi on vähentynyt. Ongelmaksi koetaan, että nuorten asenteisiin on vaikea vaikuttaa ja monilla oppilailla tupakointi on jo vakiintunut tapa. Henkilökunta arvioi myös, että heillä on vaikeuksia saada sopivaa oppimateriaalia käyttöönsä. Koulun alueen ulkopuolella tapahtuva tupakointi koettiin olevan yleisempää kuin koulun alueella, mikä tuo valvontaan oman haasteellisuuden.

Nuorten tupakoinnin vieroitustoiminnasta on vasta vain vähän tietoa. Nuorten vieroitustoimintaa on alettu toteuttamaan ja tutkimaan vasta viime vuosien aikana. Vieroitusohjelmissa ongelmaksi nousee usein se, miten motivoida niitä nuoria osallistumaan ohjelmaan, jotka eivät ole kiinnostuneita tupakoinnin lopettamisesta. Monissa ohjelmissa on käytetty apuna mm. rahallista palkitsemista. Suomessa nuorten vieroitustukitoimia on kehitetty, mutta ne ovat vielä varsin vähäiset.

Suomessa on kehitetty ja toteutettu useita kouluissa toteutettuja hankkeita nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi, mutta niiden vaikuttavuutta ei ole juurikaan tutkittu. Kansainvälisen meta-analyysin mukaan tehokkaimmat päihteiden käytön ehkäisyohjelmat keskittyivät käyttäytymiseen ja elämäntaitojen opetteluun, korostivat nuorten ryhmäytymistä keskenään ja aikuisten kanssa, toteutettiin vuorovaikutuksessa nuorten kanssa, korostivat pohdiskelevaa, itse-reflektointia oppimista, perustuivat selkeästi lausuttuun tarkoitukseen ja strategiaan sekä korostivat läheistä kontaktia nuoriin. Lisäksi intervention vaikuttavuutta vahvistivat tutkimuksen liittäminen vaikuttavuuden arviointiin, sosiaalisen vaikuttamisen näkökulma, keskittyminen normeihin ja päätökseen päihteettömyydestä sekä yhteisötason liittäminen ohjelmaan. Myös ikätoverin toimiminen ohjaajana näytti lisäävän ohjelman vaikuttavuutta.

Tupakoinnin yleisyyden vähenemiseen vaiku-

tetaan tukemalla nuorten tupakoimattomuutta useiden eri toimijoiden yhteistyöllä, johon kuuluvat sekä tupakoinnin aloittamisen ehkäisy, että tupakoivien nuorten vieroituksen tukeminen. Aikuisten tupakoinnista vieroittumisen tuki on tärkeää, koska aikuiset vaikuttavat kauaskantoisesti heidän lastensa ja lähellä kasvavien lasten tu-

pakoimattomuuteen kasvamiseen. Vaikuttavien toimenpiteiden etsiminen ja käyttöön ottaminen eri toimialueilla jatkaa ja vahvistaa hyvää kehitystä, joka on jatkunut aikuisten ja nuorten tupakoinnin yleisyydessä. Toivomme, että tämä raportti tukee toimijoita tässä työssä.

Pennanen M, Patja K, Joronen K
Tobaksrapporten 2006. Rätt att leva ett rökfritt
liv
Folkhälsoinstitutes publikationer, B3/2006
ISBN 951-740-618-5 (print)
ISBN 951-740-619-3 (pdf)

SAMMANDRAG

Tobaksrapporten är avsedd för alla som arbetar med att förebygga och bekämpa av rökning. Inom de flesta samhällssektorer finns människor som arbetar för att minska rökning, oftast vid sidan av sin ordinarie befattning. Vi har försökt samla ihop nyttig information för alla aktörer. Tobaksrapporten innehåller det väsentliga ur den finländska lagstiftningen på området, aktuella forskningsresultat samt information om åtgärder och aktörer inom tobaksprevention och rökavvänjning.

Eftersom minskad rökning bland unga är ett centralt mål i folkhälsoprogrammet Hälsa 2015 fokuseras denna rapport på forskningsresultat om tobaksprevention bland unga. Rapporten innehåller en omfattande litteraturoversikt om rökförebyggande program för unga, resultat från en enkät för högstadierektorer och -lärare om hälsoundervisningen för 7–9-klassister, fakta om rökavvänjning bland unga och aktuella åtgärdsförslag till avvänjningsprogram för unga under de närmaste åren. Dessutom ingår en litteraturoversikt av internationella och nationella studier och program bland unga som löper risk att marginaliseras.

Under de senaste decennierna har man forskat mycket kring metoderna för att förebygga rökning bland unga. Trots det är det svårt att entydigt slå fast vilka metoder som är effektiva, eftersom det finns så få positiva långtidsresultat att tillgå. Däremot står det klart att positiva resultat uppnåtts i program där de unga uppmuntras till aktivitet i stället för att enbart fungera som passiv målgrupp. I de förebyggande programmen övar sig de unga i det önskade beteendet med hjälp av modeller och förebilder som syftar till att öka deras medvetenhet om det gruppträck som hör ihop med rökning och stärka deras förmåga att tacka nej. Goda resultat har också uppnåtts med hjälp av förebyggande program som vänder sig direkt till en bestämd målgrupp. Genom riktade interventioner kan man effektivare ta hänsyn till målgruppens specifika behov och därigenom anpassa programmet för målgruppen genom bl.a.

individuellt stöd och feedback. Kompisbaserade program kan också ha positiv effekt.

Att döma av resultaten från den enkät som utförts bland personal i högstadieskolor (årskurs 7–9 i grundskolan) har skolpersonalen en positiv inställning till hälsoundervisning och fakta om rökning. De anser att det är möjligt att påverka ungas rökvanor genom undervisning. Skolorna har redan nu ett omfattande samarbete med olika organisationer och enligt personalens bedömning har rökning bland unga minskat. Problemen är enligt enkättagarna att ungas attityder är svåra att påverka och att många elever redan är vanerökare. De tillfrågade anser vidare att de har svårigheter att få tag på lämpligt undervisningsmaterial. Rökning utanför skolområdet anses vara vanligare än på skolområdet, och följaktligen svårt att övervaka.

Än så länge finns det mycket lite fakta om rökavvänjning bland unga. Det är först på senare år som man börjat satsa på åtgärder och forskning på detta område. Ett vanligt problem är hur man skall göra rökavvänjningsprogrammen attraktiva för unga som inte är motiverade att sluta röka. I många program har man använt penningbelöningar som motivationsfaktor. I Finland har avvänjningsstöd för unga utvecklats, men än så länge i mycket obetydlig utsträckning.

Inom skolorna i Finland har man utvecklat och genomfört flera projekt i syfte att förebygga marginalisering av unga, men det finns just ingen uppföljning av verkningarna. En internationell metaanalys har visat att de effektivaste missbruksförebyggande programmen tar fasta på beteendemodeller och livsstil, betonar ungas grupptillhörighet med andra unga och med vuxna, genomförs interaktivt, betonar reflekterande och självreflekterande inläring, har ett konkret mål och en uttalad strategi samt betonar nära kontakt med de unga. Andra faktorer som ökar interventionens effektivitet är en utvärdering av resultaten, inriktning på social förstärkning, sociala normer och drogfrihet som en självvald livsstil samt lokal samhällsförankring. Program med ledare i samma ålder som målgruppen förefaller ha större genomslagseffekt.

Det lönar sig att försöka minska tobaksrökning bland unga genom samarbete mellan olika aktörer. Det är viktigt att jobba för att unga inte börjar röka, men samtidigt behövs också stöd med rökavvänjning för de unga som redan röker. Samtidigt är det också ändamålsenligt att stöda

rökavvänjning för vuxna, eftersom vuxna genom sitt beteende starkt påverkar både sina egna barn och andra barn och unga i sin närhet. Letande efter och ibruktagandet av effektiva åtgärder inom tobaksprevention fortsätter den positiva

utvecklingstrend som vi sett gällande rökvanor både hos unga och vuxna. Vi hoppas att den här rapporten fungerar som ett stöd för alla som har tobaksprevention på sin agenda.

Pennanen M, Patja K, Joronen K
The Tobacco Report 2006. Right to live a smoke-free life
Publications of the National Public Health Institute, B3/2006
ISBN 951-740-618-5 (print)
ISBN 951-740-619-3 (pdf)

ABSTRACT

The Tobacco Report is intended for all parties involved in work to reduce smoking. Efforts to reduce smoking are undertaken in almost all sectors of society, mostly alongside or in addition to other activities. Accordingly, we have sought to put together information useful to all actors. The Tobacco Report is a compilation of the central contents of Finnish tobacco legislation and topical research data on tobacco as well as a presentation of measures and actors seeking to reduce smoking.

As reducing smoking among young people is a focal goal of the Health 2015 public health programme, the emphasis in this Tobacco Report is on research findings on measures to promote non-smoking among young people. The report includes an extensive review of literature on programs to prevent teenage smoking; the report on a health education survey of principals and teachers in grades 7–9 of comprehensive school; research data on smoking cessation activities among young people and proposals for action in planning such activities in the near future; and a summary of literature on international and national studies and programmes concerning young people in danger of social exclusion.

Preventing smoking among young people has been the subject of considerable research in recent decades. However, it is difficult to determine unequivocally the effective prevention programs, as there are few positive long-term results to examine. It may nevertheless be noted that positive results have been achieved with smoking-prevention programs that have encouraged young people to participate instead of having a passive recipient role. In the prevention programs, young people learn the desired behaviour through role models and imitation. The goal is to raise the awareness of young people about the social pressures relating to smoking and to enhance their capability to stand up to such pressures. Prevention programmes targeting a specific group or groups have also proven effective. Targeted prevention programmes allow greater

attention to be paid to the individual needs of the relevant group and thus tailor the program to them through e.g. individual support and feedback. Peer contribution to the implementation of the programme may also have a beneficial effect.

The survey of staff in grades 7–9 of comprehensive school indicates that school employees have a positive attitude towards health and tobacco related health education. They believe education can make a difference in smoking behaviour of young people. Schools already engage in extensive cooperation with various actors, and school employees find smoking among young people to have fallen. Difficulties in influencing the attitudes of the young and the fact of many pupils already being accustomed to smoking are considered problematic issues. School staff also considered their access to suitable study materials poor. Smoking outside school was thought to be more prevalent than smoking on school premises, which presents a specific challenge to supervision.

Little data has been accumulated to date on smoking cessation activities among young people. Smoking cessation programs have been implemented and studied only in recent years. The question of providing motivation to young people who have no interest in quitting often arises in connection with cessation programs. Monetary rewards have been utilised in several programs. Measures to support smoking cessation for young people are under construction in Finland.

Several in-school projects to prevent social exclusion among young people have been developed and implemented in Finland. Nevertheless, only few studies of their effectiveness have been published. According to international meta-analysis, the most effective substance-abuse prevention programs focused on behaviour and learning life skills, highlighted the formation of groups among young people and between young people and adults, were implemented in interaction with young people, emphasized self-reflective learning, were based on a clearly stated mission and strategy, and stressed close contact with the young. Moreover, the effectiveness of interventions was strengthened by linking the study to an effectiveness assessment; the social impact standpoint; a focus on norms and a decision to remain drug-free; and a community-level involvement in the program. Program effective-

ness also seemed to increase when peers acted as instructors.

Collaboration among various groups and organizations is crucial when reducing smoking among young people. It is very important to prevent smoking initiation of adolescents. In addition to promote smoking cessation among adolescents. Equally adult cessation is important, since reducing adult smoking figures have a long term

impact on tobacco use of their own children and children being exposed to their smoking. Effective measures and their implementation are still needed to ensure the decreasing smoking rates in both adult and adolescence smoking. We hope this report will support the people working in different fields in promoting tobacco free society.

1 JOHDANTO

Tupakointi on yksi merkittävistä kansanterveyden uhkista. Suomessa tupakoi päivittäin noin miljoona henkilöä. Kansanterveyslaitos on tutkinut, monitoroinut ja osallistunut tupakoinnin vähentämistyöhön vuodesta 1977. Miesten tupakointi on vähentynyt, mutta naisten tupakointi on 1970-luvulta lähtien hitaasti lisääntynyt nykyiselle tasolle, jossa se on pysynyt. Tupakointi aloitetaan Suomessa nuorempana kuin esimerkiksi Keski-Euroopassa, ja nuorten tupakoinnin lisääntyminen edelleen on haaste terveyskasvatukselle. Terveys 2015 -ohjelman tavoitteisiin kuuluu nuorten tupakoinnin puolittaminen vuoteen 2015 mennessä. Tavoitteena on pidentää odotettavissa olevaa elinikää kahdella vuodella sekä pienentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Nämä tavoitteet vaativat toteutuakseen myös väestön tupakointiin kohdistuvia toimenpiteitä.

Tämä kertomus on tarkoitettu tupakoinnin vähentämistyötä tekeville. Tupakoinnin vähentämistyötä tehdään lähes kaikilla yhteiskunnan sektoreilla, useimmiten muun toiminnan lisänä tai ohessa, joten olemme pyrkinet keräämään yhteen kaikille toimijoille hyödyllistä tietoa. Tupakkakertomus kokoaa suomalaisen tupakkalainsäädännön keskeisen sisällön, tupakkaan liittyvän ajankohtaisen tutkimustiedon sekä esittelee tupakoinnin vähentämiseen tähtäviä toimia ja toimijoita.

Tupakkakertomuksen pääpaino on nuorten tupakoimattomuuden edistämistoimien tutkimustiedossa. Kertomus sisältää laajan kirjallisuus katsauksen nuorten tupakoinnin ehkäisyohjelmista, joita on tehty eri puolilla maailmaa viime ja tämän vuosi kymmenen aikana. Kertomus sisältää myös yläkoulujen rehtoreille ja opettajille suunnatun kyselytutkimuksen raportin, jonka tarkoituksena oli selvittää miten maassamme edistetään nuorten tupakoimattomuutta peruskoulun 7-9 luokkalaisten parissa.

Nuorten tupakoinnin vieroitus on varsin uusi asia niin meillä kuin myös muualla ja vaikka tutkimustieto riippuvuuden kehittymisestä ja riskeistä on lisääntynyt voimakkaasti viime vuosina, käytännön keinoja on kehitetty ja tutkittu niukasti. Tässä raportissa kootaan tutkimustietoa nuorten tupakoinnin vieroituksesta ja esitetään toimenpide-ehdotuksia nuorten vieroituksen suunnitteluun lähivuosille.

Vaikka suurin osa suomalaisista lapsista ja nuorista voi tänä päivänä erittäin hyvin ja on tyy-

tyväisiä elämäänsä, on huonosti voivien lasten määrä noussut huolestuttavasti. On selvää, että erityisesti elämänkulun alkuvaiheiden olosuhteet ja kokemukset heijastuvat myöhempään terveyteen ja hyvinvointiin. Koska elintavoilla, esimerkiksi tupakoinnilla, on osuutensa terveyserojen syntyprosessissa, on elintapoihin syytä kiinnittää huomiota sekä kasvatuksessa, yhteiskuntarakenteissa että lainsäädännössä. Suomessa onkin viritelty useita hankkeita syrjäytymisen ehkäisemiseksi tai osallisuuden lisäämiseksi, mutta niiden vaikuttavuutta ei ole juurikaan tutkittu. Tupakkakertomuksen lopussa kartoitetaan tämän päivän koululaisen kehityksellisiä haasteita, terveyttä, riskialtista terveyskäyttäytymistä ja syrjäytymisuhkia sekä koulun ja perheen merkitystä koululaisen elämässä. Samalla esitellään syrjäytymisuhan alla elävien nuorten parissa tehtyjä kansainvälisiä ja kansallisia tutkimuksia ja ohjelmia. Erityisesti keskitytään kuvaamaan sellaisia interventiotutkimuksia, joiden vaikuttavuutta on tutkittu.

Tupakkakertomus on valmisteltu Kansanterveyslaitoksella yhteistyönä Tampereen, Helsingin ja Kuopion yliopistojen kanssa.

2 TUPAKKALAINSÄÄDÄNTÖ

Kristiina Patja, Kansanterveyslaitos

Suomen tupakkalainsäädännön keskeisenä tavoitteena on vähentää tupakointia ja tupakasta johtuvia terveyshaittoja sekä suojella uusia sukupolvia tupakalta sekä taata, ettei kukaan vastoin tahtoaan altistu tupakansavulle. Savuton hengitysilmä on jokaisen suomalaisen perusoikeus.

2.1 Tupakkalain kehitys Suomessa

Oikeuskaari vuodelta 1789 toteaa ykskantaan tupakoivan vastuusta tulipalon sattuessa *Jos tuli pääsee irti tilalla, jota lampuoti viljelee, ja se johtuu hänen laiminlyömisestänsä tahi varomattomuudestansa, niinkuin...polttaa tupakka ladossa, rehuhuoneessa tahi muualla, jossa tuli helposti saattaa syttyä...rakentakoon sijaan yhtä hyvän älköönkä saako paloapua tahi veron helpotusta (1 §, Oikeuskaari vuodelta 1789).*

Tupakan aiheuttamat terveyshaitat alettiin tunnistaa laajemmin jo 1950-luvulla, mutta vuonna 1964 Yhdysvaltain terveysviranomaisten ns. Terra-raportti nosti tupakan myös lainsäädännön kohteeksi. Suomessa eduskunta oli jo vuonna 1961 esittänyt ponnin tupakkalain hallitukseksi, jonka mukaan hallituksen tulee ryhtyä toimiin

tupakanmyynnin kieltämiseksi alaikäisille sekä tupakkamainonnan rajoittamiseksi. Suomessa virisi keskustelu tupakoinnin haitoista mm. Itä-länsi-tutkimuksen tulosten sekä kansainvälisen keskustelun perusteella. Useita komiteoita istui pohtimassa tupakoinnin haittojen vähentämistä. Kuitenkin vasta 1970-luvun alussa poliittinen paine johti tupakkalain valmisteluun 1974. Tupakkalakia testattiin Pohjois-Karjala-projektissa. Laki tupakoinnin vähentämiseksi hyväksyttiin 1976 – oli kulunut 15 vuotta eduskunnan ensimmäisestä ponnesta, joka esitti lainsäädännöllisiä toimia tupakoinnin haittojen vähentämiseksi (Laki 693/1976 Laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annettu 13.8.1976).

Tupakkalakia on kehitetty useaan otteeseen. Merkittävimmät uudistukset ovat koskeneet mainontaa, ympäristön tupakansavua sekä tupakansavun liittämistä syöpävaarallisten aineiden joukkoon. Vuonna 1977 Suomessa tuli voimaan täydellinen tupakkatuotteiden mainontakielto ja epäsuoramainonta kiellettiin 1994. Epäsuoran mainonnan valvonta on vaikeaa, mutta Suomen Terveystieteiden tutkimuskeskus (STTV) ottaa vuosittain yhteyttä useisiin mainostajiin tai lehtiin lain rikkomuksesta. Vuonna 1994 lakia täydennettiin (65/1994 annettu 19.8.1994) ja kiellettiin mm. tupakointi työyhteisöjen yhteisissä ja yleisissä sekä asiakkaille tarkoitetuissa sisätiloissa (12-13 §). Tupakointi ja tupakansavulle altistuminen työpaikoilla ovat sen jälkeen olennaisesti vähentyneet. Vuonna 1999 annettiin tupakkalain muutos, jolla rajoitettiin tupakointia ja tupakansavulle altistumista ravintoloissa: laki 487/1999 (annettu 9.4.1999). Muutokset tulivat voimaan asteittain 1.3.2000. Viimeisin muutos tupakkalakiin tehtiin 30.9.2002, kun EU-lainsäädännössä kiellettiin tupakkatuotteiden harhaanjohtavat merkinnät (mild, light, ultra light, kevyt jne.) pakkauksissa. Samalla savukepakkauksissa olevien varoitusmerkintöjen koko kasvoi 32–45 prosenttiin pakkauksen pinta-alasta ja varoitustekstit monipuolistuivat. Aiempiin varoitusmerkintöihin verrattuna koko kasvoi 6 prosenttiyksikköä.

2.2 Suomen tupakkalain keskeinen sisältö

Lain mukaan tupakalla tarkoitetaan tupakkakasvin lehdistä (nicotiana) tai sen osista valmistettua nautintoainetta. Tupakkalaki koskee savukkeita, sikareita, piipputupakkaa, irtotupakkaa, tupakkapaperia sekä nuuskaa ja purutupakkaa. Lakia

sovelletaan tupakkavastikkeisiin, tupakointivälineisiin sekä tupakkajäljitelmiin.

Tupakkatuotteiden koostumuksesta on säädetty erillisessä valtioneuvoston päätöksessä tupakkatuotteiden haitta-aineiden enimmäismääristä, esimerkiksi tehdasvalmisteisen savukkeen tervan suurin sallittu pitoisuus on 10 mg yhtä savuketta poltettaessa (tuli voimaan vuonna 2002, sovelletaan 2004 alkaen). Tupakkapakkauksessa on ilmoitettava savuketta poltettaessa syntyvien tervan ja nikotiinin määrät Iso-standardien mukaisilla menetelmillä mitattuna. Tupakkatuotteen valmistaja tai maahantuoja vastaa tupakkatuotteiden terveysvaaroja aiheuttavien ainesosien pitoisuuksien tutkimisesta ja tutkimusmenetelmien laadunvalvonnasta. Tupakan valmistajan tulee vuoden 2002 vuosi-ilmoituksessa Suomen terveydenhuollon tuotevalvontakeskukselle (STTV) ilmoittaa kaikkien tupakkatuotteiden osalta tuotemerkki- ja tyyppikohtainen ainesosaluettelo. Enimmäismäärät mitataan koneellisesti, eikä mittaus täysin vastaa tupakoivan henkilön saamia terva- ja nikotiinipitoisuuksia.

Tupakkalain tarkoituksena on suojella väestöä terveysvaaroilta ja säännöllisen tupakoinnin aiheuttamalta nikotiiniriippuvuudelta. Tupakkalain kielletään tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden myyminen tai muu luovuttaminen 18 vuotta nuoremmalle henkilölle. Ikäraja on ehdoton. Suussa käytettävää tupakkaa ei saa elinkeinotoiminnassa tuoda maahan, myydä tai luovuttaa käyttöön, mutta käyttämistä ei ole laissa kielletty. Elinkeinotoiminnassa myyvien tulee tarvittaessa pyytää nuorta osoittamaan ikänsä esittämällä henkilöllisyystodistus, passi tai ajokortti. Tällainen selvitys tulee pyytää aina, kun myyjä ei ole varma, onko ostaja täyttänyt 18 vuotta.

Tupakkatuotteiden myyntikiellosta alle 18-vuotiaille tulee tupakka-asetuksen 11§:n mukaan tiedottaa ilmoituksella, joka sijoitetaan jokaiseen tupakkatuotteiden ja tupakointivälineiden myyntipisteeseen sekä tupakkatuotteiden automaattiseen myyntilaitteeseen. Tupakkatuotteita saa myydä vain valvotuissa myyntipisteissä, ja se koskee myös automaattisia myyntilaitteita. Automaattisen myyntilaitteen sijoittamisesta ja valvonnasta vastaa sijoituspaikan omistaja, haltija, vastaava hoitaja tai tehtävään nimetty henkilö.

Tupakan ja tupakkatuotteiden mainonta ja epäsuora mainonta on kielletty. Tämä koskee kaikkea myynninedistämistoimintaa ja kyttykaup-

paa. Epäsuoraa mainontaa on tupakkatuotteen myynninedistäminen muun hyödykkeen mainonnan yhteydessä siten, että muun hyödykkeen tunnuksena käytetään tupakkatuotteelle vakiintunutta tunnusta sellaisenaan tai tunnistettavasti muunnettuna tai että siitä muutoin välittyy mielikuva tietystä tupakkatuotteesta. Mainontakielto koskee tupakkatuotteita, tupakkajäljitelmää ja tupakointivälinettä. Samoin se koskee myös muuta myynninedistämis toimintaa. Yrityskuvamainonta tai tuotemerkkien sekä logojen kautta mainostaminen ei ole sallittua.

Tupakointi on kielletty kaikissa julkisissa ja yleisissä tiloissa (ravintolat osin poikkeus) sekä yleisten kulkuneuvojen sisätiloissa, yleisissä tilaisuuksissa sekä pääasiassa 18 vuotta nuoremmille tarkoitetuilla ulkoalueilla, kuten päiväkotien ja koulujen pihilla ja työpaikoilla. Kielto koskee sisätiloissa järjestettäviä yleisötilaisuuksia, joihin yleisöllä on esteetön pääsy. Työnantaja on velvollinen neuvoteltuaan asiasta työntekijöiden tai näiden edustajien kanssa kieltämään tupakoinnin tai rajoittamaan sitä niin, etteivät työntekijät tahattomasti altistu tupakansavulle työtiloissa tai muissa työyhteisön tiloissa. Työnantaja voi niin harkitessaan sallia tupakoinnin tähän varatussa huoneessa tai tilan osassa siten, ettei tupakansavu pääse kulkeutumaan niihin sisätiloihin, joissa tupakanpoltto on kielletty. Työnantajalla ei ole velvoitetta järjestää tupakointitiloja. Tupakointitilaa ei kuitenkaan ole lupa järjestää sellaisen sisätilan yhteyteen, joka on pääasiassa 18 vuotta nuorempien henkilöiden käytössä.

2.2.1 Ravintolatupakointi

Täysin savuttomaan ravintolaan eivät suomalaiset vielä välttämättä pääse. Ravintolatyöntekijöiden työpaikka on siis edelleen savuinen. Tupakointi on kielletty (12 §, kohta 6) ravintolan ja muun ravitsemisliikkeen baaritiskillä ja pelitilassa, ellei kyseisessä tilassa työskentelevien työntekijöiden altistumista tupakansavulle voida muuten, esim. ilmanvaihdon avulla estää. Vähintään 50 m² tarjoilutilaltaan olevien ravintoloiden ja majoitusliikkeiden pinta-alasta voidaan enintään puolet varata tupakoiville niin, ettei tupakansavu kulkeudu ravintolan savuttomiin tiloihin. Eduskunnalle annettavassa ehdotuksessa nämä puutteet korjataan ja ravintoloista tulee täysin savuttomia ja ravintolatyöntekijöiden tupakansavu altistus loppuu.

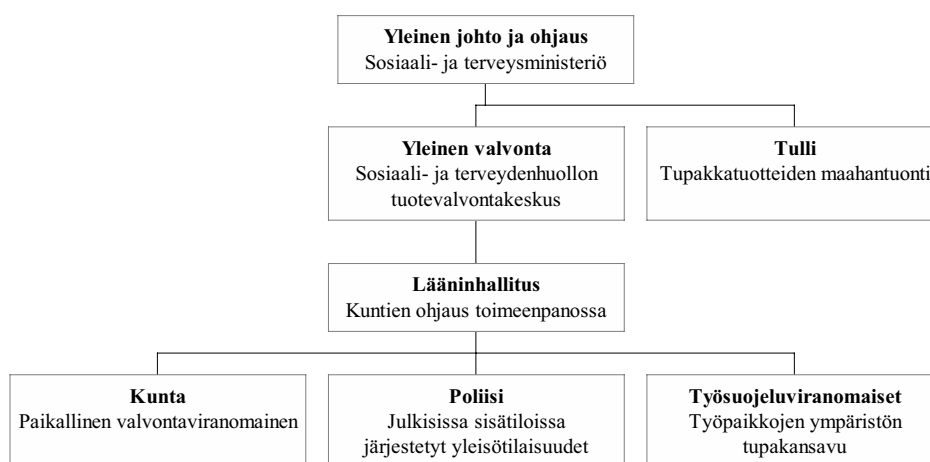
2.2.2 Lain toimeenpano ja valvonta

Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus ohjaa ja valvoo tupakkalain yleistä toimeenpanoa yhdessä läänihallitusten kanssa. Käytännön paikallinen valvontavastuu on kunnilla ja työsuojeluviranomaisilla. Tupakkatuotteiden myyntiä koskee ns. omavalvonta, jonka mukaan tupakkatuotteita myyvän yrityksen on laadittava omavalvontasuunnitelma, jossa määritellään toiminnan ja toimintojen riskikohdat sekä miten omavalvontajärjestelmän toimivuus varmistetaan. Tupakkatuotteita myyvällä elinkeinoharjoittajalla on velvoite valvoa tupakan myynnin rajoitusten toteutumista ja henkilöstön koulutusta. Käytännössä omavalvonta ei ole osoittautunut täysin tehokkaaksi keinoksi puuttua esimerkiksi tupakkatuotteiden myyntiin alle 18-vuotiaille. Tupakointikieltojen paikallinen valvonta kuuluu kunnille ja työsuojelupiireille. Kunnat valvovat alueellaan myös tupakkatuotteiden mainontaa.

Työsuojeluviranomainen valvoo tupakkalain mukaisten työnantajille kuuluvien velvoitteiden noudattamista osana työsuojeluvälvontaa. Koska ympäristön tupakansavu on säädetty syöpävaaralliseksi aineeksi, sille altistuvat on ilmoitettava ammatissaan syöpäsairauden vaaraa aiheuttaville aineille altistuvien rekisteriin (ASArekisteri). Ympäristön tupakansavulle altistunut on rekisteröitävä, jos hän on työssään altistunut tupakansavulle merkittävän osan työajastaan tai altistus on mittauksissa todettu. Myös tupakoivat ravintolatyöntekijät ilmoitetaan, jos he altistuvat työssään ympäristön tupakansavulle. Ilmoitusvelvollisuus koskee kaikkia työpaikkoja. Epäselvissä tilanteissa apua saa työsuojelupiiristä. Lainrikkomuksesta seuraa työsuojelulain mukainen sakkorangaistus.

Tupakkalain rikkomuksista saatavia rangaistuksia

- Tupakkatuotteiden myynti alaikäiselle: tupakan myyntirikkomus, josta seuraa sakkorangaistus.
- Tupakkamainontakiellon rikkominen: tupakoinninmarkkinointirikkomus, josta saa sakkorangaistuksen tai tupakointimarkkinointirikos, josta tuomio on sakkorangaistus tai maksimissaan 2 vuotta vankeutta.
- Tupakkatuotteiden koostumuksen ilmoittamatta jättäminen tai tietojen salaaminen: seuraus sakkorangaistus tai uhkasakko.
- Tupakoinnin salliminen tiloissa tai tilaisuudessa, jossa tupakointi kiellettyä on tupakoin-



Kuvio 1. Tupakkalain ohjaus ja toimeenpano

tirikkomus tai tupakkalain suojaamistoimenpiteiden laiminlyönti, joista molemmista seuraa sakkorangaistus.

- Tupakkatuotteiden salakuljetus on salakuljetusrikos, josta voi seurata 2 vuotta vankeutta

2.3 Tupakkaveron määräytyminen ja tuotto

Suomen tupakkaveron määräytymis- ja verovelvollisuuden ilmoittamasta tuotteen vähittäismyyntihinnasta. Savukkeista, piippu- ja savuketupakasta sekä savukkeiksi käärittävästä hienoksi leikatusta tupakasta vero määrätään lisäksi yksikköverona. Suomessa savukkeiden veroaste on 57,57 %, ja se muodostuu seuraavasti: 15,13 euroa/1000 kpl ja 50 % vähittäismyyntihinnasta. Sikareiden ja pikkusikareiden vero on 22 % vähittäismyyntihinnasta, piippu- ja savuketupakassa 3,62 euroa/kg ja 48 % vähittäismyyntihinnasta sekä savukkeiksi käärittävässä hienoksi leikatussa tupakassa 3,62 euroa/kg ja 50 % vähittäismyyntihinnasta. Savukepapereissa ja muussa tupakkaa sisältävässä tuotteessa veron osuus on 60 % vähittäismyyntihinnasta. Minimiverosäännösten mukaisesti näiden tuotteiden tupakkaveron on oltava vähintään 90 % kysytyimmän hintaluokan tuotteiden verosta. Savukkeita ja savukkeiksi käärittävä hienoksi leikatua tupakkaa koskevat lisäksi minimiverosäännökset, joiden mukaisesti näiden tuotteiden tupakkaveron on oltava vähintään 90 prosenttia kysytyimmän hintaluokan tuotteiden verosta.

Tupakkaveron kannettiin vuonna 2004 600,5 miljoonaa euroa eli 8,5 miljoonaa (1,4 %) enemmän kuin edellisvuonna. Syynä oli savukkeiden ja

sikareiden kulutuksen kasvu (lähde: Tullilaitos). Toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi annetun lain 27 §:n 1 momentin mukaisesti valtion talousarvioon on otettava määräraha, joka vastaa vähintään 0,45 % tupakkaveron arvioidusta tuotosta.

2.4 Euroopan unionin tupakkadirektiivien kehitys viime vuosina

Suomen tupakkalainsäädäntö on edistynyt. Tupakkamainonta ja markkinointi ylittävät kuitenkin rajat. Euroopan Unioni (EU) on viime vuosina ollut aktiivinen tupakkaa koskevien rajoitusten laatimisessa. Suomen tupakkalakia on muokattu direktiivien mukaiseksi mm. hiilimonoksidi-, nikotiini- ja tervapitoisuudesta (asetus 14.6.2002/498), ja testauslaboratorioiden laatuvaatimuksista. Pakkausmerkinnät ovat edelleen kiinnostaneet lainsäätäjiä. Savukkeiden merkkien, nimitysten, tavaramerkkien ja kuvallisten tai muiden merkkien ei pidä luoda vaikutelmaa, että kyseinen tupakkatuote on vähemmän haitallinen kuin muut, ei saa käyttää tupakkatuotteiden pakkausissa. Kuvallisista mainoksista säädettiin vuonna 2003, mutta maat voivat päättää ottavatko kuvalliset mainokset käyttöön.

Tupakkamainonta on sallittua suurimmassa osassa EU-maita (10 maata kieltänyt mainonnan). Kattavaa tupakkamainontakieltoa EU:ssa on yritetty saada aikaan vuodesta 1989 lähtien. Televisiomainonta on kielletty jo vuonna 1989 voimaan tulleella televisio ilman rajoja -direktiivillä. Vuonna 1998 laaja tupakkamainontadirektiivi hyväksyttiin, mutta EY:n tuomioistuimien kumosi lain vuonna 2000. Uudesta suppeammasta mainontakiellosta sovittiin vuonna 2002 ja direktiivi hyväksyttiin vuonna 2003. Uusi direktiivi tuli voimaan 31.7.2005, jo-

ka kieltää tupakkamainonnan painetuissa tiedotusvälineissä, radiossa ja Internetissä. Lisäksi direktiivi kieltää rajat ylittävien kulttuuri- ja urheilutapahtumien tupakkasponsoroinnin.

Tupakan myynnin valvonta on toteutettu suurimassa osassa EU-maita. Myyntilupaa ei tarvita Suomessa, Tanskassa, Puolassa, Portugalissa, Slovakiassa ja Yhdistyneissä kansakunnissa. EU ei ole säätänyt myyntiluvasta tai tupakka-automaateista, mutta WHO puitesopimus sisältää myynnin luvanvaraistamisen.

EU maksaa tupakan viljelijöille 950 miljoonaa euroa viljelytukea. Tupakoimattomuuden edistämiseen se on varannut 1 % tästä summasta. Viljelytuet ovat herättäneet vastustusta, sillä tupakan viljely ei ole EU alueella merkittävä taloudellinen tekijä missään maassa. Viljely tukia aletaan leikata 2006 alkaen ja tupakanviljelijöille on suunniteltu tukipakettia muuhun maatalouteen siirtymisen tukemiseksi.

Ympäristön tupakansavuaaltistuksen vähentäminen on ollut monissa EU-maissa ajankohtainen. Työpaikkojen tupakointia ovat rajoittaneet sisätiloissa lähes kaikki maat, mutta se on joko kokonaan sallittua tai osin sallittua mm. Saksassa, Espanjassa, Tshekissä, Tanskassa, Belgiassa ja toistaiseksi Yhtyneissä kuningaskunnissa. Ravintolatupakointikielto on voimassa mm. Italiassa, Irlannissa, Maltalla, Norjassa, Ruotsissa. Suomessa ravintolatupakoinnista on laki pitkälle valmisteltu. Kun maat yhä enemmän rajoittavat kansallisessa lainsäädännössä ympäristön tupakansavuaaltistusta, myös EU tulee jossain vaiheessa muodostamaan direktiivin ympäristön tupakansavuaaltistuksen rajoittamiseksi.

http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/funds_tobacco_en.htm
<http://data.euro.who.int/tobacco/?TabID=2444>

2.5 WHO:n tupakkapuitesopimus

Tupakkatuotteita koskeva puitesopimus Framework Convention on Tobacco Control (FCTC) hyväksyttiin WHO:n yleisistunnossa toukokuussa 2003. Se on ensimmäinen kansainvälinen sitova kansanterveyttä koskeva sopimus ja se luo uuden, kansainvälisesti sitovan mallin. EU on yksi sopimuksen allekirjoittajatahoista. Syyskuussa 2004 Suomen eduskunta hyväksyi (HE 106/2004 vp) puitesopimuksen lainsäädännön alaan kuuluvat määräykset. Presidentti vahvisti lain joulukuussa 2004 ja sopimus tuli Suomea sitovaksi 24.4.2005. Suomen lainsäädännössä suurin osa tupakkasopi-

muksen artikloista on jo toteutunut eikä se aiheuta merkittäviä tarpeita lainsäädännön kehittämiseksi.

FCTC on merkittävin WHO:n viimeaikaisista tupakoinnin vähentämiseen tähtäävistä hankkeista. Puitesopimuksen kehittäminen käynnistyi yleiskokouksen aloitteesta toukokuussa 1996. Sopimuksella pyritään ensisijaisesti ehkäisemään tupakan aiheuttamia terveyshaittoja. Kansanterveyden kannalta tärkeää on tupakoinnin aloittamisen ehkäisy sekä lopettamisen tukeminen ja edistäminen. Laaja sopimus sisältää muun muassa tupakkatuotteiden myyntiä, pakkausmerkintöjä, laitonta kauppaa ja verotusta koskevat artikloja. Sopimuksella pyritään rajoittamaan myös tupakkatuotteiden mainontaa ja tupakan savun leviämistä ympäristöön. Yhtenä päätavoitteena on estää tupakkaepidemia leviäminen kehitysmaissa. Eniten puitesopimuksesta hyötyvät maat, joilla on vähän omaa kansallista tupakkalainsäädäntöä. Yksityiskohdista yleissopimukseen liitetään eri asiakokonaisuuksia koskevia lisäasiakirjoja, protokollia, joissa kutakin kokonaisuutta käsitellään yleissopimusta yksityiskohtaisemmin. Näihin protokolliin tarvitaan erillinen ratifiointi. Protokollia voivat olla suunnittelemassa ja käsittelemässä ainoastaan yleissopimuksen vahvistaneet valtiot.

Sopimusosapuolista perustetaan sopimuksen toimeenpanoa valvova elin (Convention of the Parties, COP). Elin säätelee yksityiskohtaisemmin sopimusprosesseja. Osapuolten ensimmäinen tapaaminen on vuoden kuluttua sopimuksen voimaantulosta. Sopimuksen laatimisprosessi ja kansainvälinen sitoutuminen sopimukseen ovat kuitenkin jo nyt olleet merkittävä askel tupakkaepidemia selättämisessä.

http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf
http://www.suomenash.fi/sivu.php?artikkeli_id=123

3 TUPAKOIMATTOMUUDEN EDISTÄMINEN

Kristiina Patja, Kansanterveyslaitos

Tupakkatuotteet ovat riski terveydelle, ja noin 6000 suomalaista kuolee vuosittain tupakan aiheuttamiin sairauksiin. Elinympäristön, sosiaalisten tekijöiden ja toimintamahdollisuuksien muokkaaminen vaikuttavat myös tupakointiin, vaikka selvä yhteys yksittäisen toimenpiteen ja tupakoinnin vähenemisen välillä onkin vaikea havaita. Yhteisön arvot ja kulttuuri vaikuttavat tupakointitapoihin voimakkaasti. Suomessa suhtautuminen tupakointiin on muuttunut kiel-

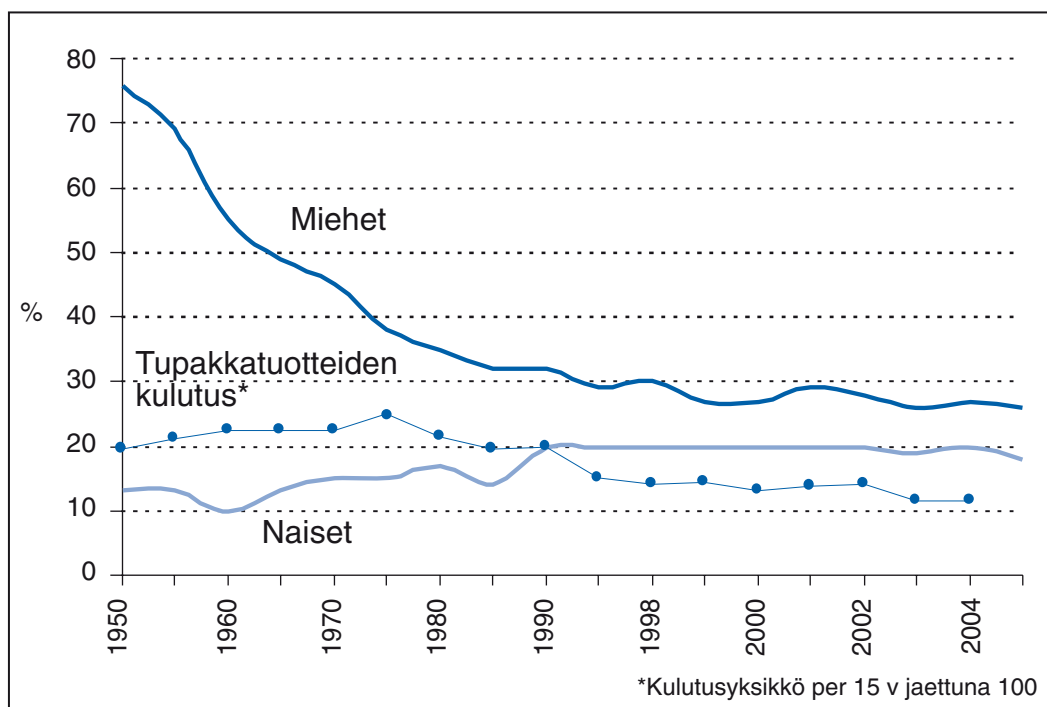
teisemmäksi (1). Tupakan aiheuttamien terveys-
haittojen vähentäminen on tärkeä terveyspolitiikan osatavoite. Keinoja haittojen vähentämiseen ovat lainsäädäntö, hintapolitiikka ja väestön valistaminen. Terveys 2015 -strategiassa on asetettu tavoitteita, joiden toteutumisessa tupakoinnin vähentämisellä on merkittävä osa. Tavoitteena on lisätä terveenä elettyjä elinvuosia kahdella vuodella, kaventaa sukupuolten välistä eliniän ennustetta ja vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Naisten lisääntynyt tupakointi näkyy sukupuolten välisen odotetun eliniän eron kaventumisena, mutta samalla eliniän pitenemisen tavoite vaarantuu. Tupakoinnin yleisyys lyhyemmän koulutuksen saaneiden keskuudessa tulee osaltaan lisäämään myös väestöryhmien välisiä terveyseroja, ellei tupakointia saada ratkaisevasti vähentymään tässä ryhmässä. Erillistavoitteena on puolittaa 16–18-vuotiaiden tupakointi vuoteen 2015 mennessä 30 %:sta 15 %:iin.

Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) vastuulla on tupakkalakiin kohdistuvien toimenpiteiden ja vähittäismyyntihintaa koskevien muutosten vaikutusten seuranta ja tutkimus. STM huolehtii myös tupakasta aiheutuvien terveysvaarojen ja haittojen vähentämiseksi tarvittavan tutkimus- ja kehittämistyön ohjauksesta ja yhteensovittamisesta. STM:n ja lääninhallitusten tulee huolehtia siitä, että tupakoinnin vähentämistyötä tehdään sekä valtakunnallisesti että alueellisesti. Kunta

huolehtii paikallisesta toiminnasta. STM vastaa, että kunnilla on käytettävissä tupakoinnin terveyshaitoista kertovaa aineistoa ja terveyskasvatusaineistoa. Erityisesti lasten ja nuorten parissa toimiville henkilöille on oltava ohjeita tupakoinnin aloittamisen ehkäisemiseksi ja tupakoinnin vähentämiseksi. Vuonna 2005 varsinaisiin tupakkahankkeisiin käytettiin 1 373 000 euroa, sen lisäksi rahoitettiin yleisiä terveyden edistämishankkeita, joissa tupakoinnin vähentäminen oli osa hanketta. Kokonaisuudessaan tupakoinnin ehkäisyyn ja vähentämiseen käytettiin noin 2 000 000 euroa. Tupakkalain mukainen määräraha oli kokonaisuudessaan oli 4 519 000 euroa.

Tupakointi Suomessa 2005

Suomalaisen aikuisväestön tupakointia ja tupakkatuotteiden kulutusta on seurattu järjestelmällisesti noin kolmekymmentä vuotta. Tupakointitapojen seuranta alkoi vuonna 1972 Pohjois-Karjala-projektin myötä, ja tupakkatuotteiden kulutuksen seuranta alkoi vuonna 1979 Tilastokeskuksessa. Aikaisemmilta vuosikymmeniltä on tietoa väestön tupakoinnista tutkimuksissa, joissa tupakointi on esimerkiksi riskitekijänä. Myös tupakkatuotteiden kokonaiskulutuksesta on tietoja 1940-luvulta. Näin on voitu saada käsitys tupakoinnin yleisyydestä ennen järjestelmällisen seurannan kehittymistä (kuvio 1)



Kuvio 1. Tupakkatuotteiden kokonaiskulutus (%)

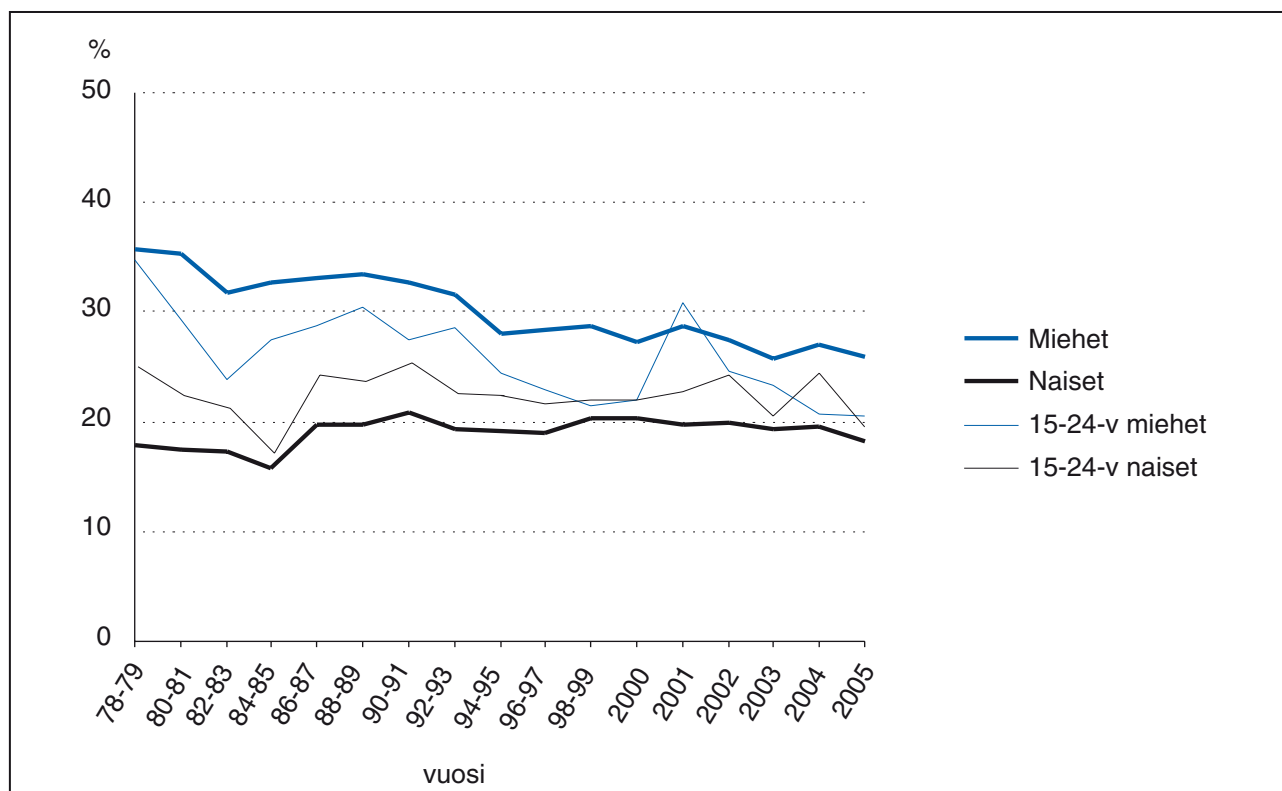
3.1 Tupakkatuotteiden kulutus

Tupakkatuotteiden kulutus on vähentynyt 1990-luvulla, ja nykyisin suomalaiset polttavat keskimäärin noin 1300 savuketta vuodessa eli 3,5 savuketta päivässä (2,3). Valtaosa tupakasta poltetaan savukkeina (77 %), itsekäärityjen osuus on noin 17 %, sikaria ilmoittaa polttavansa 6 % ja piippua 7 % (2). Osa tupakoijista käyttää useampaa tupakkatuotetta. Nuuskan myynti on Suomessa kielletty, mutta sitä edelleen käytetään tuotuna ulkomailta.

3.2 Aikuisten tupakointi

Tupakoimattomuus on merkittävä väestön terveyttä edistävä tekijä: joka kolmas syöpäsairaus

aiheutuu tupakasta, joka viidennessä sydänperäisessä kuolemassa tupakka on tärkein riskitekijä ja yhdeksän kymmenestä keuhkohtaumapotilaasta on tupakoivia. Tupakoinnin vähentymisestä huolimatta Suomessa on edelleen noin miljoona tupakoijaa. Seuraavat luvut perustuvat kaikki aikuisväestön terveystyöryhmien ja terveys seurannan tuloksiin vuodelta 2005 (2). Työikäisistä miehistä 26 % ja naisista 18 % raportoi päivittäistupakoinnista. Nuorista miehistä (15–24-vuotiaat) 20 % ilmoitti tupakoivansa päivittäin ja 9 % satunnaisesti. Nuorista naisista 20 % tupakoi päivittäin ja 13 % satunnaisesti. Miesten tupakointi on 1980-luvulta lähtien vähentynyt, ja naisten tupakointi on pysynyt samalla tasolla (kuvio 2).

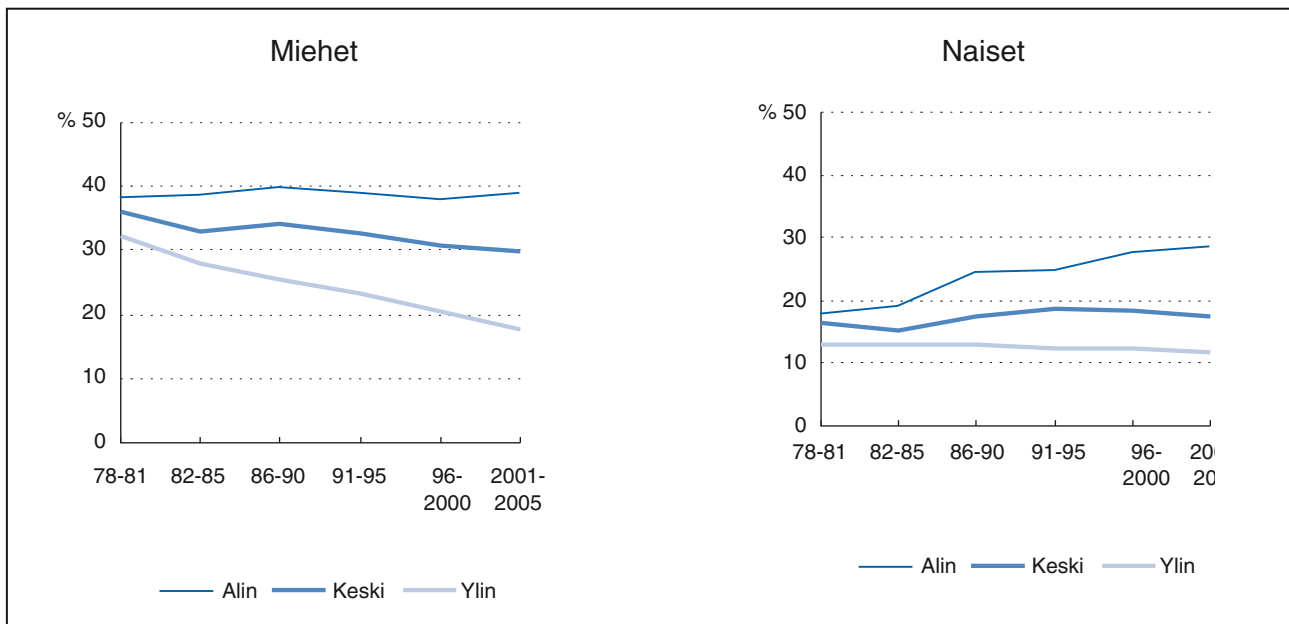


Kuvio 2. Päivittäin tupakoivien osuus (%) 1978–2005. Helakorpi, Patja, Prättälä, Uutela. Suomalaisen aikuisväestön terveystyöryhmien ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B18/2005

Tupakoinnin yleisyydessä eri sosiaaliryhmien väliset erot ovat suuret. Jos väestö jaetaan kolmeen luokkaan koulutuksen pituuden mukaan, vähiten koulutetuista miehistä 39 %, keskiasteen koulutuksen saaneista 30 % ja eniten koulutetuista 18 % tupakoi. Ero oli kasvanut jakson 2001–2005 välisenä aikana. Väestöryhmien välinen ero on kasvanut tasaisesti. Naisilla tupakointi yleisty vähiten koulutettujen keskuudessa 1970- ja 1980-luvuilla, ja nyt naisten tupakointi on pysy-

nyt yli kymmenen vuotta 20 % tuntumassa. Vastaavasti miehillä tupakointi on vähentynyt eniten ylemmässä koulutusryhmässä (kuvio 3).

Suomalaisista aikuisista miehistä 67 % ja naisista 72 % ei tupakoi lainkaan ja tupakoimattomien määrä on kasvanut 3 prosenttia vuodesta 2002 (2,4). Tupakoinnin on onnistunut lopettamaan miehistä 20 ja naisista 17 %, jossa kasvua vuoden 2002 tilanteeseen myös muutama prosentti



Kuvio 3. Päivittäin tupakoivien 25–64 -vuotiaiden ikävakioitu osuus suhteellisen koulutuksen mukaan (%). Helakorpi, Patja, Prättälä, Uutela. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B18/2005

(2,4). Tupakoinnin haluaisi lopettaa joka toinen päivittäin tupakoiva, mutta 14 % ei harkitse lopettamista. Miehistä ja naisista joka neljäs on yrittänyt lopettaa tupakoinnin vuoden aikana. Nikotiinikorvaushoitoa ilmoitti vuoden aikana käyttäneensä tupakoinnin lopettamiseksi 14 % ja muusta syystä 2 % (2). Nuorten työssä käyvien aikuisten joukossa (25–34-vuotiaat) koulutusryhmien väliset erot tupakoinninlopettamisyrietyksissä ovat ylimmän ja alimman koulutusryhmän välillä edelleen jyrkät ja miehillä ero on 27 % (60 % versus 3 %) (4,5). Tupakoinnin lopettaminen näyttäisi olevan lisääntymässä.

3.3 Nuorten tupakointi

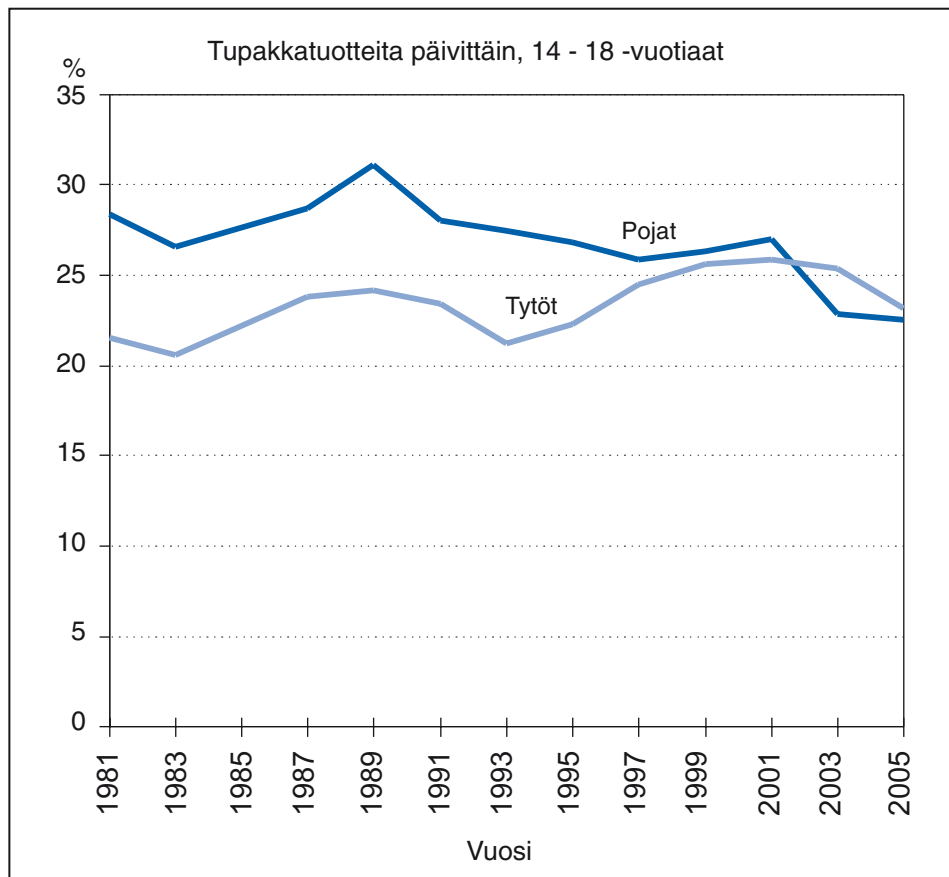
Nuorten tupakointia tutkitaan kattavasti Nuorten Terveystapatutkimuksessa (6) ja seuraavat luvut perustuvat tuoreimpaan selvitykseen vuodelta 2005. Vuonna 2005 tupakkatuotteita käytti päivittäin lähes yhtä suuri osuus tytöistä ja pojista, 22 % 14–18-vuotiaista pojista ja 23 % tytöistä. Sen sijaan 14- ja 16-vuotiaat tytöt käyttivät tupakkaa hieman useammin kuin pojat (10 % vs. 8 %, 27 % vs. 24 %), kun taas 18-vuotiaana tilanne oli päinvastainen (33 % vs. 36 %). 12-vuotiaat eivät juuri käyttäneet tupakkatuotteita päivittäin, mutta tupakkatuotteita oli kokeillut 13 %.

Nuorten tupakoinnissa kokeilujen merkitys on suuri ja niihin vaikuttaminen keskeinen tavoite. Keinoja ovat lain valvonta, saatavuuteen puuttuminen ja tupakointikieltojen noudattaminen. 14–

18-vuotiaiden tyttöjen tupakkatuotteiden käyttö lisääntyi vähitellen aina 1980-luvun alusta lähtien aina 2000-luvun alkuun (kuviot 3 ja 4). Vuoden 2001 jälkeen tyttöjen tupakkatuotteiden käytön nousu pysähtyi ja kääntyi laskuun. Pojilla tupakkatuotteiden käyttö oli lähtenyt lievään laskuun jo 90-luvun alussa ja lasku jatkui vähäisenä myös 2003–2005 välillä. Näyttää siltä, että myönteinen kehitys jatkuu ja tupakoimattomuuden edistämisen panostukset ovat tuoneet tulosta.

3.4 Nuuska

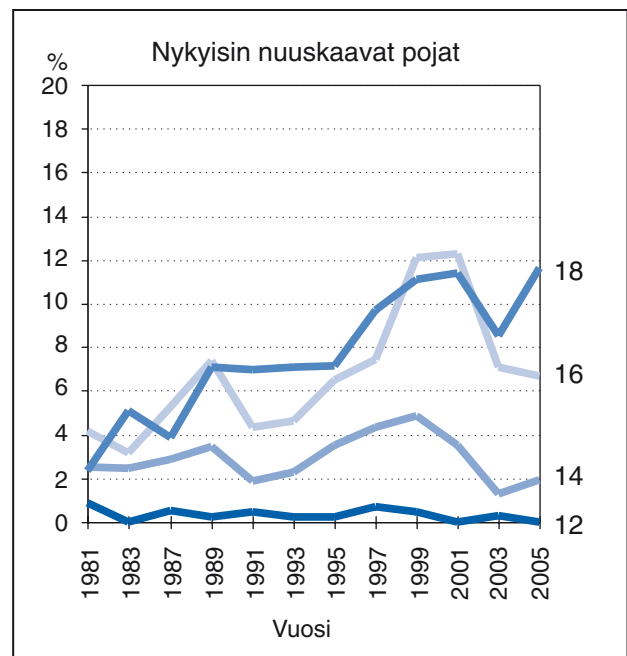
Nuuskan käyttö ja kokeilu alkoi lisääntyä 1990-luvun alussa. Erityisesti urheilua harrastavien nuorten parissa nuuska yleistyi, vaikka tupakointi tässä ryhmässä oli vähäistä. Useat urheilujärjestöt, mm. salibandy- ja jääkiekkoliitot kielsivät nuuskan käytön kilpailutoimintansa yhteydessä vuonna 1998. Elinkeinotoiminnassa nuuskan myynti tai luovuttaminen on ollut Suomessa kiellettyä vuodesta 1995. Euroopassa nuuskaa käytetään lähinnä Ruotsissa. Pääosa Suomessa käytettävästä nuuskasta tuodaan laivoilta joko Ruotsista tai Virosta. Nuuskan aiheuttamat terveysvaikutukset ovat samansuuntaisia kuin poltettujen tupakkatuotteidenkin. Merkittävimmät erot ovat suuremmat suun alueen vaurioiden ja suusyövän riskit ja pienempi keuhkosityöpäriski keuhkoihin hengitettävän tervan jäädessä pois (lisätietoja www.hammaslaakariliitto.fi) (8). Tutkimusten mukaan nuuska ei kuitenkaan ole olen-



Kuvio 4. Päivittäin tupakkatuotteita käyttävien 14–18-vuotiaiden ikävakioidut osuudet (%) sukupuolen mukaan vuosina 1981–2005. Nuorten terveystapatutkimus 2005.

naisesti vähentänyt tupakkatuotteiden kulutusta, joka on tupakkapolitiikan tavoite. Esimerkiksi ruotsalaisista 16–84-vuotiaista miehistä tupakoi päivittäin 17 % ja käytti nuuskaa 20 % (7), kun vastaavan ikäisistä suomalaisista miehistä 24 % tupakoi. Ruotsissa nuuskan kulutus 15 vuotta täyttäneitä kohden kasvoi vuodesta 1970 vuoteen 2001 2,5-kertaiseksi (8).

Suomessa nuuskaa käyttää päivittäin 1,3 % aikuisista miehistä ja satunnaisesti 2,7 % (6). Nuuskaaminen on yleisintä 25–34-vuotiaiden ikäryhmässä. Eniten satunnaisnuuskaavat 15–24-vuotiaat: noin 10 %. Nuuskaa on kokeillut 26 % miehistä ja 16 % naisista. Naisista 1,3 % nuuskaa satunnaisesti ja päivittäin 0,6 %. Vuonna 2005 pojista nuuskaa kokeilleita oli 12 vuoden iässä vain noin 1 %, 14-vuotiaana 9 %, 16-vuotiaana 26 % ja 18-vuotiaana jo 42 %. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan 16-vuotiaista pojista 1,3 % ja 18-vuotiaista 1,2 % nuuskaa päivittäin (6), mutta satunnaiskäyttö on varsin tavallista (kuvio 5).



Kuvio 5. Nuuskaa silloin tällöin tai päivittäin käyttävien 12–18-vuotiaiden poikien osuudet (%) iän mukaan 1981–2005. Nuorten terveystapatutkimus 2005.

3.5 Ympäristön tupakansavu

Ympäristön tupakansavu muodostuu tupakka-tuotteen palaessaan ilmaan levittämistä hiukka-sista, aerosoleista ja kaasuisista. Se muodostuu ns. sivusavusta ja pääsavusta. Sivusavu on savua, joka muodostuu tupakan palaessa, kun tupakoija ei ime savua keuhkoihinsa. Pääsavu on uloshen-gityssavua, kun tupakoija vetää savua keuhkoihinsa ja hengittää sen ulos. Ympäristön tupa-kansavu sisältää samoja myrkyllisiä yhdisteitä kuin varsinainen keuhkoihin hengitettävä savu (8). Niistä on osoitettu ihmiselle haitalliseksi noin 200 eri yhdistettä, joista yli neljäkymmentä on luokiteltu lisäksi syöpävaarallisiksi aineiksi. Syöpärekisteri on arvioinut, että ympäristön tupa-kansavulle altistumisen seurauksena arviolta 10–30 henkilöä sairastuu vuosittain keuhkosyöpään. Sydän- ja verenkierroelinten sairauksista tiedetään eniten sydän- ja aivoinfarktirikistä. Jatkuva altistuminen tupakansavulle lisää sydäninfarktirikistä noin 20 % ja aivoinfarktin riskiä 50 % (9).

Ympäristön tupakansavua koskevan lainsäädän-nön voimaan tulon jälkeen vuonna 1995 tupa-kointi sisätiloissa väheni oleellisesti keskisuuri-la ja suurilla työpaikoilla. Ympäristön tupakan-savua koskeva lainsäädäntö laajeni ravintoloihin täydessä laajuudessaan vuonna 2003. Vuonna 1999 ravintolassa työskennelleistä naisista 45 % ja miehistä 49 % ilmoitti altistuvansa tupakansa-vulle yli 4 tuntia päivässä (10,11). Yhteensä 37 % naisista ja 21 % miehistä ei altistunut lainkaan tupakansavulle työpaikalla. Ruokaravintoloissa työskentelevät työntekijät altistuivat huomatta-vasti vähemmän tupakansavulle kuin pubien ja yökerhojen työntekijät. Esimiesten ja työnteki-jöiden välisessä altistumisessa ei ollut oleellista eroa. Noin kolmannes kaikista työntekijöistä toivoi ravintolasta täysin savutonta työpaikkaa, ja tupakoitsijoista noin viidesosa.

Ravintolatupakoinnin väheneminen ei ole eden-nyt nopeasti. Laissa tarkoitettua ja määriteltyä savuttomuutta ei ole saavutettu useimmissa ravintoloissa. Tupakointialueiden valintaan tulisi-kin kiinnittää erityistä huomiota, jotta savu ei pääsisi leviämään savuttomille alueille. Mikäli tupakointi halutaan ravintolassa sallia, savulli-nen alue tulee sijoittaa niin, että ilmastoinnilla ja rakenteellisilla ratkaisuilla voidaan varmistaa, ettei savu leviä sinne, missä sitä ei kuulu olla.

Vastuu lain noudattamisesta ja toimeenpanosta työpaikalla on työnantajalla. Määräysrikkomuk-sesta on rangaistuksena uhkasakko. Työnanta-

jalla ei ole velvollisuutta järjestää työpaikalla tupakointitiloja. Tupakansavun on luokiteltu syöpävaaralliseksi aineeksi, ja sille altistuvat henkilöt on ilmoitettava ASA-rekisteriin (Am-matissaan Syöpävaarallisille aineille Altistuvat). Tupakansavun syöpävaarallisuuden myötä tupa-kansavuun ja sille altistumiseen sovelletaan työ-turvallisuuslakia (299/1958). Syöpävaarallisuus vaikuttaa lisäksi tupakansavuisen ilman käsitte-lyyn tilojen ilmastointia toteutettaessa.

Lähteet:

1. Piispa M. Tupakan kulttuuriset merkitykset ja niihin vaikuttaminen. Tampere: Tampe-reen yliopisto, 1999.
2. Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A, Suomalaisen aikuisväestön terveystäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitos, Helsinki 2005.
3. Tilastokeskus, Tupakkatilasto, Tobacco statistics. Tilastokeskus, 2005.
4. Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uu-tela A. Aikuisväestön terveystäytyminen ja terveys, kevät 2002, B12/220Kansanterveyslaitos, Helsinki 2003.
5. Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. Aikuisväestön terveystäytyminen ja terveys, kevät 2001Kansanterveyslaitos, Helsinki 2002.
6. Rimpelä A, Rainio S, Pere L, Lintonen T, Rimpelä M, Tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2005. Sosiaali- ja terveystoimi, 2005.
7. Socialstyrelsen. Folkhälsorapport. Stock-holm; 2005.
8. Johnson GK, Squier CA. Smokeless tobacco use by youth: a health concern. *Pediatr. Dent.* 1993;15:169-74.
9. Tieteellinen peruskatsaus ympäristön tupa-kansavun terveysthahitoista Sosiaali- ja terveystoiministeriön selvityksiä, vol. 2000:11 Helsinki: Sosiaali- ja terveystoiministeriö, 2000.
10. Heloma A, Jaakkola MS. Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free work-place law. *Addiction* 2003;98:1111-7.
11. Heloma A, E Kao, Kaleva S, Reijula K. Smoking and exposure to tobacco smoke at medium-sized and large-scale workplaces. *Am. J. Ind. Med.* 2000;37:214

4 YHTEENVETO KOULUPOHJAJAIS-TA TUPAKOINNIN EHKÄISYOHJELMISTA

Marjaana Pennanen, Kansanterveyslaitos

Tiivistelmä

Lähtökohdat: Tässä yhteenvedossa raportoidaan vuosien 1990- ja 2005 aikana julkaistujen nuorten tupakointia ehkäisevien koulupohjaisten ohjelmien vaikuttavuutta.

Menetelmät: Ehkäisyohjelmat on löydetty apuna käyttäen PubMed (MEDLINE), Cochrane Reviews, Web of Science ja PsycINFO tietokantoja. Ehkäisyohjelmat ovat pääasiassa koulupohjaisia ja osa koulu- ja yhteisöpohjaisia. Ehkäisyohjelmissa on satunnaisesti tai ei-satunnaisesti valitut vertailuryhmät. Hakusanoina käytettiin: smoking, adolescent, randomized control trial, education, prevention, school-based, control group

Tulokset: Yhteenvedossa on yhteensä 53 nuorten tupakoinnin ehkäisyohjelmaa. Ehkäisyohjelmien nuoret ovat iältään 8-18 -vuotiaita. Ehkäisyohjelmia, joissa on käytetty sosiaalisen kyvykkyyden ja sosiaalisten paineiden hallintaohjelmia on eniten, yhteensä 28. Näissä malleissa perusajatuksena on, että nuori oppii haluttua käyttäytymistä mallien ja jäljittelemisen avulla ja että nuorten tupakointia voidaan vähentää lisäämällä nuorten tietoisuutta ja kykyä vastustaa sosiaalista painetta. Näistä ehkäisyohjelmista 60 % pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia. Monimalliohjelmat, joihin kouluohjelmien lisäksi liittyy koululuokkien ulkopuolista toimintaa, ovat olleet myös suosittuja. Niitä tähän katsaukseen löytyi yhteensä 17. Näistä ehkäisyohjelmista 70 % pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia. Katsaukseen löytyi yhteensä viisi tupakoimattomuuskilpailuun kannustavaa ohjelmaa. Kilpailuun kannustavat ohjelmat sisälsivät tiedottamista tupakoinnista ja niissä nuoria rohkaistiin osallistumaan kilpailuun, jossa he sitoutuivat olemaan tupakoimatta tietyn ajan. Siinä onnistuttuaan heillä oli mahdollisuus voittaa palkintoja. Näillä ohjelmilla yhtä lukuun ottamatta pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia. Pelkillä tietoon pohjautuvilla ehkäisyohjelmilla ei näyttäisi olevan vaikutusta nuorten tupakointiin.

Päätelmät: Nuorten tupakointia voidaan ehkäistä tupakoinnin ehkäisyohjelmilla. On kuitenkin vaikea yksiselitteisesti sanoa minkälaiset tupakoinnin ehkäisyohjelmat ovat tehokkaimpia. Nuorten tupakointia on pystytty vähentämään ohjelmilla, jotka sisälsivät koulu- ja yhteisöpoh-

jaisen ohjelman, joissa harjoiteltiin sosiaalisia taitoja sekä ohjelmilla, joissa oli otettu huomioon kohderyhmän yksilölliset tarpeet. Myös ikätoverin toimiminen ohjaajana näyttää lisäävän ohjelman vaikuttavuutta. Kuitenkin nuorten tupakoinnin ehkäisyohjelmilla on saavutettu pääosin vain lyhyen aikavälin tuloksia ja pitkän aikavälin myönteiset tulokset nuorten tupakoinnin vähentämiseksi ovat vielä vähäisiä.

4.1 Tausta ja tavoitteet

Nuorten tupakointia on seurattu vuodesta 1977 alkaen. Viimeisten vuosien aikana on havaittavissa myönteisiä muutoksia nuorten tupakoinnin vähentymisessä. 14–16 -vuotiaiden päivittäinen tupakointi on vähentynyt ja tupakoinnin kokeileminen on siirtynyt myöhäisempään ikään (1). Tupakoinnin aloittamiseen liittyy useita tekijöitä. Nuorten tupakointi on yhteydessä huonompaan koulumenestykseen (2). Myös vanhempien tupakoinnilla (3) ja ystävien tupakoinnilla (4) on yhteyttä nuorten tupakointiin. Tällä hetkellä 16–18 -vuotiaista nuorista päivittäin tupakoi noin 30 % (1). Terveyspoliittisena tavoitteena on vähentää nuorten tupakointi puoleen vuoteen 2015 mennessä (5).

Nuorille suunnattuja tupakoinnin ehkäisyohjelmia on tehty pääasiassa kouluissa, koska siten on tavoitettu suuri joukko nuoria ja terveiden elämäntapojen opettaminen on osa koulun järjestelmää. Tupakoinnin ehkäisyohjelmilla, jotka perustuvat sosiaalisen paineiden hallintaohjelmiin (social influence) on saavutettu joitakin pitkäajan myönteisiä tuloksia. Kuitenkin ohjelmissa käytetyt menetelmät vaihtelevat niin suuresti eri ohjelmien sisällä, että on vaikeaa tehdä varmoja johtopäätöksiä (6-8). Sosiaalisen paineiden hallintaohjelmien tavoitteena on ollut lisätä nuorten tietoisuutta tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta ja harjoitella tupakoinnista kieltäytymisen taitoja (9). Sosiaalisiin normeihin keskittyminen vähentää tupakoinnin aloittamista (10). Tupakoimattomuuskilpailuilla, joissa nuoria kannustetaan olemaan tietty aika tupakoimatta on saavutettu myös myönteisiä tuloksia (11–14).

Kouluohjelman lisäksi ehkäisyohjelmissa on käytetty laajamittaisia yhteisöohjelmia, joihin voi kuulua laaja joukkoviestintävälineiden käyttö ja lainsäädäntöön sekä säännöksiin vaikuttaminen siten, että esim. tupakkatuotteiden hintaa nostetaan ja vaikutetaan tupakkatuotteiden saatavuuteen (8, 15–17). Yhteisöohjelmaan usein

kuuluu myös vanhempien, koulun ja ympäröivän yhteisön osallistuminen ohjelmaan (9).

Nuorten tupakoinnin ehkäisyohjelmilla on ollut vaikeaa saavuttaa pitkän aikavälin myönteisiä tuloksia. Syitä tähän ovat olleet; liian lyhyet ohjelmat, lisätehostusta (booster) ei ole käytetty muistuttamaan nuoria kouluohjelmissä läpikäydyistä asioista tai se ei ole ollut sopiva, ohjelmia ei ole toteutettu riittävän täsmällisesti ja ohjelmien teoreettinen pohja on ollut väärä tai ohjelmat ovat olleet vaillinaisia (7). Joissakin ehkäisyohjelmissä on käytetty apuna ikäoverijohtajia oppituntien ja pienryhmien vetämisessä. Heillä näyttäisi olevan vähintään yhtä suuri vaikutus tai suurempi vaikutus nuoriin kuin aikuisilla, jotka toimivat vetäjinä terveystietokoulutuksessa. Ikäoverijohdajien panosta on kuitenkin vaikea tutkia (18).

Tässä katsauksessa raportoidaan 1990–2005 –vuosina julkaistujen nuorten tupakointia ehkäisevien koulupohjaisten ohjelmien vaikuttavuutta.

4.2 Menetelmät

Kirjallisuushaut tehtiin PubMed (MEDLINE), Web of Science ja PsycINFO tietokantoja apuna käyttäen. Hakusanoina käytettiin: smoking, adolescent, randomized control trial, education, prevention, school-based, control group. PubMed hauissa ikärajana käytettiin 0-18 – vuotta. Kriteerinä käytettiin sitä, että kaikki ehkäisyohjelmat sisältävät koulupohjaisen tupakoinnin ehkäisyohjelman, ohjelmissä on satunnaistetut tai ei-satunnaistetut ohjelma- ja vertailuryhmät. Ehkäisyohjelmien tulokset ovat raportoitu vuosien 1990–2005 aikana. Osa ohjelmista löydettiin aikaisemmin tehtyjen nuorten tupakoinnin ehkäisyohjelmien kirjallisuuskatsauksien lähdeviitteistä (6, 15-17, 19-25). Katsaukset löydettiin PubMed ja Cochrane Reviews tietokannoista hakusanoilla: smoking, prevention, education, school-based, adolescent. PubMed hauissa ikärajana käytettiin 0-18 -vuotta. Tähän yhteenveotoon kriteerit täyttäviä ehkäisyohjelmia löytyi yhteensä 53 kappaletta.

Tämän yhteenvedon jaottelu pohjautuu suurimalta osin Thomasin käyttämään koulupohjaisten tupakoinnin ehkäisyohjelmien neljäportaiseen ryhmittelyyn (9). Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat tietoon pohjautuvat ehkäisyohjelmat, joissa terveystietoa annetaan osana kouluopetusta. Tietoja tupakoinnista annetaan olettaen, että tieto yksinään riittää myönteisen tuloksen saavut-

tamiseen (9). Toiseen ryhmään kuuluvat sosiaalisen kyvykkyyden ohjelmat (Social competence curricula), jotka perustuvat alun perin Banduran sosiaalisen oppimisen teoriaan (26). Sosiaalisen kyvykkyyden malleissa perusajatuksena on, että nuori oppii haluttua käyttäytymistä mallien ja jäljittelemisen avulla (9). Kolmanteen ryhmään kuuluvat sosiaalisten paineiden hallintaohjelmat (Social influence approaches), jotka perustuvat alun alkaen McGuiren (27) ja Evansin (28, 29) teorioihin. Niissä tavoitteena on lisätä nuorten tietoisuutta tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta ja harjoitella tupakoinnista kieltäytymisen taitoja (9). Viimeiseen eli neljanteen ryhmään kuuluvat monimalliohjelmat (Multi-modal programmes), joihin liittyy myös koululuokkien ulkopuolista toimintaa, kuten vaikuttamista vanhempiin, koko kouluun tai yhteisöön. Niillä voidaan pyrkiä vaikuttamaan myös tupakointiin liittyviin sääntöihin tai normeihin (9).

Tämän katsauksen jaottelussa on yhdistetty sosiaalisen kyvykkyyden ja sosiaalisten paineiden hallintaohjelmat, koska niissä ohjelmissä on käytetty osittain päällekkäisiä menetelmiä ja näin ollen ehkäisyohjelmia on vaikea erotella toisistaan. Jaotteluun on lisätty tupakoimattomuuskilpailuun kannustavat ohjelmat, koska näiden ohjelmien menetelmät eivät oikein sovi neet mihinkään Thomasin käyttämään ryhmään. Tupakoimattomuuskilpailuun kannustavat ohjelmat sisältävät tiedottamista tupakoinnista ja niissä nuoria rohkaistaan osallistumaan kilpailuun, jossa he sitoutuvat olemaan tupakoimatta tietyn ajan. Siinä onnistuttuaan heillä on mahdollisuus voittaa palkintoja. Täten ryhmiä muodostui neljä; 1) tietoon pohjautuvat ehkäisyohjelmat, 2) tupakoimattomuuskilpailuun kannustavat ehkäisyohjelmat, 3) sosiaalisen kyvykkyyden ja sosiaalisten paineiden hallintaohjelmat ja 4) monimalliohjelmat. Tulossuudessa on raportoitu prosentteina niiden ehkäisyohjelmien vaikutukset tupakointiin, joissa ne ovat olleet saatavilla.

4.3 Tulokset

Tässä yhteenvedossa on raportoitu kolme tietoon pohjautuvaa tupakoinnin ehkäisyohjelmaa, viisi tupakoimattomuuskilpailuun kannustavaa ohjelmaa, 29 sosiaalisen kyvykkyyden ja sosiaalisten paineiden hallintaohjelmaa ja 17 monimalliohjelmaa. Ehkäisyohjelmat on tehty Euroopassa, Amerikassa, Australiassa ja Aasiassa. Suurin osa ohjelmista on tehty Euroopassa tai Yhdysvalloissa. Ohjelmien kohderyhminä olivat 8-18 -vuotiaat nuoret.

4.3.1 Tietoon pohjautuvat ehkäisyohjelmat

Tietoon pohjautuvat ehkäisyohjelmat perustuvat ajatukseen, että tieto yksinään riittää myönteisen tuloksen saavuttamiseen. **Chatrou ym.** ehkäisyohjelmassa 12–14 -vuotiaille nuorille (n=949) annettiin tietoa kolmen tunnin ajan tupakoinnista ja tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta sekä tupakoinnin vaikutuksista videoiden ja keskustelujen avulla (30). **Donato ym.** 20 tuntia kestävässä ehkäisyohjelmassa pyrittiin vaikuttamaan 12–14 -vuotiaiden nuorten tupakkatietoon ja asenteisiin tupakointia kohtaan (n=1086) (31). **Howard ym.** ehkäisyohjelma annettiin viiden tunnin ajan tietoa tupakoinnista, sydämen toiminnasta, verenpaineesta, terveellisestä ruokavaliosta ja liikunnasta. Nuoret olivat 9-12 -vuotiaita (n=98) (32). Tulosten mukaan näillä ohjelmilla ei pystytty vähentämään ohjelmaryhmässä olleiden nuorten tupakointia vertailuryhmän nuoriin verrattuna (30-32).

Yhteenveto

Pelkillä tietoon pohjautuvilla tupakoinnin ehkäisyohjelmilla ei pystytty vähentämään nuorten tupakointia. Vaikka ehkäisyohjelmat sisältäisivät tietoa ja keskusteluita tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta ja tupakoinnin vaikutuksista laajemmassa mittakaavassa. Näissä ehkäisyohjelmissa nuorilla oli kuitenkin pääasiallisesti passiivinen tietoa vastaanottava rooli aktiivisen roolin sijaan.

4.3.2 Tupakoimattomuuskilpailuun kannustavat ehkäisyohjelmat

Tupakoimattomuuskilpailuun kannustavat ehkäisyohjelmat pohjautuvat hyvin pitkälle Smoke-Free Class – kilpailuun, jota on järjestetty Suomessa vuodesta 1989 alkaen (13, 14). Kilpailuissa perusideana on se, että koululuokat sitoutuvat olemaan tietyn ajan tupakoimatta ja onnistuttuaan siinä heillä on mahdollisuus osallistua arvontaan, josta he voivat voittaa palkintoja. Luokat saivat ottaa osaa kilpailuun, jos yli 90 % oppilaista oli ollut tupakoimattomia kilpailun ajan. Nuoret saivat tietoa tupakoinnista ja siihen liittyvistä asioista esim. sosiaalisen paineen kohtaamista opettajilta oppitunneilla.

Crone ym. ehkäisyohjelmassa nuoret olivat 13 -vuotiaita (n=2562). Ohjelma suunnattiin nuorille, jotka tähtäävät alempaan tutkintoon. Tässä ohjelmassa nuorilla oli mahdollisuus osallistua Smoke-Free Class – kilpailun lisäksi valoku-

vakilpailuun, jonka aiheena oli tupakoimaton luokka. Kilpailujen lisäksi ohjelmaryhmälle annettiin tietoa tupakoinnista, siihen liittyvistä asenteista ja sosiaalisen paineen vaikutuksesta. Nuoret sitoutuivat olemaan tupakoimatta viisi kuukautta. Tulosten mukaan ohjelmaryhmän nuorista tupakoinnin aloitti 9,6 % ja vertailuryhmän 14,2 %. Vuoden seurannassa tulos ei ollut enää tilastollisesti merkitsevä (11). **Wiborg ym.** Smoke-Free Class -kilpailussa nuoret olivat noin 13 -vuotiaita (n=2142), tupakoinnista tiedotettiin nuorille ja opettajille vain tiedotteiden avulla. Nuoret sitoutuivat olemaan tupakoimatta kuusi kuukautta. Tulosten mukaan vuoden seurannassa ohjelmaryhmän nuorista 17 % ja vertailuryhmän 21,3 % oli aloittanut tupakoinnin. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (12). **Vartiainen ym.** Smoke-Free Class -kilpailu suunnattiin 14 -vuotiaille nuorille, kilpailussa nuoret sitoutuivat olemaan tupakoimatta kuusi kuukautta (n=1419). Nuoret saivat tietoa tupakoinnista opettajilta oppitunneilla. Tulosten mukaan vuoden seurannassa kilpailuun osallistuneista nuorista päivittäin tupakoi 7,2 % ja kilpailuun osallistumattomista 14,4 % (13, 14). **Schulze ym.** Smoke-Free Class – kilpailussa oppilaat olivat 11–15 vuoden ikäisiä. Ohjelmassa 68 koulua jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmiin. Ohjelmaryhmän kouluissa opettajat opettivat muiden oppituntien yhteydessä tupakoinnin terveystieteiden, tupakoinnin lopettamisesta, sosiaalisen paineen kohtaamisesta sekä tupakkateollisuuden vaikutuksesta tupakointiin. Opettajat osallistuivat erilliseen koulutukseen ja saivat ohjekirjan oppitunteja varten. Tulosten mukaan 18 kuukauden seurannassa tällä ohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten tupakoinnin aloittamiseen tai lopettamiseen (33).

Svoen ym. ehkäisyohjelma (n=551) sai ideansa Smoke-Free Class – kilpailusta. 13–15 -vuotiaat nuoret jaettiin ei-satunnaisesti ohjelma- ja vertailuryhmään. Nuoret osallistuivat 32 oppitunnille, joilla keskusteltiin tupakoinnin haitoista lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Oppitunnit pitivät opettajat ja terveydenhuollon ammattilaiset. Ohjelmaan kuului myös kilpailu, jossa nuoret sitoutuivat olemaan tupakoimatta loppu kouluvuoden. Palkintona arvottiin CD – soitin. Vertailuryhmä sai normaalin kouluopetuksen. Yhdeksännellä luokalla ohjelmaryhmään kuuluvat nuoret tupakoivat päivittäin vähemmän (2,9 %) kuin vertailuryhmän nuoret (7,9 %). Ohjelmalla oli parempi vaikutus tyttöihin kuin poikiin. Tulos oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevä sekä tytöillä että pojilla (34).

Yhteenveto

Tupakoimattomuuskilpailuun kannustavilla ohjelmilla on pystytty vähentämään nuorten tupakointia. Tupakoimattomuuskilpailuissa nuorilla on aktiivinen rooli passiivisen roolin sijaan. Kilpailun ajaksi tupakoimattomuuteen sitoutuminen voi toimia hyvänä kannustimena tupakoimattomuuden edistämiseksi. Näillä kilpailuilla on kuitenkin pystytty vaikuttamaan nuorten tupakointiin vain lyhyellä aikavälillä. Pitkän aikavälin myönteiset vaikutukset tupakoinnin väheneemiseen ovat toistaiseksi jääneet saavuttamatta.

4.3.3 Sosiaalisen kyvykkyyden ja sosiaalisten paineiden hallintaohjelmat

Sosiaalisen kyvykkyyden malleissa perusajatukseksi on, että nuori oppii haluttua käyttäytymistä mallien ja jäljittelemisen avulla. Sosiaalisten paineiden hallintaohjelmissa tavoitteena on lisätä nuorten tietoisuutta tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta ja harjoitella tupakoinnista kieltäytymisen taitoja. Näitä kahta teoreettista mallia on yhdistelty useissa ehkäisyohjelmissa.

Scheier ym. ehkäisyohjelma pohjautui Life Skills Training (LST) ohjelmaan (n=2030). 12-vuotiaat nuoret jaettiin satunnaisesti ohjelma- ja vertailuryhmään. Ohjelmaryhmän nuoret osallistuivat kolmen vuoden ajan päihteiden ja tupakoinnin ehkäisyohjelmaan, jossa 15 oppitunnin ajan nuoret opettelivat sosiaalisia taitoja mm. päihteistä ja tupakoinnista kieltäytymisen taitoja sekä päätöksen tekoa. He saivat oppitunneilla tietoa päihteistä ja niiden vaikutuksista sekä tupakoinnin mainonnasta. Kahtena seuraavana vuonna nuoret osallistuivat yhteensä vielä 15 oppitunnille, joilla käytettiin samoja oppimismenetelmiä kuin ensimmäisenä vuonna. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan ohjelmaryhmän tupakointi oli vertailuryhmää vähäisempää. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä. Tutkimuksessa havaittiin myös selvä yhteys tupakoinnin ja alkoholin sekä huumeiden käytön välillä (35).

Edvardson ym. ehkäisyohjelmassa (n=2015) 12-vuotiaat nuoret osallistuivat kahdelle oppitunnille, joilla keskusteltiin tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta ja rohkeudesta kohdata se. Ohjelmaan osallistui yhteensä 80 koulua. Oppitunteja ohjasivat hankkeen vetäjät. Ohjelmaan kuului harjoittelua ja roolileikkejä. Vertailuryhmä osallistui normaaliin kouluopetukseen. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Kahden vuoden seurannassa ohjelmaryhmän nuorista

8.4 % ja vertailuryhmän 12.7 % tupakoi. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä kun verrataan yksittäisiä oppilaita, ei kuitenkaan kouluja vertailtaessa (36).

Scholz ym. ehkäisyohjelma suunnattiin yläasteikäisille nuorille (n=1956). Luokat jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään. Ohjelmaan kuului yhteensä kahdeksan oppituntia, joissa nuoret saivat tietoa sydämen, verenkierron ja keuhkojen toiminnasta sekä tupakoinnin taustoista, tupakoinnista ja sen seuraamuksista. Lisäksi tunneilla järjestettiin roolileikkejä konflikti tilanteista tupakoitsijoiden ja ei-tupakoitsijoiden välillä. Tunneilla harjoiteltiin tupakoinnista kieltäytymisen taitoja ja puhuttiin tupakan mainonnasta. Ohjelmassa nuoret saivat osallistua tietokilpailuun, jossa heillä oli mahdollisuus voittaa erilaisia palkintoja. Vertailuryhmä osallistui normaaliin kouluopetukseen. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan tupakoinnin aloittaminen oli vähäisempää ohjelmaryhmässä (pojat 13 %, tytöt 21,4 %) verrattuna vertailuryhmään (pojat 22,4 %, tytöt 28,4 %). Tulos oli tilastollisesti merkitsevä sekä tyttöjen että poikien kohdalla yläasteilla, joista nuoret siirtyvät lukioon. Yläasteilla, joista nuoret siirtyvät ammattikouluun tulos oli tilastollisesti merkitsevä vain pojilla (ohjelma 14,9 %, vertailu 25,2 %) (9, 37).

Cameron ym. nuoret jaettiin satunnaisesti ohjelma- ja vertailuryhmään (n=4971). Nuoret olivat 12-vuotiaita. Ohjelmaryhmän nuoret osallistuivat kolmen vuoden ajan 15 oppitunneille, joilla nuorille kerrottiin opettajien ja terveydenhoitajien toimesta tupakoinnista ja sen vaaroista, ikätovereiden ja aikuisten vaikutuksesta tupakointiin sekä harjoiteltiin tupakoinnista kieltäytymisen taitoja. Vertailuryhmä sai normaalin opintosuunnitelmaan kuuluvan terveystieteen opetuksen. Tupakointi mitattiin itseraportoituna ja häikäpitoisuuden mittaamisella hengityksestä. Tulosten mukaan ohjelmalla näytti erityisesti olevan vaikutusta korkean riskin kouluissa. Ohjelman jälkeen korkean riskin kouluissa ohjelmaan osallistuneista nuorista tupakoi 16 % ja vertailuryhmän nuorista 26,9 %. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (9, 38).

Eckhardt ym. ohjelma alkoi, kun siihen osallistuneet nuoret olivat 12-vuotiaita kestäen kolme vuotta. Ehkäisyohjelmaa jatkettiin vielä vuoden, kun nuoret olivat 16-vuotiaita (n=1545). Ehkäisyohjelma pohjautui Students Helping Others Understand Tobacco (S.H.O.U.T) – ohjelmaan. Siinä nuoret jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai

vertailuryhmään. Ohjelmaryhmiä oli kolme. Ensimmäisessä ryhmässä nuoret osallistuivat koko ehkäisyohjelmaan, toisessa ryhmässä vain kolmen ensimmäisen vuoden ohjelmaan ja kolmannessa ryhmässä vain viimeisen vuoden ohjelmaan. Vertailuryhmä osallistui ainoastaan normaaliin terveysopetukseen. Ohjelma sisälsi kahden ensimmäisen vuoden aikana yhteensä 18 oppituntia, joiden aikana nuorille opetettiin tupakoinnista kieltäytymisen taitoja, median vaikutusta tupakointiin ja annettiin tietoa tupakoinnin riippuvuudesta ja vieroituksesta. Oppitunteja vetivät yliopisto-opiskelijat, jotka saivat siihen koulutuksen. Kolmantena vuotena nuorille postitettiin kotiin viisi lehteä, joissa oli tietoa tupakoinnista ja siitä vieroituksesta. Nuorille myös soitettiin neljä kertaa, jolloin heillä oli mahdollisuus keskustella tupakointiin liittyvistä asioista ohjelmaan koulutettujen yliopisto-opiskelijoiden kanssa. Viimeisenä vuotena nuorille lähetettiin kotiin kaksi lehteä, joissa käsiteltiin: tupakkayhtiöiden tapoja houkutellessa nuoria tupakointiin, tupakkalakia ja – säädöksiä, vieroitusta ja ympäristötupakointia. Lisäksi nuorille soitettiin vielä kerran. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna ja käyttäen tekohäkämittaria, jota oppilaat luulivat aidoksi. Tulosten mukaan tällä tupakoinnin ehkäisyohjelmalla pystyttiin vaikuttamaan nuorten tupakointiin. Ohjelmaryhmän nuorista, jotka osallistuivat koko ohjelmaan tupakoi 7 % ja niistä nuorista, jotka osallistuivat vain kolmen ensimmäisen vuoden ohjelmaan tupakoi 10,8 %. Vertailuryhmässä nuorista tupakoi 12,6 %. Ohjelmaryhmien erot vertailuryhmään verrattuna olivat tilastollisesti merkitseviä (39).

Shope ym. ehkäisyohjelmaan osallistui yhteensä kuusi koulua (n=442). Nuoret jaettiin kahteen eri ryhmään, satunnaistaminen ei onnistunut kaikilla alueilla. Nuoret olivat 10–13 -vuotiaita. Ohjelmaryhmän koululaisille annettiin tietoa tupakoinnista, alkoholista ja huumeista. Ohjelma kesti neljä vuotta ja nuoret osallistuivat yhteensä 30 oppitunnille. Nuorille kerrottiin päihteisiin ja tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta, päihteiden ja tupakoinnin vaikutuksista ja he opettelivat niistä kieltäytymisen taitoja. Vertailuryhmä osallistui normaaliin kouluopetukseen. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan ohjelmaryhmään kuuluneiden nuorten tupakointi oli vähäisempää. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (40).

Hort ym. ehkäisyohjelmassa yläasteikäiset nuoret osallistuivat 15 oppitunneille (n= 878), joilla käsiteltiin keuhkojen ja sydämen toimintaa,

tupakointiin liittyviä sairauksia, tupakoinnin mainontaa, harjoitettiin tupakoinnista kieltäytymisen taitoja rooli leikkien avulla sekä ohjelma sisälsi tupakanvastaisten mainosten teon kilpailun. Ohjelmaan rekrytoitiin myös savuttomia huippu-urheilijoita, jotka kertoivat nuorille mm. harjoittelustaan. Vertailuryhmä sai itse valita terveysaiheen, josta halusivat lisätietoa, eniten nuoret halusivat tietoa alkoholista. Tupakoitseville nuorille järjestettiin vielä oma vieroitusohjelma (n=35), nuoret osallistuivat yhteensä 11 oppitunnille, joiden aikana kaikki poltetut savukkeet kirjattiin ylös ja nuorille kerrottiin tarinoita, jotta he voisivat rentoutua ilman tupakkaa. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan ohjelmaryhmään kuuluvien nuorten tupakointi oli vähäisempää (pojat 9,4 %, tytöt 21,0 %) kuin vertailuryhmän (pojat 20,5 %, tytöt 44,3 %). Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (9, 41).

Botvin ym. ehkäisyohjelmaan osallistui 56 koulua, jotka jaettiin satunnaisesti kahteen ohjelma- ja yhteen vertailuryhmään (n=3597). Ohjelman alkaessa nuoret olivat n. 12 -vuotiaita. Ohjelman tarkoitus oli vähentää nuorten tupakoinnin, alkoholin ja marihuanan käyttöä. Ensimmäisessä ohjelmaryhmässä nuoret osallistuivat 15 oppitunnille, joilla heille annettiin tietoja päihteistä sekä opetettiin taitoja ja kykyjä vastustaa sosiaalista painetta päihteiden käyttöön ja yleisiä elämänhallinnan taitoja. Oppimismenetelmänä käytettiin mm. esittämistä, harjoittelua ja palautteen antamista. Toisen ohjelmaryhmän nuoret osallistuivat samoille oppitunneille kuin ensimmäinen ohjelmaryhmä, mutta sen lisäksi he osallistuivat seuraavana kahtena vuotena 15 oppitunnille, joilla kerrattiin ensimmäisenä vuotena läpi käytyjä asioita. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna ja mittaamalla hengityksen häikäpitoisuus. Tulosten mukaan kuuden vuoden seurannassa tällä ohjelmalla pystyttiin vaikuttamaan nuorten tupakointiin. Viikoittainen ja kerran kuukaudessa tapahtuva tupakointi oli vähäisempää molemmissa ohjelmaryhmissä vertailuryhmään verrattuna. Toisen ohjelmaryhmän nuorten keskuudessa yhden askin päivässä tupakoivien osuus oli vähäisempi verrattuna vertailuryhmään. Tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä (42).

Hanewinkel ym. ehkäisyohjelman nuoret jaettiin ohjelma- tai vertailuryhmään. Ohjelman tarkoituksena oli kasvattaa nuorten sosiaalista kyvykkyyttä ja selviytymistaitoja. Ohjelma toteutettiin 54 eri koulussa Itävallan, Tanskan, Luxemburgin ja Saksan yläasteilla (n= 1858).

Nuoret olivat keski-ikänsä noin 11 -vuotiaita. Ohjelmaryhmä osallistui oppitunneille, joilla harjoiteltiin mm. tupakoinnista kieltäytymisen taitoja, ongelmatilanteista selviytymistä, päätöksentekoa ja stressin hallintaa yhteensä 21 tunnin ajan. Vertailuryhmä sai normaalin kouluopetuksen. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan tällä ohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten tupakointiin (43).

Higgins ym. ehkäisyohjelmassa 17 koulua valittiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmäksi. Ehkäisyohjelma suunnattiin 11–12 -vuotiaille nuorille (n=162). Ohjelma pohjautui Theory of Planned Behaviour menetelmään. Kaikki nuoret osallistuivat kahdelle oppitunnille, joilla he saivat tietoa tupakoinnista. Ohjelmaryhmän nuoret osallistuivat myös tupakoinnin kieltäytymistaitoja harjoittelevaan osioon. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan ohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten tupakointiin (44).

Dent ym. ehkäisyohjelma oli suunnattu 14–17 -vuotiaille nuorille 26 eri koulussa (n=679). Koulut satunnaistettiin ohjelma- tai vertailuryhmiksi. Ehkäisyohjelma oli osa Project Towards No Drug Abuse (TND) -malliin ja sen tavoitteena oli vähentää tupakointia, alkoholin ja huumeiden käyttöä. Ohjelmaryhmän nuoret osallistuivat kolmen viikon ajan yhdeksälle oppitunnille. Oppitunneilla ensimmäisellä viikolla opetettiin kommunikaation ja kuuntelemisen taitoja, toisella viikolla päihteiden vaikutuksista ja riippuvuudesta sekä eri selviytymiskeinoista, kolmannella viikolla opetettiin lisävalmiuksia päihteettömään käyttäytymiseen. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan vuoden seurannassa tällä ohjelmalla pystyttiin vaikuttamaan nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön, mutta ei tupakointiin (45).

Aveyard ym. ehkäisyohjelma perustui perustuen Prochaskan ja Diclementen Transtheoretical (TNT) -malliin (n=8352). Ohjelmassa 26 koulua jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään. Nuoret olivat 13–14 -vuotiaita. Ohjelmaryhmään kuuluvat nuoret osallistuivat vuoden aikana kuudelle oppitunnille, joista puolet pidettiin tietokonealuokassa. Oppitunneilla annettiin tietoa tupakoinnin hyvistä ja huonoista puolista, tupakoinnin terveysvaikutuksista sekä tupakoinnin lopettamisesta. Tietokoneohjelman avulla nuorilla oli mahdollisuus saada palautetta, joka oli suunniteltu jokaisen nuoren yksilöllisten tarpeiden mukaan. Vertailuryhmä sai normaaliin kouluopetukseen liittyvän terveysopetuksen.

Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tällä ohjelmalla ei ollut vaikutusta ohjelmaryhmän tupakointiin tai tupakoinnin lopettamiseen vertailuryhmään verrattuna (46, 47).

Peterson ym. ehkäisyohjelma perustui Hutchinson Smoking Prevention – ohjelmaan, joka aloitettiin oppilaiden ollessa 8 -vuotiaita ja sitä jatkettiin aina 18 -vuotiaaksi asti (n=8388). Ohjelmassa 40 koulua jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään. Ohjelmaryhmä osallistui kaiken kaikkiaan 65 oppitunnille. Ohjelmaryhmään kuuluville koululaisille annettiin opettajien toimesta tietoa tupakoinnista ja sen vaikutuksista, nuorille opetettiin sosiaalisen vaikutuksen merkityksestä tupakointiin, harjoiteltiin tupakoinnista kieltäytymisen taitoja ja yritettiin motivoida oppilaita savuttomana pysymiseen. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Lisäksi satunnaisesti valituilla nuorilla mitattiin kotiniinipitoisuus sylkinäytteestä. Tulosten mukaan tällä ohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten tupakointiin (48-50).

Lynam ym. ehkäisyohjelma pohjautui Drug Abuse Resistance Education (DARE) – nimiseen hankkeeseen. Ohjelmalla pyrittiin ehkäisemään oppilaiden tupakointia, alkoholin ja marihuanan käyttöä. Ohjelmaan osallistui noin 11 -vuotiaita oppilaita (n=1002). Koulut satunnaistettiin kahteen eri ryhmään. Ensimmäisen ryhmän oppilaat osallistuivat Project DARE – ohjelmaan ja toisen ryhmän oppilaat tavanomaiseen päihteiden käytön ehkäisemiseksi suunniteltuun ohjelmaan. DARE – ohjelmassa 23 koulun oppilaat osallistuivat poliisien pitämille oppitunneille. 17 viikon ajan yksi tunti viikossa heille annettiin tietoa päihteistä, opetettiin päätöksentekotaitoja ja miten valita terveellisempi elämäntapa päihteiden käytön sijaan. Oppilaille opetettiin myös taitoja tunnistaa päihteisiin liittyvä sosiaalinen paine sekä kykyjä vastustaa sitä. Tavanomaiseen päihteiden ehkäisyohjelmaan osallistui kahdeksan koulua. Tämä ohjelma sisälsi erilaisia menetelmiä. Useimmissa kouluissa oppilaille opetettiin päihteiden käytön haittavaikutuksista, päihteiden käyttöön liittyvästä sosiaalisesta paineesta keskustelujen ja videoiden avulla 2-4 viikon aikana. Päihteiden käyttö todennettiin itseraportoituna. Tulosten mukaan kymmenen vuoden seurannassa tällä ohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten tupakointiin tai muuhun päihteiden käyttöön (51).

Clayton ym. ehkäisyohjelmassa käytettiin samaa Drug Abuse Resistance Education (DARE) – ohjelmaa, jossa oli kolme eri osa-aluetta; al-

koholi, tupakka ja marihuana (n=2071). Ohjelmaan osallistui 11-vuotiaita oppilaita. Lapset satunnaisesti jaettiin ohjelma- tai vertailuryhmään. Ohjelmaryhmään kuuluvat lapset saivat 16 tunnin ajan tietoa huumeista ja tupakasta, median vaikutuksesta ja nuorille kerrottiin ikäryhmästä tulevasta sosiaalisesta paineesta sekä harjoiteltiin kieltäytymisen ja päätöksenteon taitoja. Vertailuryhmä osallistui normaaliin kouluopetukseen liittyvään opetukseen huumeista ja tupakasta. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan ohjelmalla ei ollut vaikutusta nuorten tupakoinnin arvostukseen. Vuoden seurannassa havaittiin kuitenkin ohjelman vaikuttaneen nuorten asenteisiin huumeita kohtaan ja kieltäytymistaitoihin. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (52).

Kohdistetut ehkäisyohjelmat

Kohdistetuissa ehkäisyohjelmissä lähtökohtana on se, että ryhmän tai ryhmien yksilölliset tarpeet, esim. kulttuurilliset seikat otetaan huomioon ja näin ollen pystytään räätälöimään ehkäisyohjelma kohderyhmälle.

Johnson ym. monikulttuurinen koulupohjainen tupakoinnin ehkäisyohjelma kohdistettiin erityisesti Etelä-Kaliforniassa asuville latinalais- ja aasialaisamerikkalaisille nuorille (n=3175). Ohjelma kesti kaksi vuotta ja nuoret olivat sen alkaessa n. 11-vuotiaita. Ohjelmassa oli mukana 24 koulua. Kriteereiksi kouluille asetettiin se, että vähintään 25 % koulun oppilaista on latinalaista alkuperää ja/tai 25 % aasialaista alkuperää. Kriteerit täyttäneet koulut jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään. Ensimmäisen ryhmän oppilaat osallistuiivat monikulttuuriseen tupakoinnin ehkäisyohjelmaan Project FLAVOR, joka sisälsi kahdeksan oppituntia. Niiden aikana oppilaille opetettiin tupakoinnin fyysisistä ja sosiaalisista vaikutuksista, tupakointiin liittyvistä sosiaalisista normeista sekä kehitettiin oppilaiden tupakoinnista kieltäytymisen ja yleisiä sosiaalisia taitoja. Monikulttuurisessa ohjelmassa otettiin huomioon latinalais- ja aasialaisamerikkalaisten nuorten kulttuureista lähtöisin olevia asenteita ja tilanteita. Toinen ryhmä osallistui myös kahdeksan oppituntia kestäväseen tupakoinnin ehkäisyohjelmaan Project SMART, joka sisällöllisesti oli muuten samankaltainen kuin monikulttuurinen ohjelma, mutta oppilaiden kulttuuritaustoja ei otettu ohjelmassa mitenkään huomioon. Kolmas ryhmä toimi vertailuryhmänä ja he osallistuiivat normaaliin terveysopetukseen. Parhaaseen tulokseen päästiin monikulttuurisen ehkäisyoh-

jelman saaneiden nuorten ryhmässä. Kahden vuoden seurannassa tupakoinnin aloittaminen oli tilastollisesti merkitsevästi alhaisempaa vertailuryhmään verrattuna. Toisen ryhmän ja vertailuryhmän välillä ei ollut eroja (53).

Griffin ym. ehkäisyohjelma perustui Life Skills Training (LST) – ohjelmaan (n=758). Nuoret olivat korkean riskin oppilaita iältään 12–13 -vuotiaita. Korkean riskin oppilaiksi tässä tutkimuksessa luettiin ne nuoret, joiden koulumenestyksensä oli huono, heidän ystävät tupakoivat tai käyttivät alkoholia. Ohjelmassa 29 koulua jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailukouluun. Ohjelma sisälsi komponentteja huumeiden, alkoholin ja tupakoinnin ehkäisemiseksi. Ohjelmaryhmän nuoret saivat tietoa päihteistä mm. tupakoinnista ja he harjoittelivat päihteistä kieltäytymistaitoja. Tavoitteena oli lisätä nuorten elämänhallintaa ja sosiaalisia taitoja. Ohjelma tapahtui kahtena peräkkäisenä vuotena. Ensimmäisenä vuotena ohjelmaryhmän oppilaat osallistuiivat 15 oppitunnille ja toisena ohjelmavuotena 10 oppitunnille. Vertailuryhmä sai normaaliin kouluopetukseen liittyvän tiedon päihteistä ja tupakoinnista. Tupakointi todennettiin itseraportoituna ja mitaamalla hengityksen häkäpitoisuus. Tulosten mukaan ohjelmalla pystyttiin vaikuttamaan nuorten tupakointiin. Ohjelmaryhmän tupakointi oli vähäisempää vertailuryhmän tupakointiin verrattuna. Yhden vuoden seurannassa tulos oli vielä tilastollisesti merkitsevä (54, 55).

Botvin ym. tytöille suunnatussa päihteiden ja tupakoinnin ehkäisyohjelmassa (n=2209) 29 koulua jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään. Ohjelmaryhmä osallistui 15 oppitunnille, jotka pohjautuivat Life Skills Training (LST) – ohjelmaan. Siinä nuoret saivat tietoa päihteisiin ja tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta ja heille opetettiin sosiaalisia taitoja mm. kieltäytymistaitoja päihteistä ja tupakoinnista. Vertailuryhmä osallistui viidelle oppitunnille, joilla annettiin tietoa päihteistä ja tupakoinnista. Seuraavana vuonna ohjelmaryhmään kuuluneet nuoret osallistuiivat vielä 10 oppitunnelle ja vertailuryhmä kolmelle. Nuoret olivat 12- ja 13 -vuotiaita. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna ja hengitysilman häkämittauksilla. Tulosten mukaan ohjelmaryhmän tupakointi oli vähäisempää vertailuryhmän tupakointiin verrattuna. Ohjelmaryhmän tytöistä vähintään kerran kuukaudessa tupakoi 8,8 % ja vertailuryhmän tytöistä 12,3 %. Vuoden seurannassa tulos oli tilastollisesti merkitsevä (56).

Toisessa **Botvin ym.** ehkäisyohjelmassa 47 kou-

lua jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään. Nuoret olivat 12 -vuotiaita latinalais-amerikkalaisia (n=3153). Ohjelma sisälsi 15 oppitunnin ajan mm. tietoa tupakoinnin vaikutuksista ja riippuvuudesta. Lisäksi oppitunneilla harjoiteltiin taitoja kieltäytyä tupakoinnista ja tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta selviytymisestä sekä sitä miten eri ongelmatilanteissa voi pärjätä ilman tupakointia. Vertailuryhmä sai normaalin kouluopetuksen. Tupakointi mitattiin itseraportoituna ja hengitysilman häkämittauksilla. Tulosten mukaan neljän kuukauden seurannassa ohjelmaryhmän nuoret tupakoivat tilastollisesti vähemmän vertailuryhmän nuoriin verrattuna (57).

Ehkäisyohjelmat, joissa käytettiin apuna ikätoverijohtajia

Osassa tupakoinnin ehkäisyohjelmissa on käytetty apuna ikätoverijohtajia oppituntien ja pienryhmien vetämisessä. Ikätoverijohtajina ovat toimineet samanikäiset tai hieman vanhemmat nuoret, jotka on valittu tehtävänsä joko opettajien tai nuorten toimesta.

Koumi ym. ehkäisyohjelmassa ikätoverijohtajat auttoivat opettajia ryhmäkeskusteluissa (n=657). Nuoret olivat 13 -vuotiaita. Kaksi vierekkäin sijaitsevaa koulua toimi ohjelmaryhmänä ja yksi kauempana sijaitseva koulu vertailuryhmänä. Oppitunteja oli yhteensä 24 ja ne pidettiin kolmen kuukauden aikana. Oppitunneilla nuorille puhuttiin tupakointiin liittyvistä asenteista ja harjoiteltiin sosiaalisia taitoja. Ikätoverijohtajat käsikirjoittivat, ohjasivat ja videokuvasivat eri tupakointiin liittyviä tilanteita, joihin nuoret voivat joutua. Nämä videot näytettiin nuorille ja tilanteista keskusteltiin sekä niitä arvioitiin oppitunneilla. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan kolmen kuukauden seurannassa ohjelmaryhmän nuorista tupakoi 5 % ja vertailuryhmän 20,3 %. Ohjelmaryhmän tieto tupakoinnin riippuvuudesta oli parempaa ja asenteet tupakointia kohtaan olivat myös negatiivisempia vertailuryhmään verrattuna. Tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä (58).

Dijkstra ym. 13–vuotiaille nuorille suunnattu ehkäisyohjelma sisälsi viisi oppituntia kahtena peräkkäisenä vuotena (n=4060). Ohjelmaan osallistui 52 eri koulua, jotka jaettiin satunnaisesti kolmeen ryhmään. Ensimmäisessä ryhmässä nuorille annettiin tietoa tupakoinnista ja sen lopettamisesta sekä tupakointiin liittyvistä sosiaalisista paineista. Oppitunneilla harjoiteltiin

myös kieltäytymisen taitoja. Nuoret valitsivat luokastaan ei-tupakoivista oppilaista ikätoverijohtajia, jotka toimivat puheenjohtajina pienryhmissä. Tämän lisäksi toisen ryhmän nuoret saivat kolme heille suunnattua lehteä, joissa mm. nuorten suosimat idolit kertoivat omista tupakointiin liittyvistä näkemyksistään. Kolmas ryhmä toimi vertailuryhmänä. Tupakointi todennettiin itseraportoituna. Tulosten mukaan parhaaseen tulokseen päästiin ohjelmaryhmässä, jossa oli käytetty kouluohjelman lisäksi apuna myös lehteä. Puolentoista vuoden seurannassa ensimmäisen ryhmän nuorista tupakoi 13,9 %, toisen ryhmän 9,7 % ja vertailuryhmän 14,9 %. Toisen ryhmän ja vertailuryhmän välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä (59).

Noland ym. ehkäisyohjelmaan kuului 19 koulua, jotka valittiin satunnaisesti kahteen eri ryhmään (n=3588). Nuoret asuivat alueilla, joilla kasvatetaan tupakkapensaita. Ohjelmaryhmään kuuluvat 12 -vuotiaat nuoret saivat kuuden oppitunnin ajan tietoa tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta ja mainonnasta. Nuoret harjoittelivat myös tupakasta kieltäytymistaitoja. Vuoden kulluttua nuoret osallistuivat vielä kolmelle oppitunnille, joilla kertailltiin jo läpikäytyjä asioita. Ohjelmassa käytettiin apuna myös ikätoverijohtajia. Vertailuryhmä osallistui normaaleille terveysopetuksen tunneille. Tupakointi todennettiin itseraportoituna ja hengitysilman häkämittauksilla. Tulosten mukaan ohjelmalla oli vaikutusta erityisesti niihin nuoriin, jotka olivat tekemisissä tupakan kasvatuksen kanssa. Kahden vuoden seurannassa heistä ohjelmaryhmässä päivittäin tupakoi 25,7 % ja vertailuryhmässä 36,9 %. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (60).

De Vries ym. yläasteikäisille suunnatussa ehkäisyohjelmassa (n=1529) keskityttiin viiden oppitunnin ajan tupakoinnin lyhytaikaisiin vaikutuksiin ja ikätovereilta, aikuisilta sekä mainonnasta tulevaan sosiaaliseen paineeseen. Hankkeeseen valittiin 14 eri koulua, joista ohjelmaryhmään kuului kolme ammattikouluihin valmistavaa koulua ja viisi lukioon valmistavaa koulua. Vertailuryhmään kuului kolme kumpaakin. Ohjelmaryhmän nuoret muodostivat itsenäisesti omat ryhmänsä ja valitsivat joukostaan ikätoverijohtajat. Ikätoverijohtajat osallistuivat opetukseen opettajiensa avustuksella. Nuoret esittivät ja näyttelivät eri tilanteita, joihin nuoret voivat joutua. Tupakointi mitattiin hengitysilman häkämittauksella ja itseraportoituna. Tulosten mukaan ne nuoret, jotka olivat oppilaina yläasteilla joilta siirrytään ammattikouluihin, säännöllinen tupa-

kointi oli vähäisempää ohjelmaryhmässä (23,5 %), kuin vertailuryhmässä (30 %). Lukioon valmistavalla yläasteella ohjelmaryhmän nuorten tupakointi kokeilut olivat vähäisempää (41,6 %), kuin vertailuryhmässä (52,1 %). Tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä (61).

Shean ym. ehkäisyohjelma suunnattiin 12 -vuotiaille koululaisille (n=877). Ohjelmassa koulut jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmiksi. Ohjelmaryhmän nuoret osallistuivat viidelle oppitunnille, joilla he saivat tietoa tupakoinnin vaikutuksista ja tupakoimattomuuden eduista sekä tupakoinnin mainonnasta. Oppitunneilla opeteltiin myös kieltäytymisen taitoja mm. harjoittelemalla niitä. Oppitunteja oli kahdenlaisia. Ensimmäisessä ryhmässä oppitunnit vetivät opettajat ja toisessa ryhmässä ikätoverijohtajat, jotka oli valittu luokasta käsin. Toisessa ryhmässä opettajat olivat oppitunneilla ikätoverijohtajien apuna. Sekä opettajat että ikätoverijohtajat saivat koulutuksen tehtävänsä. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan seitsemän vuoden seurannassa niillä tytöillä, jotka eivät olleet tupakoineet ennen ohjelman alkua lainkaan, molemmissa ohjelmaryhmässä tupakointi oli vähäisempää vertailuryhmään verrattuna. Poikien tupakointi oli vähäisempää ohjelmaryhmässä vertailuryhmään verrattuna vuoden seurannassa, mutta ei enää seitsemän vuoden seurannassa. Tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä (62).

Valente ym. ehkäisyohjelmassa vertailtiin eri tavalla valittujen ikäryhmäjohtajien vaikutusta ohjelman vaikuttavuuteen (n=1961). Ohjelmassa 16 koulua valittiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään. Ikätoverijohtajan valitsivat, joko nuoret itse tai opettajat. Nuoret olivat 11–12 -vuotiaita. Kahdeksalla oppitunnilla ikäryhmäjohtajat vetivät erilaisia keskusteluja, näytelmiä ja pelejä tupakointiin liittyen. Tarkoituksena oli oppia taitoja kieltäytyä tupakasta ja kehittää elämän hallintaa. Vertailuryhmä sai normaaliin kouluohjelmaan liittyvän terveystieteen. Parhaiten ohjelma toteutui ryhmässä, jossa nuoret saivat itse valita ikäryhmäjohtajansa ja heidän valitsemansa johtaja toimi heidän ryhmän vetäjänä ohjelman ajan. Tässä ryhmässä raportoitiin vähiten aikomusta tupakoida muihin ryhmiin verrattuna. Samoin tässä ryhmässä asenteet tupakointia kohtaan olivat kaikista kielteisimmät. Tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä (63).

Webster ym. ehkäisyohjelmassa (n=326) hankkeeseen rekrytoitiin seitsemän koulua. Toinen ryhmä toimi ohjelmaryhmänä ja toinen vertailu-

ryhmänä. Hanke suunnattiin 12 -vuotiaille nuorille. Oppitunteja oli 10–16 koulusta riippuen. Ohjelmassa pienryhmien vetäjinä toimivat ikätoverijohtajat. Oppitunneilla nuoret harjoittelivat sosiaalisia taitoja mm. päätöksentekoa ja kommunikaatiota. Ohjelmassa käytettiin apuna erilaisia leikkejä, harjoittelutauluja ja keskusteluja. Roolileikkien avulla nuoret käsitelivät alkoholiin ja tupakointiin liittyvää sosiaalista painetta ja sen kohtaamista. Vertailuryhmä ei osallistunut oppitunneille. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan tällä ohjelmalla ei ollut vaikutusta nuorten tupakkatietoon, tupakointiin liittyviin asenteisiin tai tupakoinnin käyttöön (64).

Ellickson ym. ehkäisyohjelmassa nuoret olivat 12–14 -vuotiaita. 30 koulua jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään (n=4000). Ohjelmakouluja oli 20. Ohjelmaryhmässä nuoret osallistuivat 11 oppitunnille kahden vuoden aikana. Ehkäisyohjelmalla pyrittiin vähentämään tupakointia, alkoholin ja huumeiden käyttöä. Oppitunneilla opeteltiin kieltäytymistaitoja ja kykyjä tunnistaa ja selviytyä tilanteista, joissa sosiaalinen paine voi edesauttaa päihteiden käyttöä. Ensimmäisenä vuotena ohjelman ulkopuoliset nuoret auttoivat opettajia oppituntien pidossa. Nuoret saivat tähän koulutuksen. Vertailukouluista neljällä oppitunneilla annettiin yleistä tietoa päihteistä ja opeteltiin ongelmatilanteista selviytymisen taitoja. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan kuuden vuoden seurannassa tällä ohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten tupakointiin tai muuhun päihteiden käyttöön (65).

Doi ym. ehkäisyohjelmassa koulut jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään (n=146). Ohjelmaryhmässä vanhemmat oppilaat toimivat ohjelman vetäjinä. Ohjelma suunnattiin 12 -vuotiaille ja se sisälsi viisi oppituntia, joilla keskusteltiin tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta ja harjoiteltiin tupakoinnista kieltäytymisen taitoja. Vertailuryhmä ei osallistunut oppitunneille. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Ohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten tupakointiin, mutta sillä pystyttiin vaikuttamaan ohjelmaryhmän tietoon tupakoinnista ja siihen, että nuorten taidot kieltäytyä tupakasta olivat paremmat vertailuryhmään verrattuna (66).

Yhteenveto

Nuorten tupakoinnin ehkäisyohjelmilla, joissa käytettiin sosiaalisen kyvykkyyden ja sosiaa-

listen paineiden hallintaohjelmia pystyttiin vaikuttamaan nuorten tupakointiin. Ohjelmia löytyi yhteensä 28 ja 17 ehkäisyohjelmassa ohjelmaryhmän tupakointi oli vähäisempää vertailuryhmän tupakointiin verrattuna (35-42, 53, 54, 56-58, 60-62, 67). Ehkäisyohjelmista, jotka oltiin kohdistettu tietyille tai tietyille ryhmille ainoastaan yhtä ohjelmaa lukuun ottamatta (57), ohjelmaryhmien tupakointi oli vähäisempää vertailuryhmien tupakointiin nähden (53-56).

Ikätoverijohtajien apuna käyttäminen näyttäisi olevan myös myönteinen asia nuorten tupakoinnin vähentämistoimissa. Yhdeksässä ehkäisyohjelmassa ikätoverijohtajat toimivat ohjelmissa apuna ja näistä viidessä ohjelmassa nuorten tupakointia pystyttiin vähentämään vertailuryhmään verrattuna (58-62). Erityisesti ehkäisyohjelmilla, joissa nuoret saivat itse valita ikätoverijohtajansa, näyttäisi saavutettavan hyviä tuloksia aikaan (59, 61, 62).

Kolmessa ehkäisyohjelmassa käytettiin ns. lisätehostusta (booster) apuna. Lisätehostus annettiin kouluohjelmien jälkeen ja niiden tarkoituksena oli muistuttaa nuoria kouluohjelmassa läpi käydyistä asioista. Kaikilla tähän ryhmään sijoituvilla ehkäisyohjelmilla, joissa käytettiin lisätehostusta apuna pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia vertailuryhmään verrattuna (39, 42, 60).

4.3.4 Monimalliohjelmat

Monimalliohjelmiin liittyy koulupohjaisen ehkäisyohjelman lisäksi myös koululuokkien ulkopuolista toimintaa, kuten vaikuttamista vanhempiin, koko kouluun tai yhteisöön. Niillä voidaan pyrkiä vaikuttamaan myös tupakointiin liittyviin sääntöihin tai normeihin

De Vries ym. Kuudessa Euroopan Unionin maassa toteutettiin kolmevuotinen tupakoinnin ehkäisy-hanke nimeltään European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA). Ohjelma perustuu Intergrated Change Model – malliin. Suomen lisäksi hankkeeseen osallistuivat Alankomaat, Espanja, Iso-Britannia, Portugali ja Tanska (n=9202). Koulut jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään. Suomessa hanke toteutettiin Helsingin 27 yläasteella. Hanke toteutettiin vuosien 1998–2001 välillä. Ohjelma sisälsi koulu- ja yhteisöpohjaiset osiot. Hankkeeseen kuuluvien oppituntien määrä vaihteli maittain. Suomessa oppilaat osallistuivat yhteensä 14 oppitunnille kolmen vuoden aikana, alkaen oppilaiden aloittaessa seitsemännen luokkansa. Op-

pitunneilla oppilaille annettiin tietoa siitä, miten tupakoinnista voi kieltäytyä, tupakoinnin seurauksista ja tupakoinnin syistä sekä harjoiteltiin tupakoinnista kieltäytymisen taitoja. Tupakoinnista annettiin tietoa myös muiden oppiaineiden yhteydessä. Oppilaiden vanhemmat saivat tietoa hankkeesta. Koulun ulkopuolella hanke näkyi mm. erilaisina tupakoimattomuusjulisteina, joita asetettiin julkisille paikoille, missä nuoret viettävät aikaansa. Suomessa ehkäisyohjelmaan lisättiin rippileiritoiminta ja nuorilla oli mahdollisuus osallistua tupakoimattomuuskilpailuun. Myös tupakoivia vanhempia ja koulun henkilökuntaa kannustettiin ottaman osaa Lopeta ja voita -kilpailuun. Viimeisenä vuonna ehkäisyohjelmaan osallistui Helsingin kouluhammashuolto. Tavanomaisten hammastarkastusten yhteydessä hammaslääkärit antoivat tarvittaessa oppilaille tietoa tupakoinnin vaaroista suun terveyteen. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna. Ehkäisyohjelman yleisvaikutus kaikki maat huomioiden oli myönteinen. Tulosten mukaan ohjelma vaikutti niihin nuoriin, jotka ennen lähtötason mittauksia tupakoivat vähemmän kuin kerran viikossa. 30 -kuukauden seurannassa heistä viikoittain tupakoi ohjelmaryhmässä 21.9 % ja vertailuryhmässä 23.4 %. Ero oli tilastollisesti merkitsevä (68).

Meshack ym. ehkäisyohjelmaan osallistui 11 koulua ja siihen kuului kolme eri osa-aluetta. Alueet jaettiin eri ryhmiin pilottitutkimuksen perusteella. Ensimmäisen ryhmän 11–12 -vuotiaat nuoret osallistuivat kouluissaan 11 oppitunnille, jotka pohjautuivat Towards No Tobacco Use (TNT) – opintosuunnitelmaan (n=3618). Siinä tarkoituksena oli kannustaa nuoria aktiivisen tekemisen kautta tupakoimattomuuteen mm. harjoittelemalla tupakoinnista kieltäytymisen taitoja roolileikkien avulla. Kouluohjelmaan kuului myös kahdesti kuukaudessa ilmestyvä lehti, jossa käsiteltiin mm. tupakkamainontaa ja tupakoinnin vastaisia toimia. Ohjelman toiseen osioon kuului yhteisöosio, jossa pyrittiin vaikuttamaan mm. tupakkalainsäädäntöön. Ohjelman kolmanteen osioon kuului mediaohjelma, joka sisälsi tupakanvastaista mainontaa television, radion, julisteiden ja lehtien välityksellä. Mainonnassa käytettiin apuna ankka – hahmoa, jonka olivat luoneet 13–16 -vuotiaat nuoret. Mainonnan tehokkuus vaihteli eri alueilla. Ohjelmassa oli yhteensä kahdeksan erilaista ohjelmakomponenttia riippuen alueen mediaohjelman tehokkuudesta, osallistuivatko ko. alueen nuoret kouluohjelmaan ja siitä tehtiinkö ko. alueella yhteisöohjelmaa vai ei. Tupakointi ilmoitettiin

itseraportoituna. Tulosten mukaan parhaiten pystyttiin vähentämään tupakointia ja vaikuttamaan tupakoinnin aloittamiseen nuorten keskuudessa, jotka asuivat alueilla, joissa mediaohjelma oli tehokkain, jotka osallistuivat kouluohjelmaan ja johon sisältyi myös yhteisöohjelma. Näiden nuorten tupakointi väheni 10,9 %. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (69).

Ausemus ym. tekivät ehkäisyohjelmansa 11- 12 -vuotiaille peruskoululaisille (n=3349). Ohjelmassa nuoret valittiin satunnaisesti neljään eri ryhmään. Ensimmäisen ryhmän nuoret osallistuivat kouluohjelmaan, jossa seitsemän oppitunnin aikana pyrittiin lisäämään nuorten tupakointitietoisuutta mm. keskustelemalla tupakoinnin lyhyen aikavälin fyysisistä ja sosiaalisista vaikutuksista. Oppitunneilla harjoiteltiin myös tupakoinnista kieltäytymisen taitoja ja keskusteltiin tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta. Toisen ryhmän nuoret osallistuivat kouluohjelman lisäksi koulun ulkopuoliseen ohjelmaan, johon kuului kolmen tiedotteen lähettäminen nuorten koteihin. Tiedotteiden sanomat perustuivat kysymyksiin, joihin nuoret olivat vastanneet tietokoneohjelmaa apuna käyttäen. Näin tiedotteilla voitiin huomioida nuorten yksilölliset tarpeet. Kolmannen ryhmän nuoret osallistuivat vain koulun ulkopuoliseen ohjelmaan. Neljäs ryhmä toimi vertailuryhmänä ja he osallistuivat vain normaaliin kouluopetukseen liittyvään opetuksen. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan ohjelma vaikutti parhaiten nuoriin, jotka osallistuivat vain koulun ulkopuoliseen ohjelmaan. Koulun ulkopuoliseen ohjelmaan osallistuneista nuorista tupakoinnin aloitti 10,4 % ja vertailuryhmän nuorista 18,1 %. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Vain kouluohjelmassa olleista nuorista 14,9 % aloitti tupakoinnin ja koulu sekä koulun ulkopuolisessa ohjelmassa olleista nuorista 15,2 %. (70).

Reddy ym. ehkäisyohjelmassa käytettiin Health-Related Information and Dissemination Among Youth (HRIDAY) – ohjelmaa (n=4776), jossa 12 -vuotiaat nuoret satunnaisesti jaettiin kolmeen eri ryhmään. Ensimmäisen ryhmän nuoret osallistuivat koulupohjaiseen osioon, jossa ohjelmaryhmän nuorille annettiin tietoa terveyteen liittyvistä asioista mm. julisteiden ja lehtien avulla. 20 oppitunnilla nuorille kerrottiin tupakoinnin ja alkoholin käytön vaikutuksista ja niihin liittyvistä sosiaalisesta paineista. Nuoret harjoittelivat kieltäytymistaitoja ja osallistuivat yhteislauluun, jolla pyrittiin vaikuttamaan siihen, että tupakoinnin mainostaminen kielletäisiin alueella.

Laulu esitettiin Intian pääministerin edustajille. Toisen ryhmän nuoret osallistuivat kouluohjelmaan ja sen lisäksi myös nuorten vanhemmat saivat tiedotteita, joissa käsiteltiin mm. tupakoinnin käyttöön liittyviä asioita. Kolmas ryhmä toimi vertailuryhmänä ja he osallistuivat ainoastaan normaaliin kouluopetukseen. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Ohjelmalla pystyttiin vaikuttamaan siihen, että molempiin ohjelmaryhmiin kuuluvat nuoret tupakoivat tai halusivat tupakoida vähemmän vertailuryhmään verrattuna. Erityisesti ohjelma vaikutti niihin nuoriin, joiden vanhemmille lähetettiin tiedotteita kouluohjelman lisäksi. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (71).

Cuijpers ym. 12–15 -vuotiaalle suunnattu ehkäisyohjelma perustui Attitudes, Social influence and self-Efficacy – malliin (ASE) ja siinä pyrittiin vaikuttamaan nuorten päihteiden ja tupakan käyttöön (n=1930). Ohjelma kesti kolme vuotta ja sisälsi yhteensä yhdeksän oppituntia, joilla pyrittiin vaikuttamaan nuorten asenteisiin, sosiaaliseen paineeseen päihteitä kohtaan ja vakuuttamaan nuoret siitä, että heillä on kykyjä toimia halutulla tavalla eri tilanteissa. Ohjelma sisälsi kieltäytymistaitojen harjoittelua ja siinä pyrittiin vahvistamaan taitoja tehdä oikeanlaisia valintoja päihteiden suhteen. Ohjelma sisälsi myös vanhempien osion. Vanhemmat ottivat osaa vanhempainiltoihin, joilla puhuttiin päihteistä ja heille lähetettiin asiaan kuuluvia lehtiä. Vertailuryhmä sai normaaliin kouluopetukseen liittyvän opetuksen. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Vuoden seurannassa ohjelmaryhmän tupakointi ja alkoholin käyttö oli vähäisempää vertailuryhmään verrattuna. Kahden vuoden seurannassa vain alkoholin käyttö oli vähäisempää ohjelmaryhmässä. Tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä (72).

Josendal ym. ehkäisyohjelmaan kuului neljä eri ryhmää, jotka koostuivat yläluokkien nuorista (n=4441). Koulut jaettiin ryhmiin satunnaisesti. Ensimmäinen ryhmä toimi vertailuryhmänä, joka ei saanut normaalista opintosuunnitelmasta poikkeavaa opetusta. Toisen ryhmän nuoret osallistuivat kahdeksalle oppitunnille, joilla aiheina olivat; vapaus valita, vapaus riippuvuudesta ja oman päätöksen tekeminen sekä heille annettiin tietoa tupakoinnin lyhyen aikavälin vaikutuksista. Oppitunneilla harjoiteltiin taitoja kieltäytyä tupakoinnista sosiaalisesta paineesta huolimatta. Nuorten vanhemmille annettiin tietoa siitä kuinka tukea nuorta tupakoimattomuuteen ja sekä vanhemmilla että nuorilla oli mahdollisuus

sitoutua olemaan tupakoimatta. Opettajat osallistuivat kahden päivän mittaiseen koulutukseen. Kolmannen ryhmän ohjelma oli identtinen toisen ryhmän ohjelma, mutta opettajat eivät osallistuneet koulutuspäiville. Neljännessä ryhmässä ohjelma oli identtinen toisen ryhmän ohjelman kanssa, mutta nuorten vanhemmat eivät osallistuneet ohjelmaan. Tupakointi mitattiin itseraportoituna ja hengityksen häkämittauksella. Parhaaseen tulokseen päästiin ryhmässä, jossa oppituntien lisäksi myös vanhemmat olivat ottaneet osaa ohjelmaan ja opettajat osallistuivat koulutuspäiville. Tässä ryhmässä nuorten viikoittainen tupakointi väheni 8,3 % ja vertailuryhmän 1,9 %. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (73).

Schofield ym. ehkäisyohjelmassa 24 koulua valittiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään (n=1852). Kaksi vuotta kestäneessä ehkäisyohjelmassa käytettiin Health Promoting Schools –ohjelmaa. Nuoret olivat yläluokkalaisia. Ohjelman tarkoituksena oli antaa nuorille tietoa tupakasta, ikätovereidensa ja roolimallien vaikutuksesta tupakointiin. Ohjelmassa pyrittiin vaikuttamaan kouluympäristöön, vanhempien savuttomuuteen mm. lähettämällä heille tiedotteita ja nuoriin opettamalla heille tupakoinnin terveysvaikutuksista. Kouluja kannustettiin ottamaan osaa myös muuhun tupakanvastaiseen toimintaan, kuten julistekilpailuun, jolla mainostettiin maailman tupakoimattomuuspäivää. Vertailuryhmäkoulut eivät saaneet mitään ylimääräisiä voimavaroja tupakoinnin vähentämiseen. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Ohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten tupakointikäyttäytymiseen. Sillä pystyttiin kuitenkin lisäämään ohjelmaryhmään kuuluneiden nuorten tupakkatietoa (74).

Elder ym. perhe- ja koulupohjaisessa ehkäisyohjelmassa 24 koulua jaettiin satunnaisesti vertailu- tai kahteen eri ohjelmaryhmään (n=6527). Ohjelmaryhmän lapset osallistuivat joko koulupohjaiseen ohjelmaan tai yhdistettyyn perhe- ja koulupohjaiseen ohjelmaan. Kouluohjelmassa kymmenenvuotiaat oppilaat osallistuivat opettajien vetämille viidelle oppitunnille, joilla oppilaat saivat tietoa mm. tupakointiin liittyvistä terveysvaaroista ja tupakoinnin kustannuksista, terveellisestä ruokavaliosta sekä liikunnan merkityksestä. Tunneilla käytiin läpi erilaisia tupakointiin liittyviä tilanteita, joihin nuoret voivat joutua. Ohjelmakoulut sitoutuivat olemaan täysin savuttomia. Perheohjelman lapset osallistuivat samoille oppitunneille, kuin kouluohjelman lapset, mutta neljän tunnin ajan lasten vanhemmat osallistuivat myös niille. Lapset keskusteli-

vat vanhempien kanssa tupakoinnista ja siitä mitä oppitunneilla oli käsitelty. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna. Kolmen vuoden seurannassa ohjelmalla ei ollut vaikutusta nuorten tupakoinnin aloittamiseen eri ryhmien välillä. Osavaltioiden välillä oli kuitenkin suuria eroja tupakkalainsäädännössä, mitä tiukempi lainsäädäntö alueella oli, sitä enemmän oli havaittavissa tupakoimattomia kouluja (75).

Flay ym. ehkäisyohjelmassa tavoitteena oli vaikuttaa 12 -vuotiaiden nuorten tupakointiin television ja koulun kautta (n=7351). Hankkeeseen osallistui 350 eri koululuokkaa 47 eri koulusta, jotka jaettiin satunnaisesti kouluohjelmaan tai kahteen vertailuryhmään. Kouluohjelman nuoret osallistuivat kymmenelle oppitunnille, joilla keskusteltiin tupakoinnista ja siihen liittyvistä sosiaalisesta paineesta ja tupakoinnin lopettamisesta. Nuoret harjoittelivat oppitunneilla myös tupakoinnista kieltäytymisen taitoja. Vertailuryhmiä oli kaksi. Toisen ryhmän nuoret saivat tietoa terveyteen liittyvistä asioista ja toisen ryhmän nuoret eivät osallistuneet ylimääräisille oppitunneille. Tämän lisäksi nuoret saivat televisio-ohjelmien välityksellä tietoa tupakoinnista ja siihen liittyvistä asioista. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan ohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten tupakointikäyttäytymiseen. Ohjelmalla pystyttiin kuitenkin lisäämään nuorten tietoa tupakoinnista (76).

Kohdistetut ehkäisyohjelmat

Kohdistetuissa ehkäisyohjelmissä lähtökohtana on se, että ryhmän tai ryhmien yksilölliset tarpeet, esim. kulttuurilliset seikat otetaan huomioon ja näin ollen pystytään räätälöimään ehkäisyohjelma kohderyhmälle.

Ausems ym. kohdistivat tupakoinnin ehkäisyohjelmansa yläasteikäisille nuorille (n=1338), jotka yläasteen jälkeen siirtyivät ammattikouluhin. Ohjelmassa 19 koulua jaettiin satunnaisesti koulu- tai koulun ulkopuoliseen tai näiden kahden yhdistettyyn ohjelmaan tai vertailuryhmään. Kouluohjelmassa nuoret osallistuivat kolmelle oppitunnille, joilla käsiteltiin tupakointia ja sen vaikutuksia, tupakointiin liittyvää sosiaalista painetta ja harjoiteltiin tupakoinnista kieltäytymisen taitoja. Koulun ulkopuoliseen ohjelmaan kuului kolmen tiedotteen lähettäminen nuorten koteihin. Nämä tiedotteiden sanoma perustui lähtötasonmittauksiin, joihin nuoret olivat osallistuneet ennen ohjelman alkua. Tämä mittaus tapahtui tietokoneita apuna käyttäen. Nuoret

vastasivat erilaisiin kysymyksiin, joiden pohjalta heille laadittiin yksilöllisiä tiedotteita. Yhdistetty ohjelma sisälsi molemmat ohjelmat. Vertailuryhmä osallistui normaaliin kouluopetukseen. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna. Puolentoista vuoden seurannassa tupakoinnin aloittaminen oli vähäisintä koulun ulkopuolisen ohjelman käyneillä nuorilla vertailuryhmään verrattuna. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (77).

Kaufman ym. ohjelmaan osallistui kolme koulua, jotka jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään (n=275). Ohjelma sijoittui afro-amerikkalaiseen yhteisöön. Ohjelmaan kuului koulupohjainen ja mediassa tapahtuva ohjelma. Ohjelmaryhmä osallistui molempiin ohjelmiin ja vertailuryhmä vain mediaohjelmaan. Koulupohjaiseen ohjelmaan kuului videoesityksiä ja roolileikkejä, joissa harjoiteltiin tupakasta kieltäytymisen taitoja sekä kotitehtäviä, joihin myös vanhemmat ottivat osaa. Media osuudessa paikalliseen lehteen kirjoitettiin tupakoinnin terveysturvasta ja tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta. Media ohjelmaan kuului myös radio-ohjelma, johon vanhemmilla oli mahdollisuus soittaa ja keskustella lastensa tupakoinnista sekä rap – kilpailu, jolla pyrittiin ehkäisemään tupakoinnin aloittamista. Nuorilla oli mahdollisuus osallistua julisteiden tekokilpailuun. Julisteissa viestitettiin tupakoimattomuusteemoja ja niitä asetettiin julkisille paikoille. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Ohjelmalla pystyttiin vähentämään molempien ryhmien tupakointia. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä vielä puolen vuoden seurannassa. Ryhmien välillä ei kuitenkaan havaittu eroja (78).

Elder ym. ehkäisyohjelmassa 22 koulua jaettiin ohjelma- tai vertailuryhmään (n=389). Nuoret olivat 11–15 -vuotiaita korkean riskin oppilaita. Korkean riskin oppilaita luokiteltiin ne, jotka olivat aikaisemmin tupakoineet, joiden koulumenestys oli huono, heidän vanhempansa tai ystävänsä tupakoi. Ohjelmaryhmään kuuluvat nuoret osallistuivat Students Helping Others Understant Tobacco (SHOUT) – ohjelmaan. Ohjelmaryhmään kuuluvat nuoret osallistuivat kolmen vuoden ajan 15 oppitunnille, joilla harjoiteltiin videoiden avulla tupakoinnista kieltäytymisen taitoja, päätöksen tekoa ja sosiaalisen paineen vastustamista. Viimeisenä vuonna nuorille lähetettiin kotiin tupakoinnista tiedottavia lehtiä ja soitettiin muutamia kertoja. Yliopistopopiskelijat, jotka koulutettiin tehtävään toimivat ohjelman vetäjinä. Tupakointi mitattiin itsera-

portoituna ja mittaamalla kotiniinipitoisuus sylkinäytteistä. Tulosten mukaan ohjelmaryhmän tupakointi oli vähäisempää (16,3 %) vertailuryhmään verrattuna (23,8%). Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (79).

Toinen **Elder ym.** kahdeksan viikkoa kestävä ehkäisyohjelma suunnattiin maahanmuuttajanuorille (n=657). Hankkeessa 22 koulua jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmään. Ohjelma käsitteli tupakointia ja alkoholinkäyttöä. Nuoret osallistuivat 16 oppitunnille. Kolmesta niistä heidän vanhempansa olivat mukana. Ohjelmassa videoiden ja roolileikkien avulla annettiin tietoa tupakasta ja alkoholista sekä harjoiteltiin taitoja selviytyä ongelmallisista tilanteista. Ohjelman tarkoituksena oli myös parantaa nuoren ja vanhemman välistä kommunikaatiota ja auttaa vanhempia tukemaan lapsiaan päiheteettömyyteen. Nuoret ja heidän vanhempansa tekivät kotitehtäviä yhdessä. Lisäksi osallistujien koteihin lähetettiin uutislehti, jossa käsiteltiin tupakointiin ja alkoholin käyttöön liittyviä asioita. Ohjelman jälkeen osallistujille soitettiin kuukauden ja 14 kuukauden kuluttua. Vertailuryhmän nuoret osallistuivat oppitunneille, joissa opeteltiin ensiaputaitoja ja kodin turvallisuutta. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tällä ohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten tupakointiin (81).

Schinke ym. koulu- ja yhteisöohjelma suunnattiin Yhdysvaltain reservaatissa asuville intiaaneille. Ehkäisyohjelma sisälsi osiot tupakasta, alkoholista, purutupakasta ja marihuanasta. Ohjelma alkoi lasten ollessa 8 -vuotiaita ja päättyi heidän ollessa 10 -vuotiaita (n=1396). Ohjelmaan osallistui 27 koulua, jotka satunnaisesti jaettiin kolmeen ryhmään: koulu- ja yhteisöpohjaiseen, pelkkään yhteisöpohjaiseen ohjelmaan tai vertailuryhmään. Koulupohjainen ohjelma pohjautui Theoretical Model of Life Skills Training (LST) – ohjelmaan, joka sisälsi 15 oppituntia tietoa tupakoinnista ja muista nautintoaineista. Nuoret harjoittelivat aktiivisten näytelmien avulla taitoja kohdata heidän ympäristöstään tulevaa sosiaalista painetta käyttäen erilaisia nautintoaineita. Yhteisötason ohjelmalla pyrittiin vaikuttamaan nuorten vanhempiin, opettajiin, naapuri reservaatteihin ja nuorten käyttämiin vapaa-ajanviettopaikkoihin. Vaikuttaminen tapahtui mm. mediatiedotteilla, joissa kerrottiin tämänkaltaisen ehkäisyohjelman hyödyistä sekä julisteiden avulla, joita asetettiin terveys- ja sosiaalitoimistoihin, kouluihin ja kirkkoihin. Vertailuryhmä osallistui normaaliin kouluopetukseen.

Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan tällä ohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten savukkeiden polttoon, mutta sillä pystyttiin vaikuttamaan nuuskan ja purutupakan käyttöön. Ohjelmaryhmä käytti nuuskaa ja purutupakkaa tilastollisesti merkitsevästi vähemmän kuin vertailuryhmää (80).

Ehkäisyohjelmat, joissa käytettiin apuna ikätoverijohtajia

Osassa tupakoinnin ehkäisyohjelmissa on käytetty apuna ikätoverijohtajia oppituntien ja pienryhmien vetämisessä. Ikätoverijohtajina ovat toimineet samanikäiset tai hieman vanhemmat nuoret, jotka ovat valittu tehtävänsä joko opettajien tai nuorten toimesta.

Brown ym. ehkäisyohjelma keskittyi koulun ulkopuoliseen vapaa-aikaan (n=3028). Tarkoituksena oli saada koko koulu aktiivisesti liikkeelle ja sitoutumaan tupakoimattomuuteen. Tällä tavalla pyrittiin luomaan tupakoimattomuudesta koulun sisäinen normi. Hankkeeseen osallistui 30 koulua ja ne jaettiin satunnaisesti ohjelmat tai vertailuryhmään. Ohjelmaryhmään kuuluvat nuoret osallistuivat erilaisiin aktiviteetteihin, joiden tarkoituksena oli ehkäistä tupakointia ja edesauttaa tupakoinnin lopettamista. Jokaisella koululla oli oma ohjelmansa. Ohjelmaan osallistuneet nuoret olivat 13–15 -vuotiaita. Ohjelmien vetäjinä toimivat opettajat ja ikäryhmäjohtajat. Ohjelmaa varten tehtiin myös oma lehti. Vertailuryhmä osallistui normaaliin kouluopetukseen. Tupakointi mitattiin itseraportoituna. Kahden vuoden seurannassa ohjelmaryhmään kuuluneiden poikien tupakoinnin aloittaminen oli vähäisempää vertailuryhmään verrattuna. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä. Tyttöjen kohdalla eroa ei voitu havaita (82).

Biglan ym. toteuttivat yhteisö- ja koulupohjaisen ehkäisyohjelman, jossa osa oppilaista osallistui vain koulupohjaiseen ohjelmaan ja osa yhteisö- ja koulupohjaiseen ohjelmaan (n=4343). Eri alueet jaettiin satunnaisesti ohjelmiin. Kouluohjelma sisälsi 35 oppituntin ajan mm. tietoa tupakoinnista ja siihen liittyvästä sosiaalisesta paineesta, ikätoverijohtajien vetämiä kieltäytymistaitojen harjoittelua ja keskustelua. Ohjelmaan osallistuvat nuoret olivat 12–14 -vuotiaita. Yhteisöohjelma sisälsi mm. tupakkaan liittyviä lehtiä ja artikkeleita sekä tupakan vastaisia mainoksia radiossa, urheiluohtelmissa ja urheilukentillä. Ohjelmaan ottivat osaa myös vanhemmat. Tällä pyrittiin parantaa nuorten ja

vanhempien välistä kommunikaatiota. Yhteisöohjelmalla pyrittiin myös vaikuttamaan alueiden tupakkaa myyviin kauppiaisiin, etteivät he myisi tupakkatuotteita alaikäisille. Tupakointi mitattiin itseraportoituna ja mittaamalla hengityksen häikäpitoisuus. Tulosten mukaan yhteisö- ja koulupohjainen ohjelma vähensi nuorten tupakointia pelkkään koulupohjaiseen ohjelmaan verrattuna. Viiden vuoden seurannassa tulos oli tilastollisesti merkitsevä. Ohjelmalla pystyttiin vähentämään myös poikien nuuskan ja purutupakan käyttöä (83).

Vartiainen ym. Pohjois-Karjala – projektiin kuuluvassa nuorten tupakoinnin ehkäisyohjelmassa (n=903) 13 -vuotiaille nuorille kerrottiin ikätovereiden, aikuisten ja median välityksellä tapahtuvan sosiaalisen paineen vaikutuksesta tupakointiin. Oppitunneilla puhuttiin tupakoinnin lyhyen ja pitkän aikavälin terveystaikutuksista. Nuoret osallistuivat roolileikkeihin ja harjoittelivat tupakoinnista kieltäytymisen taitoja. Nuoret valitsivat ryhmästään ikätoverijohtajia, jotka toimivat opettajien avustajina osalla oppitunneista. Samanaikaisesti alueella pyrittiin vähentämään aikuisten tupakointia mediakampanjan avulla. Tupakointi mitattiin itseraportoituna ja määrittämällä seerumin tiösytanaatti. Ohjelmaryhmän tupakointi oli vähäisempää vertailuryhmän tupakointiin verrattuna. Vielä kahdeksan vuoden seurannassa tulos oli tilastollisesti merkitsevä, mutta ei enää viidentoista vuoden seurannassa (84-86).

Yhteenveto

Monimalliohjelmissa, joihin liittyy myös koulu- luokkien ulkopuolista toimintaa, kuten vaikuttamista vanhempiin, koko kouluun tai yhteisöön saavutettiin hyviä tuloksia aikaan. Näitä ohjelmia tähän yhteenvetoon löytyi 17 ja näistä 12 ohjelmalla pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia vertailuryhmään verrattuna (68-73, 77-79, 82-86).

Monimalliohjelmissa, jotka oli kohdennettu jollekin tietylle ryhmälle tai ryhmille viidestä ehkäisyohjelmasta kolmella pystyttiin vaikuttamaan ohjelmaryhmän tupakointiin siten, että se oli vähäisempää vertailuryhmään verrattuna (77-79). Yhdellä kohdistetulla ehkäisyohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan tupakointiin, mutta sillä pystyttiin vaikuttamaan nuuskan ja purutupakan käyttöön (80).

Monimalliohjelmassa ikätoverijohtajien apuna käyttäminen näyttää vaikuttavan myös myönteisesti

sesti nuorten tupakoinnin vähentämistoiminnassa. Kaikissa niissä monimalliohjelmissa, joissa oli käytetty apuna ikätoverijohtajaa, pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia (82-86), myös pitkällä aikavälillä mitattaessa (83-86).

4.4 Yhteenveto, päätelmät ja toimenpide-ehdotukset

Tupakoinnin ehkäisyohjelmien tavoitteena on ehkäistä tupakoinnin aloittamista. 1990- ja 2005 vuosien aikana julkaistujen koulupohjaisten tupakoinnin ehkäisyohjelmien perusteella on vaikea sanoa millainen nuorten tupakoinnin ehkäisyohjelma on tehokkain. Ehkäisyohjelmien vertailtavuutta vaikeuttaa se, että ehkäisyohjelmien teoreettiset lähtökohdat ja menetelmät vaihtelevat sekä se, että tulokset ovat raportoitu eri tavalla. Kuitenkin voidaan sanoa, että sellaiset ohjelmat, joissa nuoret voivat itse olla aktiivisesti toteuttamassa ohjelmaa on saavutettu myönteisiä tuloksia aikaan. Ehkäisyohjelmissa nuoret opettelivat haluttua käyttäytymistä mallien ja jäljittelyn kautta, niissä tavoitteena oli lisätä nuorten tietoisuutta tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta ja vahvistaa kykyä vastustaa sitä. Ainoastaan tietoon pohjautuvat tupakoinnin ehkäisyohjelmat eivät ole tehokkaita (9). 90-luvulla ja sen jälkeen julkaistuissa tupakoinnin ehkäisyohjelmissa onkin suosittu enemmän nuorten aktiivista osallistumista pelkän tietoon pohjautuvan toiminnan sijaan.

Tupakoimattomuuskilpailuihin kannustavilla ohjelmilla pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia (11-14, 34). Näissä ohjelmissa nuoria kannustettiin positiivisella tavalla tupakoimattomuuteen. Tähtäimenä oli, että onnistuttuaan pysymään tupakoimattomana, nuoret voivat voittaa erilaisia palkintoja. Kilpailut olivat luokkakilpailuja, jolloin luokan yhteinen ja jokaisen nuoren henkilökohtainen sitoutuminen tupakoimattomuuteen kilpailun ajaksi toimi hyvänä kannustimena tupakoimattomuuden edistämisessä. Lähes kaikissa tupakoimattomuuskilpailuissa tupakoinnista ja siihen liittyvistä asioista puhuttiin myös oppitunneilla. Näissä ehkäisyohjelmissa nuorilla oli aktiivinen osallistujan rooli passiivisen tietoa vastaanottajan sijaan. Kuitenkin myönteiset pitkän aikavälin tulokset ovat vielä saavuttamatta (33).

Tähän yhteenvetoon löytyi eniten ehkäisyohjelmia, joissa käytettiin sosiaalisen kyvykkyyden ja sosiaalisten paineiden hallintaohjelmia. Näissä ehkäisyohjelmissa perusajatuksena on se, että

nuori oppii haluttua käyttäytymistä mallien ja jäljittelyn avulla sekä oppii vastustamaan sosiaalista painetta harjoittelemalla erilaisia taitoja. Osalla näillä ehkäisyohjelmilla pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia. Noin 60 % ehkäisyohjelmista tupakointi oli vähäisempää ohjelmaryhmässä vertailuryhmään verrattuna (35-42, 53, 54, 56-58, 60-62, 67).

Monimalliohjelmien avulla on myös pystytty vähentämään nuorten tupakointia. Monimalliohjelmissa, joihin liittyy koululuokkien ulkopuolista toimintaa, kuten vaikuttamista vanhempiin, koko kouluun tai yhteisöön noin 70 % ohjelmista pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia (68-73). Monimalliohjelmissa nuoret osallistuivat myös oppitunneille, joilla nuoret mm. opettelivat tupakoinnista kieltäytymisen taitoja mallien ja jäljittelyn avulla. Tavoitteena oli myös lisätä nuorten tietoisuutta tupakointiin liittyvästä sosiaalisesta paineesta ja vahvistaa kykyä vastustaa sitä. Useissa monimalliohjelmissa nuorten vanhemmilla oli selkeä rooli ja ohjelmalla pyrittiin vaikuttamaan koko kouluun sekä koulun ympäristöön. Osassa ohjelmissa tavoitteena oli myös vaikuttaa lainsäädäntöön. Useissa ohjelmissa vertailuryhmät osallistuivat osittain ohjelmaan, joten lähtökohdiltaan vertailuryhmän nuoret olivat hieman erilaisia kuin muiden ohjelmien vertailuryhmien nuoret.

Tupakoinnin ehkäisyohjelmilla, jotka kohdistettiin tietyille tai tietyille ryhmille saavutettiin myös myönteisiä tuloksia. Kohdistetuista ehkäisyohjelmista seitsemässä pystyttiin vaikuttamaan nuorten tupakointia vähentävästi (53-56, 77-79). Yhdellä ehkäisyohjelmalla ei saavutettu myönteisiä tuloksia tupakoinnin suhteen, mutta sillä pystyttiin vähentämään nuuskan sekä purutupakan käyttöä (80). Ainoastaan kahdella tiettyyn ryhmään kohdistetulla ehkäisyohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan nuorten tupakointiin tai muiden tupakkatuotteiden käyttöön (57, 81). Kohdistetuilla ehkäisyohjelmilla voitiin paremmin huomioida ko. ryhmän yksilölliset tarpeet ja kulttuuriset seikat, sekä näin ollen pystyttiin paremmin räätälöimään ehkäisyohjelma kohde-ryhmälle. Ikätoverijohtajien apuna käyttäminen näyttäisi olevan myös myönteinen asia. Yli puolessa sosiaalisen kyvykkyyden ja sosiaalisten paineiden hallinnan malleissa ja kaikissa monimalliohjelmissa, joissa käytettiin apuna ikätoverijohtajaa, nuorten tupakointi oli vähäisempää ohjelmaryhmässä vertailuryhmään verrattuna (58-62, 82-86). Erityisesti ehkäisyohjelmilla, joissa raportoitiin nuorten itse valinneen ikä-

toverijohtajansa, näyttäisi saavutettavan hyviä tuloksia (59, 61, 62, 84-86). Ikätoverijohtajien osuutta ohjelman vaikuttavuuteen on kuitenkin vaikea tutkia (18).

Kahdeksassa ehkäisyohjelmassa käytettiin ns. lisätehostusta (booster) apuna (39, 42, 60, 69, 70, 77, 79, 81). Lisätehostus annettiin kouluohjelmien jälkeen ja niiden tarkoituksena oli muistuttaa nuoria kouluohjelmassa läpi käydyistä asioista. Tässä katsauksessa yhtä ohjelmaa lukuun ottamatta (81) ehkäisyohjelmilla, joissa käytettiin lisätehostusta, pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia. Tupakoinnin ehkäisyohjelmilla, jotka sisällytetään laajempaan päihdeohjelmaan, voidaan myös saavuttaa hyviä tuloksia. Tähän katsaukseen löytyi 14 tupakoinnin ehkäisyohjelmaa, jotka olivat osa laajempaa päihdeiden ehkäisyohjelmaa. Näillä ehkäisyohjelmilla pyrittiin vaikuttamaan nuorten tupakoinnin lisäksi myös muiden päihdeiden, kuten alkoholiin ja marihuunaan käyttöön. Puolella päihdeiden ehkäisyohjelmalla pystyttiin vaikuttamaan nuorten tupakointiin siten, että tupakointi oli vähäisempää ohjelmaryhmässä vertailuryhmään verrattuna (35, 40, 42, 54-56, 71, 72).

Kouluohjelmiin liittyvillä oppituntien määrällä ei näyttäisi olevan suurtakaan vaikutusta ohjelmien vaikuttavuuteen. Kuitenkin oppitunnit ovat tärkeä osa tupakoinnin ehkäisyohjelmaa, koska ohjelmissa, joissa oppitunneilla harjoiteltiin erilaisia sosiaalisia taitoja mm. tupakoinnista kieltäytymisen taitoja, pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia.

Eri ohjelmista löytyy vain vähän myönteisiä pitkän aikavälin tuloksia. Tämän yhteenvedon perusteella voidaan löytää kuusi ehkäisyohjelmaa, joissa on raportoitu pitkän aikavälin tuloksia tupakointiin (33, 42, 51, 62, 83-86). Neljän ehkäisyohjelman avulla pystyttiin vähentämään nuorten tupakointia pitkällä aikavälillä (42, 62, 83-86). Kahdessa näistä ehkäisyohjelmasta käytettiin apuna ikätoverijohtajia (83-86).

Useat ehkäisyohjelmat ovat siis vähentäneet nuorten tupakointia vain lyhyellä aikavälillä. Ohjelmilla on pääasiassa pystytty viivästyttämään nuorten tupakointia, mutta pysyvämmät vaikutukset ovat jääneet vielä pääosin saavuttamatta. Siksi tarvitaan ehkäisyohjelmia, jotka kestävät aikuisuuteen asti. Hyvän tuloksen aikaan saamiseksi tarvitaan pitkäkestoisia toimia, joissa voidaan tarjota välineitä eri tason toimijoille. Tupakoimattomuuden edistämiseen tulee luoda pysyviä rakenteita, joiden tehtävänä on

hyvien käytäntöjen kokoaminen, välittämien, kehittäminen ja arviointi. Tupakoinnin ehkäisy tulisi olla monivuotisesti osa koulun opintosuunnitelmaa. Näin voidaan paremmin turvata se, että nuori pysyy tupakoimattomana pidempään ja tupakoinnin aloittamisen riski vähenee, koska ne nuoret, jotka eivät ole aloittaneet tupakointia 20 ikävuoteen mennessä, harvoin sitä tekevät enää sen jälkeenkään (87).

Tupakoinnin ehkäisytoiminnassa olevia toimivia käytäntöjä ja verkostoja tulisi hyödyntää. Yhteistyöhön sisältyy mm. tietojen vaihtoa koordinoidusti päällekkäisyyksien välttämiseksi. Tämän katsauksen perusteella voidaan sanoa, että tupakoinnin ehkäisy onnistui hyvin ohjelmissa, joissa oli käytetty apuna ikätoverijohtajia. Täten kouluissa olisi hyödyllistä motivoida tukioppilastoimintaa rakentamaan tupakoimatonta ilmiä. Tupakointi kytkeytyy muiden päihdeiden käyttöön ja varhaisella puuttumisella on keskeinen merkitys. Yhteistyö vanhempien ja koulun välillä on tärkeää ja sitä tulee vahvistaa. Nuoris- ja harrastejärjestöjen edellytyksiä ja taitoja nuorten tupakoimattomuuden edistämiseen tulisi tukea sekä lisätä heidän mahdollisuuksia tehdä yhteistyötä eri toimijoiden kanssa nuorten tupakoimattomuuden edistämiseksi.

Tupakoinnin ehkäisyohjelmat tulisi kohdistaa eri kohderyhmien tarpeisiin. Tämän katsauksen perusteella voimme sanoa, että kohdistetut ehkäisyohjelmat toimivat hyvin. Suomessa erityisenä ongelmana on se, että ne nuoret, jotka menestyvät huonosti koulussa, aloittavat tupakoinnin huomattavasti useammin paremmin koulussa menestyviin nuoriin verrattuna (88). Tulevaisuudessa tupakoinnin ehkäisyohjelmien tulisivat kohdistua mm. huonosti koulussa menestyvien nuorten tupakoinnin vähentämiseen.

4.5 Lähteet

1. Rimpelä A, Rainio S, Pere L, Lintonen T, Rimpelä M. Tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:23.
2. Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. Smoking from adolescence to adulthood: The effects of parental and own socioeconomic status. *European Journal of Public Health*. 2004;14(4):417-21.
3. Farkas AJ, Distefan JM, Choi WS, Gilpin EA, Pierce JP. Does parental smoking cessation discourage adolescent smoking? *Preventive Medicine: An International Jour-*

- nal Devoted to Practice & Theory. 1999 1999/3;28(3):213-8.
4. Tyas SL, Pederson LL. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tob Control*. 1998 1998/0;7(4):409-20.
 5. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; Julkaisuja 2001:4.
 6. Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive Medicine*. 2003;37:451-74.
 7. Botvin G, Epstein J, Botvin E. Adolescent cigarette smoking: prevalence, causes, and intervention approaches. *Adolescent Medicine*. 1998;9(2):299-313.
 8. Preventing the uptake of smoking in young people. *Effective Health Care*. 1999 The University of York: NHS Reviews and Dissemination;5(5):1-12.
 9. Thomas R. School-based programmes for preventing smoking (Cochrane Review). *The Cochrane Library*. 2003(4).
 10. Buttross L, Kastner J. A brief review of adolescents and tobacco: what we know and don't know. *American Journal of Medical Science*. 2003;Oct;326(4):235-7.
 11. Crone M, Reijneveld S, Willemsen M, Vab Leerdam F, Spruijt R, Sing R. Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study. *Journal of Epidemiol Community Health*. 2003;57:675-80.
 12. Wiborg G, Hanewinkel R. Effectiveness of the 'Smoke-Free Class Competition' in Delaying the Onset of Smoking in Adolescence. *Preventive Medicine*. 2002;35:241-9.
 13. Vartiainen E, Saukko A, Paavola M. No Smoking Class -kilpailu ja nuorten tupakointi -Yhden vuoden seuranta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*. 1994;31:286-9.
 14. Vartiainen E, Saukko A, Paavola M, Vertio H. 'No Smoking Class' competitions in Finland: their value in delaying the onset of smoking in adolescence. *Health Promotion International*. 1996;11(3):189-92.
 15. Backinger C, Fagan P, Matthews E, Grana R. Adolescent and young tobacco prevention and cessation: current status and future directions. *Tob Control*. 2003;12(Suppl IV):iv46-iv53.
 16. Elder J. Preventing smoking in multiethnic communities. *American Journal of Health Behaviour*. 2001;25(3):200-5.
 17. Wakefield M, Chaloupka F. Effectiveness of comprehensive tobacco control programmes in reducing smoking in the USA. *Tob Control*. 2000;9:177-86.
 18. Mellanby A, Rees J, Tripp J. Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health Education Research*. 2000;15(5):533-45.
 19. Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J, et al. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tob Control*. 2000 2000/3;9(1):47-63.
 20. Sussman S, Lichtman K, Ritt A, Pallonen U. Effects of Thirty-Four Adolescent Tobacco Use Cessation and Prevention Trials on Regular Users of Tobacco Products. *Subst Use Misuse*. 1999;34(11):1469-503.
 21. Pentz M. Effective prevention programs for tobacco use. *Nicotine & Tobacco Research*. 1999;Suppl 2:S99-107.
 22. Spencer L, Pagell F, Hallion ME, Adams TB. Applying the Transtheoretical Model to Tobacco Cessation and Prevention: A Review of Literature. *Am J Health Promot*. 2002;17(1):7-71.
 23. Sussman S. School-based Tobacco Use Prevention and Cessation: Where Are We Going? *Am J Health Behav*. 2001;25(3):191-9.
 24. Hopkins DP, Briss PA, Richard CJ, Husten CG, Carande-Kulis VG, Fielding JE, et al. Reviews of Evidence Regarding Interventions to Reduce Tobacco Use and Exposure to Environmental Tobacco Smoke. *Am J Prev Med*. 2001;20(2S):16-66.
 25. Wiehe SE, Garrison MM, Christakis DA, Ebel BE, Rivara FP. A systematic review of school-based smoking prevention trials with long-term follow-up. *J Adolesc Health*. 2005;36:162-9.
 26. Bandura A. *Social learning theory*. Englewood Cliffs: NJ: Prentice-Hall; 1977.
 27. McGuire W. Inducing resistance to persuasion. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press; 1964.
 28. Evans R. Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*. 1976;5:122-7.
 29. Evans R, Rozelle R, Mittlemark M, Hansen W, Bane A, Havis J. Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate physiological effects and coping

- with peer pressure, media pressure, and parent modeling. *Journal of Applied Social Psychology*. 1978;8:126-35.
30. Chatrou M, Maes S, Dusseldrop E, Seegres G. Effects of the Brabant Smoking Prevention Programme: A replication of the Wisconsin Programme. *Psychology & Health*. 1999;14(1):159-78.
 31. Donato F, Monarca S, Coppini C, Olivetti A, Zanardini A, Tomasoni V, et al. Evaluation of health education program for preventing alcohol and tobacco abuse in a health unit in Lombardi, Italy. *Epidemiologia e Prevenzione*. 1996;Jan-Mar;20(1):24-30.
 32. Howard J, Bindler R, Synoground G, Van Gemert F. A cardiovascular risk reduction program for the classroom. *Journal of School Nursing*. 1996;12(4):4-11.
 33. Schulze A, Mons U, Edler L, Pötschke-Langer M. Lack of sustainable prevention effect of the 'Smoke-Free Class Competition' on German pupils. *Prev Med*. 2005; Article in Press. Available online at www.sciencedirect.com.
 34. Svoen N, Schei E. Adolescent smoking prevention - primary health care in cooperation with local schools. *Scand J Prim Health Care*. 1999;17:54-8.
 35. Scheier L, Botvin G, Griffin K. Preventive Intervention Effects on Developmental Progression in Drug Use: Structural Equation Modeling Analyses Using Longitudinal Data. *Prevention Science*. 2001;2(2):91-112.
 36. Edvardsson I, Håkanson A. Development of schoolchildren's smoking habits: questionnaire studies in intervention and control groups. *Acta Paediatrica*. 2000;89:1257-61.
 37. Scholz M, Kaltenbach M. Promoting non-smoking behavior in 13-year-old students in primary schools and high schools. A prospective, randomized intervention study with 1,956 students. *Gesundheitswesen*. 2000;62(2):78-85.
 38. Cameron R, Brown K, Best J, CL. P, Madill C, Manske S, et al. Effectiveness of a social influences smoking prevention program as a function of provider type, training method, and school risk. *American Journal of Public Health*. 1999;89(12):1827-31.
 39. Eckhardt L, Woodruff S, Elder JP. Relative Effectiveness of Continued, Lapsed, and Delayed Smoking Prevention Intervention in Senior High School Students. *Am J Health Promot*. 1997;11(6):418-21.
 40. Shope J, Copeland L, Marcoux B, Kamp M. Effectiveness of a school-based substance abuse prevention program. *J Drug Educ*. 1996;26(4):323-37.
 41. Hort W, Hort H, Willers R. An intervention study against cigarette smoking among Dusseldorf high school students 1992-94. *Z Kardiol*. 1995;84(9):700-11.
 42. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long-term Follow-up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-class Population. *The Journal of the American Medical Association*. 1995;12(14):1106-12.
 43. Hanewinkel R, Ashauer M. Fifteen-month follow-up of a school-based life-skills approach to smoking prevention. *Health Education Research*. 2004;19(2):125-37.
 44. Higgins A, Conner M. Understanding adolescent smoking: the role of the Theory of Planned Behaviour and implementation intentions. *Psychology, Health & Medicine*. 2003;8(2):173-86.
 45. Dent CW, Sussman S, Stacy AW. Project Towards No Drug Abuse: Generalizability to a General High School Sample. *Prev Med*. 2001;32:514-20.
 46. Aveyard P, Sherratt E, Almond J, Lawrence T, Lancashire R, Griffin C, et al. The Change-in-Stage and Updated Smoking Status Results from a Cluster-Randomized Trial of Smoking Prevention and Cessation Using the Transtheoretical Model among British Adolescents. *Preventive Medicine*. 2001;33:313-24.
 47. Aveyard P, Cheng K, Almond J, Sherratt E, Lancashire R, Lawrence T, et al. Cluster randomised controlled trial of expert system based on the transtheoretical ("stages of change") model for smoking prevention and cessation in schools. *British Medical Journal*. 1999;319:938-53.
 48. Peterson A, Mann S, Kealey K, Marek P. Experimental Design and Methods for School-Based Randomized Trial: Experience from Hutchinson Smoking Prevention Project (HSPP). *Controlled Clinical Trials*. 2000;21:144-65.
 49. Mann S, Peterson A, Marek P, Kealey K. The Hutchinson Smoking Prevention Project Trial: Design and Baseline Characteristics. *Preventive Medicine*. 2000;30:485-95.
 50. Peterson A, Kealey K, Mann S, Marek P, Sarason I. Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-Term Randomized Trial in School-Based Tobacco Use Prevention

- Results Smoking. *Journal of the National Cancer Institute*. 2000;92(24):1979-91.
51. Lynam DR, Milich R, Zimmerman R, Novak SP, Logan T, Martin C, et al. Project DARE: No Effects at 10-Year Follow-Up. *J Consult Clin Psychol*. 1999;67(4):590-3.
 52. Clayton R, Cattarello A, Johnstone B. The Effectiveness of Drug Abuse Resistance Education (Project DARE): 5 -Year Follow-Up Results. *Preventive Medicine*. 1996;25:307-18.
 53. Johnson A, Unger JB, Ritt-Olson A, Palmer PH, Cen S, Gallaher P, et al. Smoking prevention for ethnically diverse adolescents: 2-year outcomes of a multicultural, school-based smoking prevention curriculum in Southern California. *Prev Med*. 2005;2005(40):842-52.
 54. Griffin K, Botvin G, Nichols T, Doyle M. Effectiveness of a Universal Drug Abuse Prevention Approach for Youth at High Risk for Substance Use Initiation. *Preventive Medicine*. 2003;36:1-7.
 55. Botvin G, Griffin K, Diaz T, Ifill-Williams M. Drug Abuse Prevention Among Minority Adolescents: Posttest and One-Year Follow-up of a School-Based Preventive Intervention. *Prevention Science*. 2001;2(1):1-13.
 56. Botvin G, Griffin K, Diaz T, Miller N, Ifill-Williams M. Smoking initiation and escalation in early adolescent girls: one-year follow-up of school-based prevention intervention for minority youth. *J Am Med Wom Assoc*. 1999;54(3):139-43.
 57. Botvin G, Dusenbury L, Baker E, James-Ortiz S, Botvin E. Smoking Prevention Among Urban Minority Youth: Assessing Effects on Outcome and Mediating Variables. *Health Psychology*. 1992;11(5):290-9.
 58. Koumi I, Tsiantis J. Smoking trends in adolescence: report on a Greek school-based, peer-led intervention aimed at prevention. *Health Promotion International*. 2001;16(1):65-72.
 59. Dijkstra M, Mesters H, de Vries H, Van Breukelen G, Parcel G. Effectiveness of a social influence approach and booster to smoking prevention. *Health Educ Res*. 1999;14(6):791-802.
 60. Noland M, Kryscio R, Riggs R, Linville L, Ford V, Tucker T. The effectiveness of a tobacco prevention program with adolescent living in a tobacco-producing region. *American Journal of Public Health*. 1998;88(12):1862-5.
 61. de Vries H, Backbier E, Dijkstra M, Van Breukelen G, Parcel G, Kok G. A Dutch social influence smoking prevention approach for vocational school students. *Health Education Research*. 1994;9:365-74.
 62. Shean RE, de Klerk NH, Armstrong BK, Wlaker NR. Seven-year follow-up of a smoking-prevention program for children. *Aust J Public Health*. 1994;18(2):205-8.
 63. Valente T, Hoffman B, Ritt-Olson A, Lichtman K, Johnson A. Effects of a Social-Network Method for Group Assignment Strategies on Peer-Led Tobacco Prevention Programs in Schools. *American Journal of Public Health*. 2003;93(11):1837-43.
 64. Webster R, Hunter M, Keats J. Evaluating the effects of a peer support programme on adolescents' knowledge, attitudes and use of alcohol and tobacco. *Drug and Alcohol Review*. 2002;21:7-16.
 65. Ellickson PL, Bell R, McGuigan KA. Preventing Adolescent Drug Use: Long-Term Results of a Junior High Program. *Am J Public Health*. 1993;83(6):856-61.
 66. Doi S, DiLorenzo T. An Evaluation of a Tobacco Education-Prevention Program: A Pilot Study. *Journal of Substance Abuse*. 1993;5:73-8.
 67. Dijkstra M, Mesters I, de Vries H, van Breukelen GJP, Parcel GS. Effectiveness of a social influence approach and booster to smoking prevention. *Health Educ Res*. 1999;14:791-802.
 68. de Vries H, Dijk F, Wetzels J, Mudde A, Kremers S, Ariza C, et al. The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): effects after 24 and 30 months. *Health Educ Res*. 2005; Advance Access published August 8.:1-17.
 69. Meshack A, Hu S, Pallonen U, McAlister A, Gottlieb N, Huang P. Texas Tobacco Prevention Pilot Initiative: processes and effects. *Health Education Research*. 2004; Advance Access published June 15.
 70. Ausems M, Mesters H, Van Breukelen G, de Vries H. Short-Term Effects of a Randomized Computer-Based Out-of-School Smoking Prevention Trial Aimed at Elementary Schoolchildren. *Prev Med*. 2002;34:581-9.
 71. Reddy S, Arora M, Perry C, Nair B, Kohli A, Lytle L, et al. Tobacco and Alcohol Use Outcomes of a School-based Intervention in New Delhi. *American Journal of Health Behaviour*. 2002;26(3):173-81.
 72. Cuijpers P, Jonkers R, Weerd I, Jong A. The effects of drug abuse prevention at school: the 'Health School and Drugs' project. Ad-

- diction. 2002;97:67-73.
73. Josendal O, Aaro L, Bergh I. Effects of a school-based smoking prevention program among subgroups of adolescents. *Health Education Research*. 1998;13(2):215-24.
 74. Schofield M, Lynagh M, Mishra G. Evaluation of a Health Promoting Schools program to reduce smoking in Australian secondary schools. *Health Education Research*. 2003;18(6):678-92.
 75. Elder J, Perry C, Stone E, Johnson C, Yang M, Edmundson E, et al. Tobacco Use Measurement, Prediction, and Intervention In Elementary Schools in Four States: The CATCH Study. *Preventive Medicine*. 1996;25:486-94.
 76. Flay B, Miller T, Hedeker D, Siddiqui O, Britton C, Brannon B, et al. The Television, School, and Family Smoking Prevention and Cessation Project. *Preventive Medicine*. 1995;24:29-40.
 77. Ausems M, Mesters I, van Breukelen G, de Vries H. Effects of in-school and tailored out-of-school smoking prevention among Dutch vocational school students. *Health Education Research*. 2004;19(1):51-63.
 78. Kaufman J, Jason L, Sawlski L, Halpert J. A Comprehensive multi-media program to prevent smoking among black students. *Journal of Drug Education*. 1994;24(2):95-108.
 79. Elder J, Sallis J, Woodruff S, Wildey M. Tobacco-Refusal Skills and Tobacco Use Among High-Risk Adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*. 1993;16(6):629-42.
 80. Schinke S, Tepavac L, Cole K. Preventing substance use among Native American youth: Three-year results. *Addictive Behaviors*. 2000;25(3):387-97.
 81. Elder J, Litrownik A, Slymen D, Campbell N, Parra-Medina D, Choe S, et al. Tobacco and Alcohol Use-Prevention Program for Hispanic Migrant Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*. 2002;23(4):269-75.
 82. Brown K, Cameron R, Madill C, Payne M, Filsinger S, Manske S, et al. Outcome Evaluation of a High School Smoking Reduction Intervention Based on Extracurricular Activities. *Prev Med*. 2002;35:506-10.
 83. Biglan A, Ary D, Smolkowski K, Duncan T, Black C. A randomised controlled trial of a community intervention to prevent adolescent tobacco use. *Tob Control*. 2000;9:24-32.
 84. Vartiainen E, Paavola M, McAlister A, Puska P. Fifteen-Year Follow-Up of Smoking Prevention Effects in the North Karelia Youth Project. *American Journal of Public Health*. 1998;88(1):81-5.
 85. Vartiainen E, Pallonen U, Koskela K, McAlister A, Puska P. Voidsaanko nuorten tupakointia ehkäistä. *Suomen Lääkärilehti*. 34/82(37):3082-5.
 86. Vartiainen E, Pallonen U, McAlister A, Puska P. Eight-Year Follow-up Results of an Adolescent Smoking Prevention Program: The North Karelia Youth Project. *American Journal of Public Health*. 1990;80:78-9.
 87. WHO. Tobacco Use Among Young People. Copenhagen: WHO Regional Office of Europe; 1997.
 88. Vartiainen E, Pennanen M, Haukkala A, Tossavainen K, Lehtovuori R. Tupakoinnin ehkäisyohjelman vaikutukset Helsingin yläasteilla. *Suom Laakaril*. 2004;49-50(vsk 59):4831-5.

5 TUPAKKATERVEYSOPETUS PERUSKOULUN 7.-9. – LUOKKALAI- SILLA

Marjaana Pennanen, Kansanterveyslaitos

Tiivistelmä

Terveystiedon oppiaine on uusi perusopetukseen kuuluva opintokokonaisuus. Sitä on voinut opettaa peruskouluissa vuodesta 2001. Terveystiedon opetuksen tarkoitus on edistää oppilaiden terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta tukevaa osaamista. Terveystiedon yhtenä oppiasiasältönä on perehtyminen tupakan, alkoholin ja muiden päihteiden käyttöön, niiden aiheuttamaan mielihyvään ja riippuvuuteen sekä niihin liittyviin valintoihin. Terveystietoa opetetaan peruskoulun 7.-9. – luokilla kolme vuosiviikkotuntia omana oppiaineena. Uuden opetussuunnitelman tulee olla käytössä kaikissa peruskouluissa viimeistään 1.8.2006.

Tämän tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa kokonaiskuvaa siitä miten maassamme edistetään nuorten tupakoimattomuutta peruskoulun 7.-9. – luokkalaisten parissa. Haemme tietoa siitä, missä määrin yleensäkin terveysopetusta tehdään, missä määrin tupakkaterveysopetusta tehdään, millaista yhteistyötä eri tahojen kanssa tehdään, millaisia opetusmenetelmiä käytetään ja millaisia ongelmia opettajat kohtaavat opetuksessa. Tämä kysely on jatkoa Tupakkaterveyskasvatus peruskoulussa – kyselylle, joka tehtiin vuonna 1990.

Kysely toteutettiin 2004–2005 vuosien vaihteessa. Kartoituksen toivotaan tarjoavan tietoa, josta on hyötyä terveysopetuksen kehittämiseen ja suunnitteluun sekä koulutustarpeiden selvittämiseen. Kysely lähetettiin kaikille suomenkielisten peruskoulujen 7.-9. – luokkien rehtoreille Suomessa.

Suomenkielisiä kouluja, joissa opetettiin 7.-9. – luokkalaista oppilaita oli yhteensä 727. Kyselyyn oli mahdollista vastata työryhmänä, rehtori itse pystyi vastaamaan siihen tai antaa sen täytettäväksi valitsemalleen koulun opettajalle, joka oli perehtynyt oppilaiden tupakoimattomuuden edistämiseen. Kyselyyn vastasi 545 koulua, vastausprosentti oli 75.

Henkilökunta arvioi koulujen terveysopetuksen olevan tärkeää ja he suhtautuivat myös tupakoimattomuuden edistämiseen myönteisesti. Terveysopetuksessa oli tärkeää opettaa tupakoinnista ja muista päihteistä. Nykyisin terve-

ysopetuksessa suunnittelussa otettiin huomioon tupakointiin liittyvät asenteet ja nuoren itsetunnon kehittäminen tupakoimattomuutta suosivaksi tavaksi. Tupakkaterveysopetuksessa edelleen tärkeänä oppisisältönä pidettiin: tupakointi ja terveys sekä tupakoinnin fyysiset haitat.

Terveysopetusta arvioidessa terveyden edistäminen koettiin olevan osa jokaisen opettajan opetusta. Yhteistyötä tupakoimattomuuden edistämiseksi säännöllisesti tehtiin lähinnä muiden opettajien, kouluterveydenhoitajan ja oppilas- huollon kanssa. Yhteistyö oli epäsäännöllistä koulupsykologien, kouluhammashoitajien ja koululääkärien kanssa. Henkilökunnan mielipiteiden mukaan terveysopetuksen tulee olla samanlaista kaikille oppilaille, eikä erilaista tupakoiville oppilaille. Henkilökunta koki, että kaikki oppilaat tarvitsevat opetusta tupakoimattomuudesta ja että tasavertaisuus opetuksessa on tärkeää.

Tupakkaterveysopetuksen vaikutusmahdollisuuksien arvioitiin parantuneen viimeisen viidentoista vuoden aikana. Tupakkaterveysopetukseen käytettiin useimmissa kouluissa 1-2 oppituntia lukuvuodessa. Näillä oppitunneilla useat koulut käyttivät ulkopuolisia luennoitsijoita apuna. Tupakkaterveysopetuksessa yhdeksännellä luokalla joka viidennessä koulussa ei ollut lainkaan omaa oppituntia. Monissa kouluissa oli myös muuta tupakkaterveysopetukseen liittyvää toimintaa esim. koulut osallistuvat Smoke Free – kilpailuun ja muihin tupakoimattomuuskampanjoihin.

Ongelmiksi tupakkaterveysopetuksessa koettiin olevan oppituntien vähyys, riittämättömät mahdollisuudet tutustua oppilaisiin ja heidän ongelmiinsa sekä vaikeudet saada sopivaa oppimateriaalia, kuten videonauhoja, av – materiaalia ja valmiita opetuspaketteja. Ongelmaksi tupakkaterveysopetuksessa koettiin myös se, että oppilaiden kehityksessä on eroja ja asenteisiin vaikuttaminen on vaikeaa sekä se, että oppilailta on halu kokeilla tupakointia ja osa oppilaista saa tupakoida kotona. Yhdeksännellä luokalla ongelmaksiksi koettiin erityisesti se, että monilla oppilailla tupakointi on jo vakiintunut tapa.

Henkilökunta arvioi oppilaiden tupakoinnin vähentyneen viimeisen 15 vuoden aikana. Heidän arvioidensa mukaan opettajilla on hyvä käsitys siitä ketkä oppilaat tupakoivat. Kuitenkin yli puolet henkilökunnasta arvioi 15–16 -vuotiaiden oppilaiden tupakoinnin vähäisemmäksi kuin se Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan on.

Tupakoinnin arveltiin vähentyneen kouluai-
kana ja koulualueella, vähemmän sen katsottiin
vähentyneen koulualueen ulkopuolella. Tupa-
koinnin valvonta oli lisääntynyt tai pysynyt en-
nallaan viimeisen viidentoista vuoden aikana.
Yleisimmät toimintamenetelmät tupakoinnista
kiinnijääneiden oppilaiden kanssa olivat: opetta-
jat keskustelevat oppilaiden ja heidän vanhempi-
ensa kanssa ja jälki-istunnot.

Vanhempainilloissa tupakoinnista keskusteltiin
pääasiallisesti kerran vuodessa tai epäsäännöllis-
esti. Henkilökunta piti vanhempainiltoja tärkeä-
nä tilaisuutena yhtenäisen linjausten ja tiedotta-
misen saavuttamiseksi. Vanhempainilloilla ei
koettu olevan niin paljoa merkitystä oppilaiden
tupakoimattomuuden edistämässä silloin, kun
vanhemmat itse tupakoivat. Ongelmaksi koettiin
myös se, että tupakoivien oppilaiden vanhemmat
eivät välttämättä osallistu vanhempainiltoihin.

Henkilökunnan arvioiden mukaan opettajien
tiedot ja taidot toteuttaa tupakkaterveysopetusta
olivat parantuneet viimeisen viidentoista vuoden
aikana. Useiden vastaajien mielestä opettaja-
koulutuksessa saadut valmiudet toteuttaa tupak-
katerveysopetusta olivat parantuneet. Kuitenkin
useat vastaajat kokivat, että lisäkoulutuksen tar-
vetta oli ja että he olisivat kiinnostuneita osallis-
tumaan sellaiseen, jos sitä olisi tarjolla.

5.1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Nuorten tupakointi on lisääntynyt viimeisten
vuosikymmenten aikana. Kuitenkin viimeis-
ten vuosien aikana on havaittavissa myönteisiä
muutoksia nuorten tupakoinnissa. Nuorten tupa-
kointi on vähentynyt sekä tyttöjen että poikien
kohdalla. Tämän positiivisen muutoksen katso-
taan johtuvan tehokkaista tupakoimattomuuden
edistämisen toimenpiteistä, joita on toteutettu
paikallisesti ja kansallisesti. Tällä hetkellä 16–18
–vuotiaista nuorista päivittäin tupakoi noin 30 %
(1). Terveyspoliittisena tavoitteena on vähentää
nuorten tupakointi puoleen vuoteen 2015 men-
nessä (2)

Aikaisemmin nuorten tupakoimattomuuden
edistämässä on koulujen terveysopetusta vai-
keuttaneet useat tekijät: terveysopetuksesta ovat
puuttuneet yhtenäiset toimintamallit, tehokkaik-
si osoittautuneiden menetelmien vähäinen tun-
temus, materiaalin puute, terveysopetukselle
varattujen oppituntien puute sekä tupakoinnin
kohdistuvan mielenkiinnon väheneminen kaikil-
la tahoilla (3).

Terveystiedon oppiaine on uusi perusopetuk-
seen kuuluva opintokokonaisuus. Sitä on voinut
opettaa peruskouluissa vuodesta 2001. Terveys-
tiedon opetuksen tarkoitus on edistää oppilaiden
terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta tukevaa
osaamista. Terveystiedon opetus perustuu mo-
nitieteiseen lähestymistapaan, jonka tarkoitus
on edistää oppilaiden terveyttä, hyvinvointia ja
turvallisuutta tukevaa osaamista. Opetuksen teh-
tävänä on kehittää oppilaiden tiedollisia, sosiaa-
lisia, tunteiden säätelyä ohjaavia, toiminnallisia
ja eettisiä valmiuksia. Opetuksen lähtökohtana
on terveyden ymmärtäminen fyysiseksi, psyyk-
kiseksi ja sosiaalisesti toimintakyvyksi. Ope-
tuksessa kehitetään tietoja ja taitoja terveydestä,
elämäntavasta, terveystottumuksista ja sairauk-
sista sekä kehitetään valmiuksia ottaa vastuuta
ja toimia oman sekä toisten terveyden edistämi-
seksi (4).

Terveystieto on oppiaineena oppilaslähtöinen,
toiminnallisuutta ja osallistuvuutta tukeva. Ope-
tuksen lähtökohtana tulee olla lapsen ja nuoren
arki, kasvu ja kehitys sekä ihmisen elämänkul-
ku. Opetuksessa otetaan huomioon myös yleiset
ja koulu- ja paikkakunta-kohtaiset ajankohtaiset
terveyteen ja turvallisuuteen liittyvät kysymyk-
set. Opetuksessa kehitetään tärkeitä tiedonhan-
kintaan ja sen soveltamiseen liittyviä taitoja sekä
edistetään terveyden ja hyvinvoinnin kriittistä ar-
vopohdintaa. Opetuksen suunnittelussa tehdään
yhteistyötä myös oppilashuollon henkilöstön
kanssa. Terveystiedon yhtenä oppiasiasisältönä
on perehtyminen tupakan, alkoholin ja muiden
päihteiden käyttöön, niiden aiheuttamaan mie-
lihyvään ja riippuvuuteen sekä niihin liittyviin
valintoihin. Terveystietoa opetetaan peruskoulun
yläluokilla 7-9 kolme vuosiviikkotuntia omana
oppiaineena. Uuden opetussuunnitelman tulee
olla käytössä kaikissa peruskouluissa viimeis-
tään 1.8.2006 (4).

Tämän tutkimuksen tarkoitus on kartoittaa mi-
ten maassamme edistetään nuorten tupakoimat-
tomuutta peruskoulujen 7.-9. – luokkalaisten
parissa. Haemme tietoa siitä, missä määrin
yleensäkin terveysopetusta tehdään, missä mää-
rin tupakkaterveysopetusta tehdään, millaista
yhteistyötä eri tahojen kanssa tehdään, millaisia
opetusmenetelmiä käytetään ja millaisia ongel-
mia opettajat kohtaavat opetuksessa. Tämä ky-
sely on jatkoa vuonna 1990 tehdylle Tupakkater-
veyskasvatus peruskoulussa – kyselylle (3).

Kysely toteutettiin 2004–2005 vuosien vaihtees-
sa. Kartoituksen toivotaan tarjoavan tietoa, joka
hyödyttää terveysopetuksen kehittämistä ja suun-
nittelua sekä koulutustarpeiden selvittämistä.

5.2 Aineisto

Kysely lähetettiin kaikille suomenkielisten peruskoulujen 7.-9. – luokkien rehtoreille Suomessa. Suomenkielisiä kouluja, joissa opetettiin 7.-9. – luokkalaisia oppilaita oli 727. Kyselyyn oli mahdollista vastata työryhmänä, rehtori itse pystyi vastaamaan siihen tai antaa sen täytettäväksi valitsemalleen koulun opettajalle, joka oli perehtynyt oppilaiden tupakoimattomuuden edistämiseen. Kyselyyn vastasi 545 koulua, vastausprosentti oli 75.

5.3 Tutkimustulokset

5.3.1 Taustatekijät

Vastaajista 34 % ilmoitti vastanneensa kyselyyn työryhmänä. Työryhmässä jäseniä oli keskimäärin noin kolme henkilöä. Rehtoreita kyselyyn vastasi 298 ja opettajia 240. Suurin osa kyselyyn vastanneista opettajista oli terveystiedon opettajia (36 %) ja liikunnan opettajia (31 %). Muita kyselyyn vastanneita opettajia oli erityisopettajia (11 %), biologian/maantiedon opettajia (9 %), kotitalouden opettajia (6 %), matemaattisten aineiden opettajia (2 %), kielten opettajia (2 %) ja luokan opettajia (2 %). Muut kyselyyn vastanneet olivat apulaisrehtoreita, opinto-ohjaajia, koulukuraattoreita ja terveydenhoitajia. Opettajien ja rehtoreiden työkokemus oli keskimäärin 11 vuotta.

Eniten vastanneista työskenteli vanhan läänijaon mukaan Uudenmaan läänissä, Turun ja Porin läänissä sekä Hämeen läänissä (taulukko 1). Koulut sijaitsivat pääosin maaseuduilla 49% tai kaupungin asunalähiöissä 27%, keskikaupungilla

Taulukko 1. Koulujen sijainti vanhan läänijaon mukaisesti (%)

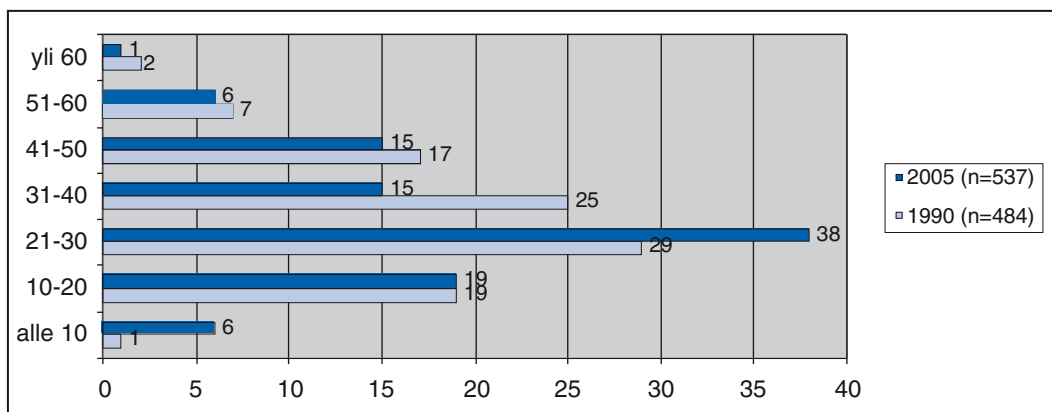
Läänit	1990 (n=495)	2005 (n=545)
Uudenmaan	20	16
Turun ja Porin	10	14
Hämeen	14	13
Kymen	7	7
Mikkelin	6	5
Pohjois-Karjalan	4	5
Kuopion	6	6
Keski-Suomen	6	6
Oulun	12	11
Vaasan	10	10
Lapin	5	8

sijaitsevia kouluja oli 25%. Yhdessä koulussa oli keskimäärin 255 oppilasta.

Kouluista 167 raportoi, että heillä oli jokin painotus opetuksessa. Yleisimmät painotuksen opetuksessa olivat:

- musiikki (39 koulua)
- matematiikka ja luonnontieteet (36 koulua)
- kielet (30 koulua)
- kuvataide tai taide (24 koulua)
- liikunta (22 koulua).

Opettajia oli keskimääräisesti 20–30 (kuvio 2). Kouluista 75%:ssa oli päihdestrategia. Kouluissa, joissa päihdestrategia oli käytössä, noin 90 %:ssa oli otettu huomioon huumeet, tupakointi ja alkoholin käyttö.



Kuvio 2. Opettajien lukumäärä kouluissa (%)

5.3.2 Suhtautuminen terveysopetukseen

Vastanneista 62 % piti terveysopetusta erittäin tärkeänä ja 33 % tärkeänä. Vain noin 5 % piti sitä melko tärkeänä. Henkilökunnan suhtautumisessa terveysopetukseen ei ollut havaittavissa muutoksia vuoden 1990 kyselyyn verrattuna. Lähestulkoon kaikki vastaajat, 99 %, suhtautuivat myönteisesti kouluissa tapahtuvaan tupakoimattomuuden edistämiseen.

Opettajien huoneissa käydyt keskustelut oppilaiden tupakoinnista olivat aika yleisiä. Yli puolessa kouluista, 55%, käytiin keskusteluja usein tai

erittäin usein ja 37 % silloin tällöin. Vain noin 7 %:ssa kouluista keskusteluja käytiin melko harvoin, erittäin harvoin tai ei juuri koskaan.

Henkilökunnan mielestä tärkeitä terveysopetusta tukevia asioita olivat mm: nuoren kotona arvostetaan nuoren tupakoimattomuutta, koulussa välitetään siitä, että nuori on tupakoimaton, ystävät tukevat ja hyväksyvät tupakoimattomuuden sekä nuoren paras kaveri on tupakoimaton. Vähemmän tärkeänä pidettiin mm. sitä, että koulutupakoinnista annetaan rangaistuksia, toisin kuin vuoden 1990 kyselyssä (taulukko 2).

Taulukko 2. Henkilökunnan suhtautuminen erilaisiin terveysopetusta tukeviin asioihin (4=erittäin tärkeää, 3=jokseenkin tärkeää, 2= vähemmän tärkeää, 1= ei lainkaan tärkeää)

	1990 (n=492) ka *	2005 (n=536) ka (sd)
Nuoren paras kaveri on tupakoimaton	3,8	3,7 (0,5)
Useat luokkatoverit ovat tupakoimattomia	3,4	3,5 (0,6)
Isä on tupakoimaton	3,4	3,6 (0,6)
Äiti on tupakoimaton	3,5	3,6 (0,6)
Sisarukset ovat tupakoimattomia	3,5	3,6 (0,6)
Ylempien luokkien oppilaista useimmat ovat tupakoimattomia	3,0	3,4 (0,7)
Opettajat ovat tupakoimattomia	2,7	3,2 (0,9)
Kouluterveydenhoitaja on tupakoimaton	2,8	3,4 (0,8)
Kotona arvostetaan nuoren tupakoimattomuutta	3,6	3,9 (0,3)
Koulussa välitetään siitä, että nuori on tupakoimaton	3,2	3,7 (0,5)
Nuorten ihailemat henkilöt eivät tupakoi	3,5	3,6 (0,6)
Nuori saa myönteistä palautetta tupakoimattomuudesta	3,4	3,6 (0,5)
Kannustusta ja rohkaisua tupakoimattomuudesta	3,3	3,6 (0,5)
Keskustelua tupakoinnin haitoista	3,0	3,4 (0,6)
Keskustelua tupakoimattomuuden eduista	3,1	3,4 (0,6)
Rangaistuksia koulutupakoinnista	4,0	2,9 (0,8)
Ystävien tukea ja tupakoimattomuuden hyväksyntää	3,5	3,7 (0,5)

*) Vuoden 1990 aineistoa ei ole käytettävissä

5.3.3 Yhteenveto

Henkilökunta arvioi koulujen terveysopetuksen olevan tärkeää ja he suhtautuvat myös tupakoimattomuuden edistämiseen myönteisesti. Useimmissa kouluissa opettajien huoneissa käytiin keskusteluja oppilaiden tupakoinnista.

Oppilaiden sosiaalisen ympäristön tuen koettiin olevan tärkeä tekijä terveysopetusta tuke-

vana asiana, kuten vanhempien ja ystävien tuki. Vastaajien mukaan myös koulussa tulisi välittää siitä, että nuori on tupakoimaton. Erilaisten rangaistusmenetelmien ei niinkään uskottu tukevan terveysopetusta, toisin kuin viisitoista vuotta sitten.

5.3.4 Nuorten terveystietämisen tukeminen terveysopetuksessa

Terveysopetustarpeen arviointi

Vastaajien arviot siitä kuinka monta prosenttia 15 – 16 -vuotiaista oppilaista tupakoi päivittäin oli vähentynyt viidentoista vuoden aikana. Vastaajista noin puolet arvioi, että tämän päivän 15–16 – vuotiaista nuorista tupakoi päivittäin alle 10% (taulukko 3).

Henkilökunnan mielipiteitä oppilaiden tupakoinnista kysyttäessä yli puolet (61 %) oli sitä mieltä, että vain muutamat oppilaat tupakoivat. Vuonna 1990 vastaajista harvemmat arvioivat näin (43 %). Henkilökunnasta vajaan puolen mielestä kahden viimeisen vuoden aikana nuorten tupakointikäyttäytyminen oli pysynyt ennallaan tai vähentynyt. Vuoden 1990 kyselyssä nuorten tupakoinnin arvioitiin pysyneen ennallaan tai lisääntyneen. Noin yhdeksän prosenttia vastaajista ei osannut arvioida nuorten tupakointikäyttäytymisen muutosta (kuvio 3).

Vastaajista yli puolet arvioi, että tupakointi on melko vähäistä kouluaikana, koulualueella ja koulualueen ulkopuolella. Kuitenkin vajaan

puolen mielestä koulualueen ulkopuolella tapahtuva tupakointi on melko yleistä. Vuoden 1990 kyselyyn verrattuna henkilökunnan arviot olivat muuttuneet hieman. Vuonna 1990 henkilökunta arvioi tupakoinnin olevan yleisempää kouluaikana, koulualueella ja koulualueen ulkopuolella. Noin neljä prosenttia vastaajista ei osannut arvioida nuorten tupakoinnin yleisyyttä (kuvio 4).

Vastaajista 70% olivat sitä mieltä, että opettajat tietävät varmasti ja 28% luulevat tietävänsä jos oppilaat tupakoi. Vuoden 1990 kyselyyn verrattuna vastaajien mielestä opettajien tietämys oppilaiden tupakoinnista oli lisääntynyt. Viisitoista vuotta sitten 18% opettajista tiesi varmasti ja 72% luuli tietävänsä oppilaiden tupakoinnista.

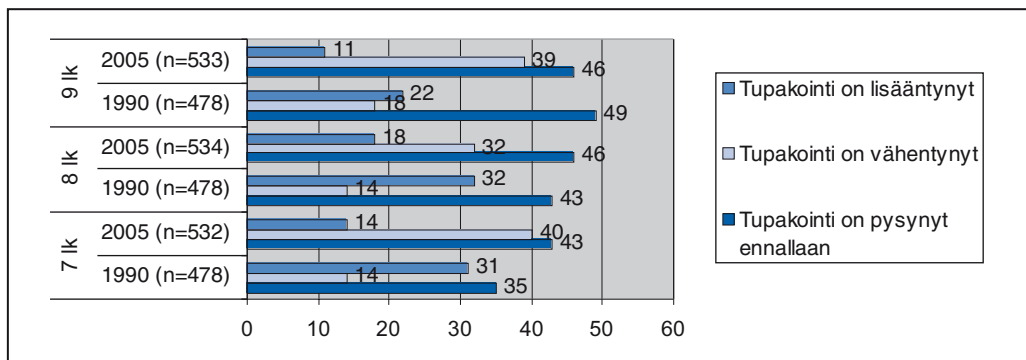
Henkilökunnasta 75 % oli sitä mieltä, että terveysopetuksen ei tarvitse olla erilaista tupakoiville oppilaille ja 25 % mielestä sen tulisi olla erilaisista. Vuoden 1990 kyselyyn verrattuna henkilökunnan mielipide ei ole muuttunut.

Perusteluita sille miksi terveysopetuksen tulisi olla samanlaista kaikille oppilaille:

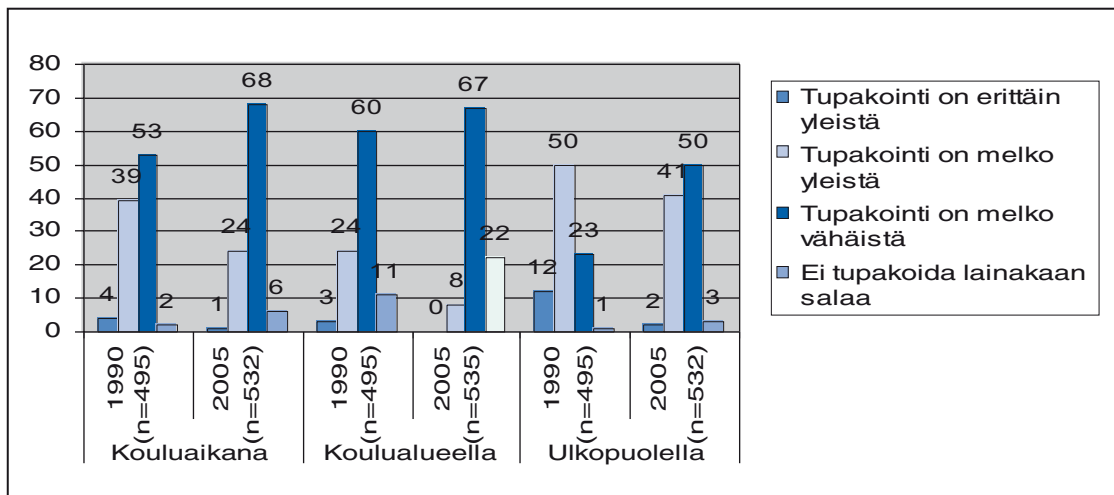
- kaikki oppilaat tarvitsevat saman tiedon (53 koulua)
- tasavertaisuus, ei haluta jakaa oppilaita ns.

Taulukko 3. Henkilökunnan arviot kuinka monta prosenttia 15 – 16 – vuotiaista tupakoi päivittäin (%)

	Pojat 1990 (n=486)	Pojat 2005 (n=531)	Tytöt 1990 (n=484)	Tytöt 2005 (n=533)
alle 10	6	48	3	51
10-20	36	39	36	36
21-30	27	11	23	11
31-40	18	1	16	2
41-50	7	1	9	0
51-60	3	0	3	0
61-70	3	0	3	0



Kuvio 3. Henkilökunnan arviot nuorten tupakointikäyttäytymisen muutoksista kahden viimeisen vuoden aikana (%)



Kuvio 4. Henkilökunnan arvio nuorten tupakoinnin yleisyydestä (%)

- hyviin ja huonoihin sekä ei haluta syyllistää tai leimata oppilaita (34 koulua)
- ei tiedetä ketkä tupakoivat (4 koulua)
- kouluissa ei resursseja antaa erilaista opetusta (1 koulu)

Perusteluja sille miksi terveystieteen pitäisi olla erilaista tupakoiville oppilaille oli:

- tarpeellista antaa tupakoiville oppilaille enemmän tietoa tupakoinnista ja tukea lopettamiseen (28 koulua)
- tupakoitsijoille vieroituskursseja (8 koulua)
- henkilökohtaisia keskusteluja (7 koulua)
- pienryhmätunneista voisi olla hyötyä tupakoitsijoille (4 koulua)

- erityisesti niille jotka ovat motivoituneita lopettamaan (4 koulua)
- otollinen ryhmä (1 koulu)

Terveystieteen suunnittelu

Terveystieteen suunnittelussa otettiin huomioon mm. tupakoinnin haitat/tupakoimattomuuden edut, asenteet tupakointia kohtaan, tupakoinnin ennaltaehkäisy ja nuorten itsetunnon kehittäminen tupakoimattomuutta suosivaksi. Vuoden 1990 kyselyssä terveystieteen suunnittelussa kiinnitettiin huomiota erityisesti tupakoinnin haittoihin ja tupakoimattomuuden etuihin (taulukko 4).

Taulukko 4. Tupakkaterveystieteen suunnittelussa huomioitavat asiat liittyen tupakoimattomuuden tukemiseen ja tupakointiin (%)

	1990 (n=459)	2005 (n=527)
Opetus- ja oppimismenetelmät	6	7
Opetusmateriaali	2	8
Opetuksen arviointi	0	2
Tupakkaterveystieteen sisältö yleensä	15	8
Tupakoinnin ennaltaehkäisy	15	11
Tupakoinnin haitat/ tupakoimattomuuden edut	38	12
Passiivinen tupakointi	2	5
Ystävien vaikutus tupakoimattomana pysymiseen	4	8
Asenteet tupakointia kohtaan	6	12
Itsetunnon kehittäminen tupakoimattomuutta suosivaksi	2	10
Tupakointiin liittyvät taloudelliset seikat	3	6
Tupakkaterveystieteen kohderyhmän huomioiminen	1	4
Eteneminen oppikirjan mukaan	1	2
Asiantuntijoiden hankkiminen oppitunneille	1	5
Ei suunnitella tupakkaterveystieteen mitenkään	2	1

Terveysopetus

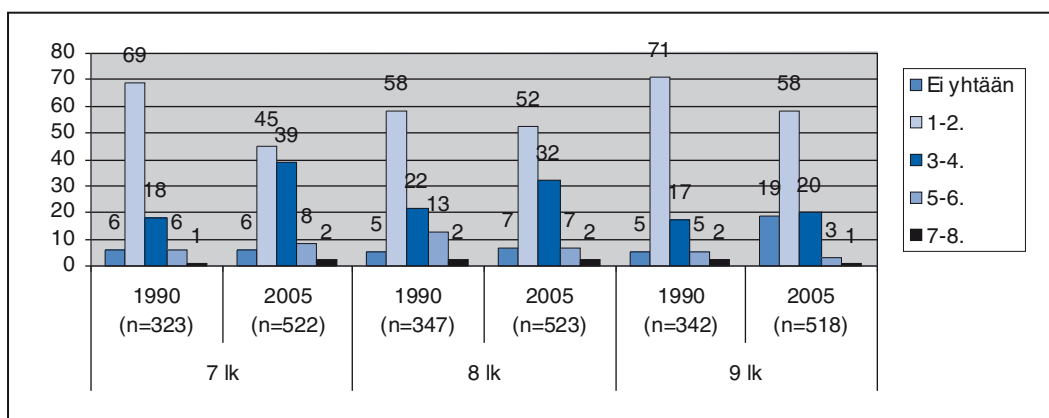
Henkilökunnan mielestä terveystieteen asiasisällöistä tärkeimpiä olivat mm. fyysinen kasvu ja kehitys, omasta terveydestä huolehtiminen, tupakka, alkoholi ja muut päihteet, nuoruuden kehityksen erityispiirteet ja tarpeet sekä sosiaalinen kasvu ja kehitys. Vähemmän tärkeiksi terveystieteen asiasisällöiksi koettiin mm. keskeiset terveydenhuolto- ja hyvinvointipalvelut, kansantaudit sekä ympäristö ja terveys (taulukko 5).

Tupakkaterveysopetus

Eniten tupakkaterveysopetukseen liittyviä oppitunteja 7-9 luokilla oli 1-2 oppituntia lukuvuodessa. Tupakkaterveysopetuksen oppituntien määrä oli kuitenkin lisääntynyt viimeisen viidentoista vuoden aikana. Yhä useammassa koulussa tupakkaterveysopetuksen oppitunteja oli 3-4 lukuvuodessa. Kuitenkin yhdeksännellä luokalla noin joka viidennessä koulussa tupakkaterveysopetuksessa ei ollut omaa oppituntia lainkaan (kuvio 5)

Taulukko 5. Terveystieteen asiasisällöistä tärkeimpiä (1= ei lainkaan tärkeää, 2= vähemmän tärkeää, 3=jokseenkin tärkeää, 4=erittäin tärkeää). Kysymys kysyttiin vain vuonna 2005.

	2005 (n=533) ka (sd)
Ihmisen elämäntapa, eri ikäkaudet, syntymä, kuolema	2,9 (0,7)
Fyysinen kasvu ja kehitys: vuorokausirytmä, uni, lepo ja kuormitus, terveyttä edistävä liikunta, ravitsemus ja terveys	3,8 (0,4)
Sosiaalinen kasvu ja kehitys: yksilöllisyys ja erilaisuus, yksilön velvoitteet ja vastuu yhteisössään, suvaitsevaisuus, välittäminen ja huolenpito	3,6 (0,5)
Nuoruuden kehityksen erityispiirteitä ja tarpeita, kehittyvä seksuaalisuus	3,6 (0,5)
Omasta terveydestä huolehtiminen	3,8 (0,4)
Ravitsemukselliset tarpeet ja ongelmat eri tilanteissa, yleisimmät allergiat ja erityisruokavaliot	3,1 (0,6)
Tupakka, alkoholi ja muut päihteet, mielihyvä ja riippuvuus sekä niihin liittyvät valinnat	3,7 (0,5)
Ristiriitojen selvittäminen ja mieltä painavista asioista puhuminen	3,5 (0,6)
Seksuaaliterveys: ihmissuhteet, seksuaalisuus, käyttäytyminen ja niihin liittyvät arvot ja normit	3,5 (0,6)
Tavallisimmat tartuntataudit ja sairaudet, oireiden tunnistaminen, sairastaminen, itsehoito	2,9 (0,7)
Liikenneturvallisuus ja – käyttäytyminen, vaaratilanteet ja onnettomuudet, tapaturmat ja ensiapu	3,2 (0,7)
Terveys, työ- ja toimintakyky voimavarana, henkilökohtaiset voimavarat	3,0 (0,7)
Tunteet ja niiden ilmaiseminen, sosiaalinen tuki ja turvaverkostot, vuorovaikutustaidot	3,4 (0,6)
Kehitykseen ja elämäntapaan liittyvät muutokset, kriisit ja niistä selviytyminen	3,3 (0,6)
Kansantaudit	2,6 (0,6)
Ympäristö ja terveys, työhyvinvointi, kulttuuri ja terveys	2,7 (0,7)
Keskeiset terveydenhuolto- ja hyvinvointipalvelut ja kansalaisjärjestöjen työ	2,5 (0,7)
Lasten ja nuorten oikeuksia, toiminnan rajoituksia ja seuraamuksia koskeva lainsäädäntö	2,8 (0,7)



Kuvio 5. Tupakkaterveysopetukseen liittyvien oppituntien lukumäärä eri luokilla

Tupakkaterveysopetuksessa käsiteltyihin oppisisältöihin kuului yleisimmin mm. tupakointi ja terveys sekä tupakoinnin fyysiset vaikutukset. Oppisisällöt joita käsiteltiin vähiten olivat: tupakkamainonta, tupakointi ja koti sekä tupakointi ja talous (taulukko 6).

Muita tupakkaterveysopetuksessa käsiteltyjä asioita olivat:

- nuuskan käyttö (28 koulua)
- tupakointi ja raskaus (14 koulua)

- tupakoinnin yhteys muihin päihteisiin (12 koulua)
- tupakoinnin ympäristövaikutukset (11 koulua)

Tupakkaterveysopetuksessa oppimateriaaleina ja –välineinä eniten käytettiin mm. piirtoheitin kalvoja, videoita ja DVD – laitteita, lehtiä sekä internetiä. Vähiten käytettiin kouluradiota, PowerPoint – esityksiä sekä tietokonepelejä (taulukko 7).

Taulukko 6. Tupakkaterveysopetuksessa käsitellyt oppisisällöt eri vuosina (1= ei lainkaan, 2=jonkin verran, 3=runsaasti).

	1990 (n=435) ka *	2005 (n=495) ka (sd)
Tupakointi ja talous	1,9	2,0 (0,4)
Tupakkalaki	1,9	2,1 (0,4)
Tupakoinnin aloittaminen	2,3	2,5 (0,6)
Tupakoinnin syyt	2,2	2,4 (0,6)
Tupakointi ja terveys	2,7	2,7 (0,5)
Tupakointi ja toveripiiri	2,2	2,4 (0,5)
Tupakointi ja koti	1,9	2,0 (0,5)
Tupakoinnin lopettaminen	2,2	2,3 (0,6)
Tupakoinnin fyysiset vaikutukset	2,6	2,6 (0,5)
Tupakoinnin psyykkiset vaikutukset	2,1	2,4 (0,6)
Vieroitusoireet	1,9	2,1 (0,6)
Tupakkamainonta	1,2	1,9 (0,5)
Passiivinen tupakointi	2,0	2,1 (0,5)
Kuinka kieltäytyä tupakoinnista	-	2,5 (0,6)
Mielenkuvat tupakoinnista ja tupakoivista	-	2,1 (0,6)
Tupakkariippuvuus	-	2,4 (0,5)
Kavereiden aiheuttamat paineet tupakoida	-	2,5 (0,5)

*) Vuoden 1990 aineistoa ei ole käytettävissä

Taulukko 7. Tupakkaterveysopetuksessa käytetyt oppimateriaalit ja – välineet (1=ei lainkaan, 2=jonkin verran, 3=runsaasti)

	1990 (n= 417) ka *	2005 (n=483) ka (sd)
Diat ja kuultokuvat	1,5	-
Piirtoheitin kalvot	2,0	2,3 (0,5)
PowerPoint esitykset	-	1,2 (0,4)
Kalvot, diat	1,2	1,9 (0,6)
Esineet esim. mallinuket	1,1	1,3 (0,5)
Lehtiset, brosyirit	1,9	-
Kirjat (ei oppikirjat)	1,4	-
Sanoma- ja muut lehdet	1,6	2,0 (0,5)
Kouluradio	1,1	1,1 (0,3)
Koulu-TV	1,2	1,3 (0,5)
Videot, DVD	2,0	2,1 (0,5)
Levyt, ääninauhat, CD	1,1	1,3 (0,5)
Elokuvat	1,3	1,4 (0,5)
Julisteet	1,7	1,8 (0,5)
Liitutaulu	1,9	-
Internet	-	1,9 (0,5)
Tietokonepelit	1,1	1,2 (0,4)
Tietokoneet	-	1,6 (0,6)

*) Vuoden 1990 aineistoa ei ole käytettävissä

Taulukko 8. Käytetyt opetusmenetelmät (1=ei lainkaan, 2=jonkin verran, 3=runsaasti)

	1990 (n=423) ka *	2005 (n=489) ka (sd)
Tietokoneavusteinen opetus	1,1	1,6 (0,6)
Henkilökohtainen keskustelu oppilaan kanssa	1,9	2,0 (0,6)
Esittävä opetus	2,2	2,2 (0,6)
Kyselevä opetus	2,3	2,5 (0,5)
Opetuskeskustelu	2,3	2,5 (0,5)
Ryhmätyö	1,0	2,1 (0,6)
Paneelikeskustelu	1,2	1,3 (0,5)
Oppilaiden esitelmät	1,2	1,7 (0,6)
Dramatisointi	1,2	1,5 (0,6)
Askartelu	1,0	1,3 (0,5)
Retket, tutustumiskäynnit	1,1	1,2 (0,4)
Ulkopuolisen asiantuntijat vierailut luokassa	1,5	1,7 (0,6)
Harjoitustyöt	1,2	1,5 (0,4)
Eteneminen oppikirjan mukaan	1,7	1,9 (0,6)
Roolileikit	1,2	1,5 (0,6)
Roolimallit	1,1	1,4 (0,5)

*) Vuoden aineistoa ei ole käytettävissä

Muita tupakkaterveysopetuksessa käytettyjä opetusmenetelmiä olivat:

- oppikirja (34 koulua)
- havaintomateriaalit esim. tupakoivan keuhkot ja vuoden tumpit, häkämittaus (14 koulua)
- tupakoimattomuuteen liittyvät teemapäivät ja tunnit (6 koulua)

Tupakkaterveysopetuksessa käytetyistä opetusmenetelmistä eniten käytettiin mm. opetuskeskusteluja, kyselevää ja esittävää opetusta, ryhmätöitä ja henkilökohtaisia keskusteluja oppilaan kanssa. Vuoden 1990 kyselyyn verrattuna ryhmätöiden määrä oli hieman lisääntynyt (taulukko 8).

Muita tupakkaterveysopetuksessa käytettyjä opetusmenetelmiä raportoitiin olevan

- päihde- ja elämysradat (8 koulua)
- päihdeputki (3 koulua)
- nelinurkka menetelmä (2 koulua)

Henkilökunnan arvioiden mukaan tupakoimattomuutta tukevan aiheen opettamista tulisi kehittää mm. yleisen mielipiteen kehittämällä tupakoimattomuutta edistäväksi (21 %), vanhempien vastuun (19 %) sekä vanhempien ja koulun yhteistyön lisäämisellä (13 %). Myös oppimateriaaleja tulisi kehittää (10 %) ja ulkopuolisia luennoitsijoiden esityksiä lisätä (7 %).

Muita kehitysideoita tupakoimattomuutta tukevassa opetuksessa olivat:

- elämyksellisten menetelmien kehittäminen (3 koulua)
- lopettamisen tukeminen/palkitseminen (3 koulua)
- sosiaalisten taitojen ja itsetunnon kehittäminen (3 koulua)
- toiminnalliset teemapäivät (2 koulua)
- median vastuun korostaminen (2 koulua)

Koulun toiminnoista kouluterveydenhoitajilta ja muilta opettajilta oli mahdollisuus saada tukea tupakkaterveysopetukseen. Kouluista useat olivat osallistuneet Smoke Free -tupakoimattomuuskilpailuun (taulukko 9).

Taulukko 9. Tupakkaterveysopetukseen liittyviä koulun toimintoja (1=ei lainkaan, 2=jonkin verran, 3=paljon, 4=erittäin paljon)

	1990 (n=513) ka	2005 (n=514) ka (sd)
Meidän koulussamme on tupakoimaton koulu – kampanjointia	1,4	2,0 (0,9)
Meidän luokassamme on tupakoimaton – kampanjointia	1,6	2,1 (0,9)
Meidän koulumme on osallistunut Smoke Free Class -kilpailuun		2,6 (1,0)
Oppilaat tuottivat itse tupakoimattomuus – kampanjan koulussa	1,2	1,3 (0,6)
Teemaviikkoja tupakoimattomuudesta	1,3	1,4 (0,6)
Teemapäiviä tupakoimattomuudesta	1,5	1,6 (0,7)
Päivänavauksia tupakoimattomuudesta	2,0	2,0 (0,6)
Tupakoimattomien ystävien tukemista	1,3	1,7 (0,7)
Kouluterveydenhoitajalta on mahdollista saada tupakoimattomuuteen tukea	1,6	2,8 (0,8)
Opettajilta on mahdollista saada tupakoimattomuuteen tukea	2,0	2,6 (0,7)
Oppilaiden vanhemmilta on mahdollista saada tupakoimattomuuteen tukea	1,5	2,0 (0,7)
Vierailevien luennoitsijoiden esityksiä tupakoimattomuudesta	1,8	1,9 (0,7)
Yhteistyötä opettajien ja vanhempien välillä tupakoimattomuuden edistämiseksi	1,8	2,1 (0,7)
Oppilaat tekivät tupakoimattomuutta koskevia sitoumuksia	1,5	2,2 (0,9)

*) Vuoden 1990 aineisto ei ole käytettävissä

Kouluissa käyneitä vierailevia luennoitsijoita olivat:

- terveydenhoitajia (48 koulua)
- lääkäreitä (26 koulua)
- nuoriso- ja päihdetyöntekijöitä (22 koulua)
- terveydenhuollon opiskelijoita (20 koulua)
- sairaanhoitajia (7 koulua)
- raittiustoimen työntekijöitä (14 koulua)
- poliiseja (13 koulua)
- kirkon työntekijöitä (4 koulua)
- urheilijoita (3 koulua)

Luennoitsijoiden raportoitiin tulevan mm.

- Terveys ry:stä (27 koulua)
- terveydenhuollosta (23 koulua)
- Syöpäyhdistyksistä (13 koulua)
- eri terveys projekteista (9 koulua)
- Hengitysliitosta (8 koulua)
- Keuhkovammaliitosta (4 koulua)
- tupakkaklinikoilta (4 koulua)
- Sydänpiiristä (2 koulua)
- seurakunnilta (2 koulua)
- SPR:stä (1 koulu)
- Terveiden edistämiskeskuksesta (1 koulu)
- Kansanterveyslaitokselta (1 koulu)

Muuta tupakkaterveysopetukseen liittyvää koulun toimintaa raportoitiin olevan mm.

- tupakoimattomuuskampanjat: TOP, Ankkuri

- projekti, Onko Reitti Selvä – projekti, Uskalla sanoa ei päihteille, Smoke Free – kilpailu (17 koulua)
- rangaistuksia: ei pääse edustamaan koulun kisoissa, jälki-istunto, varoitukset, keskustelut rehtorin kanssa (9 koulua)
- tupakoimattomuus teemapäivät, -illat, -viikot (7 koulua)
- elämykselliset menetelmät esim. päihdelabyrintti, elämysrata, päihderata, julisteiden tekemistä (6 koulua)
- tupakoimattomien palkitseminen: matkat, retket, leirikoulu, arpajaiset, palkkiot (4 koulua)
- vieroitusryhmät (3 koulu)
- oppilaiden sitoutuminen tupakoimattomuuteen (3 koulua)
- tukioppilaat (2 koulua)
- Lion Quest (2 koulua)

Tupakointivalvonta

Henkilökunnasta noin neljäsosa arvioi tupakoinnin valvonnan koulualueella lisääntyneen jonkin verran. Yli puolessa kouluissa tupakointivalvonta oli kuitenkin pysynyt ennallaan. Vuoden 1990 kyselyyn verrattuna tupakointivalvonnassa ei ollut tapahtunut suuria muutoksia (taulukko 10).

Taulukko10. Tupakointivalvonta koulualueella (%)

	1990 (n=491)	2005 (n=530)
Valvonta on lisääntynyt huomattavasti	3	6
Valvonta on lisääntynyt jonkin verran	20	26
Valvonnassa ei ole tapahtunut muutoksia	70	66
Valvontaa on vähennetty jonkin verran	5	1
Valvontaa on vähennetty huomattavasti	2	-
Ei valvonta lainkaan	-	1

Toimintatapoina kiinni jääneiden tupakoivien oppilaiden kanssa useimmiten meneteltiin siten, että oppilaat otettiin kahdenkeskiseen keskusteluun opettajan kanssa ja oppilaiden vanhempien kanssa keskusteltiin asiasta. Joskus oppilaat lä-

hetettiin rehtorin luokse. Vain harvassa koulussa asiaan ei kiinnitetty mitään huomiota (taulukko 11). Näiden toimintatapojen lisäksi rangaistuksena koulutupakoinnista käytettiin mm. jälki-istuntoa ja kotimuistutusta (taulukko 12).

Taulukko 11. Menettelytavat tupakoivan oppilaan kanssa (1=ei juuri koskaan, 2= joskus, 3=usein, 4= erittäin usein)

	1990 (n=466) ka *	2005 (n= 499) ka (sd)
Oppilas otetaan kahdenkeskiseen keskusteluun opettajan	2,3	3,2 (0,8)
Asiasta puhutaan yhdessä koko luokan kanssa	1,9	1,9 (0,7)
Asiaan ei kiinnitetä mitään huomiota	1,7	1,2 (0,4)
Oppilaan vanhempien kanssa keskustellaan asiasta	1,7	2,8 (0,8)
Oppilas lähetetään rehtorin luokse	1,4	2,2 (0,9)
Asiata ilmoitetaan poliisille	1,4	1,3 (0,6)

*) Vuoden 1990 aineistoa ei ole käytettävissä

Taulukko 12. Rangaistukset koulutupakoinnista (1=ei juuri koskaan, 2= joskus, 3=usein, 4= erittäin usein)

	1990 (n=458) ka *	2005 (n=499) ka (sd)
Jälki-istunto	3,2	3,3 (1,0)
Kotimuistutus	2,7	2,8 (1,2)
Yhteydenotto kotiin puhelimitse	2,2	2,8 (0,9)
Luokan opettajan keskustelu oppilaan kanssa	2,8	2,9 (0,9)
Rehtorin keskustelu oppilaan kanssa	2,3	2,3 (0,9)
Oppilaan ohjaaminen kouluterveydenhoitajan luokse	1,4	1,9 (0,1)

*) Vuoden 1990 aineistoa ei ole käytettävissä

Muita menettely- ja rangaistustapoja tupakoivan oppilaan kanssa raportoitiin olevan:

- poliisille ilmoitetaan, jos oppilas jäänyt kiinni useammin kuin kerran (25 koulua)
- tupakan tumppien siivoaminen kouluympäristöstä (24 koulua)
- kirjallisen työn, tentin tai esitelmän tekeminen tupakoimattomuudesta (19 koulua)
- keskustelut vanhempien kanssa siitä miten oppilasta tulisi tukea tupakoinnin lopettamiseen (6 koulua)
- välitunneilla kulkuoikeuden rajoittaminen (3 koulua)
- myös seurassa olleiden nuorten rankaiseminen (2 koulua)
- tupakkatuotteiden takavarikoiminen oppilailta (2 koulua)
- käytöskoulu (2 koulua)

Tupakoimattomuuteen ohjaavan opetuksen arviointi

Tupakoimattomuuteen ohjaavan opetuksen arvioinnissa terveyden edistäminen oli osa jokaisen

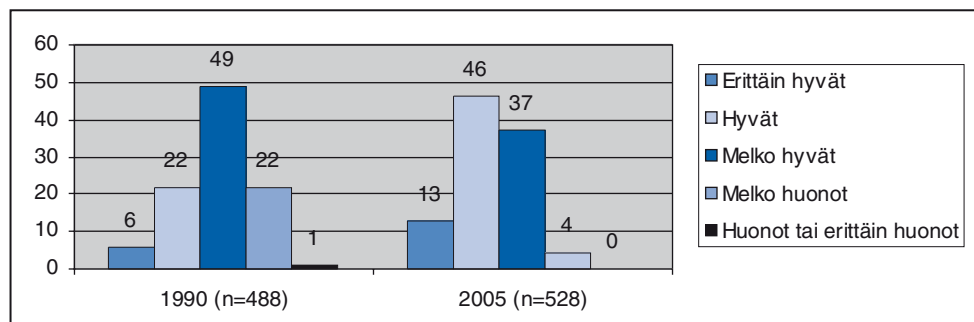
koulun opettajan opetusta ja opetussuunnitelmaa laadittaessa otettiin huomioon esiopetuksen opetussuunnitelma ja perusopetuksen yhtenäisyys sekä muut kunnan lapsia, nuoria ja koulutusta koskevat päätökset (taulukko 13).

Tupakkaterveysopetuksen vaikutusmahdollisuuksista kysyttäessä mielipiteet jakautuivat kahtia. Hieman yli puolen mielestä vaikutusmahdollisuudet olivat suuret ja vajaan puolen mielestä ne olivat pienet. Vuoden 1990 kyselyyn verrattuna mielipiteet olivat kuitenkin muuttuneet myönteisempään suuntaan tupakkaterveysopetuksen vaikutusmahdollisuuksista (kuvio 6).

Henkilökunnan mielestä oppilaiden innostuneisuus tupakkaterveysopetuksen oppitunneilla ei eroa muista tunteista (61%) tai innostuneisuus oli hieman suurempaa (28%). Vain murto-osan mielestä (7%) oppilaat olivat vähemmän tai ei lainkaan innostuneita tupakkaterveysopetuksen oppitunneista. Muutaman prosentin mielestä oppilaat olivat selvästi innostuneempia kuin muilla tunteilla. Oppilaiden innostuneisuudessa ei ollut tapahtunut muutosta vuoden 1990 kyselyyn verrattuna.

Taulukko 13. Tupakoimattomuuteen ohjaavan opetuksen arviointia (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=vaikea sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä). Kysymys kysyttiin vain vuonna 2005.

	2005 (n=523) ka (sd)
Koulumme opettajat toteuttavat opetuksessaan yhdessä laadittua terveystieteiden opetussuunnitelmaa	3,5 (1,1)
Terveyden edistäminen on osa jokaisen koulumme opettajan opetusta	4,1 (0,8)
Koulumme terveystieteiden opetus on opettajaohjoista luokkaopetusta	3,2 (1,0)
Koulumme terveystieteiden opetus on oppilaiden ja opettajien yhteistoiminnallista työskentelyä luokkatilanteissa	3,7 (0,8)
Koulussamme on mahdollisuus hyödyntää verkko-oppimisympäristöjä terveystieteiden opetuksessa	3,8 (1,1)
Koulumme opettajat hallitsevat opetuksen verkko-oppimisympäristöissä	3,3 (1,1)
Koulumme terveystieteiden opetus tapahtuu osittain verkko-oppimisympäristössä	2,7 (1,1)
Koulussamme kehitetään jatkuvasti terveyden oppimis- ja opetusmenetelmiä	3,5 (1,0)
Opettajamme käyttävät toiminta- kokemusmenetelmiä opetuksessaan	3,3 (0,9)
Koulussamme terveystieteiden oppiminen on kokemuksellista ja siinä hyödynnetään erilaisia oppimisympäristöjä	3,2 (0,9)
Koulussamme terveystieteiden oppiminen on oppilaiden aktiivista osallistumista ja toimintaa	3,5 (0,9)
Koulussamme terveystieteiden oppiminen on terveystietojen mieleen painamista ja muistamista	2,9 (1,0)
Opetussuunnitelmaa laadittaessa otetaan huomioon esiopetuksen opetussuunnitelma ja perusopetuksen yhtenäisyys sekä muut kunnan lapsia, nuoria ja kouluikäisiä koskevat päätökset	4,0 (0,8)
Oppilaiden huoltajat voivat vaikuttaa erityisesti opetussuunnitelman kasvatuksellisten tavoitteiden määrittelyyn	3,4 (1,0)



Kuvio 6. Tupakkaterveysopetuksen vaikutusmahdollisuudet (%)

Tupakkaterveysopetuksessa ilmenneitä vaikeuksia raportoitiin olleen oppilaiden kehitystasojen erot ja asenteisiin vaikuttamisen vaikeus. Vaikeaksi koettiin myös se, että oppilailla on halu kokeilla tupakointia ja osa oppilaista saa tupakoida kotona. Yhdeksännellä luokalla vaikeuttavina tekijöinä koettiin olevan myös se, että tupakointi on jo monella vakituinen tapa ja se, että laissa ja käytännössä on ristiriitoja sekä ympäristön vaikutus on voimakas (taulukko 14).

Vastaajien arvioiden mukaan tupakkaterveysopetuksen lisämateriaaliksi tarvitaan mm. vi-

deonauhoja ja av – materiaalia, valmiita opetuspaketteja, tietokonepelejä sekä valmiita PowerPoint – esityksiä (taulukko 15).

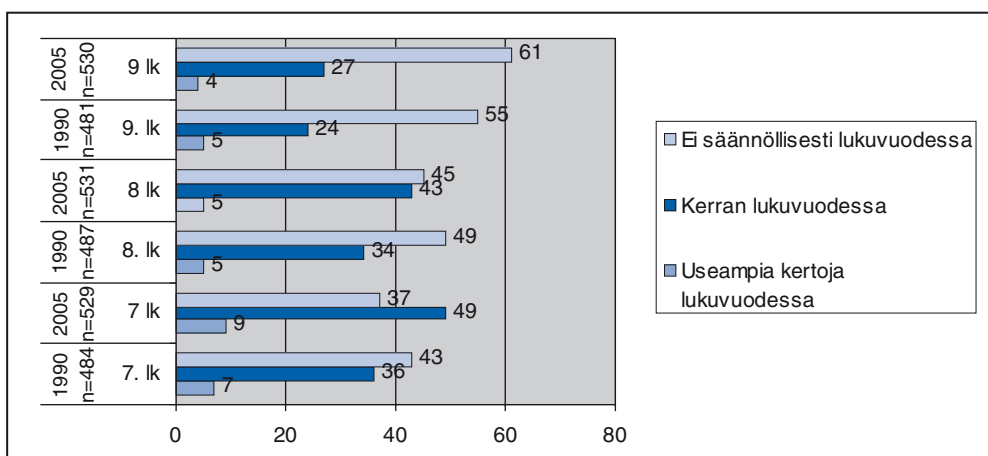
Keskustelut nuorten tupakoimattomuuden tukemisesta ja tupakoinnista vanhempainilloissa tapahtuivat yleisimmin kerran lukuvuodessa tai epäsäännöllisesti lukuvuoden aikana. Yhdeksännellä ja kahdeksannella luokalla oli yleisempää, että keskustelut tapahtuivat epäsäännöllisesti. Noin 10 prosenttia vastaajista ei osannut kommentoida vanhempainilloissa käydyistä keskusteluista tupakoimattomuuden edistämiseksi (kuviokuva 7).

Taulukko 14. Vaikeudet toteuttaa terveystietoa (%)

	7. luokka		8. luokka		9. luokka	
	1990 (n=205)	2005 (n=509)	1990 (n=230)	2005 (n=507)	1990 (n=232)	2005 (n=507)
Oppilaat eivät ole kiinnostuneita asiasta	17	2	24	4	25	5
Oppilaiden halu kokeilla tupakointia	6	13	4	15	0	-
Oppilaiden keskittymiskyvyn puute	3	5	-	-	-	-
Sopivan materiaalin puute	8	5	8	4	7	3
Asia ei liity opetettavaan asiaan	6	1	5	1	-	-
Asenteisiin vaikuttaminen on vaikeaa	6	15	10	18	12	18
Oppilaiden kehitystasossa on eroja	8	15	3	11	-	-
Vapaan luokkatilan löytäminen vaikeaa	3	1	3	1	2	-
Ajan puute	8	7	8	5	12	4
Oppilaat saavat tupakoida kotonaan	-	11	1	13	2	16
Ei ole riittävästi mahdollisuuksia tutustua oppilaisiin	3	4	-	-	3	1
Liian isot ryhmät	2	4	3	4	-	-
Opetussuunnitelman epäselvyys	2	1	1	1	2	1
Oppituntien vähyys	5	7	5	6	7	6
Oman motivaation puuttumien	2	-	1	1	1	-
Ympäristön vaikutus	-	6	1	8	2	11
Ylikorostunut kiinnostus tupakointiin	-	-	1	4	-	-
Lain ja käytännön ristiriita	-	-	-	-	1	13
Oppilaiden epäasiallinen käyttäytyminen	-	-	-	-	2	1
Tupakointi on jo monella vakiintunut tapa	-	-	-	-	6	16
Vaikea sanoa	-	-	1	-	1	2
Ei ollut vaikeuksia	19	5	4	-	16	4

Taulukko 15. Lisämateriaalin tarve tupakkaterveystietoa (%)

	1990 (n=306)	2005 (n=521)
Videonauhoja, av-materiaalia	70	20
Tietokonepelejä	5	13
Faktatietoa (esim. tilastoja)	4	8
Valmiita piirtoheitinkalvoja	4	10
Valmiita PowerPoint –esityksiä	-	13
Lehtisiä, julisteita	6	7
Oppilaiden itsensä valmistamaa materiaalia	1	7
Valmiita opetuspaketteja	4	16
Materiaalia on jo riittävästi	5	5
En osaa sanoa	1	2



Kuvio 7. Keskustelut nuorten tupakoimattomuuden tukemisesta vanhempainiloissa (%)

Henkilökunnasta 62% mielestä vanhempainiloilla on merkitystä edistettäessä nuorten tupakoimattomuutta. Vain noin 16 % mielestä niillä ei ole merkitystä. Vuoden 1990 kyselyyn verrattuna mielipiteet vanhempainiltojen merkityksestä eivät olleet muuttuneet.

Perustelut miksi vanhempainiloilla on merkitystä edistettäessä nuorten tupakoimattomuutta:

- tietoa tarvitaan, että vanhemmat tietävät kuinka yleistä tupakointi on ja osaavat puuttua asiaan (19 koulua)
- yhteistyö tärkeää yhtenäisen linjan saavuttamiseksi (16 koulua)

Perustelut miksi vanhempainiloilla ei ole merkitystä edistettäessä nuorten tupakoimattomuutta:

- vanhemmat itse tupakoivat (25 koulua)
- ne vanhemmat joiden lapset tupakoivat eivät osallistu vanhempainiltoihin (8 koulua)
- oppilaat tupakoivat usein vanhemmilta salaa (3 koulua)

Kysyttäessä tupakointia vähentäviä ja ehkäiseviä tekijöitä, henkilökunnan mielestä savukkeiden pitäisi olla kalliimpia ja koko koulu yhteisön tulisi korostaa omalla esimerkillään tupakoimattomuutta. Henkilökunnasta moni oli sitä mieltä, että nuoret ovat kyllästyneet kuulemaan tupakoinnin terveyshaitoista. Henkilökunnasta lähes kaikki olivat sitä mieltä, että tupakointi ei ole jokaisen oma asia (taulukko 16).

Yhteenveto

Vastaajat arvioivat, että terveysopetuksessa on tärkeää opettaa tupakoinnista ja muista päihteistä. Sen suunnittelussa pidetään edelleen tärkeänä sitä, että tupakoinnin haitoista ja tupakoimattomuuden eduista puhutaan oppilaille. Nykyisin terveysopetuksessa suunnittelussa otettiin huomioon myös tupakointiin liittyvät asenteet ja nuoren itsetunnon kehittäminen tupakoimatto-

Taulukko 16. Tupakointia vähentävät ja ehkäisevät tekijät (1=täysin erimieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4= täysin samaa mieltä)

	1990 (n=492) ka *	2005 (n=530) ka (sd)
Jos koulussa olisi enemmän opetusta tupakoimattomuudesta, harvemmat nuoret tupakoisivat	2,8	2,4 (0,7)
Jos koko koulu yhteisö korostaisi tupakoimattomuutta omalla esimerkillään/toiminnallaan, harvemmat nuoret tupakoisivat	3,0	2,8 (0,7)
Savukkeiden pitäisi olla kalliimpia, jotta nuoret harkitsisivat tarkemmin, mihin rahansa laittavat	2,9	3,0 (0,8)
Nuori on kyllästynyt kuulemaan tupakoinnin terveyshaitoista	2,7	2,7 (0,7)
Tupakointi on jokaisen oma asia eikä muiden pidä puuttua siihen	1,6	1,4 (0,6)

*) Vuoden 1990 aineistoa ei ole käytettävissä

muutta suosivaksi tavaksi. Tupakkaterveysopetuksessa edelleen tärkeinä oppisisältöinä pidettiin myös tupakointia ja terveyttä sekä tupakoinnin fyysisiä haittoja.

Terveysopetusta arvioidessa terveyden edistäminen koettiin olevan osa jokaisen opettajan opetusta. Tupakoimattomuuteen ohjaavaa opetusta suunnittelussa otettiin huomioon perusopetuksen yhtenäisyys sekä muut kunnan lapsia, nuoria ja koulutusta koskevat päätökset. Henkilökunnan mielipiteiden mukaan terveysopetuksen tulee olla samanlaista kaikille oppilaille, eikä erilaista tupakoiville oppilaille. Henkilökunta koki, että kaikki oppilaat tarvitsevat opetusta tupakoimattomuudesta ja tasavertaisuus opetuksessa on tärkeää. Terveysopetusta tukevana ja tupakointia ehkäisevänä tekijänä pidettiin mm. sitä, että koulu yhteisö korostaa omalla esimerkillään tupakoimattomuutta sekä yhteistyön lisääminen vanhempien ja koulun välille. Vastaajien mielestä myös se, että savukkeet olisivat kalliimpia voisi vähentää tupakointia.

Henkilökunnan arvioiden mukaan tupakkaterveysopetuksen vaikutusmahdollisuudet olivat parantuneet viimeisen viidentoista vuoden aikana. Tupakkaterveysopetukseen käytettiin useimmissa kouluissa 1-2 oppituntia lukuvuodessa. Yhdeksännellä luokalla joka viidennessä koulussa ei ollut lainkaan omaa oppituntia tupakkaterveysopetukseen. Opettajien valitsemissa oppimateriaaleissa tupakkaterveysopetuksessa ei ollut tapahtunut paljoakaan muutosta viimeisen viidentoista vuoden aikana, kuitenkin oppimismenetelmänä ryhmätöiden osuus oli lisääntynyt. Useat koulut käyttivät ulkopuolisia luennoitsijoita apuna tupakkaterveysopetuksessa. Monissa kouluissa oli myös muuta tupakkaterveysopetukseen liittyvää toimintaa esim. koulut osallistuvat Smoke Free – kilpailuihin ja muihin tupakoimattomuuskampanjoihin.

Ongelmiksi tupakkaterveysopetuksessa koettiin olevan oppituntien vähyys, riittämättömät mahdollisuudet tutustua oppilaisiin ja heidän ongelmiinsa sekä vaikeudet saada sopivaa oppimateriaalia, kuten videonauhoja, av – materiaalia ja valmiita opetuspaketteja. Ongelmiksi tu-

pakkaterveysopetuksessa koettiin myös se, että oppilaiden kehityksessä on eroja ja asenteisiin vaikuttaminen on vaikeaa sekä se, että oppilaille on halu kokeilla tupakointia ja osa oppilaista saa tupakoida kotona. Yhdeksännellä luokalla ongelmaksi koettiin erityisesti se, että monilla oppilaille tupakointi on jo vakiintunut tapa.

Henkilökunta arvioi oppilaiden tupakoinnin vähentyneen viimeisen 15 vuoden aikana. Heidän arvioidensa mukaan opettajilla oli hyvä käsitys siitä ketkä oppilaat tupakoivat, kuitenkin yli puolet henkilökunnasta arvioi 15–16 -vuotiaiden oppilaiden tupakoinnin vähäisemmäksi kuin se Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan on (5). Koulun ulkopuolella tapahtuva tupakointi oli melko yleistä. Kuitenkin henkilökunta arvioi, että koulun alueella, kouluajana ja koulun alueen ulkopuolella tapahtuva tupakointi on vähentynyt viimeisen viidentoista vuoden aikana. Tupakoinnin valvonta oli lisääntynyt tai pysynyt ennallaan viimeisen viidentoista vuoden aikana. Yleisin toimintamenetelmä tupakoinnista kiinnijääneen oppilaan kanssa oli, että opettajat keskustelivat oppilaiden ja heidän vanhempiansa kanssa sekä jälki-istunto.

Vanhempainilloissa tupakoinnista keskusteltiin pääasiallisesti kerran vuodessa tai epäsäännöllisesti. Henkilökunta piti vanhempainiltoja tärkeänä tilaisuutena yhtenäisten linjausten ja tiedottamisen saavuttamiseksi. Vanhempainilloilla ei koettu olevan niin paljoa merkitystä oppilaiden tupakoimattomuuden edistämiseksi silloin, kuin vanhemmat itse tupakoivat. Ongelmaksi koettiin myös se, että tupakoivien oppilaiden vanhemmat eivät välttämättä osallistu vanhempainiltoihin.

5.4 Yhteistyö ja terveysopetuksen integrointi

Yhteistyö oli säännöllistä tupakoimattomuuden edistämiseksi kouluterveydenhoitajien, muiden opettajien ja oppilashuollon kanssa. Harvemmin yhteistyötä tehtiin koulupsykologien, kouluhammashoitajien ja koululääkäreiden kanssa (taulukko 17).

Taulukko 17. Yhteistyö tupakoimattomuuden edistämisessä eri tahojen kanssa (1=ei juuri koskaan tapahtuvaa, 2=joskus tapahtuvaa, 3=säännöllistä, 4= erittäin säännöllistä)

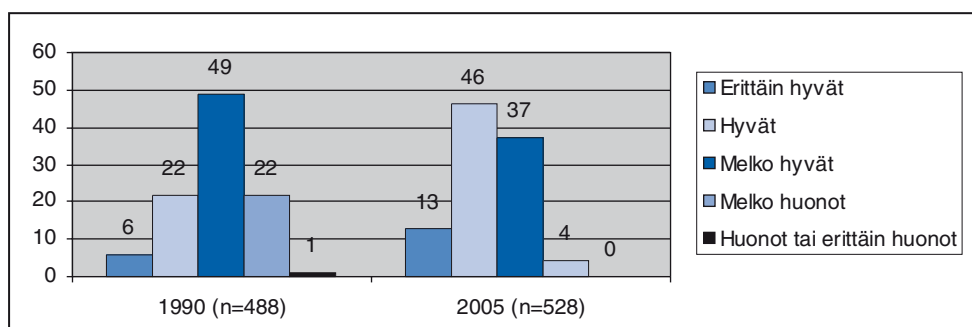
	1990 (n=465) ka *	2005 (n=519) ka (sd)
Muiden opettajien kanssa	2,2	2,6 (0,8)
Kouluterveydenhoitajan kanssa	2,3	2,6 (0,8)
Koulukuraattorin kanssa	1,4	1,9 (0,9)
Koulupsykologin kanssa	1,2	1,4 (0,6)
Koululääkäriin kanssa	1,3	1,5 (0,7)
Kouluhammashoitajan kanssa	1,2	1,5 (0,6)
Päihde- ja nuorisotyöntekijöiden kanssa	1,8	2,0 (0,8)
Oppilaiden vanhempien kanssa	-	2,4 (0,6)
Oppilashuollon kanssa	-	2,5 (0,9)

*) Vuoden 1990 aineistoa ei ole käytettävissä

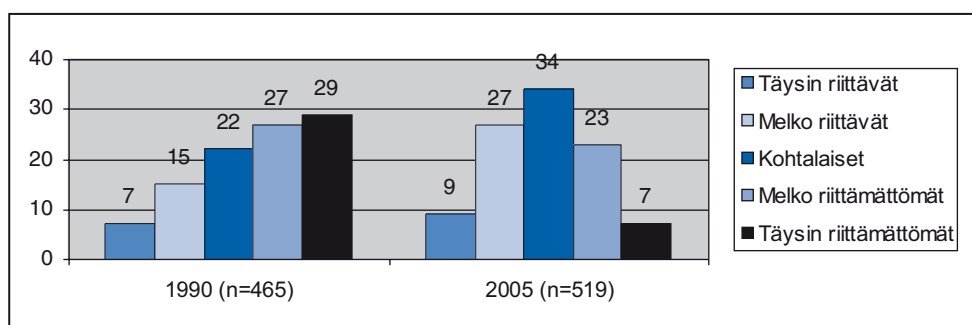
5.4.1 Opettajien tiedot ja taidot toteuttaa tupakkaterveysopetusta ja lisäkoulutuksen tarve

Vastaajien mielestä opettajien tiedot ja taidot toteuttaa tupakkaterveysopetusta olivat hyvät. Vuoden 1990 kyselyyn verrattuna tiedot ja taidot koettiin parantuneen (kuvio 7). Opettajakoulutuksessa saadut valmiudet toteuttaa tupakkaterveysopetusta olivat yli puolen mielestä riittävät

tai kohtalaiset, kolmasosan mielestä ne olivat riittämättömät. Vuoden 1990 kyselyyn verrattuna saadut valmiudet opettajainkoulutuksesta olivat parantuneet (kuvio 8). Noin puolen mielestä täydennyskoulutuksen tarvetta kuitenkin on, että tupakkaterveysopetus sujuisi paremmin. Vain kymmenes ei kokenut tarvetta täydennyskoulutukseen. Yli puolet vastaajista olisi kiinnostuneita osallistumaan täydennyskoulutukseen, jos sellaista olisi tarjolla.



Kuvio 7. Opettajien tiedot ja taidot toteuttaa tupakkaterveysopetusta (%)



Kuvio 8. Opettajakoulutuksessa saadut valmiudet toteuttaa tupakkaterveysopetusta (%)

5.4.2 Yhteenveto

Yhteistyötä säännöllisesti tupakoimattomuuden edistämiseksi tehtiin lähinnä muiden opettajien, kouluterveydenhoitajan ja oppilashuollon kanssa. Yhteistyö oli epäsäännöllistä koulupsykologien, kouluhammashoitajien ja koululääkärien kanssa.

Henkilökunnan arvioiden mukaan opettajien tiedot ja taidot toteuttaa tupakkaterveysopetusta olivat parantuneet viimeisen viidentoista vuoden aikana. Useiden vastaajien mielestä opettajakoulutuksessa saadut valmiudet toteuttaa tupakkaterveysopetusta olivat parantuneet. Kuitenkin moni vastaaja koki, että lisäkoulutuksen tarvetta on ja että he olisivat kiinnostuneita osallistumaan sellaiseen, jos sitä olisi tarjolla.

5.6 Muut kommentit

5.6.1 Terveysopetukseen ja koulun tupakoimattomuuteen liittyvät kommentit

'Haasteena 7,8,9 luokan terveystieteiden ohjeellisen tupakoimattomuutta tukevan opetusmenetelmän luokka-asteittainen erottaminen toisistaan. Samoin sen päällekkäisyys 9-luokan biologian oppisisällön kanssa.'

'Kouluissa tapahtuva tupakkavalistus tuntuu kukaan kuuroille korville. Paljon tärkeämpää olisi saada muita, "vaikutusvaltaisempia" nuorisovaihtajia, esim. muusikoita, mukaan kampanjoihin tupakoimattomuuden puolesta.'

'Jos kaikki aloittaisivat Lion Quest -opetusmenetelmän käytön esikoulusta - 9. luokalle, niin kaikki asiat olisivat hyvin! Nyt terveystieto ei ole toiminnallinen aine, vaikka ops niin vaatii!'

'Huumevalistus koetaan niin merkittäväksi painopisteeksi, että muut terveystieteiden alueet jäävät sen varjoon. Huumevalistuksen näkyvyys antaa mielikuvan koulun terveystieteiden riittävästä. Ravintoon, tupakointiin ja alkoholin käyttöön liittyvät aihealueet olisivat kansanterveyden kannalta merkittävämpiä.'

'Koulussamme toimii nyt jo kuudetta vuotta ns. TOP -kampanja. ("Tupakoimattomana Olen Tärkeä"). Oppilaat sitoutuvat vapaaehtoisesti tupakoimattomuuteen jakso kerrallaan (3 jaksoa lukuvuodessa). Jokaisen jakson jälkeen tupakoimattomana pysyneet oppilaat palkitaan mehu+munkkitarjoilulla. Keväällä, niiden kesken, jotka ovat olleet tupakoimattomia koko vuoden, arvotaan lisäpalkintoja. Kokemukset kampanjasta ovat hyvät.'

'Kiellot, käskyt, uhkailut, terveystieteistä puhuminen eivät vaikuta tupakoimattomuuteen. Lapsia/oppilaita pitää lähestyä asiassa heidän lähtökohdistaan. Heitä kiinnostaa enemmän tupakkateollisuuden tuhoamat sademetsät tai Bush tupakkafirmojen vaalirahoitukset - tämän tyyppiset asiat vaikuttavat ennaltaehkäisevästi. Koulumme tupakanvieroitusryhmä asiantuntijoiden (lääkäri, sairaanhoitaja) vetämänä tuo tuloksia tupakoinnin lopettamiseksi. Myös huoltajan kanssa sovitut korvaushoidot purevat tupakkadiktion.'

'Jos olisi joku henkilö "pyhitetty" keskusteluille tupakoivien kanssa. Eli siitä saisi korvauksenkin se henkilö, joka sitä jutustelua pitäisi, niin sillä voisi olla merkitystä. Henkilöllä tulisi olla aikaa (jota opettajilla ei kesken päivän ole). Ehkä voisi ohjata enemmän kuraattorin luo.'

'Koulumme tupakoimattomuus on hyvällä mallilla. Olemme päässeet vanhempien kanssa yhteistyössä hyvälle tasolle, vain joitain avoimesti hyväksyviä perheitä löytyy!! Materiaalit ja valistus ovat ajan tasalla ja koulun toimintakulttuuri on sitoutettu aineitten väliseen yhteistyöhön. Koulussamme ei ole tupakoivia opettajia. Olemme koko ajan tilanteen tasalla ja puutumme ja tiedotamme tapahtuneista päihdeasioista.'

'Oppilaiden tupakointi on selvästi vähentynyt, kuten päihteiden käyttökin. Ollaan menossa hyvään suuntaan, mutta silti vielä riittää tekemistä. Meidän koululla opettajista kukaan ei tupakoi, tupakoivaa opettajaa ei ole ollut vuosikausiin. Keittäjän ja siivoojan kanssa keskustelin asiasta, että eivät jatka koululla työpäivänsä aikana, vaikka muuten tupakoivatkin.'

'Rehtorin kommenttina sanoisin, että koulussamme on hyvä tehdä tupakoinnin vastaista työtä, sillä ei kukaan 42 opettajasta eikä myöskään muu henkilökunta tupakoi, ei koulussa eikä vapaa-aikana. (Siivoojahenkilökunnassa on joku, mutta he eivät tupakoi koulualueella eivätkä kuulu sivistyspalvelun piiriin).'

'Opettajan kiinnostuneisuus on kai kaikkein tärkeintä. Kyllä materiaalia löytyy ja tietoa. Oppituntien vähäisyys vaikuttaa myös; ei ole paljon mahdollisuuksia vaihdella opetusmenetelmiä, kun pitää saada äkkiä vietyä asia läpi + vielä seksuaaliterveys, alkoholi, huumeet jne.'

'Oppilaiden tunteminen tärkeintä. Koulumme hyvin pieni, joten tässä asiassa ei siksi ongelmia. Isoilla kouluilla asiat ihan toisin. Liian usein vastuusta yritetään kiemurrella irti - koulussa ja kotona.'

’Olen toiminut oppilashuollosta vastaavana rehtorina koulussamme melkein kymmenen vuotta. Tänä aikana oppilaiden tupakointi on vaihdellut. Joku ikäluokka tuntuu joskus olevan tupakoivampi kuin joku toinen. Aivan parina viime vuonna on tuntunut siltä, että tupakointi on vähentynyt, varsinkin poikien tupakointi. Olen skeptinen koulun vaikutusmahdollisuuksista tupakoinnin suhteen. Varsinkin yläkoulun mahdollisuudet ovat vähäiset. Jos ja kun halutaan vaikuttaa lasten tupakoimattomuuteen, on valistus suunnattava nuoremmille ja nimenomaan asennepuolen kannattamiseen. Faktat ovat tosi tärkeitä, mutta tunnepuoleen pitää vaikuttaa myös.’

’Olemme tehneet nyt viisi vuotta aktiivista työtä tupakoinnin ja päihteiden käytön vähentämiseksi. Nyt työ alkaa tuottaa tulosta esim. tupakointi on ratkaisevasti vähentynyt koulussa, eikä muodosta suurtakaan ongelmaa tällä hetkellä. Esim. opettajista (30) kukaan ei polta.’

’Sairauksiin ja muihin kielteisiin, monen vuoden päästä seuraaviin asioihin vetoaminen ei nuorten kohdalla pure. Nuoret elävät tässä ja nyt; oma ulkonäkö ja siihen liittyvät tupakoinnin haitat kiinnostavat, samoin luonto (sademetsät), raha (oma + tupakkafirmojen huikeat voitot) ja riippuvuus. Tyttöjä kiinnostaa jonkin verran oman hedelmällisyyden säilyttäminen (pohjustaminen) ja sikiön hyvinvointi.’

’Tupakkavalistus tulisi aloittaa sopivan varhain. Yläluokille tullessaan oppilailta on jo tupakointikokemuksia ja jopa -tapoja. Koulussamme tupakoivia oppilaita ei ole kovin paljon, mutta ongelma on hieman lisääntynyt. Ne, jotka tupakoivat, etsivät kyllä tilaisuuden polttaa. Kodeissa ei välttämättä välitetä.’

5.6.2 Oppilaiden sosiaaliseen ympäristöön liittyvät kommentit

’Pienessä koulussa ongelmat ovat vähäisiä. Oppilaat ja vanhemmat tunnetaan.

Oppilaiden tupakointi kouluajan ulkopuolella on vanhempien vastuulla.’

’Tupakkavalistus tehoaa kunhan sen ulotetaan myös vanhempiin. On myös puututtava tehokkaasti oppilaiden tupakoimiseen ja puhuttava siitä jatkuvasti. Opettajien tiukka torjuva asenne ja siitä kiinni pitäminen on tärkeää. Pelkät rangaistukset eivät riitä. Opettajien epäluottamus vaikuttamisen mahdollisuuteen huonontaa tilannetta. Samoin sormien läpi katsominen.’

’Kouluni on pieni, tupakointia on helppo valvoa ja vuosien mittaan yritykset tupakoida koulussa ovat vähentyneet huomattavasti, vapaa-aikana oppilaat tupakoivat, mutta näyttäisi että määrä on vähentynyt, asenteisiin koulun on aika vaikea vaikuttaa; koti ja kaveripiiri vaikuttavat enemmän. Monissa kodissa ”tupakkamyönteisyyttä”, vanhemmat tupakoivat eikä lastenkaan tupakointia pidetä kovin pahana.’

’Aikuisten malli on aika ratkaisevaa. On melko turha opettaa lapselle liikennesääntöjä koulussa, jos isi ajaa ylinopeutta ja punaisiin. Opettajan pitää tietysti toimia esimerkkinä, mutta ei se riitä.’

’Koteihin olisi vaikutettava kaikessa päihteiden kulutuksessa (vanhempien omiin tapoihin!) jo lapsen ollessa neuvolaiässä. Tupakoivien nuorten vanhemmat yleensä käyttävät päihteitä itse melko runsaasti tai erittäin runsaasti.’

’Olen käynyt tätä sotaa 30 vuotta! Kaikilla keinoilla! Parhaiten on tehonnut henkilökohtainen kontakti tupakoivien kanssa ja sopimuksen tekeminen jokaisen kanssa erikseen. Se on työlästä mutta tehokasta! Voimavaroja tällaiseen ei koulun joka päivässä kiireessä ole. Korostan vanhempien vastuuta! Tupakoivat ovat usein huomiota vailla! Opettajat eivät ole kohteena huomiolle vaan vanhemmat. Tupakointi on selvästi vähentynyt! Toivottavasti kehitys tähän suuntaan jatkuu.’

’Tupakka on mielikuva-asia nuorille aluksi. Kaverien vaikutus on murrosiän kynnyksellä valtava. Valistusta pitää selkeästi tehostaa äitiys- ja lastenneuvolassa. Kun varsinkin äiti on tupakoimaton, vaikuttaa se tehokkaasti lasten tupakointikäyttäytymiseen myöhemmin.’

’Koulussamme seitsemäsluokkalaiset ottavat nopeasti mallia tupakoivilta samoin löytävät vanhempia (yläluokilta) tupakoivia ”kavereita”, uusia tuttavuuksia tai tytöt poikaystävänsä. Mielestäni pitäisi nopeasti syyslukukauden alussa käsitellä tupakointia. Uusi opetuskirja ottaa eri asiat esille. Uskon että monessa muussakin koulussa on sama ongelma.’

5.6.3 Tupakoinnin valvontaan liittyvät kommentit

’Oppilaiden tupakointi koulussamme viime vuosina vähentynyt, myös STAKESin kyselyt tukevat väitettä. Tupakointi on tehty oppilaille niin ”vaikeaksi” (valvonta, seuraukset jne.), että vain pahiten riippuvaiset vaivautuvat menemään kyliksi kauas.’

’Painotan sitä, että tupakkalaki antaa mahdollisuuden valvoa tupakointia vain koulualueella. Lisäksi siihen vaikuttaa apulaisoikeuskanslerin päätös 2000 -luvun alussa, jolloin huumetestien laillisuuden yhteydessä hän ilmoitti, että koulun järjestyssäännöllä ei voida kieltää asiaa, joka laissa ei ole kiellettyä. Tämä merkitsi sitä, että oppilaan tupakointia ei kouluaikana voida järjestyssäännöllä kieltää. Laki estää vain tupakatuotteiden myymisen alle 18 -vuotiaille, ei itse tupakointia. Meillä on koulualueelta poistuminen kielletty kouluaikana, joten tupakoivaa oppilasta jouduttaisiin rankaisemaan luvottomasta poistumisesta koulualueelta eikä tupakoinnista.’

’On vaikea vaikuttaa niihin oppilaisiin, jotka jo tupakoivat. Rangaistukset eivät vaikuta mitään. Aina keksitään ”porsaanreikiä”. Palkkiot lopettamisesta saattaisivat auttaa. Tupakan hinnan korotus ei auta - rahaa hankitaan jostain lisää. Joihinkin idolien esimerkki saattaa vaikuttaa - mutta tupakoivia ”rockareitakin” löytyy. Valistustyön pitää olla jatkuva!’

’Kouluyhteisössä ei henkilökunnassa ole yhtäkään henkilöä, joka tupakoisi kouluaikana. Tupakoivat oppilaat ”karkaavat” koulun alueelta välitunnin aikana. Samat oppilaat ovat niitä, jotka saavat polttaa kotona (ei kaikki). Valvonta tosi turhauttavaa kissa-hiiri-leikkiä, joka tekee vastakkainasettelua oppilas-opettaja. Oppilaat saavat ostetuksi tupakkaa sekä vanhempien kavereidensa että omien vanhempien kautta. Toivoisin että lainlaatija laatiessaan lain ottaisi huomioon myös valvonnan ja rikkojien sanktiot. Jos jotain kielletään, se valvotaan ja sanktioidaan, tämä systeemi on tosi kurja. Opettajien tehtäväksi on jäänyt tupakkalain valvonta!’

’Tupakointi on jatkuva puheenaihe koulussamme (esim. opettajien kokouksessa). Yhä valmiimpia ja röyhkeämpiä tupakoitsijoita tulee 7. luokalle (aloittaneet jo esim. 4. luokalla!). Tarkalla valvonnalla, rehtorin pitämällä jälki-istunnolla, tietoskuilla ym. voimme turvata lähinnä sen, että epävarmemmat tupakointia harkitsevat eivät aloita. Yksi turhauttavimmista lain velvoitteista koulussa, opettajilla ei ole poliisin valtuuksia! Terveystiedossa kuuluisi olla jo 7. luokalla enemmän asiaa tupakasta, nyt vain sivutaan asiaa.’

’1970-luvulla Teiniliitto ja poliitikot loivat tupakkapaikat kouluihin. Nyt kukaan ei saisi polttaa koulun alueella. Silti samoja päättäjiä on kuvioissa vielä mukana. Heiluri ei näytä pysähtyvän keskelle. Suomessa halutaan keskustella ongelmien ratkaisemisesta, mutta ei ratkaista

ongelmia. Nykyinen tupakkalainsäädäntö luo oppilaille sen kuvan, että on oikeita lakeja ja leikkilakeja. Jälkimmäinen kieltää, mutta ei rankaise. Tämä murentaa uskoa kaikkeen lainsäädäntöön. Onko muitakin leikkilakeja olemassa? Tupakkalakia näyttää valvovan vain koulu. Missä terveys- ja sosiaalipuolen edustajat lymyävät silloin, kun koulun nurkalta sauhu nousee?’

’Tupakkalaki/sen noudattaminen oikeasti on mahdoton. Sen rikkomisesta aiheutuvat sanktiot koulun tasolla lähinnä jälki-istuntoa. Ei vaikutusta tupakoiviin nuoriin. Tupakkalaki on kuitenkin laki - miten vaikuttaa yleisemminkin yleiseen lakien ja normien ”kunnioittamiseen”?’

’Tupakointi on koko yhteisön ongelma. Koulun vaikea murtautua nuorisokulttuurin läpi. Opettajista yritetään tehdä ”vahtikoiria” ja ”vakoojia”.’

’Tulevaisuuden toiveeni on, että saataisiin koulussamme toimimaan ajatus: Koulussamme ei polteta koulupäivän aikana! Silloin opettajien ja oppilaiden yhteistyö pitäisi olla saumatonta ja valvonta erittäin ”napakka”. Lisäopetusta/tehoopetusta niille, jotka tupakoivat mm. lopettamisesta. Ongelmana on kuka/ketkä valvovat, ketkä antavat lisäopetusta ja miten ja milloin.’

5.7 Yhteenveto, päätelmät ja toimenpide-ehdotukset

Koulujen henkilökunta suhtautui myönteisesti terveys- ja tupakkaterveysopetukseen. Heidän arvioiden mukaan tupakkaterveysopetuksella pystytään vaikuttamaan nuorten tupakointiin. Avoimista kommentteista voi nähdä, että joissakin kouluissa aktiivisilla tupakoimattomuustoimenpiteillä uskotaan olleen vaikutusta oppilaiden tupakoinnin vähenemiseen.

Terveysopetusta arvioidessa terveyden edistäminen koettiin olevan osa jokaisen opettajan opetusta. Suurin osa vastaajista ei kannattanut sitä, että terveysopetus olisi erilaista tupakoiville oppilaille. Henkilökunnan mielestä opetuksen tulee olla tasavertaista kaikille ja oppilaita ei tulisi jakaa tupakoinnin perusteella eri ryhmiin. Henkilökunta arvio myös, että ongelmaksi voi muodostua miten arvioida sitä ketkä tupakoivat ja ketkä eivät. Kuitenkin suurin osa henkilökunnasta oli sitä mieltä, että opettajien tiedot siitä ketkä oppilaat tupakoivat ovat hyvät.

Koulujen henkilökunnan arvioiden mukaan oppilaiden tupakointi oli vähentynyt verrattuna vuonna 1990 tehtyyn kyselyyn. Tämä arvio on yhdenmukainen Nuorten terveystapatutkimuk-

sen kanssa (1). Kuitenkin henkilökunnan arviot olivat liian positiiviset. Henkilökunnan arvioiden mukaan 15–16 – vuotiaista alle 10% tupakoi päivittäin, kun Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan prosenttiluku on melkein puolet enemmän (1). Tupakoinnin arvellaan vähentyneen kouluaikana ja koulualueella, vähemmän sen katsotaan vähentyneen koulualueen ulkopuolella.

Tupakkaterveysopetusta eri luokilla toteutetaan vuosittain. Uuden opintosuunnitelman mukaan terveystiedon oppiainetta tulee opettaa kolme vuosiviikkotuntia omana oppiaineena. Kuitenkin tupakkaopetukseen liittyvien oppituntien määrä eri lukuvuosina oli suhteellisen vähäistä. Tämän kyselyn mukaan noin puolessa kouluissa tupakkaterveysopetusta annettiin lukuvuodessa vain 1-2 oppitunnilla. Erityisen huolestuttava tilanne oli yhdeksännellä luokalla, joissa noin viidennes kouluista ei ollut yhtään oppituntia tupakkaterveysopetukseen liittyen. Huomioitavaa on kuitenkin se, että kaikissa kyselyyn vastanneissa kouluissa ei ollut otettu uutta terveystiedon opetussuunnitelmaa vielä käyttöön. Terveystiedon opetusta tukevana ja tupakointia ehkäisevinä tekijöinä pidettiin mm. sitä, että kouluyhteisö korostaa omalla esimerkillään tupakoimattomuutta sekä se, että savukkeet olisivat kalliimpia.

Yhteistyötahoja tupakkaterveysopetuksen tukemiseksi oli monia. Koulujen sisällä tehtiin yhteistyötä erityisesti kouluterveydenhoitajien ja opettajien kanssa. Useissa kouluissa tupakkaterveysopetusta antoivat opettajien lisäksi vieraillevat luennoitsijat. Arvioiden perusteella myös vanhempien ja koulujen välistä yhteistyötä pidettiin keskeisenä asiana. Kuitenkin vanhempainilloissa tapahtuvat keskustelut tupakoimattomuuden tukemisesta ja tupakoinnista tapahtuvat suhteellisen epäsäännöllisesti. Avointen kysymysten perusteella ongelmaksi vanhempainilloissa koettiin muodostuvan mm. se, että niiden oppilaiden vanhemmat joiden lapset tupakoivat, eivät usein osallistuneet vanhempainiltoihin.

Tupakkaterveysopetusmenetelmien arvioitiin olevan pääasiallisesti perinteisiä opetusmuotoja. Ryhmätöiden osuus on kasvanut viimeisen viidentoista vuoden aikana. Opetuksessa kohdatut ongelmat olivat lähinnä samoja kuin aikaisemmin. Henkilökunta koki, että asenteisiin vaikuttaminen on vaikeaa, koska oppilailla on halu kokeilla tupakointia ja yhdeksännellä luokalla tupakointi on jo monilla oppilailla vakituinen tapa.

Opettajakoulutuksesta saadut valmiudet tupakkaterveysopetukseen arvioitiin parantuneen viimeisen viidentoista vuoden aikana, kuin myös opettajien tiedot ja taidot antaa tupakkaterveysopetusta. Henkilökunta suhtautui myönteisesti täydennyskoulutukseen, joka liittyy tupakkaterveysopetukseen. Heistä monet koki tarvetta täydennyskoulutukseen ja olisi kiinnostunut osallistumaan, jos vain sellaista järjestettäisiin.

Koulun henkilökunnan mahdollisuuksiin valvoa nuorten tupakointia suhtauduttiin hieman epäilevästi. Avointen kommenttien perusteella henkilökunta uskoi, että ne oppilaat jotka haluavat tupakoida tekevät niin rangaistuksista huolimatta. Tupakoivat oppilaat menevät koulualueen ulkopuolelle tupakoimaan ja henkilökunnan mahdollisuudet estää tämä ovat rajalliset.

Ongelmaksi tässä kyselyssä koettiin avointen kommenttien perusteella se, että osassa kouluista terveystieto oppiaineena oli vasta alkanut tai sitä ei vielä ollut otettu käyttöön, joten tämä vaikeutti kyselyyn vastaamista. Huomioitavaa on myös se, että osa vastanneista koki koulun henkilökunnan aikataulun olevan liian tiukka, että he pystyisivät vastaamaan moniin eri kyselyihin, joita kouluille lähetetään.

Raportin perusteella voidaan sanoa, että kouluaikana tupakkalain noudattamisen valvonta on painottunut koulujen henkilökunnan vastuulle. Koulujen henkilökunnan avuksi tulisi kehittää erilaisia toimintatapoja, joiden avulla tupakkalain valvontaa voisi parantaa kouluissa. Valvonnan vastuuta tulisi siirtää myös lainvalvonnan viranomaisille ja yhteistyötä tulisi kehittää koulun sekä lainvalvonnan viranomaisten kesken.

Lasten ja nuorten tupakoinnin vähentäminen on yksi tärkeä tavoite. Kouluilla on keskeinen asema lasten ja nuorten tupakoimattomuuden edistämisessä, koska koulujen avulla pystytään tavoittamaan suuri joukko nuoria ja terveiden elämäntapojen opettaminen on osa koulun järjestelmää. Tämän kyselyn perusteella voidaan sanoa, että koulujen henkilökunta suhtautuu myönteisesti tupakkaterveysopetukseen sekä he uskovat, että tupakkaterveysopetuksella pystytään vaikuttamaan tupakoimattomuuden edistämiseen. Suurena haasteena onkin, miten koulujärjestelmää pystytään käyttämään tehokkaasti apuna nuorten tupakoinnin vähentämisessä.

Tämän raportin perusteella voidaan sanoa, että yhteistyön kehittämistä eri tahojen välillä tulisi lisätä. Erityisesti yhteistyön kehittäminen koulun ja oppilaiden vanhempien välillä on oleellista.

Yhteistyön kehittäminen myös koulun ulkopuolisten tahojen, kuten terveydenhuollon, urheilu- ja harrastejärjestöjen sekä nuorisotoimen välille olisi hyödyllistä. Tupakkaterveysoppitunteja tulisi pitää säännöllisesti jokaisena lukuvuonna peruskoulun 7.-9. – luokkien aikana sekä valmiita resursseja tulisi kehittää opettajien ja koko kouluyhteisön käyttöön, kuten valmiita opetuspaketteja tupakkaterveysoppitunteja varten.

Opettajien lisäkoulutusta terveys- ja tupakkaterveysopetusta varten tulisi myös kehittää. Tämän kyselyn perusteella voimme sanoa, että opettajilla olisi halukkuutta siihen. Näin pystyttäisiin lisäämään opettajien valmiuksia tupakkaterveysopetukseen ja mahdollisesti vaikuttamaan tupakoimattomuuden myönteiseen ilmapiiriin koko kouluyhteisössä. Lisäksi eri tupakoimattomuutta edistäviä toimia tulisi kehittää jo tupakoiville oppilaille. Vieroituspalveluiden kehittäminen olisi tarpeellista, erityisesti tupakoinnin lopettamaan motivoituneille oppilaille.

5.8 Lähteet

1. Rimpelä A, Rainio S, Pere L, Lintonen T, Rimpelä M. Tupakkatuotteiden ja päihteen käyttö 1977-2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:23.
2. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. In: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu ja 2001:4. p. Helsinki.
3. Tossavainen K, Vartiainen E. Tupakkaterveyskasvatus peruskoulussa. Helsinki: Sosiaali- ja Terveystieteiden tutkimuskeskus; 1992.
4. Opetushallitus. <http://www.edu.fi>. Perusopetus, Terveystieto. In; 2004.
5. STAKES. Kouluterveyskysely. In: <http://www.stakes.fi/kouluterveys/taulukot/2005/tupakointi05.htm>; 2005.

6 NUORTEN TUPAKOINNIN VIEROITUKSEN JÄRJESTÄMINEN

– Tutkimusnäyttö ja toimenpide-ehdotukset

Marjaana Pennanen ja Kristiina Patja, Kansanterveyslaitos

6.1 Tausta ja tavoitteet

Terveys 2015 – kansanterveysohjelman yksi tavoite on puolittaa alle 18-vuotiaiden tupakoinnin yleisyys. Tämä tukee muita ohjelman tavoitteita mm. terveiden ja toimintakykyisten elinvuosien lisäämistä sekä väestöryhmien välisten tervey-

serojen kaventamista. Tupakointi on merkittävä ennen aikaisen kuolleisuuden syy sekä yksi keskeinen selittävä tekijä koulutusryhmien välisissä kuolleisuuseroissa. Nuorten tupakkatuotteiden käyttö alkoi lisääntyä Suomessa 1980-luvulla. Vuonna 2005 14–18-vuotiaista noin 23% käyttivät tupakkatuotteita päivittäin. Tupakoinnin aloittaminen ja kokeilu ovat hiukan vähentyneet (1).

Suomessa on nuorten tupakoimattomuutta edistetty 1970-luvulta lähtien erilaisilla kouluohjelmilla, valtakunnallisilla kampanjoilla ja kilpailuilla. Kansainvälisessä vertailussa suomalaiset nuoret tupakoivat 1990-luvun lopulla enemmän kuin eurooppalaiset yleensä (2), mutta erot ovat varsinkin tyttöillä tasoittuneet.

Nuorten tupakoinnin vieroitus on varsin uusi asia myös muualla ja vaikka tutkimustieto riippuvuuden kehittymisestä ja riskeistä on lisääntynyt voimakkaasti viime vuosina, käytännön keinoja on kehitetty ja tutkittu niukasti (3, 4). Kansallisia suosituksia ja toimenpideohjelmia on raportoitu Yhdysvalloista (5, 6) ja Kanadasta (7).

Nuorten tupakoimattomuuden edistämiseksi tullee olla käytössä parhaat mahdolliset keinot. Tupakointinsa aloittaneiden ja etenkin vakiintuneiden tupakoijien tulisi saada tietoa, osaamista ja tukea myös tupakoinnin lopettamiseen. Tämän raportin tavoitteena on:

- a) Koota tutkimustietoa nuorten tupakoinnin vieroituksesta
- b) Esittää toimenpiteitä nuorten vieroituksen suunnitteluun lähivuosille

6.2 Kohderyhmät ja toimintaympäristöt

Nuorten tupakoinnista ja tupakasta vieroituksesta tulisi olla tietoa kaikilla hallinnon ja toiminnan tasoilla, jotka vaikuttavat tai toimivat nuoren elinpiirissä. Päätäjien (kunnalliset päättäjät, lääninhallitukset, Sosiaali- ja terveysministeriö, Opetusministeriö ja Kulttuuriministeriö) tulisi olla tietoisia nuorten tupakoinnin ehkäisystä ja sen tärkeydestä sekä ottaa tupakoinnin vieroitus huomioon kunnallisia ja alueellisia päihdestrategioita suunniteltaessa.

Nuorten tupakoinnin vieroituksen tulisi tapahtua ympäristössä, jonka he kokevat omimmaksi. Nuorten vanhempien ja muiden elinympäristön aikuisten tulisi olla nuoren tukena, mutta toisaalta nuorelle tulisi tarjota vieroitusta myös luottamuksellisesti nuoren näin halutessa. Koulun merkitys on suuri tiedon ja taitojen antajana. Koulun

asenteella ja toiminnalla tupakoinnin suhteen on merkitystä nuoren asenteiden kehittymiselle. Koulujen tupakointiohjeistus ja sen tehokas valvonta lisäävät tupakasta vieroituksen tarvetta (8). Opettajien, koulukuraattorien, opinto-ohjaajien, rehtorien ja koulupsykologien tulisi antaa tietoa tupakoinnin vieroituksesta. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollolla tulisi olla valmiudet auttaa nuoria vieroittamaan tupakasta.

Tupakoinnin vieroitusmahdollisuus tulisi olla tarjolla myös niissä terveydenhuollon yksiköissä, joissa nuoria hoidetaan. Varsinkin pitkäaikaissairaiden nuorten (esim. astmaatit ja nuoruustyypin diabeetikot) tupakoinnin vieroitusta tulisi kehittää.

6.3 Tupakkariippuvuus nuorilla

Tupakointi aiheuttaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden. Tupakoinnin aloittaminen on monimutkainen tapahtumaketju, jossa ulkoisilla tekijöillä, ystävillä ja ympäristön odotuksilla on suuri merkitys. Vaarana on, että vähitellen tupakointi alkaa muuttua ehdollistuneeksi käyttäytymiseksi (9). Samaan aikaan kehittyä ja voimistuu fyysinen riippuvuus nikotiiniin, joka alkaa säädellä tupakoinnin määrää. Aikaisemmin ajateltiin, että nikotiiniriippuvuus syntyy kuukausissa. Nikotiiniriippuvuus voi kuitenkin kehittyä nopeasti tupakoinnin aloittamisesta. Jo muutaman kerran tupakointi voi aiheuttaa riippuvuusoireita (10). Tutkimusten mukaan nuorilla ilmeni nikotiiniriippuvuusoireita jo ensimmäisen tai toisen kokeilun jälkeen. Riippuvuusoireiden määrä lisääntyi poltettujen savukkeiden määrän kasvaessa (11). Keskimäärin kahden savukkeen polttaminen viikon aikana aiheutti vieroitusoireita (10). Ei ole kuitenkin mahdollista ennustaa, ketkä saavat muutaman käyttökerran jälkeen riippuvuuteen liittyviä oireita.

Tupakkariippuvuuden riskitekijät ovat sekä perinnöllisiä että ympäristötekijöitä. Tupakkariippuvuuden kehittymiseen vaikuttavat yksilön perimä, keskushermoston herkkyys nikotiinille ja maksan kyky hajottaa sitä, geneettinen tausta on vielä osin avoin. Ympäristötekijät ovat merkittäviä ja niihin voidaan vaikuttaa.

Ystävien tupakoinnilla (12, 13) ja vanhempien tupakoinnilla (14, 15) on havaittu olevan vaikutusta nuoren tupakointiin, näyttö ei kuitenkaan ole aivan kiistatonta (11). Kokeilujen aloittamisikä on tärkeä, sillä mitä nuorempa nuori aloittaa ensimmäiset tupakkakokeilunsa sitä todennä-

köisemmin hän tupakoi aikuisena säännöllisesti (16). Nuorten tupakointiin liittyy aikuisten tupakointiin verrattuna enemmän epäsäännöllisyyttä. Näin ollen nuoren ja hänen lähiympäristönsä voi olla vaikeaa havainnoida ja ymmärtää nuoren tupakkariippuvuutta tai sen riskiä ajoissa (17).

Nuorten nikotiiniriippuvuuden yleisyydestä Suomessa ei ole tarkkaa tietoa. Siqueiran ym. tutkimuksessa yli puolet päivittäin tupakoineista nuorista raportoi kärsineensä fyysisistä vieroitusoireista yrittäessään lopettaa tupakointia (18). Clemente ym. tutkimuksessaan totesivat, että noin 87 % tupakoitsevista nuorista oli ainakin lievästi nikotiiniriippuvaisia (19). Valtakunnalliseen STUMPPI-tupakastavieroituspuhelimeen soittaneista oli alle 18-vuotias kolmannes. Nikotiiniriippuvuustestillä arvioituna heistä 70 %:lla oli nikotiiniriippuvuusoireita, kun he yrittivät lopettaa tai vähentää tupakointia (20). Colby ym. huomioivat katsauksessaan, että nuorten nikotiiniriippuvuuden määrittelyssä on eroja, joten yleisyyttä on vaikea selvittää. He arvioivat, että tupakoivien nuorten nikotiiniriippuvuus vaihtelee 20-60 % välillä (21).

Nuorten lopettamishalukkuus väestötasolla ei poikkea olennaisesti koko työikäisestä väestöstä: 15–24-vuotiaista joka viides ilmoittaa yrittäneensä lopettaa edellisen vuoden aikana, mutta todellinen lopettaneiden osuus on noin 2 %. Suomalaisessa 15-vuoden seuranta-aineistossa 26 % 15-vuotiaana tupakoineista lopetti 28 ikävuoteen mennessä. Lopettamishalukkuus oli myös suurta niiden joukossa, jotka edelleen tupakoivat ja heistä 7 % arvioi tupakoivansa viiden vuoden kuluttua. Lopettaneita oli eniten niiden joukossa, jotka jatkoivat ylempiin koulutusasteisiin (22). Tämä viittaisi siihen, että tupakasta vieroitusta tulisi suunnitella kohdennetusti. Poltetun tupakan lisäksi myös muiden tupakkatuotteiden käyttö on huomioitava (23).

6.4 Tutkimusten valinta

Nuorten tupakoinnin vieroituksen tutkiminen on suhteellisen uutta. Pääosa tutkimusnäytöstä on tupakoinnin ennaltaehkäisystä. Jotakin tutkimustietoa vieroitusohjelmista kuitenkin on, mutta tutkimusasetelmat, menetelmät ja tulokset vaihtelevat. Ongelmana on tupakoinnin alkamiseen liittyvät määrittelykysymykset, tupakkariippuvuuden määrittely nuorilla ja sen mittaaminen sekä nuorille soveltuvien vieroitusmenetelmien vähäinen määrä. Ohessa olevissa tutkimuksissa intervention alkutilanteessa tehtyjä mittauksia ei

ole suurimmassa osassa raportoitu tai niitä ei ole tehty. Tupakoinnin vieroitusta on kohdennettu tutkimuksissa koko nuorelle ikäluokalle, halukaille tai jollekin erityisryhmälle. Eri tutkimukset ovat jaoteltu toimintaympäristön mukaisesti kouluissa tai terveydenhuollossa toteutettuihin ohjelmiin sekä kilpailuihin. Kirjallisuushaut tehtiin PubMed –ohjelman avulla termeillä: Smoking, Adolescent, Randomized Control Trial, intervention, cessation, teenage smoking, comparison group, quit smoking, NRT, nicotine replacement therapy, adolescent cessation telephone ja internet. Haut rajattiin koskemaan 13-18 vuoden ikäisistä nuorista tehtyjä tutkimuksia. Tämän lisäksi osa vieroitusohjelmista löydettiin haussa löytyneiden ja tiedossa olleiden katsauksien lähdeluetteloista (4, 17, 21, 24-27).

6.4.1 Kouluissa toteutetut vieroitusohjelmat

Horn ym. tutki lyhyt kestoisen tietopaketin ja 10-viikon kouluopetukseen sisältyvän Not on tobacco (N.O.T) – ohjelman tehoa. Käytetty ohjelma on erityisesti suunniteltu tupakoijille, joilla on kohtalainen tai voimakas nikotiiniriippuvuus. Viidestätoista koulusta valittiin mukaan 14-19-vuotiaita tupakoivia nuoria (**n=365**), jotka polttivat yli viisi savuketta päivässä. Kaikkien osallistuvien tupakointitiedot ja nikotiiniriippuvuus arvioitiin alussa ja koulut satunnaistettiin eri ryhmiin. Vähäisesti nikotiiniriippuvaisten ryhmässä lyhyen ohjauksen ja pitkäkestoisen ohjelman välillä ei ollut merkittävää eroa lopettamisessa (24 % ja 23 %), mutta kohtalaisesti ja voimakkaasti riippuvaisten lopettaminen lisääntyi merkittävästi pitkäkestoisessa ohjelmassa (kohtalainen riippuvuus 23 % ja 4 % ja vahva riippuvuus 14 % ja 8 %) (28). Samaan ohjelmaan osallistui **258** tupakoivaa nuorta kahdesta Yhdysvaltaisesta osavaltioista. Viidentoista kuukauden seurannassa toisessa osavaltiossa ohjelmaryhmien välillä oli eroja tupakoinnin lopettamisessa. Pohjois-karoliinissa N.O.T -ryhmässä tupakoinnin oli lopettanut 9.8% oppilaista ja lyhyen tietopaketin saaneiden oppilaiden keskuudessa 1.6%. Ero oli tilastollisesti merkitsevä (29).

Kommentti: Tutkimusmenetelmää ei kuvata tarkasti, joten vaikea arvioida, miten iso intensiteettien ero on. Aineistoa ei esitetä kokonaisuudessaan, joten täytyy luottaa tutkijan tietoon, etteivät ryhmät poikenneet toisistaan. Selvästi vaikuttaa siltä, että voimakkaasti riippuvaiset nuoret tarvitsevat eri keinoja kuin vähemmän riippuvaiset.

Lotecka ym. vieroitusohjelma suunnattiin 14-18 -vuotiaille vähintään kerran viikossa tupakoitseville nuorille (**n=49**). Ohjelmaan nuoret rekrytoitiin lehtien, ilmoitusten sekä koulujen kautta. Ne nuoret, jotka halusivat osallistua ohjelmaan, jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Toinen ryhmistä (n=23) osallistui tapaamisiin, joissa pohdittiin syitä miksi nuoret haluavat lopettaa tupakoinnin ja roolinäyteltiin hankalia tilanteita, joihin nuoret voivat joutua. Tapaamisissa esiteltiin sellaisia nuoria, jotka olivat lopettaneet tupakoinnin ja yleisiä vaihtoehtoja tupakointiin esim. purukumin syöminen. Kokoonumisissa harjoiteltiin rentoutumista ja keskusteltiin tupakoinnin välittömistä haitoista. Nuorille oli tarjolla myös henkilökohtaista neuvontaa koko ohjelman ajan. Toinen ryhmä (n=26) toimi vertailuryhmänä, ja he saivat tiedotteen tupakoinnin lopettamisesta. Heihin otettiin yhteyttä säännöllisesti ja kyseltiin miten lopettaminen sujui. Tupakoimattomuutta mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan kolmen kuukauden seurannassa ohjelmaryhmän tupakointi väheni tilastollisesti merkitsevästi. Vertailuryhmän tupakointi ei vähentynyt (30).

Kommentti: Tutkimuksen otos on pieni. Satunnaistaminen ei ehkä ole ollut hyvin toteutettu ja otos liian pieni. Yhteyden puuttuminen kouluun tai hoitojärjestelmään on selvä heikkous ja vähentää tutkimuksen käyttöarvoa keinojen pohtimisessa.

Adelman ym. vieroitusohjelma suunnattiin noin 16-vuotiaalle nuorille (**n= 74**). Ohjelmaan osallistuneet nuoret olivat halukkaita lopettamaan tupakoinnin ja heidät rekrytoitiin koulujen sekä kouluterveydenhuollon kautta. Halukkaat nuoret jaettiin satunnaisesti kahteen eri ryhmään. Ensimmäinen ryhmä osallistui kuuden viikon ajan kahdeksan tuntia kestäville koulupohjaisille oppitunneille (**n=35**). Toisen ryhmän nuorille jaettiin tietoa antava kirjanen tupakoinnin lopettamisen keinoista, ja lisäksi nuoret osallistuivat kolmen kuukauden kuluttua samanlaisille oppitunneille kuin ensimmäinen ryhmä (**n=39**). Oppitunneilla keskusteltiin tupakoinnin lopettamisen vaikeuksista, lopettamisen strategioista, autettiin nuoria valmistautumaan lopettamiseen sekä keskusteltiin vieroitusoireista ja tupakointiin sortumisesta. Tupakoinnin lopettaminen varmistettiin mittaamalla sylkinäytteen kotiniinipitoisuus ja hengitysilman häkäpitoisuus. Tulosten mukaan heti ensimmäisen ryhmän oppituntien jälkeen ensimmäisen ryhmän nuoret lopettivat tupakoinnin tilastollisesti merkitsevästi useammin kuin toisen ryhmän nuoret. Ensimmäisen

ryhmän nuorista 59 % oli lopettanut tupakoinnin, kun toisen ryhmän nuorista lopettaneita oli 17 %. Kaksi kuukautta siitä, kun toisen ryhmän nuoret olivat osallistuneet myös oppitunneille, ensimmäisen ryhmän nuorista lopettaneita oli 34 % ja toisen ryhmän nuorista 27 %. Ero ei enää ollut tilastollisesti merkitsevä (31).

Kommentti: Tutkimuksessa on pieni otos lopettamaan halukkaita nuoria. Vieroitus koostui vain oppitunneista eikä yksilöllistä neuvontaa annettu. Seuranta-aika oli hyvin lyhyt, 3 kuukautta. Pitkäaikaista vaikutusta ei saavutettu, joka johtuu menetelmästä, joka on kehitetty ennalta ehkäisyyn eikä niinkään vieroitukseen. Suomalaisessa terveystiedon oppiaineessa voitaisiin käsitellä tupakasta vieroituksen keinoja samantyyppisesti.

Rohrbach ym. toteuttivat laajan koulu ja – yhteisöpohjaisen ohjelman, jossa tavoitteena oli vähentää tupakan savua ympäristöstä, ehkäistä tupakoinnin haitallisia vaikutuksia, vähentää nuorten mahdollisuutta saada tupakkatuotteita ja edistää tupakoinnin lopettamista (n=6911). Ohjelma- ja vertailuryhmä valittiin satunnaisesti 84 koulusta. Ohjelmaan kuului laaja media- ja yhteisöohjelma, jonka avulla pyrittiin vaikuttamaan mm. tupakoinnin mainostamiseen ja tupakointiin. Koulupohjainen ohjelma sisälsi tavoitteen saada koulut savuttomaksi, tupakoinnista tiedottamista koulutunneilla ja ohjelmalla pyrittiin lisäämään tupakoinnin lopettamista tukevia palveluita nuorille. Nuoret olivat 15 -vuotiaita. Vertailuryhmä osallistui vain yhteisöpohjaiseen ohjelmaan. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna. Tällä ohjelmalla ei pystytty vähentämään nuorten tupakointia (32).

Kommentti: Ohjelma on osa laajempaa tupakoimattomuuden edistämishjelmaa, mikä on myönteinen asia. Oskoko on suuri. Raportissa ei kuitenkaan ole selkeästi kuvattu mitä vieroituspalveluita eri kouluissa pyrittiin lisäämään ja oliko näiden palvelujen tarjonnassa eroja koulujen välillä.

6.4.2 Terveystiedonhuollossa toteutetut vieroitusohjelmat

Terveystiedonhuolto tapaa nuoria eri ikäkausitaroituksissa sekä lyhyt- että pitkäaikaissairauksien hoitojen yhteydessä. Tupakoinnin kysymisestä ja kirjaamisesta on kuitenkin usein vaihtelua ja puutteita (33). Terveystiedonhuoltohenkilöstön asenteita tai tupakoinnin esille ottamista ei ole Suomessa tutkittu. Yhdysvalloissa ja Kanadassa

on kehitetty vieroitusmalleja nuorille muutaman vuoden ajan ja selvitetty lähinnä lääkäreiden toimintaa nuorten tupakoinnin suhteen. Seitsemän kymmenestä lääkäristä ilmoitti kysyvänsä tupakoinnista 11–21-vuotiailta potilailta ja vieroitus mahdollisuuksista ilmoitti kertovansa 1,7 % (34). Alahengitystieinfektio ja terveystarkastus olivat niitä potilaskontakteja, joissa todennäköisimmin tupakointi otettiin esille. Toisessa tutkimuksessa tupakointiin puuttumista ja vieroitusta lisäsivät käytetty aika, luottamuksellinen hoitosuhde ja perehtyneisyys kansallisiin tupakasta vieroituksen hoitosuosituksiin (3). Nuorten tupakointitilanne ei ole yhtä vakiintunut kuin aikuisilla ja sen vuoksi tupakointiin liittyviä tekijöitä tulisi tarkastella laajemmin kuin kysymyksenä tupakoitko vai et. Tupakoinnin kesto, määrä ja lopettamisyrittäykset tulisi selvittää. Nuorilla myös satunnaistupakointi ennustaa myöhempää päivittäistä tupakointia ja sekin tulisi selvittää. Tupakoimattomuuden tuki on tärkeä ja ystävien tupakointi, tupakointipaikat ja vanhempien tietoisuus tupakoinnista tulisi myös selvittää.

Hollis ym. vieroitusohjelman nuoret valittiin ohjelmaan tavallisten terveystarkastusten yhteydessä (n=2526). Osa nuorista oli tupakoitsijoita ja osa ei tupakoinut. Nuoret olivat 14-17 – vuoden ikäisiä. Heidät satunnaisesti jaettiin kahteen eri ryhmään. Ohjelmaryhmän nuoret osallistuivat yhteen tapaamiskertaan, jolloin nuoria motivoitiin siihen, että he eivät aloittaisi tupakointia tai lopettaisivat sen. He osallistuivat 10 minuutin kestävään interaktiiviseen osioon, jossa käytettiin apuna tietokoneohjelmaan, jonka olivat Prochaska, Velicer ym. kehittäneet. Siinä nuori sai yksilöllistä palautetta ja motivointia tupakoimattomuuden edistämiseksi. Palautteesta keskusteltiin ohjaajan kanssa. Nuoret saivat tapaamiskerran päätteeksi tietolehtisen, joka perustui tietokoneohjelman palautteeseen siten, että se oli yksilöllisesti räätälöity jokaisen nuoren tarpeisiin nähden. Ohjelmaryhmän nuoret osallistuivat vielä kahteen tapaamiskertaan seuraavan 11 kuukauden aikana. Näillä tapaamiskerroilla nuorten kanssa käytiin läpi palautetta, jonka nuori oli saanut ensimmäisellä tapaamiskerralla. Osa nuorista ei päässyt tapaamiskerroille, joten ohjaajat olivat heihin yhteydessä puhelimitse. Vertailuryhmän nuoret osallistuivat 3-5 minuuttia kestävään tapaamiseen, jonka aikana nuorille annettiin tietoa hedelmien ja vihannesten käytön tarpeellisuudesta. He saivat asiaa koskevat kaksi tietolehtistä mukaansa. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan tällä ohjelmalla pystyttiin vaikuttamaan tupakoimat-

tomuuteen entisillä tupakoitsijoiden keskuudessa, mutta ei tupakoinnin aloittamisen ehkäisemiseen. Kahden vuoden seurannassa ohjelmaryhmän lähtötason mittausten tupakoivista nuorista tupakoimatta oli ollut edelliset 30 päivää 23.9% ja vertailuryhmän 11.4%. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä -.

Kommentti: Otoskoko oli suuri. Myönteisenä asiana on myös se, että lisätehostusta käytettiin kahteen kertaan ohjelman päättymisen jälkeen seuraavan 11 kuukauden aikana. Entisillä tupakoitsijoilla tupakoimattomuus mitattiin kuluneen 30 päivän ajalta, mikä on liian lyhyt aika nuorilla, että voitaisiin tehdä johtopäätöksiä ohjelman vaikutuksista tupakoinnin lopettamiseen.

Sussman ym. vieroitusohjelma suunnattiin nuorille, jotka olivat tupakoineet viimeisen 30 päivän aikana. Koulut satunnaistettiin kolmeen eri ryhmään. Ensimmäinen ryhmä osallistui kahdeksaan kokoontumiseen kuuden viikon ajan (**n=139**). Kokoontumiset tapahtuivat tupakkaklinikalla. Kokoontumisissa keskusteltiin tupakoinnin syistä, lopettamisesta, tupakoinnin stressiä aiheuttavasta puolesta, tupakan vaarallisista aineosista sekä sen terveysvaikutuksista, tupakoinnin lopettamiseen sitoutumisesta, vieroitusoireista, painonhallinnasta ja miten stressiä voi ehkäistä terveellisellä tavalla. Kokoontumisissa harjoiteltiin myös itsehallinnan taitoja ja rentoutumista. Toinen ryhmä osallistui kokoontumisten lisäksi kouluohjelmaan, jossa koulut sitoutuivat edistämään nuorten tupakoimattomuutta erilaisilla lopettamistoimenpiteillä. Koulun yleistä ilmapiiriä pyrittiin esimerkiksi muuttamaan enemmän tupakoimattomuutta suosivaksi ja ohjelmasta kerrottiin uutislehden avulla (**n=120**). Kolmas ryhmä toimi vertailuryhmänä, joka sai tavallisen kouluopetuksen (**n=76**). Keski-ikältään nuoret olivat noin 17 -vuotiaita. Osallistumisesta ohjelmaan nuoret saivat opintoviikkoja tai vapaatunteja. Lopettaminen todennettiin mitaamalla hengityksen häikäpitoisuus. Kouluohjelman lisäämisellä kokoontumisten yhteyteen ei lisännyt lopettamista, mutta niistä nuorista, jotka osallistuivat ohjelmaryhmään, tupakoinnin lopetti kolmen kuukauden seurannassa 17 %. Vertailuryhmän nuorista tupakoinnin lopetti samassa ajassa 8 % (36).

Kommentti: Hyvä otoskoko. Tupakoijia oli 54 % oppilaista ja heistä joka kolmas osallistui tupakasta vieroitustutkimukseen. Seuranta-aika oli lyhyt. Perustuu käyttäytymisen muutosteoriaan. Kouluohjelman toteutuksesta vain vähän raportoitu. Huomionarvoista on, ettei kouluohjelman

lisääminen vaikuttanut tupakoinnin lopettamiseen, kun oli mukana yksilöity tuki.

McCambridge ym. ohjelmassa testattiin lyhyen haastattelun vaikutusta tupakoinnin, alkoholin ja huumeiden käytön vähenemiseksi niillä nuorilla, jotka käyttivät huumeita. Ohjelmaan osallistuvat olivat 16–20 vuoden ikäisiä (**n= 200**). Ohjelman nuoret rekrytoitiin samanikäisten nuorten avustuksella. Nuoret valittiin kahteen ryhmään satunnaisesti. Ohjelmaryhmän nuoret osallistuivat haastatteluun, jossa keskusteltiin tupakasta, alkoholista ja huumeista tavoitteena motivoida nuoria vähentämään niiden käyttöä (**n= 105**). Haastattelut tapahtuivat riippuvuuslinikalla. Vertailuryhmän nuoret eivät osallistuneet haastatteluihin (**n= 95**). Ohjelman alkaessa ohjelmaryhmän nuorista tupakoi 76 ja vertailuryhmän nuorista 63. Osallistuneille nuorille maksettiin 10 puntaa jokaisesta haastattelusta. Lopettaminen mitattiin itseraportoituna. Osallistuneille sanottiin vielä, että hiusnäytteet otetaan biokemiallisia kokeita varten. Tätä ei kuitenkaan tehty. Tulosten mukaan ohjelmalla pystyttiin vaikuttamaan ohjelmaryhmän tupakoinnin lopettamiseen. Kolmen kuukauden seurannassa ohjelmaryhmästä 25 % lopetti tupakoinnin, kun taas vertailuryhmästä 8 %. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (37).

Kommentti: Valikoitunut otos, jonka rekrytointi vaikuttaa tuloksen tulkintaan. Eri päihteitä ei eroteltu toisistaan vaan ohjelmassa eksyttiin pohtimaan päihteiden käytön syitä, seurauksia ja omia voimavaroja vähentää päihteitä. Tuo esiin mahdollisuuden tehdä onnistunutta tupakasta vieroitusta vaikeassa nuorten ryhmässä ja motivoivan neuvonnan toimivuutta. Menetelmä vaatii resursseja, mutta tässä kohderyhmässä on järkevää yhdistää eri päihdetyön osa-alueita.

Albrecht ym. vieroitusohjelma suunnattiin tupakoiville nuorille, jotka olivat raskaana (**n=46**). Nuoret rekrytoitiin äitiysneuvoloista ja kouluista. Kriteerit osallistumiseen olivat: nuoret tupakoivat vähintään kerran päivässä, he olivat naimattomia ja ensisynnyttäjiä, 12–20-vuoden ikäisiä sekä heidän raskautensa oli edennyt 4–28 viikolle. Ohjelma sisälsi kolme erilaista ryhmää, joihin nuoret valittiin satunnaisesti. Kaikki nuoret saivat puolen tunnin ajan hoitajalta tietoa tupakoinnista ja sen vaikutuksista sikiöön sekä lehtisen, joka käsitteli edellä mainittuja asioita. Ensimmäisen ryhmän nuoret osallistuivat kahdeksaan tapaamiseen, joissa pyrittiin lisäämään nuorten tietoisuutta tupakoinnin vaikutuksista. Tapaamisissa heitä motivoitiin lopettamaan tupakointi ja heille tarjottiin erilaisia keinoja lo-

pettaa tupakointi ja pysymään savuttomana mm. roolileikkien ja erilaisten keskustelujen avulla. Toisen ryhmän nuoret osallistuivat samanlaisiin istuntoihin kuin ensimmäinen ryhmä, mutta jokaiselle nuorelle valittiin samanikäinen tupakoimaton nainen, jonka tehtävänä oli toimia henkilökohtaisena tukena tapaamisten aikana. Kolmannen ryhmän nuoret toimivat vertailuryhmänä. Lopettaminen todennettiin hengityksen häikäpitoisuuden mittaamisella ja itseraportoituna. Lähtötasonmittauksista 4-6 viikon jälkeen ensimmäisen ryhmän nuorista 16,6% ja toisen ryhmän nuorista 30% oli lopettanut tupakoinnin. Tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä (38).

Kommentti: Otokoko on pieni ja näin ollen eri ohjelmaryhmissä vain vähän nuoria. Toisessa ryhmässä vain kymmenen nuorta, joista tupakoinnin lopetti kolme (30%). Vertailuryhmän tupakoinnin lopettaneita ei raportoitu. Seuranta-aika oli lyhyt.

Colby ym. vieroitusohjelma suunnattiin 14-17 -vuotiaille potilaille, jotka olivat hakeutuneet hoitoon fyysisen sairauden tai vamman vuoksi (**n=40**) ja olivat tupakoineet viimeisen 30 päivän aikana. Ohjelmaan mukaan haluavat nuoret haastateltiin. Nuoret jaettiin satunnaisesti kahteen eri ryhmään. Ohjelmaryhmään valitut nuoret osallistuivat ohjelmaan, jossa nuoret keskustelivat tunteistaan tupakointia kohtaan ja mistä he tupakoinnissa pitivät tai eivät pitäneet. Lisäksi nuoret saivat valita neljästä eri aihealueesta videon, jonka he katsoivat. Sen jälkeen nuoret kokoontuivat pienryhmiin keskustelemaan aiheesta. Valittavina aihealueina olivat: tupakoinnin terveysvaikutukset, tupakoinnin sosiaaliset vaikutukset, tupakointiin liittyvä riippuvuus ja talouteen liittyvät asiat. Nuoret saivat yksilöllistä palautetta keskustelujen pohjalta tarkoituksena motivoida heitä eteenpäin. Jokaisen kokoontumisen loppuksi nuoret asettivat henkilökohtaiset tavoitteet tupakoinnin vähentämiseksi. Nuoret saivat vielä tietolehtisen tupakoinnin lopettamisesta. Vertailuryhmän nuorille annettiin sama tietolehtinen, kuin ohjelmaryhmän nuorille. Heitä myös kehoitettiin hakemaan apua tarvittaessa. Nuoret saivat osallistumisestaan lähtötason mittauksiin 5 dollaria ja seurantamittauksiin 15 dollaria. Lopettaminen todennettiin itseraportoituna ja sylkinäytteestä mitatulla kotiniinipitoisuudella. Tulosten mukaan ohjelmaryhmän nuorista tupakoinnin lopetti 20 % ja vertailuryhmän nuorista 10 % (39).

Kommentti: Otokoko oli pieni ja tutkimuksen kohderyhmä hyvin valikoitunut, mutta silti hete-

rogeeninen. 70 % tutkimukseen tulleista oli ensiapupotilaita, 33 % avohoidon ja 7 % laitoshoidon potilaita. Taustatekijöistä ei tarkempaa tietoa ja poisjääneiden poisjääntisyistä ei tietoa. Ohjelman tappamiskertojen lukumäärästä ei myöskään ollut mainintaa. Tupakointiin puuttuminen kannatti, jo 10 % vertailuryhmässä lopetti, vaikka seuranta-aika tosin lyhyt. Näin toteutettuna ei sovellu sairaaloiden vakituiseseen käytäntöön.

Toisessa **Colby ym.** vieroitusohjelmassa (**n=85**) käytettiin osittain samoja menetelmiä kuin aikaisemmassa ohjelmassa. Vieroitusohjelma poikkesi kuitenkin edellisestä. Ohjelmaan valitut nuoret olivat myös 14-17 -vuotiaita ja he olivat hakeutuneet hoitoon fyysisen sairauden tai vamman vuoksi. Nuoret olivat tupakoineet viimeisen 30 päivän aikana. Ohjelmaan mukaan haluavat nuoret haastateltiin ja jaettiin satunnaisesti kahteen eri ryhmään. Vertailuryhmän nuoret saivat tietolehtisen, jossa kerrottiin mm. tupakoinnin hyvistä ja huonoista puolista sekä tavoitteiden asettamisesta. Vertailuryhmä sai tietoa myös siitä mihin voivat ottaa yhteyttä, jos haluavat lisäapua tupakoinnista vieroituksessa. Ohjelmaryhmän nuoret osallistuivat yhdelle tapaamiskerralle ja he saivat saman tietolehtisen kuin vertailuryhmä Ohjelmaryhmä osallistui yhdelle tapaamiskerralle, jolla käytiin läpi tupakoinnin etuja ja haittoja, lopettamista ja tupakoinnin vaikutuksista sairaaseen ihmiseen. Ohjelmassa nuorille annettiin henkilökohtaista palautetta mm. tupakoinnin terveysvaikutuksista, riippuvuudesta ja taloudellisista menetyksistä tupakointiin liittyen. Nuorten tehtävänä oli hahmottaa tulevaisuutensa, jos he jatkavat tupakointia tai lopettavat. Ohjelmassa nuoret suunnittelivat henkilökohtaisen toimintasuunnitelman ja toimintamallin, miten lopettamiseen liittyvistä ongelmista päästään yli. Seurannat tapahtuivat yhden, kolmen ja kuuden kuukauden kuluttua ohjelmasta. Nuorille maksettiin 15, 20 ja 25 dollaria osallistumisesta seurantoihin sekä 10 dollaria, jos kaikki seurantatapaamiset tapahtuivat ajallaan. Myös ohjelmaryhmän nuorten vanhemmat ottivat osaa ohjelmaan. Heille kerrottiin ohjelmasta puhelimitse ja selvitettiin perheen tupakointi taustoja, mielipiteitä nuorten tupakoinnista ja perheen yhteenkuuluvuudesta. Vanhemmat saivat osallistumisesta kuukauden ja kolmen kuukauden seurantaan viisi dollaria ja puolen vuoden seurantaan kymmenen dollaria. Puolen vuoden seurannassa nuorten itseraportoitujen tulosten mukaan tällä ohjelmalla pystyttiin vähentämään ohjelmaryhmän nuorten tupakointia (seitsemän päivän tupakoimattomuus),

mutta kotiniinin pitoisuuksien mittaamisella tätä tulosta ei saavutettu. Puolen vuoden seurannassa kuitenkin voidaan havaita kotiinimittausten perusteella tupakoinnin vähentyneen molemmissa ryhmissä (40).

Kommentit: Tällä vieroitusohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan tupakoinnin lopettamiseen. Itseraportointia on vaikea arvioida, koska sitä ei ole tarkkaan määritelty artikkelissa. Vieroitusohjelmalla pyrittiin vaikuttamaan nuoriin myös vanhempien kautta, mikä on positiivinen asia.

Myers ym. suuntasivat vieroitusohjelmansa nuorille, jotka tupakoivat vähintään viikoittain. Nuoret rekrytoitiin neljästä eri päihdeohjelmasta. Nuoret olivat 13-18 – vuoden ikäisiä ja heidät satunnaisesti jaettiin ohjelma- (**n=26**) tai vertailuryhmään (**n=28**). Ohjelmaryhmän nuoret osallistui kuuden viikon vieroitusohjelmaan, jossa yhdellä tunnilla viikossa pyrittiin vahvistamaan nuorten motivaatiota lopettamiseen, antamaan tietoa nikotiiniriippuvuudesta ja tupakointiin liittyvästä opitusta käyttäytymisestä. Tunneilla opeteltiin myös kontrolloimaan mielitekoja, harjoiteltiin selviytymiskeinoja lopettamiseen sekä lopettamisen suunnittelua ja tupakoinnin uudelleen aloittamisen ehkäisyä. Jokainen tunti päättyi ryhmäkeskusteluihin edistymisestä ja ongelmien kohtaamisista. Vertailuryhmä ei osallistunut ohjelmaan, mutta heille tarjottiin mahdollisuutta osallistua siihen seurantamittausten jälkeen. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna, kotiinipitoisuuksien mittaamisella syljestä ja häkämittauksilla. Tulosten mukaan kolmen kuukauden seurannassa ohjelmaryhmän nuoret olivat pidättäytyneet tupakoinnista pidempään kuin vertailuryhmän nuoret. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä. Kuuden kuukauden seurannassa tätä tulosta ei voitu enää havainnoida (41).

Kommentti: Otokoko oli aika pieni. Ohjelmaryhmään ei ollut valikoitunut vain tupakoinnin lopettamiseen motivoituneita nuoria. Ohjelman tavoitteena oli motivoida myös ei-motivoituneita nuoria tupakoinnin lopettamiseen, siinä ei kuitenkaan onnistuttu. Ohjelmaan rekrytoidut nuoret olivat neljän eri päihdeohjelman asiakkaita, eikä raportissa mainittu näiden päihdeohjelmien sisältöjä ja miten pitkään nuoret olivat olleet ohjelmissa mukana.

Hee-Cheol ym. toteuttivat neljän viikon pituisen tupakoinnista vieroitusohjelman kahdessa koulussa (**n=238**). Nuoret tupakoivat säännöllisesti. He olivat 15-19 – vuoden ikäisiä. Heidät jaettiin kahteen ryhmään. Nuoret osallistui neljän vii-

kon ajan akupunktiohoitoihin. Ohjelmaryhmän nuorilla akupunktiota annettiin akupunktiopisteisiin, joiden ajateltiin helpottavan tupakoinnista vieroitusta. Vertailuryhmän nuorilla akupunktioidot annettiin akupunktiopisteisiin, joista ei tiedettävästi ole hyötyä tupakoinnin vieroituksessa. Tulosten mukaan akupunktioidolla ei pystytty lisäämään nuorten tupakoinnin lopettamista (42).

Kommentti: Otokoko on suhteellisen suuri. Raportissa ei mainita miten nuoret jaettiin kahteen eri ryhmään. Ohjelmassa keskityttiin ainoastaan akupunktiohoitoihin ja muu vieroitustuki jäi nuorilta saamatta. Akupunktiohoitojen myönteisestä vaikutuksesta nuorten tupakoinnin vieroitukseen ei ole näyttöä.

6.4.3 Tupakoimattomuuskilpailut

Nuorten tupakointia on pyritty vähentämään myös erilaisten kilpailujen avulla. Kilpailuihin kannustavat ohjelmat perustuvat hyvin pitkälti Smoke Free Class – kilpailuun, joita on Suomessa järjestetty vuodesta 1989. Kilpailuissa nuoret sitoutuvat olemaan määrätyn ajan tupakoimatta ja siinä onnistuessaan heillä on mahdollisuus voittaa erilaisia palkintoja (43, 44).

Schulze ym. Smoke-Free Class – kilpailussa oppilaat olivat 11-15 vuoden ikäisiä. Ohjelmassa 68 koulua jaettiin satunnaisesti ohjelma- tai vertailuryhmiin (**n=1704**). Koululuokat sitoutuvat olemaan kuusi kuukautta tupakoimatta. Luokat saivat ottaa osaa kilpailuun, jos yli 90 % oppilaista oli ollut tupakoimattomia kilpailun ajan. Ohjelmaryhmän kouluissa opettajat opettivat muiden oppituntien yhteydessä tupakoinnin terveysvaikutuksista, tupakoinnin lopettamisesta, sosiaalisen paineen kohtaamisesta sekä tupakateollisuuden vaikutuksesta tupakointiin. Opettajat osallistui erilliseen koulutukseen ja saivat ohjekirjan oppitunteja varten. Tupakoimattomuus mitattiin itseraportoituna. Tulosten mukaan 18 kuukauden seurannassa lähtötason mittauksen tupakoijista tupakoinnin oli lopettanut ohjelmaryhmässä 45.1% (**n=128**) ja vertailuryhmässä 41.4% (**n=84**). Tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevä (45).

Crone ym. ohjelmassa koululuokat sitoutuivat olemaan tupakoimatta viiden kuukauden ajan (**n=2562**). Nuoret olivat 13 -vuotiaita ja he saivat oppitunneilla tietoa tupakoinnista, tupakointiin liittyvistä asenteista ja sen sosiaalisesta vaikutuksesta. Koulussa järjestettiin myös valokuvanäyttely aiheena tupakoimaton luokka.

Luokat, jotka pystyivät olemaan tupakoimatta viiden kuukauden ajan ja esittivät parhaat valokuvat, palkittiin rahapalkinnoilla. Tulosten mukaan ohjelmaryhmässä tupakointi aloitettiin vertailuryhmää harvemmin. Ohjelman jälkeen tulokset olivat tilastollisesti merkitseviä, mutta vuoden seurannassa merkitsevyyttä ei enää ollut havaittavissa. Ohjelmaryhmän nuorista useampi lopetti tupakoinnin vertailuryhmään verrattuna, mutta tulos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä (46).

Kommentti: Smoke-Free Class -kilpailu on suunniteltu pääasiallisesti tupakoinnin aloittamisen ehkäisemiseen. Tupakoinnin lopettamiseen ei tarjottu keinoja tai tukea esim. vieroitustukea, vaan sosiaalisen paineen oletettiin kannustavan/pakottavan tupakoinnin lopettamiseen.

6.4.4 Tupakoinnin vieroituslääketutkimukset nuorilla

Nuorten tupakoinnista vieroitukseen käytetyistä lääkekorvaushoidoista on vähän tutkimustietoa. Aikuisille suositellut lääkehoidot eivät ole ensisijainen vieroitusmuoto nuorilla (8, 47).

Bupropionin vaikutuksia yhdistettynä nikotiinilaastarihoitoon tarkasteltiin tutkimuksessa, jossa 15-18 vuoden ikäiset nuoret satunnaisesti jaettiin kahteen eri hoitoryhmään (**n=211**). Ensimmäisen ryhmän nuoret saivat nikotiinilaastarihoidon lisäksi bupropion hoitoa (150mg/vrk) ja toisen ryhmän nuoret nikotiinilaastarihoidon lisäksi plasebohoitoa. Lääkehoidon lisäksi nuoret osallistuivat ryhmätapaamisiin viikoittain. Jokaiseen ryhmään kuului noin kahdeksan nuorta ja kokoontumiset kestivät 45 minuuttia kerralla. Ryhmissä keskusteltiin ja harjoiteltiin taitoja selviytyä vaikeista tilanteista ilman tupakointia. Nuoret rekrytoitiin ohjelmaan yhdeksästä eri koulusta. Ohjelmaan hyväksyttiin ne nuoret, jotka ovat tupakoineet vähintään 10 savuketta päivässä viimeisen puolen vuoden aikana, olivat yrittäneet tupakoinnin lopettamista jo aikaisemmin sekä saivat Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestistä enemmän kuin kymmenen pistettä. Ohjelma kesti 26 viikkoa, jonka aikana nuoret sitoutuivat olemaan tupakoimatta. Tupakoimattomuus todennettiin hengityksen häkäpitoisuuden ja virtsan kotiniinipitoisuuden mittaamisella. Vieroitusoireita todennettiin pulssin ja verenpaineen mittaamisella, MDD- ja CES-D-depressiomittareilla sekä Fagerströmin testillä. Tulosten mukaan hoitojen aikana nuorten himo tupakointia kohtaan ja masentuneisuuspisteet

laskivat, kahden hoitoryhmän välillä ei ollut eroja. Nuoret sietivät lääkityksiä hyvin. Verenpaine ja sydämen syke eivät nousseet hoitojen aikana. Bupropionin lisääminen hoitoon ei lisännyt tupakoinnin lopetusta. Kymmenen viikon jälkeen niistä nuorista, jotka olivat saaneet nikotiinilaastarihoidon lisäksi myös bupropion-hoitoa, tupakoinnin lopetti 23%, 26 viikon jälkeen lopettaneita oli 8%. Kun taas niistä nuorista, jotka olivat saaneet nikotiinilaastarihoidon lisäksi plasebohoitoa, tupakoinnin lopetti kymmenen viikon jälkeen 28% ja 26 viikon jälkeen 7% (48).

Kommentti: Hyvä otoskoko, mutta rekrytointivasta ei tarkempaa tietoa. Ohjelma sisälsi lääkekorvaushoidon lisäksi myös ryhmäkeskusteluja ja vertaistukea. Seuranta-ajan jälkeen molemmissa ryhmissä oli saman verran tupakoinnin lopettaneita, tosin seuranta-aika kovin lyhyt, joten vaikea arvioida vieroitusohjelmien vaikuttavuutta.

Nikotiinikorvaushoidon vaikutuksia tutkittiin myös **Hansen ym.** tutkimuksessa (**n=100**), jossa 13-19 vuoden ikäiset nuoret rekrytoitiin lentolehtisten, tiedotteiden, terveysasemien, radio ja televisio mainosten avulla vieroitusohjelmaan. Ohjelman nuoret tupakoivat vähintään kymmenen savuketta päivässä viimeisen kuuden kuukauden aikana, eivät käyttäneet muita tupakkatuotteita, halusivat lopettaa tupakoinnin ja eivät ennen ohjelman alkua käyttäneet nikotiinikorvaushoitoja. Nuoret kokoontuivat 10 kertaa 13 viikon aikana tapaamisiin, joissa he saivat tietoa tupakoinnista kognitiivis-behavioraaliseen lähestymistapaan pohjautuen. Tapaamisissa keskusteltiin mm. tupakoinnin syistä, stressin hallinnasta, selviytymistavoista, kuinka ehkäistä tupakointiin solumista ja nuorilla oli myös mahdollisuus läpikäydä henkilökohtaisia asioita. Nuoret jaettiin satunnaisesti kahteen eri hoitoryhmään. Heille annettiin joko nikotiinilaastari tai plasebolaastari, jotka olivat ulkoisesti täsmälleen samannäköiset. Nuoret sitoutuivat lopettamaan tupakoinnin ennen nikotiinikorvaushoitojen aloittamista. Heitä palkittiin ohjelmaan osallistumisesta siten, että mitä pienemmät hengityksen häkäpitoisuudet heillä oli eri mittauskerroilla, sitä arvokkaamman lahjakortin he saivat. Tulosten mukaan nikotiinikorvaushoitoa saaneet nuoret kokivat vähemmän himoa tupakointia kohtaan ja vieroitusoireita verrattuna plasebohoitoa saaneisiin nuoriin. Nikotiinikorvaushoitoa saaneet nuoret raportoivat kuitenkin enemmän päänsärkyä plasebohoitoa saaneisiin nuoriin verrattuna. Tupakoinnin lopettamiseen eri hoidoilla ei ollut

vaikutusta. Kymmenen viikon seurannassa nikotiinikorvaushoidon saaneista nuorista tupakoinnin lopetti 10% ja plasebohoidon 18 % (49).

Kommentti: Vieroitusohjelmalla ei pystytty vaikuttamaan tupakoinnin lopettamiseen. Ohjelma ei pelkästään sisältänyt lääkehoitoa vaan myös sosiaalinen lähestymistapa. Nuorilla oli mahdollista keskustella myös henkilökohtaisista asioista. Seuranta-aika oli lyhyt.

Nikotiinikorvaushoidon vaikutuksia vieroitusoireisiin tarkasteltiin tutkimuksessa, jossa noin 17 vuoden ikäiset nuoret osallistuivat ohjelmaan, jossa heidät satunnaisesti jaettiin joko ryhmään joka käytti nikotiinilaastaria (15 mg) 16 tuntia tai vertailuryhmään, jossa nuoret käyttivät plasebolaastaria 8 tunnin ajan (**n=105**). Nuoret rekrytoitiin ohjelmaan kodittomien nuorten turvakodista ja kahdesta vaihtoehtokoulusta. Nuoret tupakoivat vähintään 10 savuketta päivässä ja he sitoutuivat olemaan tupakoimatta hoitojen ajan. Nuoret saivat osallistumisesta 50 dollaria käteisenä ja 50 dollarin lahjakortin. Tutkimuksessa vieroitusoireita mitattiin DSM-IV – testillä, Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestillä sekä mittaamalla pulssi ja verenpaine. Tupakoimattomuus todennettiin mittaamalla hengityksen häikätkäso. Tulosten mukaan nikotiinikorvaushoitoa saaneet nuorten verenpaine nousi hoitojen aikana, mitä ei tapahtunut plasebohoitoryhmässä. Plasebohoitoa saaneiden nuorten sydämen syke laski ja subjektiiviset vieroitusoireet olivat yleisempiä kuin nikotiinihoitoa saaneiden nuorten (50).

Kommentti: Ohjelman vaikutusta lopettamiseen ei raportoitu. Otokoko oli pieni ja tutkimuksen kohderyhmä hyvin valikoitunut. Hoitojen kesto oli lyhyt. Ohjelmassa keskityttiin vain nikotiinikorvaushoidon antamiseen, siinä ei tarjottu nuorille tupakkaneuvontaa tai käytetty sosiaalista lähestymistapaa. Rekrytoinnin lisäksi kouluja/turvakotia ei sisällytetty ohjelmaan mukaan.

6.4.5 Tupakoinnin vieroituspuhelinpalveluita tehdyt tutkimukset

Tupakoinnin lopettamista tukevat puhelinpalvelut kehittyivät 1990-luvulta lähtien voimakkaasti. Aikuisten lopettamisen tukemisessa on näyttöä puhelinpalvelun hyödyllisyydestä (51). Suomessa on hyviä kokemuksia nuorten halukuudesta soittaa tupakasta vieroituspuhelimeen, sillä vuoden 2002 alussa avattuun palveluun soittajista joka kolmas oli alle 18-vuotias. Niko-

tiiniriippuvuus oli kehittynyt noin 70 % soittajista (52). Vieroituspuhelin on helppo saatavuus, alhainen kynnys hakea apua ja saada tukea sekä niihin voi soittaa nimettömänä. Niillä voidaan tavoittaa laajempia määriä tupakoijia kuin kohdennetuilla toimilla, joten niiden kustannustehokkuus on hyvä, vaikka lopettaneiden osuus jääkin yksilöön kohdentuvia toimia alhaisemmaksi (8). Palvelujen tulee olla sovellettuja nuorille soittajille ja ottaa huomioon nuorten tupakointivaihe ja ympäristö.

Rabius ym. tutkimuksessa tarkasteltiin, miten vieroituspuhelin avulla annettu neuvonta auttaa nuoria tupakoinnin lopettamisessa (**n=420**). Rekrytointi ohjelmaan tapahtui niiden nuorten keskuudesta, jotka soittivat vieroituspuhelimeen. Ohjelmaan valitut nuoret tupakoivat päivittäin ja olivat halukkaita lopettamaan tupakoinnin kahden viikon kuluessa. Ohjelmassa nuoret olivat 18-25 vuoden ikäisiä ja heidät jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, joista ensimmäisessä ryhmässä nuoret saivat viisi kertaa henkilökohtaista neuvontaa vieroituspuhelin avulla ja heille lähetettiin postitse kolme tiedotetta tupakoinnin lopettamisesta. Toisen ryhmän nuorille lähetettiin vain tiedotteet kotiin. Tupakoimattomuus todennettiin itseraportoituna. Kolmen kuukauden seurannassa nuorista, jotka olivat saaneet tiedotteiden lisäksi henkilökohtaista puhelinneuvontaa, tupakoinnin oli lopettanut 20 % ja nuorista, jotka saivat vain tiedotteet kotiinsa 9 %. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä (53).

Kommentti: Otokoko oli hyvä, seuranta-aika kuitenkin lyhyt. Tulokset näyttävät lupaavilta ja henkilökohtaisesta vieroitusneuvonnasta näyttää hyötyvän ne nuoret, jotka haluavat ja ovat sitoutuneet lopettamaan tupakoinnin.

Lipkus ym. vieroitusohjelma kohdennettiin 15-18 -vuotiaille nuorille, jotka tupakoivat vähintään kerran kuukaudessa ja olivat valmiita lopettamaan (**n=402**). Nuoret rekrytoitiin ostokeskuksista palkattujen avustajien välityksellä. Ohjelma sisälsi kaksi ohjelmaa, joista ensimmäisessä nuoret saivat tupakoinnin lopettamisesta tiedotteita ja videon, jolla annettiin tietoa tupakoinnin lopettamisesta sekä motivoitiin tustutumaan tiedotteisiin. Toisessa ryhmässä tiedotteiden ja videon lisäksi nuoret saivat kahdesti henkilökohtaista vieroitusneuvontaa puhelimen välityksellä. Nuoret jaettiin ryhmiin satunnaisesti. Tupakoimattomuus todennettiin itseraportoituna. Tulosten mukaan kahdeksan kuukauden seurannassa vieroitusneuvonnan saaneista nuo-

rista tupakoinnin oli lopettanut 21% ja pelkän tiedotteen ja videon saaneista nuorista 19 %. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (54).

Kommentti: Otoskoko on hyvä ja seuranta-aika kohtuullinen. Tulokset näyttävät lupaavilta. Huomioitavaa on, että henkilökohtaisen puhelinneuvonnan lisäämisellä ohjelmaan ei ole vaikutusta lopettamiseen.

6.4.6 Verkkovieroituksesta tehdyt tutkimukset

Internet on uusi väline vieroituksessa. Verkkovieroitussivuilla voidaan tarjota väestötasolla tietoa tupakoinnista, terveydestä ja vieroitusoireista sekä annetaan ohjeita miten tupakoinnin lopettaminen voi onnistua. Sivulla voi ottaa osaa erilaisiin keskusteluryhmiin, kertoa omia tarinoita tupakoinnista, tehdä erilaisia testejä, jotka motivoivat lopettamiseen, saada vastauksia kysymyksiin sähköpostin tai tekstiviestien avulla sekä saada henkilökohtaista ohjausta lopettamiseen mm. sähköpostin avulla. Verkkovieroituksen vaikutuksia on kuitenkin tutkittu hyvin vähän ja satunnaistettua tutkimustietoa nuorten kohdalla ei ole saatavilla. **Woodruff ym.** tutki 13–18 -vuotiaita tupakoivia ja huonosti koulussa menestyneitä nuoria (**n=26**), jotka osallistuivat yhteensä seitsemän tuntia kestävään verkkovieroitushjelmaan kahden kuukauden aikana. Nuoret rekrytoitiin ohjelmaan opettajien avulla ja osa nuorista ilmoittautui ohjelmaan tutkijoiden esitysten kautta. Ohjelmaan hyväksyttiin ne nuoret, jotka olivat tupakoineet vähintään yhden savukkeeseen viimeisen kuukauden aikana. Ohjelmassa nuoret osallistuivat verkon kautta tapahtuneeseen motivoivaan haastatteluun koulutetun neuvojan ja muiden saman ikäisten kanssa. Nuorille maksettiin 5 dollaria jokaisesta tunnista, jolle he osallistuivat. Tupakoimattomuus todennettiin itseraportoituna. Yhden kuukauden seurannassa tulosten mukaan 39 % osallistujista ilmoitti lopettaneensa tupakoinnin. Tulos oli tilastollisesti merkitsevä. Tutkimuksessa ei ollut vertailuryhmää (55).

Kommentti: Otokoko pieni ja seuranta-aika lyhyt. Ohjelma kohdennettiin huonosti koulussa menestyville nuorille, joilla tupakointi on yleisempää kuin hyvin koulussa menestyvillä nuorilla. Kriteerit osallistumiseen olivat matalat. Ohjelmaan pystyi osallistumaan jos tupakoi vähintään kerran kuukaudessa ja seuranta-aika oli vain yhden kuukauden. Vaikea arvioida näin lyhyen seuranta-ajan perusteella ketkä nuorista

ovat lopettaneita ja ketkä eivät. Vertailuryhmän puuttuminen oli suuri vaje.

6.4.7 Yhteenveto tutkimusnäytöstä

Koulu on toimintaympäristönä luontevin, kun halutaan tavoittaa koko ikäryhmä jakamalla tietoa ja taitoja tupakoinnista sekä tupakoimana pysymisestä. Laajassa katsauksessaan Skara ym. analysoivat tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn tähtäävää 22 kouluohjelmaa, 2 yhteisöohjelmaa ja yhden alueellisen ohjelman vuosilta 1976–1999 (56). Ohjelmissa keskeisiä sisältöjä ovat olleet mm. tupakkaan liittyvien asenteiden muokkaus, sosiaalisen verkoston ja ympäristön paineet ja niihin reagoiminen ja tietopohjan laajentaminen. Kouluohjelmien vaikuttavuus on hyvä ja vieroitusta suunnitellussa ohjelmissa hyviksi havaittuja toimintamalleja tulisi arvioida myös vieroituksen näkökulmasta. Pohdittavaksi jää, ovatko nuorten vieroituksen vaikuttavuuden kannalta keskeisiä samat tekijät kuin ennalta ehkäisyssä, sillä tutkimuksissa ei ole eritelty tarkemmin eri riippuvuuden syntyyn vaikuttavien tekijöiden osuutta vaikuttavuuteen (24).

Nuorten vieroitushjelmissä on vähän tutkimustietoa. Pääosa tutkimuksista on keskittynyt tupakoinnin ehkäisyyn, joka nuorten ikäryhmässä on ensi sijasta. Tutkimusten laatu, aineisto ja menetelmät vaihtelevat eikä niiden vertailu ole helppoa (25). Ohjelmien vaikutusta tupakoinnin lopettamiseen on vaikea selvittää, koska osa nuorista lopettaa tupakoinnin myös ilman ohjelmaan osallistumista (25). Tutkimusohjelmissa on käytetty vertailuryhmää mahdollisimman luotettavan tiedon saamiseksi, mutta vertailuryhmät ovat useimmiten valittu valikoidusta joukosta, kuten tupakoinnin lopettamista haluavista nuorista. Ongelmana monissa vieroitushjelmissä on ollut se, miten motivoida niitä nuoria osallistumaan ohjelmaan, jotka eivät ole kiinnostuneita tupakoinnin lopettamisesta. Motivointina käytettiin useassa ohjelmassa rahallista palkitsemista tai opintoviikkojen saamista osallistumisesta. Pohdittavaksi jää, miten nuorten vieroitushjelmiä pitäisi toteuttaa. Milton ym. ehdottaa, että tämän hetkisen tiedon perusteella nuorten tupakoinnin vieroitukseen tähtäävien ammattilaisten toimien tulisi pohjautua kognitiivis-behavioraaliseen lähestymistapaan (57).

6.5 Nykytilanne

Suomessa nuorten tupakoinnin vieroituksen tukitoimet ovat vielä varsin vähäiset. Nuorten

osalta ennaltaehkäisy on perustunut kilpailuihin (Smoke-free – kilpailut), joissa kannustetaan yhteisöllisyydellä olemaan tupakoimatta (luokkakilpailu). Lukiolaisille ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeleville on järjestetty lopettamiskilpailuja (yksilökilpailu), joissa kannustetaan nuoria lopettamaan tupakointi. Koulu- tai opiskelijaterveydenhuollossa on vähän vieroitusosaamista tai -toimintaa. Nuorten tupakoinnin vieroitusosaamista ja -toimintaa on pyritty lisäämään eri terveysjärjestöjen toimesta järjestämällä vieroituskoulutuksilla eri koulumaailman toimijoille.

Maksuton vieroituspuhelin Stumpi tarjoaa tietoa ja palvelua myös nuorille. Vieroituspuhelimien vastaajiksi on koulutettu henkilöitä, jotka osavat vastata tupakoinnin lopettamaan haluavan nuoren erityistarpeisiin. Nuorille on avautunut tupakasta vieroitukseen keskittyvät verkkosivut www.happi.ws, joka täydentää puhelinpalvelua. Osassa kouluista on kokeiluluontoisesti aloitettu vieroitusryhmätoimintaa, ja kokemukset ovat myönteisiä, vaikka toiminta on vaativaa.

6.6 Toimenpide-ehdotukset

6.6.1 Yleistä

Tupakoinnin aloittaminen liittyy nuoren kasvuvaiheessa moneen eri tekijään. Tupakointi ei ole tupakoinnin alkuvaiheessa nuorelle ongelma vaan osa aikuisuuteen siirtymistä. Erityisesti on muistettava, että tupakointi altistaa nuorta muiden päihteiden käyttöön. Tupakointiin puuttuminen ei ole vain tupakointiin puuttumista vaan nuoren itsemääräämisoikeuteen, kehitykseen ja valintoihin vaikuttamista. Hyvän tuloksen aikaan saamiseksi tarvitaan **pitkäkestoisia toimia**, joissa voidaan tarjota välineitä eri tason toimijoille. Kansallisesti tupakasta vieroitukseen ja tupakoimattomuuden edistämiseen tulee luoda pysyviä rakenteita, joiden tehtävänä on hyvien käytäntöjen kokoaminen, välittämien, kehittäminen ja arviointi.

Tupakoimattomuuden edistämisen **eri keinoja** tulee olla **monipuolisesti käytössä**. Tupakointiasenteisiin vaikuttaessa viestin johdonmukaisuus vahvistaa sen tehoa. Kilpailujen ja kansallisten palvelujen rinnalla tulee olla paikallista tai alueellista vieroituspalvelua nuorille. Tupakoinnin ennaltaehkäisy on ensisijaista nuoremmissa ikäluokissa 12–14 -vuotiailla, mutta vanhemmillä ikäryhmillä, etenkin toisen asteen koulutuksessa, painopisteen tulee olla tupakasta viero-

tuksessa. Ehkäisytoiminnasta saatuja toimivia käytäntöjä ja verkostoja tulisi hyödyntää.

Toimivia rakenteita tulee työssä hyödyntää, mutta uuden osaamisen luomiseksi tiedon, välineiden ja kehitystyön **pysyvä keskittäminen ja resursointi** ovat välttämätöntä. Tämä helpottaisi yhteistyötä eri päihdetoimijoiden välillä. Yhteistyöhön sisältyy mm. tietojen vaihtoa koordinoitusti päällekkäisyyksien välttämiseksi.

Nuorten tupakointi ja koulumenestys ovat yhteydessä toisiinsa. Mitä huonommin nuori menestyy koulussa sitä suurempi todennäköisyys on, että hän alkaa tupakoida (58-60). Tarvitaan **kohdennettuja toimenpiteitä** erityiskohderyhmille mm. huonosti koulussa menestyville nuorille. Tarvetta sukupuolikohdennettuun tupakoimattomuutta tukevaan terveysopetukseen myös on, koska tyttöjen tupakointi on lisääntynyt viimeisten vuosien aikana poikia enemmän (61).

Nuorten tupakoinnin vieroituksesta tiedetään hyvin vähän. Aiemmin uskottiin, että riippuvuuden kehittymiseen menee vuosia. Viime vuosien tutkimustulokset ovat muuttaneet käsitystämme nikotiiniriippuvuuden kehittymisestä ja nuorempien ikäryhmien vieroitusmenetelmiä on tutkittu, mutta tutkimustietoa on erittäin vähän ja menetelmät vaihtelevat. Olisikin tärkeää lisätä **tutkimustietoa** nuorten riippuvuuden kehittymisen erityispiirteistä ja vieroitusmenetelmistä. Suomessa on hyvät mahdollisuudet tehdä korkeatasoista riippuvuustutkimusta ja kehittää menetelmiä vieroitukseen, mikäli voimavaroja on löydettävissä kotimaisilta tai kansainvälisiltä rahoittajilta.

6.6.2 Vieroitusta tukeva toiminta

Nuorten keskuudessa tieto tupakan terveysvaikutuksista heidän omalle terveydelleen on perusta yksilön motivoitumiselle lopettaa tupakointi. Tältä osin tupakointia ehkäisevä toiminta tukee vieroitusnäkökulmaa. Välineitä tähän ovat nuorten terveystiedon oppiaine, tupakoimattomuuskampanjat ja -kilpailut. Tupakoivia nuoria ei kuitenkaan tule syyllistää. Se toimii itseään vastaan eikä synnytä avointa keskustelua lopettamisen mahdollisuuksista. Jos nuori haluaa lopettaa tupakoinnin, vieroitustukea tulee olla saatavilla lähiympäristöstä. Olisi tärkeää lisätä nuorten lähipiiriin, kuten ystävien ja vanhempien, tietoa, miten tupakoivaa nuorta autetaan ja tuetaan. Kouluissa myös tukioppilaita tulisi motivoida rakentamaan tupakoimatonta ilmapiiriä.

Terveyden lukutaito ja oman terveyden ylläpito kehittyi kouluajana. Koululla on erinomaiset mahdollisuudet lisätä nuorten valmiuksia omaksumaan terveitä elämäntapoja ja antaa keinoja elämänhallintaan. Tupakoinnin vieroituksessa ei ole kyse väin tupakoinnista, vaan oman elämän hallinnasta. Tupakka kytkeytyy muihin päihteisiin ja **varhaisella puuttumisella** on keskeinen merkitys. Terveystiedon oppiaine on tärkeä jo olemassa oleva väline. Sitä tulisi arvioida ja kehittää edelleen tarpeen mukaan sisältämään myös tupakkariippuvuuden perusteita ja tupakoinnin vieroitusta. Terveyskäyttäytymisen valintoja tukeva kasvatustyö on perusta kaikelle päihdetyölle. Koulujen päihdestrategian tulee sisältää tupakoimattomuuden edistäminen. Hyviä käytäntöjä tulisi olla saatavissa kehittämistyöhön. Uusia työvälineitä tähän ovat tuomassa mm. Syöpäjärjestöjen kehittämä www.tyokalupakki.fi ja terveystiedon opetuksen tueksi kehitetty www.mcurho.fi ja www.viritys.tv verkkosivustot. Opilaskuntia tulee motivoida nuorten tupakoimattomuuden edistämiseen.

Yhteistyötä vanhempien ja koulun välillä on vahvistettava. Vanhempien mahdollisuuksia ja taitoja puuttua nuorten tupakointiin tulee tukea sekä kouluissa että yleensä. Vanhempainyhdistyksiä ja koulujen harrastekerhoja tulee haastaa mukaan päihdekeskusteluun myös tupakoinnin osalta. Vanhempien tupakointitiedon lisääminen ja vieroituksen tukeminen voi auttaa heitä luomaan tupakoimatonta ympäristöä.

Useat nuoret viettävät vapaa-aikaansa nuoris- ja harrastejärjestöissä. Täten näillä järjestöillä on mahdollisuus edistää tupakoimattomuutta tukevaa ilmapiiriä jäsenistönsä keskuudessa. Nuoris- ja harrastejärjestöjen edellytyksiä ja taitoja nuorten tupakoimattomuuden edistämiseen tulisi tukea sekä lisätä heidän mahdollisuuksiaan tehdä yhteistyötä eri toimijoiden kanssa nuorten tupakoinnin lopettamisen tukemiseen.

Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto seuraa oppilaiden terveyttä koko kouluajan. Opiskelijaterveydenhuolto jatkaa tätä toisen asteen koulutuksessa. Terveystarkastuksissa tulisi olla seurantamenetelmiä, joissa huomioidaan muitakin tupakointiin liittyviä tekijöitä kuin päivittäistupakointi. Seulonta yksin ei riitä vaan palvelujärjestelmällä tulee olla valmiuksia joko järjestää tai osallistua asiantuntijana tupakoinnin vieroituksen järjestämiseen koulussa. Keskeistä on luoda luottamuksellinen ilmapiiri. Vertaistuen merkitys tulisi hyödyntää. Yhteistyö koulukuraattorien ja psykologien kanssa olisi hyödyllistä, koska

tupakointi varsinaisesti ei ole pääongelma vaan seurausta monista eri tekijöistä.

Tupakoinnin vieroitusta nuorille tulisi olla tarjolla sellaisissa **terveydenhuollon yksiköissä**, jotka hoitavat pitkäaikaissairaita nuoria. Monessa sairaudessa, kuten astmassa ja nuoruusiän diabeteksessa, tupakoinnin vieroitus on osa sairauden hoitoa ja komplikaatioiden ehkäisyä.

Välineitä koulujen, terveydenhuollon, nuorten, vanhempien, nuoris- ja harrastejärjestöjen tueksi tulee kehittää aktiivisesti. Tupakkariippuvuuden arviointiin tulee kehittää moniulotteisempia mittareita, kuin pelkkä nikotiiniriippuvuus. Lopettamisen motivoinnin arviointiin tulisi kehittää työkaluja. Terveystiedonhuollossa tulisi kehittää ja tarjota koulutusta nuorten vieroitukseen liittyvistä teoreettisista ja käytännön näkökulmista. Vieroitusmuotona kannattaa suosia pitkäkestoista ryhmävieroitusta, jossa keskitytään tupakoinnin lisäksi myös muihin ongelmiin. Voimakkaasti nikotiiniriippuvaisten nuorten hoidossa voidaan käyttää korvaushoitoa kansallisten suositusten mukaisesti (62). Koska tutkittu tieto nuorten nikotiinikorvaushoidosta on tällä hetkellä vajavaista, kokemusten vaihtoon tulisi luoda mahdollisuuksia näissä koulutustilaisuuksissa.

Vieroituspuhelin ja verkkovieroitus tarjoavat mahdollisuuden saada **anonymisti** tietoa ja tukea lopettamiseen. **Vertaistuen** saaminen on mahdollista verkossa mm. keskusteluissa, päiväkirjoissa ja ryhmäkeskusteluissa. Puhelinpalvelussa on mahdollista tarjota seurantaa ja aktiivista tukea myös näin tarvittaessa. Joka kymmennessä tupakka-askissa on tiedot puhelinpalvelusta ja jatkossa myös verkkopalveluista tulisi tiedottaa varoitusteksteissä.

Tupakoimattomuuskilpailut tukevat vieroitautumista ja lisäävät ikäluokan tietoutta tupakan riskeistä. Entiset Smoke Free Class ja Just Be Smokefree –kilpailut ovat yhdistetty saman sateenvarjon alle. Uudeksi yhteiseksi nimeksi on tullut Smoke-free –kilpailu. Tarkoituksena on, että seitsemännellä luokalla nuoret osallistuvat luokittain tupakoimattomuuskilpailuun. Kahdeksannelta luokalta lähtien tupakasta vieroituksen rooli korostuu ja tällöin yksilökilpailuun osallistuminen on mahdollista. Kouluja palkitaan hankkeeseen osallistumisesta erilaisten kriteerien avulla, esim. onko koulun henkilökuntaa koulutettu hankkeeseen, ovatko koulut käyttäneet apuna saatavilla olevaa materiaalia ja onko nuorilla ollut mahdollista osallistua oppitunneille, jotka tukevat tupakoinnista vieroitusta. Nämä

tukevat koulujen kokonaisvaltaista tupakoimattomuuden ehkäisytyötä.

Nuorten tupakoimattomuuden edistämiseen ja vieroituksen tukemiseen tulisi olla kansallinen **resurssikeskus**, joka verkostoi, ylläpitää verkostoa sekä tutkii ja kehittää menetelmiä käytännön tarpeisiin.

6.7 Yhteenveto

Tupakointi aiheuttaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden. Tupakoinnin aloittaminen on monimutkainen tapahtumaketju, jossa ulkoisilla tekijöillä, ystävillä ja ympäristön odoituksilla on suuri merkitys.

Nuorten tupakoinnin vieroitus on varsin uusi asia niin meillä Suomessa kuin muualla. Vaikka tutkimustieto riippuvuuden kehitymisestä ja riskeistä on lisääntynyt voimakkaasti viime vuosina, käytännön keinoja on kehitetty ja tutkittu niukasti Suomessa. Nuorten tupakoinnin vieroituksen tukitoimet ovatkin vielä varsin vähäiset. Nuorten osalta ennaltaehkäisy on perustunut kilpailuihin (Smoke-free – kilpailut), joissa kannustetaan yhteisöllisyydellä olemaan tupakoimatta (luokkakilpailu). Lukiolaisille ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeleville on järjestetty lopettamiskilpailuja (yksilökilpailu), joissa kannustetaan nuoria lopettamaan tupakointi. Kouluterveydenhuollossa tai opiskelijaterveydenhuollossa on vähän vieroitusosaamista tai -toimintaa.

Nuorten tupakasta vieroitus on varsin uusi ilmiö, mutta tutkimustieto lisääntyy jatkuvasti. Tieto nikotiiniriippuvuuden biologiasta ja psyykkisen riippuvuuden kehitymisestä on lisännyt ymmärrystä nuorten tupakkariippuvuudesta. Nykytiedon mukaan on vaikea arvioida mitkä keinot ovat tehokkaimpia nuorten tupakoinnista vieroituksessa. Pääosa tutkimuksista on keskittynyt tupakoinnin ehkäisyyn, joka nuorten ikäryhmässä on ensi sijaista. Tutkimusten laatu, aineisto ja menetelmät vaihtelevat eikä niiden vertailu ole helppoa (25). Ohjelmien vaikutusta tupakoinnin lopettamiseen on vaikea selvittää, koska osa nuorista lopettaa tupakoinnin myös ilman ohjelmaan osallistumista (25). Tutkimusohjelmassa on käytetty vertailuryhmää mahdollisimman luotettavan tiedon saamiseksi, mutta vertailuryhmät ovat useimmiten valittu valikoidusta joukosta, kuten tupakoinnin lopettamista haluavista nuorista. Ongelmana monissa vieroitusohjelmassa on ollut se, miten motivoida osallistumaan niitä nuoria, jotka eivät ole kiinnostuneita tupa-

koinnin lopettamisesta. Motivointina käytettiin useassa ohjelmassa rahallista palkitsemista tai opintoviikkojen saamista osallistumisesta. Pohdittavaksi jää, miten nuorten vieroitusohjelmia pitäisi toteuttaa. Milton ym. ehdottaa, että tämän hetkisen tiedon perusteella nuorten tupakoinnin vieroitukseen tähtäävien ammattilaisten toimien tulisi pohjautua kognitiivis-behavioraalista lähestymistapaan (57).

Suomessa tupakoimattomuuden edistämässä ollaan pitkällä ja toimintakulttuuri on tupakkakielteinen. Nuorten tupakoinnin vieroituksen kehittämisessä tulee edetä maltillisesti ja yhteistyötä tehden. Haasteena ovat a) tutkimustiedon kertyminen nuorten tupakoinnin erityispiirteistä, riskiryhmistä b) nuorten tupakoinnin tapojen ja vieroitustoiminnan monitorointi c) toimintamallien, koulutuksen ja välineiden luominen käytännön tueksi ja d) rakenteiden, toimijoiden ja tavoitteiden määrittely.

6.8 Lähteet

1. Rimpelä A, Rainio S, Pere L, Lintonen T, Rimpelä M. Tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977-2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2005:23.
2. Kannas L, Harju-Kivinen R, Tynjälä J. Suomalaiset nuoret tupakoivat yleisemmin kuin muualla Euroopassa. Suomalainen strategia nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö; 1997. p. 21-34.
3. Klein JD, Levine LJ, Allan MJ. Delivery of smoking prevention and cessation services to adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med. 2001 May;155(5):597-602.
4. Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J, et al. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. Tobacco Control. 2000 2000/3;9(1):47-63.
5. Orleans CT, Arkin EB, Backinger CL, Best A, Crossett L, Grossman D, et al. Youth Tobacco Cessation Collaborative and National Blueprint for Action. Am J Health Behav. 2003;27 Suppl 2:S103-19.
6. Tompkins NO, Dino GA, Zedosky LK, Harman M, Shaler G. A collaborative partnership to enhance school-based tobacco control policies in West Virginia. Center for Disease Control and Prevention. Am J Prev Med. 1999 Apr;16(3 Suppl):29-34.
7. Maule CO, Moyer CA, Lovato CY. Application of a better practices framework to

- review youth tobacco use cessation. *Am J Health Behav.* 2003;27 Suppl 2:S132-43.
8. Milton MH, Maule CO, Backinger CL, Gregory DM. Recommendations and guidance for practice in youth tobacco cessation. *Am J Health Behav.* 2003;27 Suppl 2:S159-69.
 9. Patja K, Haukkala A. *Tupakkakertomus 2003.* Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2004. Report No.: B2/2004.
 10. DiFranza JR, Savageau JA, Rigotti NA, Fletcher K, Ockene JK, McNeill AD, et al. Development of symptoms of tobacco dependence in youths: 30 month follow up data from the DANDY study. *Tobacco Control.* 2002;11:228-35.
 11. O'Loughlin J, DiFranza JR, Tyndale RF, Meshefedjian G, McMillian-Davey E, Clark P, et al. Nicotine-Dependence Symptoms Are Associated with Smoking Frequency in Adolescents. *American Journal of Preventive Medicine.* 2003;25(3).
 12. Landrine H, Richardson J, Klonoff E, Flay B. Cultural diversity in the predictors of adolescent cigarette smoking: the relative influence of peers. *Journal of Behavioral Medicine.* 1994;17(3):331-46.
 13. Paavola M, Vartiainen E, Puska P. Predicting adult smoking: the influence of smoking during adolescence and smoking among friends and family. *Health Education Research.* 1996;11(3):309-15.
 14. Engels R, Knippe R, Deop M. Predictability of smoking in adolescence: between optimism and pessimism. *Addiction.* 1998;94:115-24.
 15. Chassin L, Persson C, Sherman S, Montello D, McGrew J. Changes in peer and parent influence during adolescence: longitudinal versus cross-sectional perspectives on smoking initiation. *Developmental Psychobiology.* 1986;34:1189-339.
 16. Chassin L, Presson C, Sherman S, Edwards D. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. *Health Psychology.* 1990;9(6):701-16.
 17. Moolchan ET, Ernst M, Henningfield JE. A review of tobacco smoking in adolescents: Treatment implications. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.* 2000;39(6):682-93.
 18. Siqueira L, Rolnitzky L, Rickert V. Smoking Cessation in Adolescents. The Role of Nicotine Dependence, Stress, and Coping Methods. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2001;155:489-95.
 19. Clemente J, Rubio A, Perez T, Marron T, Herrero L, Fuertes F-E. Determination of nicotine dependence in school-aged smokers through a modified Fagerström Test. *An Pediatr (Barc).* 2003;Jun;58(6):538-44.
 20. Patja K, Iivonen H, Helakorpi S, Veteläsuu U. Valtakunnallinen STUMPPI -tupakastavieroituspuhelin arviointiraportti. Hengitysliiton tutkimuksia 14/2004: Sosiaali- ja terveysministeriö.
 21. Colby S, Tiffany S, Shiffman S, Niaura R. Are adolescent smokers dependent on nicotine? A review of the evidence. *Drug and Alcohol Dependence.* 2000;59(Suppl. 1): S83-S95.
 22. Paavola M, Vartiainen E, Puska P. Smoking cessation between teenage years and adulthood. *Health Educ Res.* 2001 Feb;16(1):49-57.
 23. West R, McNeill A, Raw M. Smokeless tobacco cessation guidelines for health professionals in England. *Br Dent J.* 2004 May 22;196(10):611-8.
 24. Tyas S, Pederson L. Psychosocial factors related to adolescent smoking: a critical review of the literature. *Tobacco Control.* 1998;7:409-20 (Winter).
 25. Sussman S, Lichtman K, Ritt A, Pallonen U. Effects of Thirty-Four Adolescent Tobacco Use Cessation and Prevention Trials on Regular Users of Tobacco Products. *Substance Use and Misuse.* 1999;34(11):1469-503.
 26. Murphy-Hoefer R, Griffith R, Pederson L, Crossett L, Iyer S, Hiller M. A Review of Interventions to Reduce Tobacco Use in Colleges and Universities. *American Journal of Preventive Medicine.* 2005;28(2):188-200.
 27. Garrison M, Christakis D, Edel B, Wiehe S, Rivara F. Smoking Cessation Interventions for Adolescents A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine.* 2003;25(4):363-7.
 28. Horn K, Fernandes A, Dino G, Massey CJ, Kalsekar I. Adolescent nicotine dependence and smoking cessation outcomes. *Addict Behav.* 2003 Jun;28(4):769-76.
 29. Horn K, Dino G, Kalsekar B, Fernandes A. Appalachian Teen Smokers: Not On Tobacco 15 Months Later. *American Journal of Public Health.* 2004;94(2):181-4.
 30. Lotecka L, MacWhinney M. Enhancing Decision Behavior in High School 'Smokers'. *The International Journal of the Addictions.* 1983;18(4):479-90.

31. Ademan W, Duggan A, Hauptman M, Joffe A. Effectiveness of a High School Cessation Program. *Pediatrics*. 2001;107(4):1-8.
32. Rohrbach L, Howard-Pitney B, Unger J, Dent C, Howard K, Cruz T, et al. Independent Evaluation of the Californian Tobacco Control Program: Relationships Between Program Exposure and Outcomes, 1996-1998. *American Journal of Public Health*. 2002;92(6):975-84.
33. Moran S, Thorndike AN, Armstrong K, Rigotti NA. Physicians' missed opportunities to address tobacco use during prenatal care. *Nicotine Tob Res*. 2003 Jun;5(3):363-8.
34. Thorndike AN, Ferris TG, Stafford RS, Rigotti NA. Rates of U.S. physicians counseling adolescents about smoking. *J Natl Cancer Inst*. 1999 Nov 3;91(21):1857-62.
35. Hollis J, Polen M, Whitlock EP, Lichtenstein E, Mullooly J, Velicer WF, et al. Teen Reach: Outcomes From a Randomized, Controlled Trial of a Tobacco Reduction Program for Teens in Primary Care. *Pediatrics* 2005;115(4):981-9.
36. Sussman S, Dent C, Lichtman K. Project EX Outcomes of a teen smoking cessation program. *Addictive Behaviors*. 2001;26:425-38.
37. McCambridge J, Strang J. The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*. 1999;99:39-52.
38. Albrecht S, Payne L, Stone C, Reynolds M. A Preliminary Study of the Use of Peer Support in Smoking Cessation Programs for Pregnant Adolescents. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 1998;10(3):119-25.
39. Colby S, Monti P, Barnett N, Rohsenow D, Weissman K, Spirito A, et al. Brief Motivational Interviewing in a Hospital Setting for Adolescent Smoking: A Preliminary Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1998;66(3):574-8.
40. Colby S, Monti P, O'Leary Tevyaw T, Barnett N, Spirito A, Rohsenow D, et al. Brief motivational intervention for adolescent smokers in medical settings. *Addictive Behaviors*. 2005;30:865-74.
41. Myers MG, Brown SA. A controlled Study of a Cigarette Smoking Cessation Intervention for Adolescents in Substance Abuse Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*. 2005;19(2):230-3.
42. Hee-Cheo K, Kyung-Kyun S, Kyoung-Kon K, Bang-Bu Y. The Effects of the Acupuncture Treatment for Smoking Cessation in High School Student Smokers. *Yonsei Medical Journal*. 2005;46(2):206-12.
43. Vartiainen E, Saukko A, Paavola M. No Smoking Class -kilpailu ja nuorten tupakointi -Yhden vuoden seuranta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*. 1994;31:286-9.
44. Vartiainen E, Saukko A, Paavola M, Vertio H. 'No Smoking Class' competitions in Finland: their value in delaying the onset of smoking in adolescence. *Health Promotion International*. 1996;11(3):189-92.
45. Schulze A, Mons U, Edler L, Pötschke-Langer M. Lack of sustainable prevention effect of the 'Smoke-Free Class Competition' on German pupils. *Preventive Medicine*. 2005; Article in Press. Available online at www.sciencedirect.com.
46. Crone M, Reijneveld S, Willemsen M, Vab Leerdam F, Spruijt R, Sing R. Prevention of smoking in adolescents with lower education: a school based intervention study. *Journal of Epidemiol Community Health*. 2003;57:675-80.
47. Lantz PM, Jacobson PD, Warner KE, Wasserman J, Pollack HA, Berson J, et al. Investing in youth tobacco control: a review of smoking prevention and control strategies. *Tob Control*. 2000 Mar;9(1):47-63.
48. Killen J, Robinson T, Ammerman S, Hayward C, Rogers J, Stone C, et al. Randomized Clinical Trial of the Efficacy of Bupropion Combined With Nicotine Patch in the Treatment of Adolescent Smokers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2004;72(4):729-35.
49. Hanson K, Allen S, Jensen S, Hatsukami D. Treatment of adolescent smokers with the nicotine patch. *Nicotine & Tobacco Research*. 2003;4(August):515-26.
50. Killen J, Ammerman S, Rojas N, J. V, Haydel F, Robinson T. Do Adolescent Smokers Experience Withdrawal Effects When Deprived of Nicotine? *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 2001;9(2):176-82.
51. Stead LF, Lancaster T, Perera R. Telephone counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003(1):CD002850.
52. Valtakunnallinen STUMPPI -tupakastavieroituspuhelin arvioitiraportti: Sosiaalili-

- ja terveystieteiden tutkimuskeskus; Hengitysliiton tutkimuksia 14/2004.
53. Rabius V, McAlister A, Geiger A, Huang P, Todd R. Telephone Counseling Increases Cessation Rates Among Young Adult Smokers. *Health Psychology*. 2004;23(5):539-41.
 54. Lipkus I, McBride C, Pollak K, Schwartz-Bloom R, Tilson E, Bloom P. A randomized trial comparing the effects of self-help materials and proactive telephone counselling on teen smoking cessation. *Health Psychology*. 2004;23(4):397-406.
 55. Woodruff S, Edwards C, T. C, Elliot S. Pilot Test of an Internet Virtual World Chat Room for Rural Teen Smokers. *Journal of Adolescent Health*. 2001;29:239-43.
 56. Skara S, Sussman S. A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Prev Med*. 2003 Nov;37(5):451-74.
 57. Milton M, Maule C, Backinger C, Gregory D. Recommendations and guidance for practice in youth tobacco cessation. *American Journal of Health Behaviour*. 2003;27(Suppl 2):S159-69.
 58. Koivusilta L, Rimpelä A, Rimpelä M, Vikat A. Health behaviour-based selection into educational tracks starts in early adolescence. *Health Education Research*. 2001;16(2):201-14.
 59. Koivusilta L, Rimpelä A, Vikat A. Health behaviours and health in adolescence as predictors of educational level in adulthood: a follow-up study from Finland. *Social Science and Medicine*. 2003;57:577-93.
 60. Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. Smoking from Adolescence to Adulthood: The Effects of Parental and Own Socioeconomic Status. *European Journal of Public Health*. 2004;14:417-21.
 61. Koivusilta L, Honkala S, Honkala E, Rimpelä A. Toothbrushing as part of the adolescent lifestyle predicts education level. *J Dent Res*. 2003;82(5):361-6.
 62. www.kaypahoito.fi. Käypähoitosuositus: tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitusohjelma; 2002.

7 TURVALLISUUTTA, TERVEYTTÄ JA PÄIHTEETTÖMYYTTÄ

Kirjallisuuskatsaus: Koulun rooli nuorten syrjäytymisen ehkäisyssä ja osallisuuden vahvistamisessa

Katja Joronen, Tampereen yliopisto

Tiivistelmä

Artikkelissa kartoitetaan ensiksi tämän päivän koululaisen kehityksellisiä haasteita, terveyttä, riskialtista terveystietämättömyydestä ja syrjäytymisuhkia sekä koulun ja perheen merkitystä nuoren elämässä. Toiseksi esitellään suomalaisen yhteiskunnan kannanottoja ja hankkeita sekä kansainvälisiä ohjelmia koululaisten syrjäytymisen ehkäisemiseksi ja osallisuuden vahvistamiseksi. Erityisesti keskitytään kuvaamaan sellaisia interventioita, joiden vaikuttavuutta on tutkittu terveystietämättömyyden näkökulmasta.

Kansanterveysohjelma Terveys 2015 on asettanut ensimmäiseksi tavoitteekseen lisätä lasten ja nuorten hyvinvointia ja parantaa terveydentilaa sekä vähentää turvattomuuteen liittyviä oireita ja sairauksia. Valtaosa suomalaisista nuorista on tutkimusten mukaan terveitä ja hyvinvoivia. Kuitenkin fyysinen oireilu, kuten päänsärky ja niskahartiaseudun kipu, on yleistä. Myös masentuneisuuteen viittaavia oireita on noin 13 prosentilla helsinkiläisistä yläkoululaisista. Helsinkiläisistä 8.-luokkalaisista tupakoi päivittäin 12% ja 9.-luokkalaisista joka viides. Vähintään kerran kuussa humalaan joi itsensä 8.-luokkalaisista joka kuudes ja 9.-luokkalaisista noin joka neljäs. Perheen ihmissuhteisiin liittyvät turvattomuuden kokemukset ovat myös melko yleisiä. Seurantatutkimukset osoittavat, että hyvät lapsuuden lähtökohdat, kuten hyvä itsehallinta, koulumenestys, kodin sosiaalinen pääoma, enakoivat parempaa sosiaalista toimintakykyä, kuten työuran vakautta ja kohtuullista alkoholin käyttöä aikuisena. Useat tutkimukset osoittavat myös, että mielenterveyden ongelmilla on yhteys myöhempään riskialttiiseen terveystietämättömyyteen, kuten tupakointiin ja alkoholin käyttöön. Vanhemmat ja opettajat ovat usein tietämättömiä lasten ja nuorten sisäänpäin suuntautuneista ongelmista, kuten masentuneisuudesta ja ahdistuneisuudesta.

Koulun rooli lapsen ja nuoren sosiaalistajana ja hyvinvoinnin tuottajana on vahvistunut mm. koulutuksen pidentymisen ja perhe-elämän hajaan-

tumisen myötä. Suomessa on kehitetty ja toteutettu useita koulussa toteutettuja hankkeita nuorten syrjäytymisen ehkäisemiseksi, mutta niiden vaikuttavuutta ei ole juurikaan tutkittu. Kansainvälisen meta-analyysin mukaan tehokkaimmat päihteiden käytön ehkäisyohjelmat keskittyivät käyttäytymiseen ja elämäntaitojen opetteluun, korostivat nuorten ryhmäytymistä keskenään ja aikuisten kanssa, toteutettiin vuorovaikutuksessa nuorten kanssa, korostivat pohdiskelevaa, itse-reflektivoivaa oppimista, perustuivat selkeästi lausuttuun tarkoitukseen ja strategiaan sekä korostivat läheistä kontaktia nuoriin. Lisäksi intervention vaikuttavuutta vahvistivat tutkimuksen liittäminen vaikuttavuuden arviointiin, sosiaalisen vaikuttamisen näkökulma, keskittyminen normeihin ja päätökseen päihteettömyydestä sekä yhteisötason liittäminen ohjelmaan. Myös ikätoverin toimiminen ohjaajana näytti lisäävän ohjelman vaikuttavuutta.

7.1 Johdanto

Perhekoon pientymisen, perhe-elämän haantumisen ja koulutuksen pidentymisen myötä on koulun rooli lapsen ja nuoren sosiaalistajana vahvistunut. Vaikka koulun resurssit on jatkuvasti leikattu, tulisi sen silti pystyä yhä monipuolisemmin vastaamaan oppilaiden hyvinvoinnista. Koulun tavoittaa lähes koko ikäluokan vähintään yhdeksän vuoden ajan. (1-3) Helsingin kaupungin kouluissa korostetaan jokaisen oppilaan oikeutta hyvään oppimiseen ja oppijana kehittymiseen sekä ihmisenä kasvamiseen ja sivistykseen, demokraattisuutta, tasa-arvoa, suomalaista ja omaa kulttuuria ja kulttuurien välistä vuorovaikutusta sekä kestävästä kehitystä. Opetus- ja kasvatustyön arvoissa on mainittu myös, ettei peruskouluissa hyväksytä minkäänlaista väkivaltaa, syrjintää tai rasismia. (4) Kouluissa, joissa nämä arvot toteutuvat, oletettavasti viihdytään. Suurin osa helsinkiläisistä alakoulun oppilaista (79-90 %) viihtyykin vanhempien tai vanhemman ja lapsen yhteisen arvion mukaan koulussa hyvin (5-7). Huomattava osa helsinkiläisistä yläkoululaisista ei kuitenkaan Kouluterveyskyselyn mukaan pidä koulunkäynnistä, vaikka tiedolliset oppimistulokset ovat maailman kärkeä (8, 1-2 www-lähde). Koulun oppimisilmasto sekä kodin kulttuurinen ja sosiaalinen kommunikointi Suomessa on todettu olevan OECD-maiden keskimääräistä tasoa heikompi (9).

Toisaalta koulun sosialisointitehtävään kuuluu myös toimia sosiaalisen kontrollin välineenä sekä valikoida oppilaita ja luokitella menestyjiin

ja epäonnistujiin, ja palvelu näin työelämän kvalifikointitehtävää. (10, 11, s. 261) Koulussa viihtymättömyyden voidaan arvela johtuvan siitä, että Suomessa koulun rooli kvalifikoida on vahvempi kuin sen rooli hyvinvoinnin vahvistajana. Samalla uusimmat tutkimustulokset osoittavat, että juuri koulun ilmapiiriin ja kouluun kiinnittymiseen liittyvät ongelmat vaikuttavat myös opillisiin saavutuksiin ja lasten oireiluun (mm. 12-14).

Helsinkiläisnuorten kouluvastaisuuden on todettu olevan tyypillisempää pojille ja muusta kuin ydinperheestä tuleville oppilaille. Kouluvastaisuus yleistyy myös vanhempien koulutuksen vähentyessä ja kadulla vietetyn vapaa-ajan myötä, mikä taas on yhteydessä tupakointiin ja alkoholin ja huumeiden käyttöön (15, 16, s. 327). Onkin kärjistetysti väitetty, että ainoa varma mahdollisuus menestyä koulussa on valita itselleen suurituloiset hyvinkoulutetut vanhemmat (17). Helsinkiläisnuorten kouluvastaisuutta ei voida Karvosen ja Rahkosen (16) mukaan palauttaa yksin yksilötekijöihin, vaan taustalla on yhteiskuntarakenteellisia ja paikalliseen kulttuuriin sidoksissa olevia tekijöitä, kuten eroja pedagogisessa eetosissa. Opettajat käyttävätkin työssään yhteiskunnallista valtaa ja heidän tehtävänä on sosiaalista kansa kulloinkin dominoivan kulttuurin ja ideologian mukaisesti (18). Myös niin sanotun piilo-opetussuunnitelman on väitetty luokittelevan oppilaat sosiaalisen taustansa mukaan vahvoihin ja heikkoihin (17). Huonosti koulussa viihtyvät nuoret arvelevat itse ajautuvansa kahnauksiin poliisin kanssa ja kokevansa työttömyyttä (16). Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten aikuisten on todettu arvioivan omia vaikutusmahdollisuuksiaan tavoitteidensa saavuttamisessa muita huonommaksi (19). Positiiviselle diskriminaatiolle ja deterministisen kierteen katkaisulle on siten tilausta.

Huonosti koulussa menestyvät nuoret ovat eniten pois koulusta sekä keskeyttävät koulun todennäköisemmin kuin hyvin koulussa menestyvät ikätoverinsa (20). Koulukiusaamisella on todettu yhteys huonoon koulumenestykseen (14) ja koulusta syrjäytymiseen (21). Myös masennuksesta kärsivät nuoret raportoivat enemmän poissaoloja koulusta, enemmän riskialtista terveyskäyttäytymistä ja somaattisia vaivoja (22).

Vaikka suurin osa suomalaisista lapsista ja nuorista voi tänä päivänä erittäin hyvin (23) ja on tyytyväisiä elämäänsä (24), on huonosti voivien lasten määrä noussut huolestuttavasti (23). Useiden tutkimusten mukaan noin joka viidennellä

suomalaislapsella ja -nuorella on psykososiaalisia ongelmia ja noin joka kolmannella erityistuen tarvetta (25-27). Samansuuntaisia lukuja on raportoitu myös esimerkiksi Yhdysvalloissa (28). Samalla sosioekonomisten tekijöiden vaikutus suomalaisten sairastavuuteen ja kuolleisuuteen on jopa noussut viime vuosina: huono-osaisten väestöryhmien terveys on selvästi muita heikompi. On selvää, että erityisesti elämänselämän alkuvaiheiden olosuhteet ja kokemukset heijastuvat myöhempään terveyteen ja hyvinvointiin. (29-32) Suomen kansallisen Terveys 2015 -ohjelman keskeinen tavoite onkin kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja (3 www-lähde). Koska elintavoilla, esimerkiksi tupakoinnilla, on osuutensa terveyserojen syntyprosessissa, on elintapoihin syytä kiinnittää huomiota sekä kasvatuksessa, yhteiskuntarakenteissa että lainsäädännössä (33-34).

Pahoinvoivien lasten ja nuorten kohdalla puhutaan ennemmin syrjäytymisvaarasta kuin syrjäytymisestä. Järventien (25) tutkimuksen mukaan helsinkiläisistä alakoululaisista jopa 29% oli vaarassa syrjäytyä, sillä heillä oli sekä puutteita perushoivassa että kielteinen minäkäsitys. Koulun käynnissä havaittuja syrjäytymisuhan merkkejä ovat mm. fyysinen tai psyykinen huonovointisuus, muutokset koulunkäynnissä tai aktiiviteeteissa, luvattomat poissaolot liittyneenä kouluvaikeuksiin, motivaatio-ongelmat, harrastamattomuus, itsetuntopulmat, normien rikkominen ja päihdekokeilut sekä kiusaaminen (joko kiusaajana tai kiusattuna). (35) Suomessa onkin viritelty useita hankkeita syrjäytymisen ehkäisemiseksi tai osallisuuden lisäämiseksi, mutta niiden vaikuttavuutta ei ole juurikaan tutkittu (9).

Tässä raportissa kartoitetaan ensiksi tämän päivän koululaisen kehityksellisiä haasteita, terveyttä, riskialtista terveyskäyttäytymistä ja syrjäytymisuhkia, koulun ja perheen merkitystä koululaisen elämässä. Toiseksi esitellään syrjäytymisuhan alla elävien nuorten parissa tehtyjä kansainvälisiä ja kansallisia tutkimuksia ja ohjelmia. Erityisesti keskitytään kuvaamaan sellaisia interventiotutkimuksia, joiden vaikuttavuutta on tutkittu.

7.2 Koululaisen kehityshaasteet

Erik H. Eriksonin (36-37) mukaan ihmisen kehitys suhteessa sosiaaliseen ympäristöön kulkee kahdeksan elämänkaaren psykososiaalisen vaiheen kautta. Erikson nimeää vastasyntyneen perusturvallisuuden sellaiseksi perustekijäksi, jon-

ka pohjalta myöhemmät tavat hahmottaa itse ja maailma rakentuvat. Koulunkäynnin aloittanut lapsi on elämänselämänsä neljännessä vaiheessa, jossa lapselle määrittyy kuva itsestään osaavana, pystyvänä tai alemmuudentuntoisena. Kehitysvaiheen onnistuminen synnyttää lapsessa pystyvyyden tunnon: maailma on edessä valloitettavaksi. Lapsella tulisi olla tunne, että hänelle tärkeät ihmiset kokevat lapsen taitavaksi ja osaavaksi, joka kelpaa heille ja jonka he hyväksyvät sellaisena kuin hän on (38, s. 42).

Nykykuoroisen nuoruuden kehkeytyminen erityiseksi ikävaiheeksi on kytköksissä mm. nuoruusajan pidentymiseen, koulutuksen erillistymiseen, nuorten eriytymiseen erityiseksi ikäryhmäksi ja sosiaalisen tuen ja kontrollin erillistymiseen (39-40). Nuoruuden kehitystehtävänä nähdään jo siihen mennessä saavutetun identiteetin kriisi. Nuori laajentaa maailmankuvaansa ja etsii ihanteita ja hakee ammatillista rooliaan. Vallitseva kulttuuri muokkaa nuoruuden rooleja, ihanteita ja tavoitteita. (36-37) Näin esimerkiksi maahanmuuttajanuoren identiteettikriisi syvenee oman kulttuurin ja ympäröivän kulttuurin erilaisten odotusten keskellä.

7.2.1 Turvallisuuden kokemus

Turvallisuus on nostettu Terveys 2015 -ohjelman ensimmäiseksi ikäryhmittäiseksi tavoitteeksi: *Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi* (Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, 3 (www-lähde). Turvallisuuden kokemusta lapsuudessa ja aikuisuudessa on tutkittu Suomessa lähinnä turvattomuuden kautta. Lahikainen ym. (41) tutkivat suomalaisten ja virolaisten 5-12-vuotiaiden lasten turvattomuutta, joka määriteltiin peloiksi ja huoliksi lasten elämässä. Suomalaisten koululaisten (n=447) pelot liittyivät ulkoisten tekijöiden (kuolema, tulipalo) lisäksi sisäisiin tekijöihin, kuten painajaisuniin (22%), pimeässä nukkumiseen (11%) ja sosiaalisiin tekijöihin, kuten vanhempien riiteltyyn (19%) ja luokan edessä esiintymiseen (14%).

Lapsiperheisiin liittyy Kraavin ja Lahikaisen (42) mukaan omintakeinen turvattomuus, joka on seurausta sairauden pelosta, taloushuolista ja vanhemmuuden taakasta. Vanhemmat kokevat huolta siitä, pystyvätkö he täyttämään vanhemmuuteen liittyvät taloudelliset ja huolenpidon velvoitteet. Lapset kokevat taas vanhempia enemmän perheen ihmissuhteisiin liittyvää tur-

vattomuutta. Huoli ja pelko vanhempien riitelystä, sairaudesta tai menettämisestä ovat yleisiä. (42-43) Järventie (25) tutki 365 alakoululaisen lapsen saamaa perushoivaa ja psykososiaalista hyvinvointia kahdella eri asuinalueella Helsingissä. Perushoiva tarkoitti ravintoa, lepoa, puhautta ja turvallisuutta. Psykososiaalinen hyvinvointi määriteltiin identiteetiksi eli myönteiseksi käsitykseksi itsestä. Järventien tutkimuksen mukaan 29% lapsista, riippumatta asuinalueesta, kärsi sekä perushoivan puutteesta että kielteisestä minäkäsityksestä. Nämä lapset ovat Järventien mukaan vaarassa syrjäytyä.

Lapsen turvallisuuden kannalta on tärkeää, että hän joko itse pystyy hallitsemaan arkielämän tapahtumia tai että hänellä on tunne siitä, että ne ovat hänen läheisten aikuisten hallinnassa. Lapsen turvallisuuden tunne rakentuu pitkälti arkielämän konkreettisissa vuorovaikutustilanteissa, kuten kotona ja koulussa. Lapsen turvallisuuden kannalta onkin keskeistä tarvitsevuus. Turvallinen aikuinen tarvitaan mm. sanoittamaan lapselle vaikeita asioita, joita lapsi kohtaa esimerkiksi median kautta. (44)

Turvattomuus -tutkimuksen mukaan 13-84-vuotiaista suomalaisista (45) noin joka kahdeksas oli niin sanotusti perusturvaton: he kokevat elämän ja olemassaolonsa uhatuksi sekä fyysisesti (läheisen väkivaltaisuus) että materiaalisesti (mm. ylivelkaantuminen). Perusturvattomia oli eniten lapsiperheissä ja keskimäärin heikommin koulutetussa väestöryhmässä. Perusturvattomien joukkoon kuului hiukan enemmän naisia kuin miehiä ja he kärsivät myös selvästi keskimääräistä useammin väsymyksestä, ahdistuneisuudesta tai masennuksesta, keskittymisvaikeuksista, somaattisista oireista, unettomuudesta, itsemurha-ajatuksista sekä yksinäisyydestä. Perusturvattomat olivat kokeneet lapsuudessaan selvästi muita useammin erilaisia ongelmia kuten perheongelmia alkoholin vuoksi, kuolemantapauksia ja sairauksia perheessä, taloudellisia vaikeuksia ja laitoksissa asumista. (45)

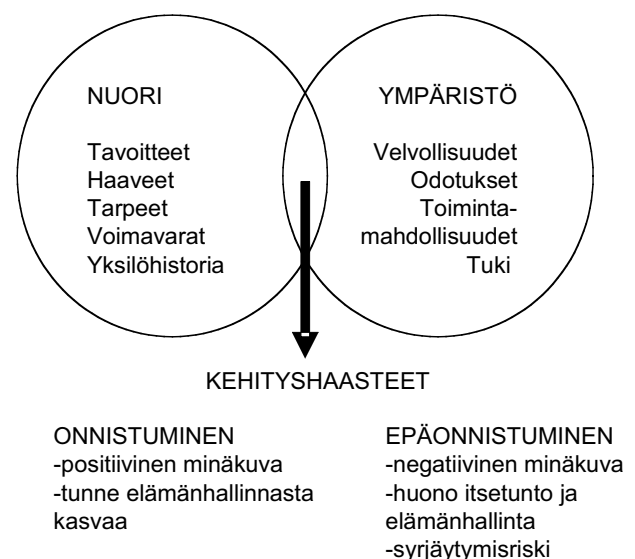
7.2.2 Myönteinen minäkäsitys ja terve itsetunto

Minäkäsitys on jäsentynyt skeema itsestä, joka sisältää menneisyyden, nykyisyyden ja tulevaisuuden kokemukset ja havainnot yhdistyettynä arvoihin, asenteisiin, ihanteisiin ja tunteisiin. Realistinen minäkäsitys toimii kuin karttana ja oppaana ihmisen toiminnan säätelyssä. (46, s. 18-19)

Yksilön itsetunto kertoo, tiedostaako ja tuntee ko hän itsensä sekä arvostaako hän itseään. Hyvä itsetunto tai minäkäsitys on nuoren turvallisen olon perusta. Siihen kuuluu todellisuuden perustuva itsensä tunteminen, kunnioittaminen ja arvostaminen. Terveeseen itsetuntoon katsotaan kuuluvan myös kyky arvostaa muita ihmisiä, itsenäisyys oman elämän ratkaisuissa sekä epäonnistumisten ja pettymysten sietokyky. Terve itsetunto kehittyy silloin, kun nuori tuntee itsensä hyväksytyksi ja saa oikeudenmukaista tunnustusta. (46-48) (Kuva 1)

Koulun antama konkreettinen palaute, jonka lapsi saa osaamisestaan, on merkittävä itsetunnon vahvistaja tai heikentäjä. Koulun alku nopeuttaa lapsen itsekritiikin kehittymistä. Erityisesti ensimmäisten kouluvuosien aikana lapselle muodostuu pitkälti hänen elämässään vaikuttava käsitys siitä, mitä hän osaa ja mitä ei, ja samalla syntyy myös joko halu käydä koulua tai kasvaa alemmuuden tunto. Vaikka murrosiän alussa 12-14-vuotiaana itsetunnossa esiintyykin jonkin verran vaihtelua, on itsetunto todettu olevan murrosiässä melko pysyvä. (47)

Henkilökohtaisilla tavoitteilla on havaittu olevan yhteys yksilön hyvinvointiin. Abstraktit, itseen liittyvät tavoitteet on huomattu yhteydessä hyvinvoinnin ongelmiin, ja kehitystehtäviä heijastavat, ympäristöön sidotut ja sosiaaliset tavoitteet taas hyvinvointiin. Mikäli nuori arvioi asettamansa tavoitteet erittäin merkitykselliseksi ja samalla ymmärtää ne vaikeasti saavutettavaksi, hyvinvoinnin ongelmat ovat todennäköisiä. (49)



Kuva 1. Kehityshaasteet minäkuvan muokkajana ja elämänhallinnan tukena (48, s. 82)

7.2.3 Elämänhallinta, elämäntaidot ja näiden vahvistaminen

Pulkkinen (9) on kollegoineen tutkinut Lapselta aikuiseksi -projektissa vuodesta 1968 alkaen (n=369) kouluiässä tapahtuvan kehityksen merkitystä aikuisiän sosiaalisessa toimintakyvyssä. Tutkimukseen osallistuneita on seurattu 14-, 20-, 27-, 36- ja 42-vuoden iässä ja aineistoa on kerätty kyselyin, haastatteluin, toveri- ja opettaja-arvioinnein. Tutkimukseen osallistuneille on tehty 42-vuotiaana myös terveystarkastus. Tutkimuksen päätulokset osoittavat, että keskimääräistä paremmat kehitykselliset lähtökohdat kuten hyvä itsehallinta, koulumenestys, kodin sosiaalinen pääoma ennakoivat keskimääräistä parempaa sosiaalista toimintakykyä kuten työuran vakautta, kontrolloitua alkoholin käyttöä aikuisena ja päinvastoin.

Kinnusen ym. (50) tutkimus osoitti, että opettajat tunnistavat melko hyvin ne nuoret, joilla on heikko elämänhallinta ja jotka ovat syrjäytymisvaarassa. Opettajilla oli eniten vaikeuksia havaita hyvin koulussa menestyvien oppilaiden elämänhallintapulmat.

Elämän- ja elämänhallintataitojen vahvistaminen koulussa osana terveyden edistämistä on nostettu esille voimakkaasti 1990-luvulla. Elämäntaitoihin on liitetty mm. sosiaalisia, tunne- ja ongelmanratkaisutaitoja. (1, 28) Erityisesti tunnetaidot ja sen opettamisen edellytykset ovat herättäneet kiinnostusta mediassa kevään ja kesän 2005 aikana. Terveystiedon oppiaineen palattua peruskoulujen opetussuunnitelmiin vuonna 2005 on tunnetaitojen merkitystä osana terveyttä alettu korostaa. Terveystiedon opetus perustuu monitieteiseen tietoperustaan ja sen tarkoituksena on edistää oppilaiden terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta tukevaa osaamista. Opetuksen tehtävänä on kehittää oppilaiden tiedollisia, sosiaalisia, tunteiden säätelyä ohjaavia, toiminnallisia ja eettisiä valmiuksia. Terveystieto määrittellään perusopetuksen opetussuunnitelmassa oppilaslähtöiseksi, toiminnallisuutta ja osallistuvuutta tukevaksi. Opetuksen lähtökohtana tulee olla lapsen ja nuoren arki, kasvu ja kehitys sekä ihmisen elämänkulku. (4 www-lähde)

Tunneäly, englanniksi emotional intelligence, on käsitteenä vielä melko nuori. Peter Salovey ja John Mayer toivat sen tieteelliseen keskusteluun vuonna 1990, mutta Daniel Golemanin (51) menestyskirjan Tunneäly - lahjakkuuden koko kuva kautta käsite levisi suuren yleisön tietoon. (52) Tunneälyä kuvataan metakyvyksi, joka säätelee

muiden kykyjen toteutumista. Se sisältää omien tunteiden tiedostamisen (self-awareness), tunteiden hallitsemisen (impulse control), motivaation löytämisen (persistence, zeal and self-motivation), muiden tunteiden havaitsemisen (empathy) ja ihmissuhteiden hoidon (social deftness) (51, s. 66-67) Testattaessa tunneälytaitoja käytetään useimmiten BarOnin testiä, missä tunneäly jaetaan viiteen osa-alueeseen: intrapersoonalliset kyvyt, interpersoonalliset kyvyt, sopeutumiskyky, paineensietokyky ja yleinen hyvinvointi (53).

Tunneälyn ja tupakoinnin yhteyttä tutkinut Trinidad kollegoineen (54) löysi yhteyden tunneälyn ja tupakointiin asennoitumisen välillä. Tutkimukseen osallistui 714 6.-luokkalaista nuorta (keski-ikä 11,3 vuotta). Tulosten mukaan ne nuoret, joilla oli vahvat tunnetaidot, eivät aikoneet tupakoida vihastuessaan, kun taas tunnetaidoiltaan heikommalla ikätoverit arvioivat tupakointivarsa ärtyneinä. Vahvat tunnetaidot olivat yhteydessä myös vahvempaan käsitykseen omista kieltäytymistaidoista tupakkaa kohtaan sekä vähäisempään aikomukseen tupakoida.

Isokorpi (53) kehitti väitöskirjassaan työyhteisöjen tunneälytaito -mallin, joka toteutettiin toimintatutkimuksena liikenneopettajankouluttajien keskuudessa. Tunneälytaitojen oppimisessa korostuivat ryhmän merkitys ja ohjaajan taidot ja pedagogisissa ratkaisuissa käytettiin toiminnallisia menetelmiä. Tutkimustulosten mukaan mallin avulla saatiin aktivoitua työhön liittyvistä tunnekokemuksista puhuminen. Liikenneopettajankouluttajat arvioivat koulutusprosessin lisäneen itsetuntemusta ja toisten tuntemusta sekä vahvistaneen itsetuntoa ja itsevarmuutta sekä voimistaneen ryhmän yhteenkuuluvuuden tunnetta ja yhteisöllisyyden sekä tunneälytaitojen merkityksen tärkeyttä.

Eräs elämäntaitoihin keskittyvä ohjelma Suomessa on Lions Quest ”Yhdessä kasvamisen” ohjelma, joka perustuu mm. Banduran sosiaalisen oppimisen, Golemanin tunneäly-käsitteeseen ja Hirschin kontrolliteorian ja sosiaalisen kasvun malliin. Ohjelmaa rahoittaa Lions-järjestö. Quest -kasvatusohjelmien tarkoituksena on tukea kasvattajia, kun nämä auttavat lapsia ja nuoria käsittelemään päivittäisiä haasteita elämässään. Ohjelma on suunnattu 5-17 -vuotialle lapsille ja nuorille siten, että ohjelmat on laadittu ikäryhmittäin 5-9 -vuotiaille (Vatupassi -ohjelma), 10-12 -vuotiaille (Kompassi -ohjelma) 12-17 -vuotiaille (Passi -ohjelma) sekä vanhemmuuteen yhteisvoimin -ohjelma lasten ja nuor-

ten vanhemmille. Opettajat ja vanhemmat valmennetaan ohjelman käyttöön kaksipäiväisellä koulutuksella. (55, 5 www-lähde)

Kompassi -ohjelma on suunnattu alakoulun yläluokille ja sen päätavoitteina on rohkaista vanhempia, koulun henkilökuntaa ja yhteiskuntaa tukemaan lasten terveen kasvun hyväksi tehtävää työtä, antaa lapsille tilaisuuksia harjoitella hyvää toveruutta työskentelemällä ryhmässä ja auttamalla toisia, antaa lapsille tietoa ja taitoja siitä, kuinka he voivat elää tervettä elämää ja kunnioittaa monimuotoisuutta ja rohkaista toisten huomioonottamiseen. Kompassi -ohjelmassa pyritään oppimaan ja vahvistamaan vuorovaikutus-, yhteistyö, ongelmanratkaisutaitoja sekä itsensä ja toisten kunnioitusta ja arvostusta sekä kielteisen painostuksen vastustamista. (55, 5 www-lähde)

Lions Quest -ohjelmaa on lähinnä itsearvioitu. Laadullisten tutkimusten tulosten mukaan opettajat arvioivat ohjelman vaikuttaneen myönteisesti lasten käyttäytymiseen ja sosiaalisiin taitoihin. He arvioivat ohjelman tarjonneen myös tehokkaan työkalun luokan ilmapiirin parantamiseksi. (55-56). Yhdysvaltalais tutkimus 6.- ja 7.-luokkalaisten nuorten keskuudessa osoitti (n=6239), että ohjelmalla pystyttiin ehkäisemään tupakoinnin ja marihuanan aloittamista (57).

Suomen ev.lut. seurakuntien Nuorten keskus järjestää Nuisku -ihmissuhdetaitokursseja nuorille ja nuorten kanssa toimiville tahoille. Kurssilla opiskellaan ihmissuhdetaitoja nuoren näkökulmasta. Nuorten kurssi on suunnattu peruskoulu- ja lukioikäisille ja se perustuu yhdysvaltalaisen psykologin ja kouluttajan Thomas Gordonin kehittämään, alun perin vanhemmille suunnattuun koulutukseen (ks. Gordon Training). Kurssi kestää 28 tuntia ja sen aikana käsitellään mm. omia tunteita ja arvoja, ystävyyttä ja perheen ihmissuhteita sekä tulevaisuuden suunnittelua. Lyhyiden luento-osuuksien lisäksi kurssi sisältää runsaasti käytännön harjoituksia. Nuisku -kurseja järjestetään eri puolilla Suomea mm. seurakunnissa ja kouluissa. Nuorten Keskus järjestää vuosittain yhden Nuisku -kurssin osana rippikoulun ryhmänohjaajakoulutusta. Nuisku -ohjaajakoulutus on suunnattu nuorten kanssa työskenteleville ja se on laajuudeltaan kaksi opintoviikkoa. (6 www-lähde)

Askelittain -ohjelma (Second Step) on alkujaan amerikkalainen tunnetaitoihin, itsehillintään, ongelmanratkaisuun ja vihanhallintaan keskittyvä ohjelma, joka on tarkoitettu alakoulun oppi-

laille. Ohjelma on uusi Suomessa ja pohjautuu suurien mustavalkoisten kuvien ja videoiden käyttöön. Opettaja ohjaa mallioppimisen, rooli-leikkien ja vahvistamistekniikoiden kautta tunnetaitojen oppimista. Kokeilutoimintaa on MUKAVA -hankkeen kouluissa Jyväskylän, Sievin, Kuopion ja Etelä-Sipoon koulujen alaluokilla. (7 www-lähde)

7.3 Koululaisen terveys

Nuoruus on elämänsänsä terveintä aikaa (58). Suomalaisetkin nuoret arvostavat terveyttä ja valtaosa (n. 80-90%) arvioi terveytensä erittäin tai melko hyväksi (23, 59-64). Noin joka kymmenennellä yläkouluikäisellä nuorella on jokin lääkärin toteama pitkäaikaissairaus (2 www-lähde). Allergisesta nuhasta kärsii noin joka viides ja muusta allergiasta noin joka kolmas suomalainen yläkoululainen (23).

Nuorten terveyden tulevaisuutta varjostaa Rimpelän (23) mukaan neljä ”oireyhtymää”: (1) astmat ja allergiat, (2) metabolinen oireyhtymä (ylipainoisuus ja diabetes), (3) selän, niskan ja hartioiden oireet sekä (4) mielen ja vuorovaikutuksen oireyhtymä, johon sisältyvät mielenterveyden ongelmat, päivittäiset psykosomaattiset oireet, tupakointi sekä toistuva humalajuominen.

7.3.1 Itsearvioitu terveys ja koetut oireet

Itsearvioitun terveydentilan on todettu olevan yhteydessä kuolleisuuteen, mutta lääkärin toteamalla sairaudella on vain vähäinen yhteys koettuun hyvinvointiin (65-66). Itsearvioitu terveydentila ennustaakin vahvasti koettua hyvinvointia, kuten elämään tyytyväisyyttä (65, 67). Suomalaisen nuorten itsearvioitu hyvä terveys on liitetty myös perheen hyvään sosioekonomiseen asemaan, tupakoimattomuuteen ja kohtuulliseen liikuntaharrastukseen (61). Suomalaisessa aikuisväestössä koulutusryhmien väliset terveyserot ovat sekä miehillä että naisilla suuret: mitä parempi koulutustaso on, sitä parempi on myös koettu terveys (68, 32). Laaja 18-39-vuotiaiden (n=3669) keskuudessa tehty suomalaistutkimus osoitti, että heikoilla lapsuuden olosuhteilla ja vastoinikäymisillä on merkittävä yhteys varhaisaikuisuuden koettuun heikkoon terveydentilaan ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen. (69)

Välimaan (62) tutkimustulokset osoittivat, että suomalaisen nuorten itsearvioitu hyvä terveys määrittäytyi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden kautta. Esimerkiksi nuoret, jotka ra-

portoivat terveytensä erinomaiseksi, kärsivät vähemmän fyysisistä oireista, olivat tyytyväisempiä kehoonsa ja arvioivat kuntonsa paremmaksi kuin ne nuoret, jotka pitivät terveydentilaansa erinomaista heikompana. Haarasillan tutkimus taas löysi yhteyden kroonisen taudin, kuten astman ja depression kanssa. Masentuneet nuoret arvioivat myös yleisen terveydentilansa huonommaksi kuin ei-masentuneet nuoret. (22) Nuorten terveyttä ei tulisikaan tutkia irrallaan heidän sosiaalisesta, fyysisestä ja psykologisesta ympäristöstään (62).

Myös perhetyypin on todettu olevan yhteydessä koettuun terveydentilaan. Esimerkiksi ydinperheen nuorissa oli enemmän erinomaiseksi terveytensä arvioivia kuin muissa perhetyypeissä elävissä nuorissa. Kunnan kaupungistumisasteen ja terveydentilan arvion välillä ei ole osoitettu olevan yhteyttä. (62, 70) Heikon terveydentilan on todettu Koivusillan ym. (70) tutkimustulosten mukaan olevan yhteydessä heikkoon koulunestyykseen ja alempaan koulutustasoon.

Hyvistä terveydentila-arvioista huolimatta länsimaalaiset yläkoululaiset ovat oireilevaa kansaa. (23, 59, 63-64, 71-72). Erityisesti erilaiset kivut ja kolotukset näyttävät olevan yleistymässä (23, 64, 73). Kouluterveyskyselyn (2 www-lähde) mukaan noin 40% yläluokkalaisista tytöistä ja joka viides pojista kärsi päänsärystä vähintään kerran viikossa. Vastaavasti joka kolmas tyttö ja joka viides poika raportoi säännöllistä niska- ja hartiaseudun kipua. Huurteen ym. (74) seurantatutkimus osoitti, että myös suomalaiset nuoret naiset (16-32-vuotiaat) kärsivät psykosomaattisista oireista miehiä useammin. Sama tutkimus löysi myös yhteyden nuoruuden psykosomaattisten oireiden ja aikuisuuden matalan koulutustason välillä.

Yhteenvedon voidaan todeta, että tytöt ja vanhemmat ikäryhmät raportoivat enemmän oireita kuin pojat ja nuoremmat ikäryhmät. (23, 63-64, 73). Samalla on huomattava, että 5-14-vuotiaiden poikien kuolleisuus ja onnettomuudet ovat tyttöjä yleisempiä kaikissa Euroopan maissa (8 www-lähde).

7.3.2 Mielensterveys

Suomalaislasten psyykkiset ongelmat

Psyykkiset ongelmat ovat havaittavissa useimmiten jo lastenneuvolassa. Laaja kohorttitutkimus osoitti, että neuvolan havainnot lapsen kasvuhäiriöistä, somaattisista sairauksista, käytös-

oireista ja perheen psykososiaalisista ongelmista olivat yhteydessä lapsen myöhempiin psyykkisiin ongelmiin. (75) Solantaus kollegoineen (76) havaitsi, että laman aikana (1990-luvun alussa) perheen tulojen väheneminen lisäsi välillisesti lapsen riskiä mielensterveysongelmiin. Välittäjinä toimivat perheen lisääntynyt taloudellinen paine, kielteiset muutokset vanhempien mielensterveydessä, parisuhteessa ja vanhemmuudessa.

Suomalaisten alakouluikäisten psyykkisistä ongelmista tehtiin kohorttitutkimus 1980-1990-luvun vaihteessa. Alaluokkalaisilla 8-9-vuotiailla suomalaislapsilla psykiatristen häiriöiden esiintyvyys oli 21.8%, pojilla korkeampi (29.8%) kuin tytöillä (12.8%). Lähes joka kymmenes lapsi oli pikaisen hoidon tarpeessa ja joka neljännen lapsen tila tarvitsi hoidon arviointia. Yleisimmät psykiatriset häiriöt olivat neuroottisuus (18.4%), reaktiiviset häiriöt (9.5%), rajatapaukset (borderline) (3.1%) ja muut vakavat häiriöt (2.3%). Eri diagnoosien esiintyvyys oli seuraava: ahdistuneisuushäiriö (5.2%), depressio (6.2%), erityiset pelot (2.4%), uhmakkuus- and käytöshäiriöt (4.7%), tarkkaavaisuus- ja yliaktiivisuushäiriöt (7.1%). Ainoastaan 3.1% lapsista oli käynyt psykiatrisen hoidon asiantuntijalla viimeisen kolmen kuukauden aikana. Vain pieni osa psykiatrisista ongelmista kärsivistä lapsista oli käynyt terveydenhuollon ammattilaisen luona ongelmien takia. Kuitenkin 7.5% lapsilla oli ollut vakava psykiatrisen häiriö yli kolmen vuoden ajan. (77) Puuran (78) tutkimus osoitti, etteivät vanhemmat välttämättä huomaa lapsensa (n=5813 8-9 vuotiaista) psyykkisiä ongelmia. Arvioiden mukaan kolme neljästä erityisopetusta saavasta 8-vuotiaasta lapsesta kärsii mielensterveysongelmista (79).

Masennus

Sosiaalipsykologia painottaa, että masennuksen vaikuttajina toimivat yksilötekijöiden lisäksi myös kulttuuriset ja yhteiskunnalliset muutokset. On väitetty, että yhteisöllisyyden sijasta yksilöllisyyttä korostava yhteiskunta ajaa ihmiset masennukseen mm. itseohjautuvuuden epäonnistumisen kautta. Masennus voidaan tulkita myös tärkeäksi muutosvaiheeksi elämässä ilman sairauden tai häiriön leimaa. (80)

Suomalaispoikien keskuudessa tehty seurantatutkimus osoitti, että 8-vuotiaiden poikien itsearviot masennus ja psykosomaattiset oireet kuten päänsärky ja vatsakipu, selittivät parhaiten masennusoireita 18-vuotiaana. Myös alakoulu-

aikana kiusatut pojat kärsivät merkitsevästi useammin masennusoireista myöhäisnuoruudessa kuin ei-kiusatut pojat. Vaikka vanhempien ja opettajien arviot lasten psykosomaattista oireista korreloivat heikosti tai kohtalaisesti poikien myöhempien mielenterveysongelmien kanssa, oli poikien itsearvioiden korrelaatiot huomattavasti vahvempia. Tutkimus osoittikin, että jo alaluokilla tulisi kuunnella lapsen omia arvioita terveydestään ja elämästään. (81-82) Myös Puuran (78) väitöstutkimus osoitti, että masennuksen diagnosoimisessa tiedonantajan merkitys korostuu. Masennuksen esiintyvyys vanhemman haastatteluun perusteella oli 3% ja lapsen haastattelun perusteella 6%. Vanhemmat olivat usein tietämättömiä lastensa masennusoireista ja jopa lasten itsemurha-ajatuksista. Niissäkin tapauksissa, joissa vanhemmat olivat tietoisia lapsensa masentuneesta mielialasta, he eivät hakeneet lapsilleen apua, vaan yli 90% masentuneista lapsista oli vailla tutkimusta ja hoitoa. Masentuneista lapsista erityisesti tytöt jäivät helpommin vaille asiantuntija-apua. (78) Kansainvälisissä tutkimuksissa on huomattu, että vaikka lapsuudessa pojat kärsivät tyttöjä useammin masennuksesta, niin nuoruudessa ja aikuisuudessa naisilla on miehiin verrattuna noin kaksinvertainen riski kärsiä masennuksesta (83). Synä tähän muutokseen on Cyranowski kollegoineen esittänyt sekä hormonaalisia että sosiaalisia tekijöitä.

Suomalaisista 15-19-vuotiaista noin 5.3 prosenttia kärsii keskivaikeasta tai vaikeasta masennuksesta, kun diagnosoinnissa käytettiin haastattelua (22). Kouluterveystutkimuksen mukaan hel sinkiläisistä 8.- ja 9.-luokkalaisista nuorista jopa 13% raportoi keskivaikeaan tai vaikeaan masentuneisuuteen viittaavia oireita (84). Masentuneet suomalaiset nuoret ja nuoret aikuiset (15-24-vuotiaat) hakeutuvat ennemmin somaattisen terveydenhuollon kuin mielenterveyspalvelujen piiriin. Masentuneet nuoret (15-19-vuotiaat) hakevat harvoin apua mielenterveyspalveluista ja he tupakoivat ja kärsivät kroonisesta sairaudesta useammin kuin ei-masentuneet nuoret (85-87). Kroonisesti sairailta masentuneilla nuorilla on todettu olevan huomattavasti useammin kuoleman ajatuksia kuin terveillä nuorilla (87).

Kuudesluokkalaisen koululaisen masennus ja käytösoireet on todettu ennustavan humalahaikuista juomista kolme vuotta myöhemmin (88). Tyttöjen tunne huonosta koulumenestyksestä sekä heikko itsetunto ja poikien sosiaaliset ongelmat liittyneenä aggressiiviseen käyttäytymiseen korreloivat humalajuomisen kanssa kol-

me vuotta myöhemmin. (89). Keskinuoruuden (16-vuotiaana) masennusoireet, huono itsetunto, tyytymättömyys koulumenestykseen, lain rikkomukset, kodin huono ilmapiiri ja läheisten ystävien puute on todettu olevan yhteydessä myöhäisnuoruuden masennukseen (22-vuotiaana). Pojilla riskitekijät olivat useammin ulkoisia kun taas tytöillä sisäisiä. (90) Buydens-Brancheyn ym. (91) seurantatutkimus osoitti, että murrosiässä humalajuomisen aloittaneet nuoret kärsivät kolme kertaa todennäköisemmin masennuksesta kuin raittiit ikätoverinsa. Kouluterveystutkimukseen osallistuneiden 14-16-vuotiaiden nuorten (n=36549) mielenterveysongelmat, kuten masentuneisuus, olivat yhteydessä aikaisempaan puberteetin alkuaan (92).

Masennuksen ikätyypilliset oireet vaikeuttavat depression tunnistamista esim. kouluterveydenhuollossa. Lapsi tai nuori ei välttämättä tunnista olevansa masentunut vaan ärtynyt, kiukkuinen, vihainen, ikävystynyt tai huolestunut fyysisestä terveydestään. (9 www-lähde)

7.3.3 Mielenterveyteen liittyviä interventioita

Perheinterventio psyykkisesti sairaiden vanhempien perheessä

Solantaus ja Beardslee (93) raportoivat perheinterventiosta, jonka tarkoituksena oli ehkäistä psyykkisesti sairaiden vanhempien tai vanhemman lapsen sairastuminen psyykkisesti. Intervention lähtökohtana oli tutkimustieto, jonka mukaan isän tai äidin psyykkisen häiriön vaikutus lapseen välittyy sen kautta, miten häiriö vaikuttaa vanhemmuuteen. Interventiolla pyrittiin vaikuttamaan vanhemmuuteen ja tukemaan lasten itseymmärrystä ja itsenäisyyttä. Intervention osat olivat 1) arvio jokaisen perheenjäsenen tilanteesta ja jokaisen oman kertomuksen kuuleminen, 2) tiedon ja ymmärryksen lisääminen affektihäiriöistä ja näiden liittäminen perheenjäsenten omaan elämäkokemukseen, 3) lasten ymmärryksen lisääminen suhteessa vanhemman sairauteen ja 4) konkreettisten suunnitelmien tekeminen, millä turvataan lasten selviäminen tulevaisuudessa. Interventio sisälsi tapaamisia lapsen ja vanhempien kanssa erikseen ja lopuksi koko perheen tapaamisen.

Pitkähkö seuranta osoitti, että interventiolla oli myönteistä vaikutusta sekä lapsissa että aikuisissa. Interventioon osallistui 93 perhettä, joissa oli vähintään yksi 8-14-vuotias lapsi ja joissa ainakin toinen vanhemmista kärsi mielialahäiriöstä. Perheet osallistuivat joko klinikko- tai luento-

pohjaiseen interventioon. Luentoryhmä kuunteli kaksi tunnin mittaista luentoa depressiosta ja lasten riskeistä ja selviytyvyydestä. Luentojen jälkeen oli mahdollisuus tehdä kysymyksiä. Molemmille ryhmille annettiin sama kirjallinen aineisto depressiosta. Kliinikkopohjainen interventio perustui kliinikon vetämiin perhetapaamisiin, joissa tietoa depressiosta voitiin soveltaa perheenjäsenten omiin kokemuksiin. Kliinikkoryhmään osallistuneet olivat huomattavasti tyytyväisempiä ja raportoivat useampia käyttäytymis- ja asennemuutoksia, vaikka molemmissa ryhmissä tapahtui myönteisiä vaikutuksia. Seurantatutkimukset osoittivat, että positiiviset tulokset olivat pysyviä ja johtaneet vielä laajempaan muutokseen. (93-94)

Stakes on järjestänyt vuosina 2001-2004 Solantauksen johdolla valtakunnallisen Toimiva lapsi & perhe -perheinterventio- ja kouluttajakoulutuksen, jotka perustuvat Beardsleen perheinterventioon. Suomessa on tällä hetkellä noin 400 perheinterventiokoulutukseen osallistunutta työntekijää eri ammattikunnista. (10 www-lähde)

Ahdistuneisuuden ja masennuksen ehkäisy -ohjelma

FRIENDS for life on eräs laajimmin sovelletuista ja tutkituista preventiivisistä ohjelmista, joka on kehitetty ennaltaehkäisemään lapsuusiän ahdistuneisuutta ja masennusta. Ohjelma on ainoa WHO:n tunnustama ahdistuneisuuden ja masennuksen preventio-ohjelma. Friends -ohjelma pohjautuu lasten kognitiivis-behavioraalista psykoterapiaa kehittäneen psykologin Phillip Kendallin Yhdysvalloissa 1980-luvun lopussa laatimaan Coping Cat työkirjaan, jonka tarkoituksena oli auttaa ahdistuneisuushäiriöstä kärsiviä lapsia yksilöhoidossa. Kendallin työ laajeni Australiassa Paula Barretin johtaman tutkimusryhmän ansiosta ryhmämuotoiseksi Coping Koala-ohjelmaksi, johon kuului myös perheeseen kohdistunut interventio. Vuonna 2000 julkaistiin preventiivinen ohjelma Friends-nimellä validointitutkimusten jälkeen. Ohjelma on soveltuva koulussa toteutettavaksi ja sen toteuttajana voi olla esim. psykologi, terveydenhoitaja tai opettaja. (11 www-lähde, 95-96)

FRIENDS on akronyympi, joka muistuttaa lapsille ohjelman sisällöstä: F –feeling worried?, R – relax and feel good, I – inner thoughts, E – explore plans of action, N – nice work, reward yourself, D – don't forget to practice, S – stay calm, you know how to cope now. Ohjelma toteutetaan yleensä koulussa siten, että 10 viikoit-

taisen tapaamisen jälkeen oppilaille järjestetään kaksi tehosteistuntoa (yhden ja kolmen kuukauden päästä säännöllisten tapaamisten loppumisesta). Ohjelma perustuu siis ryhmän hyödyntämiseen ja yksilötyöskentelyyn harjoituskirjan kautta. Myös vanhemmille järjestetään istuntoja (yhteensä kuuden tunnin ajan) ja he saavat opas-kirjasen. (95)

Ohjelman vaikuttavuutta on arvioitu useissa tutkimuksissa ja tulokset ovat olleet myönteisiä. Dadds ym. (97) arvioivat FRIENDS -ohjelmaa edeltävää Coping Koala -ohjelman vaikuttavuutta 128 7-14-vuotiaan koululaisen keskuudessa. Oppilaat seulottiin 1786 koululaisen joukosta ahdistuneisuusmittareiden, opettaja- ja psykologiarvioiden kautta ja jaettiin joko ohjelma- tai seurantaryhmään. Ohjelma sisälsi noin 10 ryhmätapaamista, joihin osallistui 5-12 oppilasta ryhmää kohti. Vanhemmille järjestettiin myös ryhmätapaamisia. Ryhmien vetäjinä toimivat yhden päivän ohjelmakoulutuksen saaneet psykologit, joilla oli opiskelija apunaan. Seurantatutkimus (6 kk) osoitti, että ahdistuneisuusoireista kärsivistä ohjelmaryhmäläisistä 16% ja seurantaryhmäläisistä 54% oireet olivat vahvistuneet ahdistuneisuushäiriödiagnosiksi asti. Kahden vuoden seurannassa vastaavat luvut olivat 20% ohjelmaryhmässä ja 39% seurantaryhmässä. (98)

Australiassa 71 ahdistuneeksi diagnosoitua 6½-10-vuotiasta lasta osallistui tutkimukseen. Oppilaat jaettiin (suhteessa 3/1) satunnaisesti joko FRIENDS -ohjelmaryhmään (n=54) tai kontrolliryhmään (n=17). Ohjelman toteuttivat kaksi psykologia siten, että lasten ja vanhempien ryhmät kokoontuivat osittain yhdessä, mutta pääosin erillisinä ryhminä. Loppumittaus osoitti, että ohjelmaryhmän oppilaista 69%:lle ja kontrolliryhmän oppilaista 6%:lle ei voitu enää määrittää ahdistuneisuus diagnoosia. Ohjelmaryhmän oppilaista 68% ei vuoden seurannassa edelleenkään kärsinyt ahdistuneisuudesta. (95)

Samansuuntaisia tuloksia on saatu maahanmuuttajalasten keskuudessa. Barrett ym. (99) tutkivat eri-ikäisien maahanmuuttajaoppilaiden (6-19-vuotiaita) itsetuntoa, sisäisiä ongelmia (kuten ahdistuneisuutta) ja tulevaisuuden näkymiä ennen ja jälkeen FRIENDS-ohjelman. Ohjelmaryhmään osallistui 154 ja kontrolliryhmään 166 oppilasta. Oppilasryhmien vetäjinä toimivat monikieliset mielenterveysalan ammattilaiset. Vanhemmille ei järjestetty ryhmiä. Loppumittaus ja kuuden kuukauden seuranta osoitti, että ohjelmaryhmän oppilaiden ahdistuneisuus ja

toivottomuus väheni kun taas kontrolliryhmässä nämä pysyivät ennallaan tai vahvistuivat. Alakoulun ohjelmaryhmäläisten itsetunto vahvistui ohjelman jälkeen (kuuden kuukauden seuranta). Yläkoulun ohjelmaryhmässä taas raportoitiin vähemmän masentuneisuutta. (99)

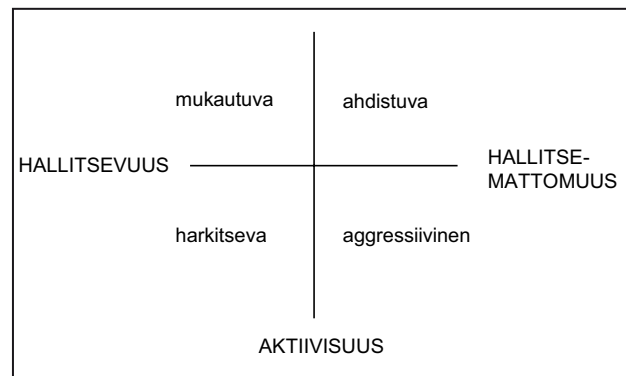
7.4 Koulun rooli lapsen ja nuoren elämässä

Koulutuksen pidentyminen, perhekoon pieneneminen ja perhe-elämän hajaantuminen on vahvistanut koulun roolia lapsen ja nuoren sosiaalijana. Pikku hiljaa 1900-luvun aikana lapset ja nuoret ovat siirtyneet kodin ja perheen piiristä yhä enemmän kasvatus- ja koulutusjärjestelmän piiriin. Koulussa vietetyn ajan pidentyessä lapsuuden ja aikuisuuden välille on muodostunut erityinen elämänvaihe. Samalla kasvatuksen ammatillistuminen on lisännyt opetuksen lisäksi lapsiin ja nuoriin kohdistuvaa valvontaa. (11) Toinen merkittävä vaikuttaja nuoren elämässä on kaverit. Keskisen (8) tutkimus helsinkiläisistä peruskoululaisista osoitti, että nuoret viettävät aiempaa vähemmän aikaa perheensä kanssa. Ystävien kanssa tavataan aiempaa tiiviimmin, ja matkapuhelin on luonut uuden tavan pitää yhteyttä ystäviin. Vaikka nuori tapaakin useimmiten ystävänsä omassa kotonaan, on Helsingin keskusta yleistynyt huomattavasti tapaamispaikkana.

Koulun julkilausuttuna tavoitteena on mm. oppilaiden kokonaispersoonallisuuden kaikinpuolinen kehittäminen ja oppilaiden tasa-arvon edistäminen niin, että kaikilla oppilailla olisi asuinpaikasta, sosiaalisesta tai kulttuurisesta taustasta riippumatta samat mahdollisuudet koulutuksessa. Toisaalta koulun piilo-opetussuunnitelman tavoite on tuottaa valmiuksiltaan eriytynyttä väkeä työelämän tarpeisiin. Piilo-opetussuunnitelmasta on kyse silloin, kun opettaja tietämättään opettaa sellaisia asioita, valmiuksia ja asenteita, joita opetussuunnitelmaan ei ole kirjattu. Piilo-opetussuunnitelman mukainen oppiminen on useimmiten oppilaallekin tiedostamatona. (100-101) Broadyn (17) mukaan esimerkiksi oppilaat, joille opetetaan odottamista (opettaja ohjaa oppilaita vuorotellen), oppivat (tiedostamatta) samalla työnsä keskeyttämistä, tekemään ei-kiinnostavia asioita, olemaan piittaamatta ympärillä olevista kavereista (keskinäinen apu on vilppiä) ja alistumaan opettajan määräysvallan alle.

Koulun käytännöissä oppilaat luokitellaankin ryhmiä, joihin kuuluvien suhde kouluun poikkeaa toisistaan. Kivisen ym. tutkimuksen (102)

mukaan opettajilla on ainakin kaksi perusintressiä havainnoidessaan oppilaita: koulunpidollinen (opettaja vastuussa oppimisesta) ja kurinpidollinen (opettaja vastuussa sääntöjen noudattamisesta). Oppilaiden ja koulun kulttuurien yhteentörmäyksessä syntyvät ryhmät eroavat aktiivisuudessa vs. passiivisuudessa sekä suhtautumisessa koulunkäyntiin (vrt. kuva 2). Ryhmät nimettiin seuraavasti: sopeutujat, hyvääkseen käyttäjät, vetäytyjät ja aktiivisesti poikkeavat koulun vastustajat.



Kuva 2. Sosiaalisen käyttäytymisen päätyypit, kun ulottuvuuksina ovat hallitsevuus ja hallitsemattomuus sekä aktiivisuus ja passiivisuus (46)

Suomalaisitutkimus osoitti, että sosioekonomiset erot koulussa suoriutumisessa ovat havaittavissa jo 8-vuotiailla lapsilla. Alisuoriutujalapsen tulevat huomattavasti useammin perheistä, jotka ovat sosioekonomiselta asemaltaan matalia. Alisuoriutujissa on myös merkittävästi enemmän poikia kuin tyttöjä. Alisuoriutujat kärsivät myös selvästi useammin psyykkisistä oireista, kuten masennuksesta. (79) Vanhempien koulutusastetta tarkastellessa paljastuu samanlainen malli kuin sosioekonomisen aseman mukaisessa tarkastelussa. Mitä pidemmän koulutuksen vanhemmat ovat suorittaneet, sitä pienemmällä todennäköisyydellä heidän jälkipolvensa jää pelkän peruskoulun varaan. Vuonna 1995 perus- tai kansakoulun käyneiden vanhempien 20-24-vuotiaista lapsista oli pelkän peruskoulun varassa 27%, kun taas korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden vanhempien lapsista ainoastaan neljä prosenttia. Pojat jäävät peruskoulun varaan tyttöjä useammin kaikissa sosiaaliluokissa. (103) Broadyn (17) väite siitä, että ainoa varma keino menestyä koulussa, on hankkia itselleen hyvä-tuloiset ja hyvinkoulutetut vanhemmat, näyttää pitävän paikkansa 2000-luvun Suomessakin.

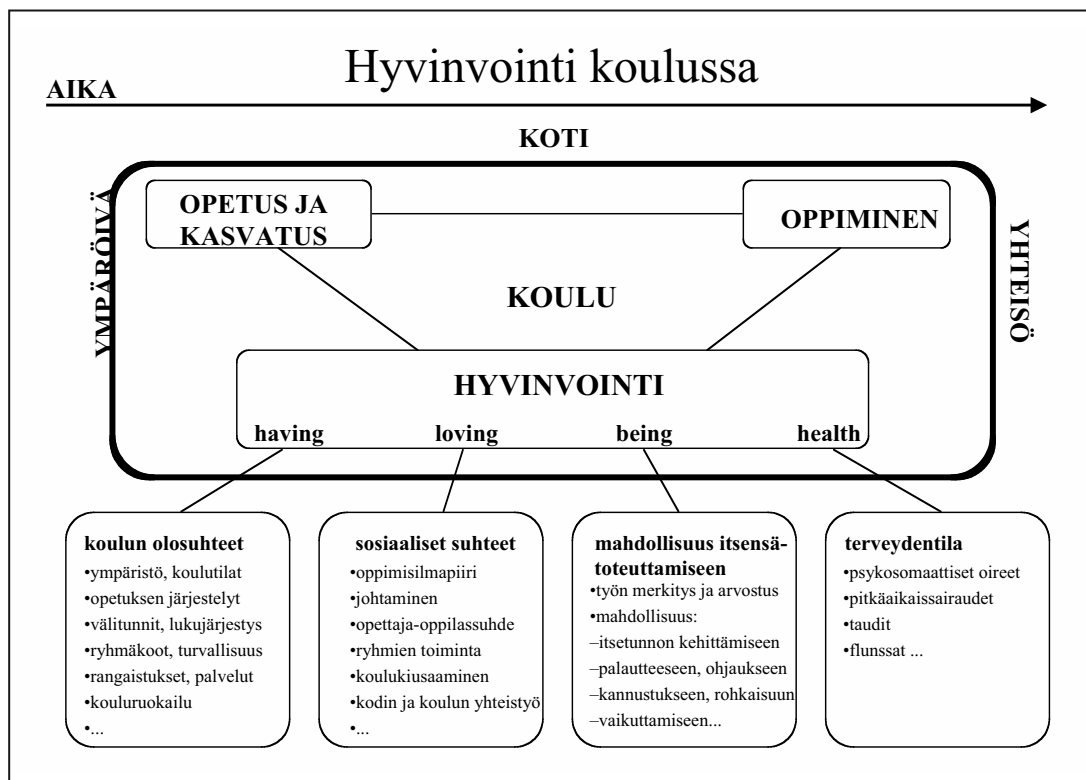
7.4.1 Kouluhyvinvointi

Kouluterveyskyselyn mukaan Helsingin koululaisista vajaa puolet (48%) pitää koulunkäynnistä. Yläkouluikäisistä 45% ei pidä koulun käynnistä. Vajaa puolet Helsingin koululaisista pitää työrauhaa hyvänä luokassa. Hieman yli puolet koki luokkatilanteen vapautuneeksi sanoa oma mielipiteensä joutumatta naurunalaiseksi. (8) Noin joka kolmas helsinkiläinen yläkouluilainen raportoi koulun työilmapiirissä ongelmia, yli neljäsosa ei tullut mielestään kuulluksi koulussa ja lähes puolet kärsi opiskeluvaikeuksista. (84)

Kouluhyvinvointia on tutkittu mm. koulutyytyväisyyden kautta. Esimerkiksi Savolaisen (104) tutkimuksessa selvitettiin 8.-luokkalaisten oppilaiden (n=1441) ja henkilöstön (n=373) työoloja. Koulussa viihtyivät paremmin tytöt (47%) kuin pojat (34%), paremmin naisopettajat (71%) kuin miesopettajat (64%). Tytöistä 27% ja pojista 39% koki koulutyön innostavuuden vähäiseksi. Runsasoireiset oppilaat kokivat koulutyytyväisyyden vähäoireisia oppilaita huonommiksi. Raskin ym. (24) tutkimus osoitti koulussa viihtyvien oppilaiden olevan myös muuten onnellisia elämässään. Alakouluilaiset viihtyivät koulussa yläkouluilaisia paremmin ja 7.-luokkalaiset 9.-luokkalaista paremmin (8, 24). Sekä opettajien että oppilaiden ehdottamat kehittämistarpeet

kohdistuivat useimmiten työyhteisön ilmapiiriin, ihmissuhteisiin, yhteistyöhön ja vuorovaikutukseen. Oppilaiden osallistumismahdollisuudet koulutyönsä suunnitteluun, vuorovaikutus opettajien kanssa ja vaikuttamismahdollisuudet koulutyönoloihin olivat vähäiset. (Savolainen 2001, 104) Nämä tekijät taas on osoitettu olevan tärkeitä juuri koulutyytyväisyyden kannalta. WHO-koululaistutkimus osoitti, että 11-, 13- ja 15-vuotiaiden lasten ja nuorten kouluviihtyvyyteen oli voimakkaimmin yhteydessä tunne oikeudenmukaisesta kohtelusta, turvallisuuden tunne sekä opettajien tuki. (105)

Laukkanen kollegoineen (106) selvitti 15-vuotiaiden oppilaiden (n=171) koulussa esiintyviä ongelmia ja niihin liittyviä tekijöitä. Tulosten mukaan opettajan arvioimat oppilaan sisäiset ongelmat, kuten yksinäisyys, pelokkuus ja ahdistuneisuus sekä ulkoiset ongelmat, kuten totelemattomuus, aggressiivisuus, keskittymisvaikeudet, olivat yhteydessä huonoon koulumenes-tykseen ja tulevaisuuden suunnitelmien puutteeseen. Somersalon (2002, 12) tutkimustulosten mukaan sisäisistä ongelmista kärsivien kouluilaiden pulmana olivat oppimisvaikeudet, kun taas ulkoisten ongelmien kanssa kamppailevat kärsivät motivaation puutteesta. Yllättävän suuri osa koululaisista, erityisesti pojista, kärsi sa-



Kuva 3. Koulun hyvinvointimalli (107)

manaikaisesti sekä sisäisistä että ulkoisista ongelmista koulussa, mitä opettajien oli vaikea havaita. Luokan ilmapiiri oli voimakkaasti yhteydessä oppilaiden ongelmiin: mitä huonommaksi ilmapiiri koettiin, sitä enemmän raportoitiin myös sisäisiä ja ulkoisia ongelmia. Niemen (14) tuore tutkimus osoitti, että itsensä kiusatuksi kokee neet menestyivät koulussa selvästi muita huonommin. Laukkanen ym. (106) päätelivät, että opettajien arviot oppilaidensa ongelmista olivat luotettavia. Tutkijoiden mukaan nyt tulisikin keskittyä tunnistamisen lisäksi interventioiden kehittämiseen.

EI HUOLTA	PIENI HUOLI		HUOLEN HARMAA VYÖHYKE		SUURI HUOLI		
	1	2	3	4	5	6	7
Ei huolta lainkaan	Pieni huoli tai ihmettely käynyt mielessä; luottamus omiin mahdollisuuksiin vahva.	Pieni huoli tai ihmettely käynyt mielessä; luottamus omiin mahdollisuuksiin hyvä.	Ajatuksia lisävoimavarojen tarpeesta.	Huoli kasvaa: luottamus omiin mahdollisuuksiin heikkenee. Mielessä toivomus lisävoimavaroista ja kontrollin lisäämistä.	Huoli tuntuva; omat voimavarat ehtymässä. Selvästi koettu lisävoimavarojen ja kontrollin lisääminen tarve.	Huolta paljon ja jatkuvasti: lapsi/nuori vaarassa. Omat keinot loppumassa. Lisävoimavaroja ja kontrollia saatava mukaan heti.	Huoli erittäin suuri; lapsi/nuori välittömässä vaarassa. Omat keinot lopussa. Muutos lapsen tilanteeseen saatava heti.

Kuva 4. Huolen vyöhykkeistö (13 www-lähde)

Konu (107) kehitti väitöskirjassaan koulun hyvinvointiprofiilin, joka perustuu Allardtin sosiologisen hyvinvointimallille. Hyvinvointi on jaettu neljään osa-alueeseen: koulun olosuhteet, sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttamisen mahdollisuudet ja terveydentila (kuva 3). Laaja suomalaistutkimus (N=8285) osoitti, että tytöt ja alakoulun oppilaat arvioivat koulun olosuhteita, sosiaalisia suhteita ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuksia paremmiksi kuin pojat ja yläkoulun oppilaat (108).

Koulun hyvinvointiprofiili on tapa tuottaa koulujen kehittämistyön sekä terveystiedon oppisisältöjen pohjaksi tietoa koko koulun (oppilaiden ja henkilöstön) hyvinvoinnista. Tietoja voi käyttää koulun kehittämisessä ja oppilashuoltotyössä, mutta myös terveystiedon oppisisältöjen paikallisen ja ajankohtaisen lähtökohtana. Hyvinvointiprofiili voi toimia koulun itsearvioinnin välineenä. (12 www-lähde)

Koulumieti -projektissa (2002-2004) käytettiin Konun kehittämää Koulun hyvinvointiprofiilia ja sen tavoitteena oli peruskoululaisten mielen-terveyden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäisy (109). Ohjelmalla pyrittiin yhtäältä lisäämään koko koulun hyvinvointia ja toisaalta puuttamaan koulupoissaoloihin. Ohjelmaan osallistui seitsemän pirkanmaalaista koulua, joista kak-

si oli luokkien 1-6 koulua ja viisi luokkien 7-9 koulua. Koulun hyvinvointiprofiilin (kysely) kautta koulut korjasivat koulun ongelmakohtia sekä tuottivat paikallista ja ajankohtaista tietopohjaa terveystiedolle. Ohjelmakoulut kehittivät koulupoissaoloihin liittyviä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä (varhaisen puuttumisen malleja) yhteisö-, luokka- ja yksilötasolla sekä poissaolojen ilmoittamis- ja seurantakäytäntöjä. Kouluissa mm. arvioitiin poissaoloja huolen vyöhykkeistön¹ avulla ja laadittiin toimintaohjeita eri vaiheisiin (kuva 4). Projektia arvioitiin itsearvioinnein sekä projekti- ja seurantaryhmän kokouksissa. Koulun hyvinvointiprofiilia käytetään parhaillaan työn alla olevissa pro gradu-, lissensiaatti- ja väitöskirjatöissä.

7.4.2 Kiinnittyminen kouluun

Kouluun kiinnittymisen tai kouluuyhteisöön kiintymisen merkityksestä koululaisen hyvinvoinnissa ja oppimistuloksissa on alettu puhua 1990-luvulla. Englannin termeinä on käytetty mm. school connectedness, school engagement, school attachment, school bonding, school involvement, teacher support. Libbey (110) analysoi eri termien sisältöjä ja mittareiden käyttöä ja havaitsi, että termejä yhdisti 9 ominaisuutta: koulussa suoriutuminen (academic engage-

¹ Huolen vyöhykkeistön avulla voidaan jäsentää työntekijöiden lapsista ja nuorista kokeman huolen määrää. Vyöhykkeistö on apuväline työntekijän tilanteen jäsentämiseksi ja yhteistyön kehittämiseksi. Sen tarkoituksena on auttaa selkiyttämään työntekijöiden keskinäistä ja/tai työntekijöiden ja perheiden yhteistoimintaa. (<http://www.stakes.fi/hyvinvointi/kehi/menetelmat/vyohykkeisto.htm> / 23.8.2005)

ment), kuuluminen johonkin (belonging), kuri/ oikeudenmukaisuus (discipline/fairness), luku- järjestyksen ulkopuolinen toiminta (extracurricular activities), koulusta pitäminen, oppilaan osallisuus, kaverisuhteet, turvallisuus ja opettajan tuki. (110)

Yhdysvaltalaisutkimuksessa kartoitettiin 4.- ja 5.-luokkalaisten (n=113) kiintymyssuhteiden yhteyttä kouluun sopeutumiseen. Oppilaat arvioivat itse kiintymyssuhteitaan ja heidät luokiteltiin sen perusteella neljään ryhmään: turvalliset, estyneet (avoidant), ristiriitaiset (ambivalent) tai hajaantuneet/sekavat (disorganised) suhteet. Opettajat arvioivat oppilaan koulumenestystä, emotionaalista ja sosiaalista sopeutumista sekä käytöshäiriöiden esiintyvyyttä. Myös luokkatoverit arvioivat luokkatovereidensa sosiaalista statusta. Tulokset osoittivat, että oppilaat, joilla oli turvalliset suhteet, sopeutuivat kouluun paremmin ja menestyivät sekä tiedollisesti että sosiaalisesti paremmin kuin muut ryhmät. Heikoiden kouluun sopeutuivat oppilaat, jotka pitivät perhesuhteitaan estyneinä ja sekavina. (111)

Karvonen ja Rahkonen (112) tutkivat helsinkiläisnuorten kouluvastaisuutta ja totesivat sen olevan tyypillisempää pojille ja muusta kuin ydinperheestä tuleville. Kouluvastaisuus yleistyi myös vanhempien koulutuksen vähentyessä ja kadulla vietetyn vapaa-ajan myötä, mikä taas oli yhteydessä tupakointiin ja alkoholin ja huumeiden käyttöön (15). Karvosen ja Rahkonen (112) mukaan helsinkiläisnuorten kouluvastaisuutta ei voida palauttaa yksin yksilötekijöihin vaan taustalla on yhteiskuntarakenteellisia ja paikalliseen kulttuuriin sidoksissa olevia tekijöitä, kuten eroja pedagogisessa eetoksessa. Tutkijat väittävätkin, että jos vähiten kouluvastaisesta Lauttasaaresta siirrettäisiin oppilas johonkin kouluvastaisimmista alueista, yksin alueen vaihto lisäisi kouluvastaisuutta muutaman prosentin. Tutkimus osoitti myös sen, että huonosti koulussa viihtyvät nuoret arvelivat itse ajautuvansa kahnauksiin poliisin kanssa ja kokevansa työttömyyttä. Positiiviselle diskriminaatiolle on tutkimuksen mukaan tilausta.

Amerikkalaisessa kouluympäristössä toteutettu tutkimus oppilaiden (n=1959) kouluun sitoutumattomuudesta (disconnectedness) osoitti, että heikko kouluun sitoutuminen oli yhteydessä heikkoon terveyteen, lisääntyneisiin kouluterveydenhoitajan luona käynteihin, tupakointiin, kaupunkikouluun ja tyttö sukupuoleen (113)

Banchero (114) tutki 150 koulunsa keskeyttä-

nyttä 9.-12.-luokkalaista ja 150 kontrolliryhmäläistä (matsattu ikä, sukupuoli ja etninen tausta). Oppilasta pidettiin koulun keskeyttäneenä, jos hän ei ollut käynyt koulua 30 päivään. Tutkimus pohjasi Anisworthin ja Bowlbyn kiintymysteoriaan ja väitteeseen, että nuoren kiintymyssuhteet ennustavat koulusta keskeyttämistä. Nuorilta kartoitettiin kyselyssä (a) kielteisen tunteiden hallintaa, (b) minäkäsitystä, (c) perhesuhteita ja (d) muiden odotuksia. Tutkimustulosten mukaan koulun keskeyttämisen vahvimmat selittäjät olivat kehnot suhteet opettajiin ja isään.

Australialainen *Gatehouse Project* on yksi kouluyhteisön kiinnittymiseen keskittyvä hanke, joka alkoi vuonna 1996. Sen tavoitteena oli vahvistaa yläkoulun oppilaiden yhteyttä ja sitoutumista (connectedness) kouluun ja lisätä oppilaiden selviytymistaitoja ja -tietoja. Intervention tarkoitus oli saada aikaan muutoksia yhtäältä sosiaalisessa ja oppimisympäristössä ja toisaalta yksilötasolla. Keskeiset toiminnan kohteet olivat turvallisuuden vahvistaminen, vuorovaikutustaitojen ja -mahdollisuuksien lisääminen sekä myönteisen huomion vahvistaminen osallisuuden kautta. Projekti perustui kiintymys -teoriaan, jonka mukaan emotionaalisesti turvalliset yhteydet antavat perustan psykologiselle ja sosiaaliselle kehitykselle, mikä taas vahvistaa myös fyysistä terveyttä (115). (116, 14 www-lähde) Yhteenkuuluvuus perheenjäsenten välillä, mutta myös yhteys kouluun on todettu olevan suojaava tekijä esim. nuorten riskikäyttäytymisessä (117-118).

Gatehouse Projektiin osallistui 26 yläkoulua, joista 12 oli interventio- ja 14 kontrollikoulua. Oppilaat olivat 8.-luokalla (13-14-vuotiaita). Interventiota ei standardisointu, mutta intervention prosessi pyrittiin yhdenmukaistamaan kaikissa kouluissa. Kaikki koulut mm. aloittivat mittaamalla koulun sosiaalisen ympäristön lähtötason. Kouluissa toimi toimintaryhmä (action team), joka joko luotiin tai muodostettiin aikaisemmasta (esim. oppilashuoltoryhmästä). Gatehouse Projectin henkilökuntaa konsultoitiin koulujen toimintaryhmissä. Sosiaalisen ja oppimisympäristön parantamiseksi koulut laativat koko koulua koskevan strategian (mm. kiusaamisen ehkäisy, oppilaiden ja henkilökunnan vuorovaikutus oppituntien välisenä aikana), pyrkivät edistämään myönteistä ilmapiiriä luokahuoneessa (mm. opettajan johdonmukaisuus, oppilaiden osallistuminen päätöksentekoon) ja sisälsivät opetussuunnitelmiinsa/lukujärjestyksiinsä harjaantumista elämäntaidoissa (kriittinen ajattelu, ongelmanratkaisutaidot, tunnetaidot).

Oppilailta kartoitettiin neljänä eri ajankohtana riskialtista terveyskäyttäytymistä (mm. tupakointi, alkoholi), sosiaalisesti harmia aiheuttavaa käytöstä (mm. varkaudet, väkivalta, omaisuuden rikkominen), masennusta ja harkittua itsensä vahingoittamista. Tavoitteena oli vahvistaa oppilaiden kiintymystä kouluyhteisöön ja siten vahvistaa heidän hyvinvointiaan, terveyttään ja oppimistaan. Seuranta osoitti, että interventio vähensi nuorten riskialtista terveyskäyttäytymistä, erityisesti säännöllinen tupakointi oli interventioryhmässä merkittävästi vähäisempää kuin kontrolliryhmässä. Interventiolla ei kuitenkaan ollut vaikutusta nuorten masennukseen tai sosiaalisiin suhteisiin. Johtopäätöksissä todetaankin, ettei koulupohjainen laaja preventio pysty vaikuttamaan erityisryhmiin. (116, 118)

7.4.3 Kiusaaminen

Kiusaaminen määritellään toistuvaksi, yhteen ja samaan oppilaaseen kohdistuvana ahdisteluna, jonka kohde on kiusaajiin nähden jossain määrin avuttomassa asemassa (119). Kiusaaminen on maailmanlaajuinen ja yleinen ongelma, joka seuraa yksilöä usein lapsuudesta nuoruuteen. (119-120) Helsinkiläisistä yläkoululaisista kahdeksan prosenttia joutui koulukiusatuksi vähintään kerran viikossa vuonna 2004 (84). Koulukiusaamisen erottaa muusta aggressiivisesta käyttäytymisestä se, että osapuolten roolijako ja keskinäiset voimasuhteet ovat varsin selkeät: toinen on alistettu, toinen alistaja. Varsin usein "alistaja" tai "nöyryyttäjä" ei ole yksi lapsi, vaan kokonainen ryhmä, jopa koko koululuokka. Koulukiusaaminen saa jossain määrin sukupuolisdonnaisia ilmenemismuotoja: poikien keskuudessa kiusaaminen on tyypillisemmin suoraa, fyysistä tai verbaalista ahdistelua. Tytöille ovat ominaisempia epäsuorat keinot kiusata, kuten ilkeiden juorujen levittäminen ja kaverijoukosta eristäminen. (119) Toisaalta 10-, 12- ja 14-vuotiaiden suomalaiskoululaisten (n=526) keskuudessa tehty tutkimus osoitti, että vertaisarvion mukaan sosiaalisesti älykkäillä lapsilla, sekä tytöillä että pojilla, esiintyi enemmän epäsuoraa aggressiivisuutta kuin sosiaalisesti vähemmän älykkäillä lapsilla. Tutkimus osoitti myös sen, että empaattisuus oli negatiivisesti yhteydessä suoraan, epäsuoraan että sanalliseen aggressiivisuuteen. Poikkeuksena tästä olivat 12-vuotiaat tytöt, joilla ei esiintynyt käänteistä yhteyttä empaattisuuden ja epäsuoran aggressiivisuuden välillä. (121) Kouluterveyskyselyyn osallistuneista nuorista (n=16410) sekä kiusatut että kiusaajat

kärsivät muita useammin masentuneisuudesta ja heillä oli itsemurha-ajatuksia. Kiusaajilla oli kiusattuja useammin itsemurha-ajatuksia. (121)

Koulukiusaamisen ennaltaehkäisy on nähty olevan yhteydessä sekä nuoren itsetunnon tukemiseen että oikean ja väärän, sallitun ja ei-sallitun oppimiseen. Epäonnistuminen sosiaalisissa suhteissa vaarantaa tiedollisen kasvatuksen, mikä puolestaan synnyttää itseään vahvistavan epäonnistumisen kierteen. (122) Osa asiantuntijoista on sitä mieltä, että monet nuorten ongelmat, kuten kiusaaminen, eivät johdu niinkään heikosta itsetunnosta kuin heikosti kehittyneestä minäkäsityksestä tai vastuuntunnosta (123) Salmivallin (124) tutkimus 8.-luokkalaisista (N=281) osoitti, että kiusaajilla on vahva sosiaalinen ja fyysinen minäkäsitys, mutta heikko käsitys muuten itsestään ja perhesuhteistaan. Kiusatuilla taas oli, ehkä kiusaamisesta johtuen, heikko sosiaalinen ja fyysinen minäkäsitys, mutta vahvaho käytökseen liittyvä minäkäsitys. Kiusaajien ja kiusattujen lisäksi luokassa on kiusaajan apureita, vahvistajia, kiusatun puolustajia ja ulkopuolisia. Yleinen väite siitä, että kiusaajat ovat sosiaalisilta taidoiltaan heikkoja, on osoitettu Kaukiaisien ym. (125) tutkimuksessa liian yksipuoliseksi. Kiusaajien joukossa on sosiaalisilta taidoiltaan sekä heikkoja että vahvoja. Kiusaajien joukossa näyttäisi olevan enemmän oppimisvaikeuksista kärsiviä oppilaita.

Kiusaamista on uutisoitu 2000-luvulla runsaasti ja myös tutkimus on lisääntynyt voimakkaasti 1990-luvulta lähtien (119, 126). Toistaiseksi paras tulos kiusaamiseen puuttumisesta on saavutettu Salmivallin mukaan (126) Norjan Bergenissä, jossa 2500 oppilasta 43 koulusta osallistui hankkeeseen. Opettajien koulutuksen myötä kiusaaminen väheni 50-70%. Samalla oppilaat raportoivat myös kouluviihtyvyyden lisääntyneen ja koulupinnauksen vähentyneen. Suomessa käynnistettiin syksyllä 1999 kiusaamisen vastainen interventioprojekti Turun ja Helsingin 16:ssa ala-asteen koulussa. Tavoitteena oli opettajien (n=48) koulutuksen kautta vähentää ja ennaltaehkäistä kiusaamista kouluissa. Koulutus toteutettiin neljänä koulutuspäivänä yhden lukuvuoden aikana ja siinä tarjottiin tutkimustietoa kiusaamisesta ja siihen puuttumisen keinoista niin koulu-, luokka-, kuin yksilötasollakin. Tulokset olivat lupaavia: Helsingin kouluissa vuosi intervention alkamisesta oppilaiden itsearvioitu kiusaaminen väheni -47,5 %:lla, kontrollikouluissa vastaava muutos oli -17,5%. (119) Myös Turun kouluissa itsensä kiusatuksi kokevien että

toisia kiusaavien lasten osuus väheni merkittävästi ja kiusaamisen vastaiset asenteet lisääntyivät. Saavutetut tulokset olivat lähes kaikissa tapauksissa yhteydessä intervention toteutumisen määrään: mitä enemmän ohjelmaan koulussa oli panostettu, sitä paremmat olivat tulokset. (127)

7.5 Perhe koululaisen suojaavana tai riskitekijänä

Aikuiskeskeisessä yhteiskunnassamme taloudelliset arvot ohjaavat yhä enemmän myös perhe-elämää. Lasten ja nuorten fyysisen kasvun ja kehityksen seuranta on korkeatasoista esim. neuvoloissa, päiväkodeissa ja kouluissa, mutta heidän psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiinsa kiinnitetään liian usein huomiota vasta kun vaikeudet ovat jo havaittavissa. Päihteiden käyttö on yksi lapsen ja nuoren tapa viestittää ongelmistaan. Suomessa vallitsee melko vapaa kasvatus luottaa lapsen ja nuoren harkintakykyyn myös riskikäyttäytymiseen liittyvissä asioissa. Yhä useammalta vanhemmalta näyttää puuttuvan tietoa ja taitoja lasten ja nuorten terveen kasvun ja kehityksen turvaavista vanhemmuuden edellyksistä. (26, 128)

Perhe on joko suojaava tai riskitekijä lapsen ja nuoren elämässä (26, 129-130). Perhe säilyy murrosiässäkin lapsen tärkeimpänä vaikuttajana sekä roolien ja arvojen sosiaalistajana, vaikka kavereiden merkitys vahvistuu (131-135). Suurin osa nuorista haluaa säilyttää läheiset suhteet perheeseen samalla, kun he harjoittelevat itsenäisyyttä. (131-134, 136)

Lasten tyytymättömyys perhe-elämään lisääntyy 11 ja 15 ikävuoden välillä (137). Nuoret arvioivatkin perheen toiminnan merkittävästi huonommaksi kuin vanhempansa (136). Myös murrosikäisten lasten perheet arvioivat perheen sisäisen stressin suuremmaksi ja perheen hyvinvoinnin huonommaksi kuin esimerkiksi lapsettomat perheet (138). Olson kollegoineen (139) arvelevat, että perheen sisäisen stressin lisääntyminen nuoren tullessa murrosikään aiheuttaa tämän kuilun nuoren ja hänen vanhempansa välillä. Toisaalta uusimmat tutkimukset osoittavat, että vanhemmat arvioivat myös nuorempien eimurrosikäisten lastensa elämää myönteisemmin kuin lapset itse (81).

Useat tutkimukset osoittavat, että vanhempien merkitys nuoren kehitykselle on ensiarvoinen (140). Poikolaisen ja Kanervan (71) tutkimus löysi positiivisen yhteyden isän kotoa poissaolon ja poikien fyysisen oireilun välillä sekä

vanhempien välisten konfliktien ja tyttöjen fyysisien oireiden välillä. Vanhempien tuki vaikuttaa myös nuorten itsearvioituun terveyteen (61, 141). Nuorten kokemus perheen pysyvyys ja yhteenkuuluvuus perheenjäsenten välillä on todettu olevan vahvasti yhteydessä nuorten elämään tyytyväisyyteen (136). Hämäläisen (142) tutkimus osoitti, että ne nuoret, jotka arvioivat vanhempansa toimintaa ja persoonallisuuden piirteitä myönteisesti, käyttivät päihteitä vähiten. Tuore tutkimus yliopisto-opiskelijoiden (n=158) keskuudessa osoitti, että perheen pysyvyys (mm. rutiinit) oli suojaava tekijä nuorten masennuksessa. Laaja yhdysvaltalaisstudium (n= 18924 12-18-vuotiasta) mukaan nuoren kiintymys perheeseen riippumatta perherakenteesta ja kouluun suojasi nuorta väkivaltaiselta käyttäytymiseltä (143). Toisaalta taas perheen tuen puuttuminen yhdistyneenä voimakkaaseen kontrolliin on todettu olevan yhteydessä nuoren lisääntyneeseen päihteiden käyttöön (144-145). Aunolan tutkimus (146) osoitti, että mitä kehnommaksi nuori arvioi perheen sosiaalisen ympäristön, sitä huonommin hän oli sopeutunut koulunkäyntiin.

Kodin ja koulun yhteistyötä korostetaan tänä päivänä. Helsinkiläisille koulutulokkaille suunnatussa Tervetuloa kouluun oppaassa korostetaan, että kodin ja koulun onnistunut yhteistyö lisää koulun turvallisuutta, vahvistaa lapsen itsetuntoa ja auttaa lasta onnistumaan koulutyössään (3). Suurin osa kouluissa toimivista vanhempain yhdistyksistä ovat Suomen Vanhempainliiton jäseniä. Suomen Vanhempainliitto edistää vanhempien ja koulu-, päiväkotij- ja oppilaitosyhteisöjen välistä sekä vanhempien keskinäistä yhteistyötä sekä tuo esille vanhempien näkökulman opetusta ja kasvatusta koskevissa kysymyksissä. Toiminta-ajatuksena on koota vanhempien voimavarat hyvän oppimis- ja kasvu-ympäristön rakentamiseksi kaikille lapsille ja nuorille sekä vaikuttaa asiantuntijajärjestönä kansalaismielipiteeseen ja päättäjiin.

7.6 Lasten ja nuorten riskialtis terveyskäyttäytyminen

Nuorten riskikäyttäytyminen on todettu olevan yhteydessä moniin tekijöihin, niin perinnöllisiin, psykologisiin, sosiaalisiin kuin ympäristötekijöihin (9, 12, 16, 112, 147-148). Samalla on huomattu, että riskialtis terveyskäyttäytyminen kasautuu eli tupakoiva suomalainen, sekä nuori että aikuinen, käyttää useammin alkoholia ja liikkuu vähemmän kuin tupakoimaton (149-151). Eri-tyisesti tupakointiin on taipumus liittyä runsaan

alkoholin käytön ja vähäisen liikunnan lisäksi myös epäterveelliset ravitsemustottumukset (152). Tämän niin sanotun porttiteorian mukaan erityisesti tupakoinnin ehkäisyyn panostamalla voitaisiin ehkäistä kaikkien päihteiden kokeilua ja käyttöä (128). Tupakoinnin on havaittu olevan myös pysyvin näistä terveyskäyttäytymisen muodoista nuorilla ja nuorilla aikuisilla (150).

7.6.1 Tupakointi

Tupakoinnin aloittaminen ajoittuu yleensä nuoruuteen (153-154). WHO:n (155) arvion mukaan suurin osa tupakoitsijoista on aloittanut sauhutuksen ennen 19 vuoden ikää ja niillä nuorilla, jotka aloittavat tupakoinnin nuorena, on vaikea lopettaa sitä vanhempanakaan (156). Nuorten tupakointi on lisääntynyt länsimaissa hälyttävästi, vaikka lievää laskua onkin havaittavissa kouluterveys tutkimuksen mukaan. (157-159). Tutkimustulokset kertovat myös karua kieltä naisten tupakoinnin lisääntymisestä: tupakka tulee olemaan yleisin kuoleman aiheuttaja lähitulevaisuudessa useassa länsimaassa (153, 158, 160-163). Suomalaisen nuorten tupakointikokeilut ja säännöllinen tupakointi on pysynyt melko samalla tasolla 1970-luvulta lähtien. WHO-koululaistutkimuksen mukaan suomalaisista 11-vuotiaista tytöistä kahdeksan prosenttia ja samanikäisistä pojista 18% on kokeillut tupakan polttoa (vähintään yksi kokonainen tupakka, sikari tai piipullinen). Noin yksi prosentti 11-vuotiaista ja alle 10% 13-vuotiaista tupakoi päivittäin. (163) Kouluterveyskyselyn mukaan helsinkiläisistä 8.-luokkalaisista 12% ja 9.-luokkalaisista joka viides tupakoi päivittäin (159).

Tupakoinnin ja itsetunnon välisiä yhteyksiä on tutkittu jo pitkään (164). Esimerkiksi Kawabatan ym. (165) tutkimuksen tulosten mukaan tupakoimattomat nuoret raportoivat vahvemman kognitiivisen, perheeseen liittyvän itsetunnon sekä kokonaisitsetunnon kuin tupakoivat nuoret. Hanson (166) löysi yhteyden tupakointiin liittyvien uskomusten ja tupakoinnin välillä matalan sosioekonomisen aseman omaavilla nuorilla naisilla. Esimerkiksi ne nuoret, jotka uskoivat tupakoinnin olevan nautinnollista tupakoivat todennäköisemmin kuin ne, jotka eivät pitäneet tupakointia nautinnollisena. Zullig ym. (167) tutkimuksen tulosten mukaan lukiolaisten tupakointi oli merkittävästi yhteydessä heikompaan elämään tyytyväisyyteen. Myös heikko itsearvioitu terveys (22, 61), pahoinvointi kuten depressiiviset oireet (22, 116, 168-169) emotionaaliset ja perheeseen liittyvät ongelmat (170) on havait-

tu liittyvän tupakointiin. Orlandon ja kollegoiden (170) seurantatutkimus (N=2961) osoitti, että 10. luokalla ilmentyneet emotionaaliset pulmat, kuten psyykinen kuormittuneisuus, johti 12.-luokkalaisten tupakointiin, kun taas tupakointi 12. luokalla johti emotionaalisiin ongelmiin varhaisaikuisuudessa. Masennuksen ja tupakoinnin välisistä yhteyksistä on kahdensuuntaisia tutkimustuloksia. Yhtäältä masentuneisuus ennustaa tupakoinnin aloittamista, toisaalta eräät tulokset viittaavat tupakoinnin aloittamisen ennustavan masentuneisuutta. (34) Tuore tutkimus Yhdysvalloissa osoitti, että masentuneisuudesta kärsivät varhaisnuoret eri etnisissä ryhmissä aikoivat huomattavasti useammin aloittaa tupakoinnin verrattuna ei-masentuneisiin nuoriin (171). Tupakoinnin on osoitettu olevan yhteydessä persoonallisuuden piirteistä impulsiivisuuteen, uusien ärsykkeiden etsintään, alhaiseen itsekuriin ja kyvyttömyyteen harkita toimintansa seurauksia (172).

Myös sosiaalisten tekijöiden, kuten kaverien tupakoinnilla ja ryhmädynaamisilla tekijöillä on todettu olevan yhteys nuorten tupakointiin. (164, 173-174). Tuore tutkimus ystävien vaikutuksesta masennuksen ja tupakoinnin yhteyden välittäjänä osoitti, että nuorten masennus oli yhteydessä tupakointiin myönteisesti suhtautuviin kavereihin, mikä taas johti suurempaan todennäköisyyteen tupakoida (175).

Nuorten tupakointi on liitetty tutkimusten mukaan myös perherakenteeseen, kuten ei-ydinperheessä eläviin nuoriin (147), matalaan sosioekonomiseen statukseen (176), stressiin (177-178) ja koulun käynnin pulmiin (179). Australialainen tutkimus (180) tunnisti perheen vähäisen valvonnan, kaverien hyväksynnän, koulukielleisyyden ja koulupoissaolojen yhteyden nuorten tupakointiin. Ahlström työtovereineen (147) päätyi samansuuntaisiin tutkimustuloksiin suomalaisten nuorten keskuudessa: vanhempien hyväksyvä suhtautuminen tupakointiin, kontrollin puute, keho isä-nuori-suhde, lisääntyneet käyttövarat ja vanhemman sisaruksen tupakointi lisäsivät nuorten riskiä tupakoida.

Suomessa tupakoinnin kontrollointi on tuottanut haluttuja tuloksia aikuisten keskuudessa: miesten tupakointi on vähentynyt ja naisillakaan se ei ole enää kasvanut kymmeneen vuoteen (181). Kuitenkin tupakoinnin lisääntyminen huonosaisilla kertoo väestöryhmien terveyserojen vahvistumisesta, sillä tupakoivat sairastelevat, ovat poissa töistä useammin ja kuolevat nuorempana kuin tupakoimattomat (34). Myös raskaana

olevien nuorten naisten tupakointi on vahvistanut terveyseroja ja aikaistanut ongelmaa, sillä tupakoinnin terveyshaitat alkavat yhä useammin jo ennen syntymää. (112)

Koulussa toteutetut tupakkainterventiot

Kansanterveyslaitos on arvioinut nuorten tupakointia ehkäisevien koulussa toteutettujen ohjelmien vaikuttavuutta. Kirjallisuuskatsaukseen poimittiin 53 1990-2000-luvuilla toteutettua ohjelmaa. Tulosten pohjalta todettiin, että nuorten tupakointia voidaan ehkäistä tehokkaimmin menetelmillä, jotka aktivoivat nuoria. Vaikka pitkän aikavälin myönteisiä tuloksia on julkaistu vain vähän, ohjelmilla pystyttiin viivästyttämään tupakoinnin aloittamista. (182)

Vartiainen ym. (183) raportoivat kolmivuotisen tupakoinnin ehkäisyohjelman vaikuttavuutta Helsingin yläasteilla (n=2 745). Kansainvälinen ESFA (European Smoking prevention Framework Approach) -ohjelma aloitettiin 7. luokalla ja sitä jatkettiin 9. luokalle asti. Ohjelma sisälsi 14 oppituntia, joilla annettiin tietoa tupakoinnista sekä opeteltiin taitoja kieltäytyä tupakasta. Nuorilla oli myös mahdollisuus osallistua Lope-ta ja voita -kilpailuun. Viimeisenä vuonna rippileiritoiminta sekä kouluhammashuolto osallistuivat ohjelmaan. Ohjelma onnistui hillitsemään nuorten tupakointia 8. ja 9. luokilla. Ohjelmalla näytti olevan yhtä suuri vaikutus koulussa huonosti menestyviin ja hyvin menestyviin nuoriin. Huomionarvoista oli havainto, että koulussa heikommin menestyvät tupakoivat moninkertaisesti hyvin menestyviin verrattuna. Yli puolet nuorisista, joilla on alle 7 keskiarvo, tupakoi.

7.6.2 Alkoholin käyttö

Alkoholin käyttö on yksi tavallisimmista riskikäyttäytymisen muodoista nuorten keskuudessa (184). Alkoholin käyttö kuvaa aikuisen statussa, sillä suuri osa aikuisista juo alkoholia ilman sanktioita, kun taas nuorille alkoholin käyttö on kiellettyä (185). Länsimaissa nuorten alkoholin kulutus on kasvanut 1980- ja 1990-luvuilla (186-188). Myös yleinen (aikuisten) alkoholin kulutus on jatkuvassa kasvussa Suomessa (189-190). Humalahakuinen juominen on osa suomalaista alkoholikulttuuria ja nuorten juominen voidaan ymmärtää tähän malliin sosiaalisoitumisena (191).

Tyttöjen alkoholin käyttö on muuttunut Suomessa humalahakuisemmaksi 1990-luvulla ja tänä päivänä tyttöjen ja poikien humaltuminen on yhtä yleistä. Vuodesta 1977 vuoteen 1999 asti

12-vuotiaana alkoholia kuukausittain käyttävien osuus on hiljalleen kohonnut lähes kymmeneen prosenttiin. (192) Vuoden 2005 Kouluterveyskyselyn mukaan 16% 8.-luokkalaisista tytöistä ja 17% pojista joi itsensä tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa. Yhdeksäluokkalaisilla vastaavat luvut olivat 22% ja 27%. (2 www-lähde) Helsinkiläisistä 8.- ja 9.-luokkalaisista pojista noin joka neljäs ja tytöistä noin joka viides joi itsensä tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa (193).

Nuorten runsaaseen alkoholin käyttöön liittyviä tekijöitä ovat tutkimusten mukaan mm. lisääntyneet käyttövarat, varhainen fyysinen kypsyminen (147, 194), nuorten ”vanhemmuuden” tunte ikätovereihinsa nähden (185) ja psykososiaalinen kypsyttömyys (esim. egosentrismi) (184). Riskikäyttäytymisellä on myös taipumus kasautua siten, että runsaasti alkoholia käyttävät myös tupakoivat enemmän (192, 195), käyttävät huumeita (196) ja ajavat autoa humalassa useammin (195) sekä käyttäytyvät itsetuhoisemmin kuin raittiit nuoret (197-198). Useat tutkimukset osoittavat, että mitä varhaisemmin lapsi tai nuori alkaa juoda alkoholia, sitä varmemmin hän jatkaa juomistaan nuoruudessa ja aikuisuudessa (156, 199-200).

Torikan ym. (201) ja Haarasillan (22) tutkimustulosten mukaan suomalaisnuorten humalajuominen on yhteydessä masennukseen. Vaikka valtaosalle päihteitä käyttävistä nuorista ei kehity päihdehäiriötä, nämä kuuluvat nuorten yleisimpiin mielenterveysongelmiin (6,2%). Tutkimustulokset osoittavat selkeästi, että suurimmalla osalla päihdehäiriöistä kärsivistä nuorista esiintyy myös muita samanaikaisia mielenterveysongelmia, kuten käytöshäiriöitä, aktiivisuuden ja tarkkaavaisuuden häiriöitä ja mieliala- ja ahdistushäiriöitä. (202-203).

Lukuisat tutkimukset ovat selvittäneet nuorten alkoholin käytön yhteyttä sosiaalisiin ja ympäristöllisiin tekijöihin. Winterin (204) väitöskäytös tutkimus löysi yhteyden nuorten raittiuden ja uskonnollisuuden, vanhempien kohtuullisten juomatapojen ja alueellisten tekijöiden välillä. Perheen vaikutus nuorten alkoholin kulutukseen oli voimakkaampi Keski- ja Pohjois-Suomessa kuin Etelä-Suomessa. Nuorten humalahakuisen juomisen on raportoitu olevan yhteydessä mm. vanhempien puutteelliseen kontrolliin (142, 144, 147, 192, 205) tai ylikontrollointiin (144) ja nuorten seurusteluun (192). Australialaisen tutkimuksen tulosten mukaan nuorten alkoholin käyttö selittyi kavereiden juomistavoilla, van-

hempien hyväksynnällä ja vähäisellä perheen tuella (180). Ahlström ym. (147) havaitsivat suomalaisten 9.-luokkalaisten (n=3109) lisääntyneen tupakoinnin ja humalajuomisen olevan vahvasti yhteydessä yksinhuoltaja- tai uusperherakenteeseen, isän sallivaan asenteeseen päihteiden käytössä, tyytymättömyyteen isäsuhteeseen, vanhempien tietämättömyyteen nuoren olinpaikasta illalla, vanhempien sisarusten päihteiden käyttöön sekä suurempaan käytettävissä olevaan rahamäärään. Pitkittäistutkimus osoitti, että 12-vuotiaana havaittu aggressiivisuus liittyneenä huonoon perheen toimintaan selitti ongelmajuomista 22-vuotiailla pojilla. Sama tutkimus osoitti, että 22-vuotiaana ongelmajuomisesta kärsivät naiset tulivat tunneköyhistä kodeista, joissa oli vain vähän kontrollia. (206) Suomalainen Lapsesta aikuiseksi -tutkimuksen tulokset vahvistavat näitä tuloksia. Epäsuotuisa kehitystausta, johon kuului mm. kehnot sosiaaliset taidot, vanhempien hallitsematon alkoholin käyttö ja vanhempien huono keskinäinen suhde sekä varhaisuoruuden aggressiivisuus, olivat yhteydessä ongelmajuomiseen (200).

Kouluterveyskyselyyn vastanneista 8.- ja 9.-luokkalaisista (n=47568) osa-aikaisesti työssä käyvät joivat itsensä humalaan lähes kolme kertaa todennäköisemmin kuin ne koululaiset, jotka eivät käyneet töissä (205). Koululaisten työssäkäyminen on todettu olevan yhteydessä myös huumeiden käyttöön (207).

Tyttöjen ja poikien erilaisista juomiskulttuureista kertovat Barberin ym. (208) tutkimustulokset, joiden mukaan poikien vahvin juomisen selittäjä oli kaverien painostus kun taas tyttöjen alkoholin käyttöä selitti tämän lisäksi sisäiset häiriöt. Humalahakuisesti juovilla tytöillä näyttäisi tutkimusten mukaan olevan poikiin verrattuna enemmän psykososiaalisia ongelmia ja kielteisempi sosiaalinen minäkäsitys sekä useammin ongelmia koulussa, kuten häiriökäyttäytymistä, keskittymisvaikeuksia ja ongelmia opettajien kanssa (209). Tutkimus 15-69-vuotiaiden suomalaisten alkoholin käytön motiiveista osoitti, että miehet hakivat juomisesta enemmän hedonisia etuja, kuten ollakseen hauska ja päästäkseen lähemmäksi vastakkaista sukupuolta kun taas naiset hakivat enemmän funktionaalisia etuja kuten setviäkseen sosiaalisia ongelmiaan. Nuoret juojat toivat esille enemmän juomisen sekä myönteisiä että kielteisiä seuraamuksia, kun taas juomisesta aiheutuvat terveysvaivoja raportoivat enemmän vanhemmat vastaajat. (210)

7.6.3 Liikunnan puute ja ylipaino

Liikunta on yksi tärkeimmistä terveydentilaan vaikuttavista tekijöistä (48). Noin 80% suomalaisista yläkoululaisista harrastaa vapaa-aikanaan liikuntaa (vähintään 30 min/kerta) useita kertoja viikossa (2 www-lähde). Useat tutkimustulokset ovat osoittaneet positiivisen yhteyden säännöllisen liikunnan ja koetun hyvän terveyden (61-62, 211), korkeamman koulutustason (212) ja raittiuden välillä (213). Liikuntaharrastus on liitetty myös parempiin nuori-vanhempisuhteisiin, vähäisempään masennukseen (Haarasilta 2003, 22) ja huumeiden käyttöön (Field ym. 2001, 214). Ylén ja Ojanen (215) ehdottavat, että eräs mahdollinen selitys liikunnan myönteiselle vaikutukselle on se, että aktiivisuus (activity) toimii välittäjänä nuoren kontrolliodotuksille ja terveelle itsetunnolle.

Ylipainoisuus on yleisin nuorten ravitsemushäiriöistä. Lasten lihavuutta on voimakkaan kasvun ja kehityksen aikana vaikeampi määrittellä kuin aikuisten. Noin joka viides kouluikäinen on ylipainoinen ja joka 10. koululainen luokitellaan lihavaksi (216-218). WHO-koululaistutkimuksen mukaan vuonna 2002 13-vuotiaista pojista 28% oli ylipainoisia ja 14% lihavia; vastaavat luvut tytöille olivat 24% ja 10% (219). Lasten ja nuorten lihavuus katsotaan johtuvan ennen kaikkea niin sanotun painonhallintarinteen jyrkentymisestä (esim. 220). Ruoan energiatihedden lisääntyminen, virvoitusjuomien suosiminen, suuremmat annoskoot ja pikaruokien käytön lisääntyminen ovat kehnontaneet ruokavaliota ja lisänneet painoa. Samalla liikunnan määrä on romahtanut koulu- ja hyötyliikunnan vähentyessä ja istumaharrastusten kuten television katselun ja tietokonepelailun lisääntyessä. (220-221)

Lapselle ja nuorelle ylipainoisuus on kokonaisvaltainen hyvinvointia ja elämänlaatua heikentävä tekijä (222). Sen vaikutukset ulottuvat fyysiseen terveyteen (kuten lisääntyneeseen riskiin sairastua sydän- ja verisuonitautteihin, tyyppin 2 diabetekseen ja tuki- ja liikuntaelinsairauksiin), psyykkiseen hyvinvointiin (kuten itsetuntoon ja kielteiseen kehonkuvaan) ja sosiaalisiin suhteisiin, kuten herkkyyteen tulla kiusatuksi. (48, 219, 221) Ylipaino ja lihavuus on tutkimusten mukaan yhteydessä heikompaan koulumenestykseen (223). Lihavuus on useimmiten koko perheen vitsaus, joten ruokailutottumusten muutokset tulisi tapahtua koko perheessä. (48) Myös perheen yhdessä aterioimisen harventumisen myötä on kasvavien lasten ruokailutottumuksia ja syömistä vaikeampi seurata perheessä (219).

Kouluissa painonhallintaan voidaan puuttua mm. koululiikunnan, kouluruokailun, terveystiedon sekä terveellisen välipalatarjonnan kautta (220).

Lihavan lapsen ja nuoren kokemusmaailmassa lihavuuden merkittävän haitta liittyy ulkonäköön (216). Yhteiskunnan puuttuminen painonhallintaan ja median laihuus-ihanointi vaikuttavat jo lapsiin. Anglén (224) väitöstudkimus osoitti, että jo kahdeksanvuotiaat suomalaislapset olivat tyytymättömiä kehonsa mittoihin. Tyytymättömyys oli voimakkaampaa tytöillä kuin pojilla. Kahdeksanvuotiaista tytöistä 43 % toivoisi olevansa hoikempi. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että sekä tyttöjen että poikien hoikkuustoiveita esimurrosiässä edeltää usein jo vuosia jatkunut painon nousu. Hoikkuutta kahdeksan vuoden iässä toivovien lasten paino oli kolmevuotiaasta alkaen noussut keskimäärin muiden lasten painoa nopeammin. Kehoonsa tyytymättömien joukossa on kuitenkin kaiken kokoisia lapsia.

7.6.4 Unen ja levon puute

Uni ja lepo ovat välttämättömiä ihmiskehölle ja mielelle. Unen tärkeä tarkoitus onkin antaa elimistölle mahdollisuus rakentaa ja korjata itseään. Nuoren elimistö erittää kasvuhormonia yöllä ja aivot järjestelivät yön aikana päivän tapahtumia ja tallentavat ne muistiin. (48)

Eurooppalaisessa vertailussa suomalaisilla koululaisilla (11-, 13- ja 15-vuotiailla) oli eniten nukahtamisvaikeuksia ja he nukkuivat israelilaisten lasten jälkeen lyhimmät yöunet (225). Noin joka viides poika ja joka kolmas tyttö yläluokalla kärsii nukahtamisvaikeuksista tai yöheräilyistä (2 www-lähde). Helsingiläisistä yläkoululaisista lähes joka kolmas (29%) menee nukkumaan kello 23 jälkeen ja joka kuudes raportoi olevansa

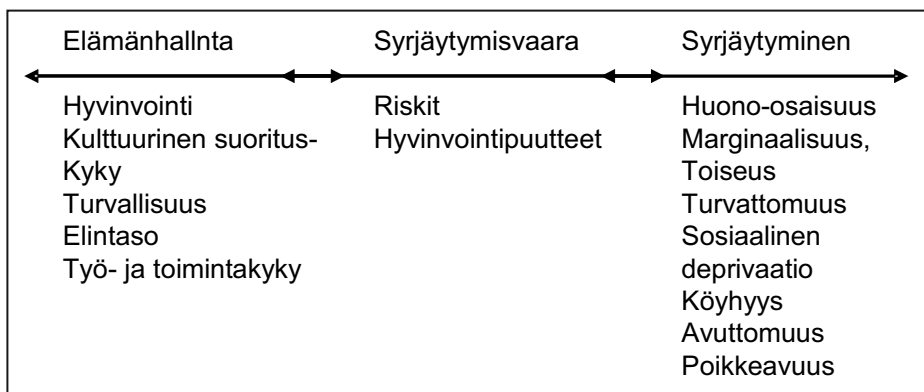
väsynyt lähes joka aamu (84). Nuorten väsymyksen on todettu lisääntyvän iän myötä (226-227). Säännöllinen alkoholin käyttö ja tupakointi, vähäinen liikunta, runsas television tai videoiden katselu liittyneenä kotoa poissaoloon iltaisin on todettu olevan yhteydessä nukahtamisvaikeuksiin ja myöhäisiin nukkumaanmenoaikoihin. (225)

Paavonen (228) osoitti väitöskirjatutkimuksensa, että univaikeudet ovat yleisiä jo 8-9-vuotiailla suomalaislapsilla: joka kolmannella 8-vuotiaalla oli jonkinlaisia univaikeuksia ja 12% ongelmat olivat pysyviä. Univaikeudet olivat yleisempiä pojilla kuin tytöillä. Kohorttitutkimus osoitti myös yhteyden kehnon unen laadun ja mielenterveysongelmien ja somaattisten oireiden välillä. Huonosti nukkuvilla lapsilla oli myös suurempi riski kärsiä ulkoisista ja sisäisistä ongelmista, yliaktiivisuudesta ja koulunkäyntivaikeuksista. Lapsen lyhyt yöuni oli myös yhteydessä sekä käytöshäiriöihin että masennukseen. Unihäiriöiden (lääke)hoito onkin todettu parantavan lasten psykiatrisia oireita.

7.7 Lasten ja nuorten syrjäytymisuhka ja pärjäävyys

Syrjäytymisen määritelmät

Syrjäytyminen määritellään useimmiten aikuisen tilanteena ja sitä on moitittu mm. leimaavuudesta ja selkeyden puutteesta (27, 229). Raunio (5 www-lähde) tarkastelee syrjäytymistä kolmesta näkökulmasta: yksilölle kasautuvina hyvinvoinnin ongelmina, yhteiskunnallisesta normaalisuudesta sivuun joutumisena sekä yksilöä ja yhteiskuntaa yhdistävien siteiden heikkoutena. Dynaaminen syrjäytymisen käsite kuvaa paitsi staattista tilaa myös sitä prosessia, joka tuottaa syrjäytymistä (229). (Kuva 5)



Kuva 5. Elämänhallinta, syrjäytymisvaara ja syrjäytyminen sekä niiden lähikäsitteet (229, s. 12)

Syrjäytymisestä vähemmän kielteisesti leimavana terminä on mm. Ruotsissa käytetty marginalisaatio ja marginaalisuus, jotka viittaavat yksilön elinolojensa hallitsemisessa tarvitsemiin voimavaroihin. Marginalisaatio viittaa prosessiin, jossa yksilö liikkuu turvallisesta tilanteesta turvattomaan ja puutteellisten resurssien tilanteeseen. (15 www-lähde)

Ylänen (35) selvitti nuorten koulusta syrjäytymistä. Tutkimukseen osallistuneiden tampere-laisten koulukuraattorien mielestä nuoret eivät olleet syrjäytyneitä koulusta, mutta he voivat olla syrjäytymisuhan alla. Tällaisia merkkejä syrjäytymisuhasta olivat fyysinen tai psyykinen huonovointisuus, muutokset koulunkäynnissä tai aktiviteeteissa, luvattomat poissaolot liittyneenä kouluvaikeuksiin, motivaatio-ongelmat, harrastamattomuus, itsetuntopulmat, normien rikkominen ja päihdekokeilut sekä kiusaaminen (joka kiusaajana tai kiusattuna). Nurmi ym. (19) tutkivat syrjäytymisvaarassa olevien nuorten aikuisten kiinnostuksia ja ajattelutapoja ja havaitsivat, että näillä oli muita vähemmän koulutukseen ja muihin aikuisuuteen liittyviä tavoitteita ja he arvioivat omat vaikutusmahdollisuuksensa muita huonommiksi. Heidän ajattelu- ja toimintatapansa näyttivät toimivan tavalla, joka lisäsi epäonnistumisen riskiä ja kielteistä palautetta itsetunnolle.

Koulusta syrjäytyminen määritelläänkin useimmiten opettajien, opetussuunnitelmien ja virallisen koulukulttuurin näkökulmasta. Tällöin syrjäytyminen merkitsee mm. oppilaan huonoa koulumenestystä, jatko-opintoihin pääsyn vaikeutta, luvattomia poissaoloja, käyttäytymisongelmia ja päihteiden käyttöä. (230, s. 13) Koulusta syrjäytymisestä voidaan puhua myös silloin, kun lahjakas oppilas kärsii haasteettomasta koulunkäynnistä. Lämsän (100, s. 78-79) mukaan koululla on tapana etsiä ongelmaisten oppilaiden syytä heidän taustastaan ja henkilökohtaisista tekijöistä. Oppilaan ja koulun välisten ongelmien korjaavat toimenpiteet kohdistuvat siten yksittäisiin oppilaisiin ja vain harvoin kouluun. Myös koulutuksen rakenteelliset muutokset ovat Suomessa vähäisiä. Peruskoulutus on pitkälti teoreettisesti suuntautunutta ja opetukseen sisältyy vain vähän työharjoittelua, mikä voi syrjäyttää työkulttuuriin suuntautuneita oppilaita (231). Puustelli (231) vertaili tutkimuksessaan koulutus- ja työmarkkinauudistuksia, joilla pyrittiin ehkäisemään nuorten koulutuksesta syrjäytymistä eri Euroopan maissa. Esimerkiksi Tanskassa on jo oppivelvollisuuskoulutuksen tasolla

olemassa koulumuotoja, jotka ovat käytännön työhön suuntautuneita.

Syrjäytymistä tai marginalisaatiota tarkastellaan yhä useammin pärjävyyden (engl. resiliency) kautta (232). Tämä Rutterin jo 1980-luvulla esiin nostama käsite tarkoittaa, että useat vastoin-käymisten keskellä elävät lapset ja nuoret ovat pärjänneet elämässä yllättävän hyvin. Näillä lapsilla on ollut riskitekijöiden lisäksi elämässään suojaavia tekijöitä, jotka ovat kantaneet parempaan huomiseen. Lasten yksilöllisiä riskitekijöitä ovat mm. ristiriidat kavereiden kanssa, puutteet sosiaalisissa taidoissa, tarkkaavaisuushäiriöt, itsetunto-ongelmat, toivottomuus, impulsiivisuus. Perheeseen liittyviä riskitekijöitä ovat mm. perheen sisäiset ristiriidat, epäjohtonmukainen kuri, vanhemman kiintymyksen puute, pulmat lapsi-vanhempi -suhteessa ja avioerosta johtuvat haasteet. Lapsen yksilöllisiä suojaavia tekijöitä taas ovat mm. sosiaalisuus, kommukaatiotaidot, sisäinen kontrolli (internal locus control), löyhemmät siteet (rikollisiin) kavereihin, positiiviset persoonallisuuden piirteet ja kiinnittyminen tavanomaisiin instituutioihin. Perheeseen liittyviä suojaavia tekijöitä ovat mm. ohjaava kasvatusta (authoritative parenting), vanhempien tuki, hyvät tunnesuhteet perheessä ja vähäiset ristiriidat. (232)

7.8 Yhteiskunnan puuttuminen koululaisten syrjäytymiskehitykseen

7.8.1 Poliittisia kannanottoja ja ohjelmia

Sosiaali- ja terveysministeriö on puuttunut lasten ja nuorten hyvinvoinnin kysymyksiin mm. Alkoholi- ja Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassaan. Alkoholiohjelman tavoitteina on mm. vähentää alkoholin lasten ja perheiden hyvinvoinnille aiheuttamia haittoja ja vähentää alkoholin riskikäyttöä ja siitä aiheutuvia haittoja (16 www-lähde). Terveys 2015-ohjelmassa tavoitellaan lasten hyvinvoinnin lisääntymistä, terveydentilan paranemista ja turvattomuuteen liittyvien oireiden, nuorten tupakoinnin ja alkoholin käytön vähentymistä ja terveyserojen kaventumista eri väestöryhmissä (3 www-lähde).

Yhteiskunta on puuttunut alaikäisten alkoholin käyttöön mm. kieltämällä juomisen julkisilla paikoilla. Alaikäisten julkisen juopottelun kieltäminen useissa kaupungeissa on Kekin (233, s. 50-51) mukaan lähinnä esteettinen ja moraalinen voitto, sillä kansalaiset ovat tyytyväisiä yhteiskuntaan, joka puuttuu ongelmiin. Kekin mukaan (233, s. 50) kiellolla ei kuitenkaan poisteta ala-

ikäisten alkoholinkäyttöä eikä oireiden hoitaminen ja ongelman hautaaminen auta ratkaisemaan häiriökäyttäytymisen syitä.

Sosiaali- ja terveysministeriö laati strategian lasten ja nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi vuosina 2000-2003. Toimenpidesuositus korosti erityisesti kunnan, nuorten kanssa toimivien järjestöjen ja seurakuntien roolia nuorten tupakoimattomuuden edistämisessä. Strategiana on turvata lapselle ja nuorelle tupakoimaton, terve ja turvallinen kasvu ja kehitys mm. parantamalla terveyden lukutaitoa, luomalla turvallinen kasvu- ja elinympäristö sekä tuomalla tupakoimattomuus esille kaikissa yhteyksissä myönteisinä elämänarvoina. (128)

Nuorisoriikostoimikunta (puheenjohtajanaan Kirsti Nieminen) korosti mietinnössään (2003) sitä, että alle 15-vuotiaiden lasten kohdalla tulisi puuttua rikosten tekemisen ohella myös muuhun oirehtivaan häiriökäyttäytymiseen kuten aggressiivisuuteen, kiusaamiseen, tottelemattomuuteen ja uhmakkuuteen. Toimikunta korostaa myös tunne-elämän häiriöiden, kuten empatiakyvyn puuttumisen, itsekeskeisyyden ja impulsiivisuuden keskeisyyttä häiriökäyttäytymisessä. Toimikunta korostaa vanhempien kasvatusedellytysten parantamisen lisäksi koulun merkitystä rikosten torjunnassa. Koulun tulisi kasvattaa ja opettaa sosiaalisia taitoja ja puuttua mm. koulukiusaamiseen ja poissaoloihin heti ja tuntuvasti. Toimikunnan mukaan myös oppimisvaikeuksissa olevien lasten tukeminen liittyy syrjäytymisen ehkäisyyn. Koulu, joka antaa mahdollisimman monelle onnistumisen kokemuksia, ehkäisee häiritsevää käyttäytymistä ja koulusta syrjäytymistä. Toimikunta korosti myös koulun säännöllistä yhteydenpitoa vanhempiin ja muihin lasten hyvinvointiin liittyviin tahoihin. (17 www-lähde)

7.8.2 Koululaisten syrjäytymiskehitystä ehkäiseviä hankkeita Suomessa

Lukuisia yksittäisiä syrjäytymisen ehkäisyhankkeita on toteutettu Suomessa. Seuraavassa esitellään lähiaikoina toteutettuja tai parhaillaan käynnissä olevia hankkeita, joissa yhtenä tavoitteena on lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäisy. Klaari Helsinki -hanke muuttui vuonna 2003 pysyväksi toiminnaksi.

Terve itsetunto -projekti

Opetushallitus käynnisti syksyllä 1998 Opetusministeriön työryhmän mukaisen projektin nimeltään *Terve itsetunto* -projekti vuosille 1998-

2001. Projektiin valittiin hakemusten perusteella kattavasti eri puolilta maata 12 kuntaa ja niissä yhteensä 66 koulua sekä kuusi normaalikoulua. Helsingistä hankkeeseen osallistuivat Puistolalan ja Myllypuron ala- ja yläasteet. Projektissa keskityttiin syrjäytymisen ehkäisyyn ja oppilaiden itsetuntoa tukevien toimintakäytäntöjen kehittämiseen ja levittämiseen. Tavoitteena oli koulun toimintakulttuurin kehittäminen yhteisölliseksi, yksilölliset edellytykset huomioon ottavaksi ja syrjäytymistä ehkäiseväksi oppimisympäristöksi. Osatavoitteina oli kehittää opetusmenetelmiä ja keinoja oppilaiden arkiselviytymisen, sosiaalisten taitojen ja oppimaan oppimisen edistämiseksi, tukea opettajien ja vanhempien opetus- ja kasvatustyötä yhteistyössä sidosryhmien kanssa, kehittää oppilashuoltoa ja eri viranomaisien ja järjestöjen kanssa tehtävää yhteistyötä oppilaiden fyysisen ja psykososiaalisen oireilun ja pahoinvoinnin vähentämiseksi ja ennaltaehkäisemiseksi, kehittää toimintamalleja oppilaiden itsetunnon ja positiivisen minäkäsityksen ja psykososiaalisen kehityksen tukemiseksi, kehittää toimintatapoja koulujen työrauhan ylläpitämiseen, kiusaamisen ennaltaehkäisyyn ja ongelmien, erityisesti masennuksen, varhaiseen tunnistamiseen ja niihin puuttumiseen, kehittää koulujen toimintakulttuuria opetus- ja kasvatustyön tukijärjestelmänä. Hankkeen alussa toteutettiin yhdessä Opetusalan koulutuskeskuksen kanssa kolmen ja viiden opintoviikon koulutusjaksot, joihin osallistui opettajia kaikista mukana olevista kouluista. (18, 19 www-lähde)

Helsingin kouluissa tavoitteisiin pyrittiin *sosiaalipedagogisen yhteistyökokeilun* kautta. Helsingin AMK:n sosiaalialan opiskelijat suorittivat harjoittelujakson (5-20 ov) näissä kouluissa projektin tavoitteiden mukaisesti. Toimintaan kuului mm. kummiluokka- ja tukioppilastoiminta, välituntitoiminnan aktivoiminen, oppilaiden häiritsevän käytöksen katkaiseminen tuntien aikana, iltapäiväkerho- ja muu kerhotoiminta, syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja maahanmuuttajalasten tuki ja ohjaus, läksytuki, toimintamallit kiusaamisen ehkäisyyn, yhteistyö vanhempien kanssa, ala- ja yläasteiden yhteistyö, alueellinen yhteistyö, moniammatillinen yhteistyö oppilashuollossa. Lisäksi opiskelijat tekivät 17 harjoitteluun liittyvää opinnäytetyötä. (18, 19 www-lähde)

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää oppilaan minäkuvaan ja itsetuntoon liittyviä asioita projektin alussa ja projektin päättyessä. Kohderyhmänä kummallakin mittauskerralla olivat perus-

koulun 6. ja 9. luokilla sekä lukion 2. luokalla olevat oppilaat. Kohteena olivat eri ajankohtina eri oppilaat, koska tarkoituksena ei ollut seurata yksittäisissä oppilaissa vaan koulussa yleensä tapahtuvia asioita. Koulutason tarkastelu osoitti, että koulujen väliset erot olivat selviä. Yleisesti ottaen tilanne tutkituissa kouluissa oli varsin hyvä: koulujen keskiarvot tutkituilla ulottuvuuksilla ylittivät pääsääntöisesti raja-arvon neljä (asteikolla 1 – 7). Projektin aikana kokeilukoulujen oppilaiden käsitykset kehittyivät kielteiseen suuntaan. Oppilaiden kouluun liittyvässä minäkäsityksessä ei ollut olennaisia eroja, mutta sosiaalinen minäkäsitys, itsetunto ja oppimisilmapiiri olivat lopputestissä kielteisempiä kuin projektin alkutilanteessa. Syrjäytymisuoja-indikaattori osoitti tilastollisesti erittäin merkitsevää muutosta kielteiseen suuntaan, mutta muutos oli vain noin prosentin. Suuresta syrjäytymisuhasta oirehti alle kaksi prosenttia tutkituista oppilaista, havaittava syrjäytymisuhka oli noin seitsemällä prosentilla alakoululaisista ja 13 %:lla yläkoululaisista. Mielenkiintoinen havainto oli se, että alkumittauksessa suhteellisen heikosti menestyneet koulut olivat kaikki parantaneet tuloksiaan, kun taas parhaiten menestyneiden osalta tulokset olivat laskeneet. Huomattavimmat muutokset tapahtuivat pienissä kouluissa; suurimmisissa kouluissa muutokset olivat vähäisiä. (18, 19 www-lähde)

Nuorten osallisuus -hanke

Opetushallituksen Nuorten osallisuus -hanke (2003-2007) pyrkii ehkäisemään nuorten syrjäytymistä sekä edistämään osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Tavoitteena on turvata jokaiselle nuorelle jatko-opintopaikka tai muu mielekäs vaihtoehto oman elämän rakentamiseen. Nuorten osallisuushanke rakentuu poikkihallinnolliselle ja useiden toimijoiden väliselle yhteistyölle, luottamukselle ja sitoutumiselle. Yhteistyössä ovat mukana koulut ja oppilaitokset, nuoriso- ja liikuntatoimi, sosiaali- ja terveystoimi, työvoimaviranomaiset, kansalaisjärjestöt, seurakunnat sekä useita aiheeseen liittyviä tahoja. Hankkeessa kehitetään kouluja ja oppilaitoksia nuorten kasvu- ja oppimisympäristöinä, ongelmien varhaista tunnistamista ja niihin puuttumista, henkilökohtaista ohjausta ja tukea niitä tarvitseville lapsille ja nuorille, vaihtoehtoisia ja yksilöllisiä koulutus- ja työllistymismahdollisuuksia (mm. lisäopetus, valmentava ja kuntouttava opetus, työpajat ja oppisopimus), kodin ja koulun yhteistyötä sekä harrastusmahdollisuuksia, lasten ja nuorten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia, kunnan perustoimintoja

nuoriin ja heidän elinoloihinsa liittyvissä asioissa, poikkihallinnollisia työtapoja, joissa lapsi- ja nuorisopolitiikkaa toteutetaan yli sektorirajojen. Hankkeen vuoden 2004-toimintakertomuksen mukaan (20 www-lähde) vahvoina toimintalinjauksina on noussut esim. oppilaskuntatoiminnan ja nuorisovaltuustojen kehittäminen. Koulun ja nuorisotoimen yhteistyö on myös vahvistunut. Hanke on tavoittanut yli 27000 nuorta.

Helsingin kaupungin opetus- ja nuorisotoimen yhteinen hanke Hesän Nuorten Ääni -kampanja (1998-2007), on Helsingin vaihtoehto nuorisovaltuustolle. Sen sijaan, että Helsinkiin olisi perustettu 20-30 hengen nuorisovaltuusto, joka olisi edustanut vain pientä aktiivisten helsinkiläisnuorten joukkoa, päätettiin lähteä luomaan osallistuvampaa järjestelmää. Helsingin nuoriso- ja opetustoimessa on kehitetty Norjan Porsgrunnin kunnan kokemuksiin perustuvaa demokratiamallia, jonka perusideana on lähteä ruohonjuuritasolta lasten ja nuorten osallisuuden edistämiseksi. Helsingin mallissa osallisuusareenoita ovat koulut ja nuorisotalot. Tavoitteena on edetä lähialueella vaikuttamisesta koko kaupungin alueelle. Hankkeen tausta-ajatuksena on, että demokratiaa voi opetella vain toimimalla demokraattisessa toimintakulttuurissa. Yhteisten asioiden hoitaminen edellyttää ryhmätyöskentelytaitoja, kykyä argumentoida, neuvotella ja tehdä kompromisseja sekä yleensä yhteisen hyvän ymmärtämistä. Näitä taitoja opetellaan käytännössä Hesän Nuorten Ääni -kampanjan kolmella osallistumisareenalla ja niiden eri prosesseissa: koulujen uusissa oppilaskunnissa, alueellisen nuorisotyön toimintaryhmissä sekä nuorten Avointen Foorumien yhteiskunnallisen vaikuttamisen areenoilla. (21 www-lähde)

Lasten turvataito -ohjelma

Lasten turvataito on suomalainen lapsiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyohjelma, jonka tarkoituksena on estää lapsia joutumasta fyysisen, psyykkisen ja seksuaalisen väkivallan ja laiminlyönnin kohteeksi. Lasten turvataito-ohjelmassa on kehitetty ja edelleen kehitetään toimintamallia lapsiryhmien, erityisesti koulujen ja päivähoiton kasvatustyöhön, turvataitokasvatusta lapsille itsestä huolehtimiseen, tukea perheiden kasvatustyöhön, moniammatillista ja alueellista yhteistyötä ja koulutusta väkivallan ehkäisytyöhän lasten parissa työskenteleville. Lasten turvataito-ohjelma kehitettiin alun perin Kotkassa, mm. englantilaisen Kidscape -ohjelman inspiroimana. 2000-luvulla yhteistyöhön liittyivät mm. Turku, Jyväskylän seutu ja Helsinki. (22 www-lähde)

Stakes on julkaissut 5-11-vuotiaille suunnatun turvataito-oppaan, jonka tarkoituksena on ehkäistä lapsiin kohdistuvaa väkivaltaa. Materiaali koostuu kolmesta toisiinsa liittyvästä aihekokonaisuudesta: 1) *Minä olen arvokas ja ainutlaatuinen* (mm. lapsen vahvuudet ja epäonnistumiset, tunteet, turvattomuus, turva-ohjeet) 2) *Olemme hyviä kavereita* (mm. kaveruus ja ystävyys, kiusaaminen, ristiriitojen ratkaiseminen) 3) *Kyllä minä pärjään* (selviytyminen erilaisissa turvallisuutta uhkaavissa tilanteissa). (22 www-lähde)

Elämäntaidot -hanke

Eväitä elämään -projekti (1995-1998) sai alkunsa kansalaisjärjestöjen ja pääkaupunkiseudulla nuorten kanssa toimivien työntekijöiden aivo-riihessä. Projektin rahoitti Stakes ja Raha-automaattiyhdistys ja siihen osallistui neljä yläastetta ja yksi ammattioppilaitos. Hankkeen tavoitteena oli lisätä nuorten valmiuksia kohdata ja käsitellä vaikeuksia, lisätä nuorten myönteisiä toimintajia ratkaisumalleja, kehittää kouluun ja sen rakenteisiin sopivia työmuotoja, kehittää elämäntaitoja käsittelevä ohjausmenetelmä sekä levittää tietoa ja vaikuttaa asenteisiin. Lähtökohtana oli keskittyä vuorovaikutustaitoihin, itsetuntemuksen lisäämiseen, selviytymistaitoihin ja mielenterveyspalveluista tiedottamiseen. Kouluissa järjestettiin opettajille koulutuksia, joissa harjaannuttiin nuorten elämäntaitojen ohjauksessa. Projektin lopuksi ilmestyi ohjaajille suunnattu kirja ”Eväitä elämään – keinoja nuorten elämäntaitojen vahvistamiseksi”. Kouluissa järjestettiin mm. Eväitä elämään -kursseja, elämäntaitoteemaviikko sekä oppilaille jaettiin Nuorten palveluopasta (mm. mielenterveyspalveluista). Nuorille suunnattu selviytymistä tukeva aineisto oli saatavissa www-sivuilla. Projektin loppuraportissa tuodaan esille, että elämäntaitojen ohjaus sai myönteisen vastaanoton sekä oppilailta että ohjaajilta (234)

Varhaisen puuttumisen -hanke

Varpu eli Varhaisen puuttumisen -hankkeessa (2001-2004) oli tavoitteena edistää lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointia ja ehkäistään syrjäytymistä. Tarkoituksena oli kehittää palvelujärjestelmän kykyä puuttua varhaisessa vaiheessa lasten, nuorten ja perheiden pulmiin ja tukea heitä niissä selviytymisessä. Päämäärään tähdättiin kouluttamalla ja levittämällä varhaisen puuttumisen ja tukemisen hyviä käytäntöjä sekä kehittämällä lasten ja nuorten kanssa toimivien tahojen ja henkilöiden yhteistyötä. Hanketta koordinoi sosiaali- ja terveysministeriö, ja siihen osallistuivat keskeiset hallinnonalat ja

lastensuojelun, päihde- ja mielenterveysalan järjestöt. Hankkeen toteutuksesta vastasi julkisella sektorilla Stakes ja järjestöpuolella Lastensuojelun Keskusliitto. Järjestöjen Varpu-projekti jatkui vuoden 2005 loppuun. (23 www-lähde)

Hankkeessa Stakesin ja Lastensuojelun Keskusliiton yhteistyönä koottiin ja levitettiin varhaisen puuttumisen toimivia työmuotoja. Lisäksi tuettiin näihin liittyvien paikallisten hankkeiden synergiaa. Varpu-hankkeessa puuttumisen ja tukemisen tarvetta jäsennettiin niin sanotun huolen vyöhykkeistön avulla. Keskeisenä tavoitteena oli kehittämistyön ja sen tuotosten ankkuroiminen perustyöhön. Keskeinen osa Varpu -hanketta oli myös edistää kulttuurista, vastuunoton ja välittämisen muutosprosessia, jonka tuloksena lasten ja nuorten hyvinvointi ymmärretään kaikkien yhteiseksi asiaksi. (23 www-lähde)

Valtakunnallinen eri hallinnonalojen ja järjestöjen yhteistyö varhaisen puuttumisen kysymyksissä jatkuu vuosina 2004–2006 nimikkeellä VARPUverkosto. Jatkossa yhteistyön tavoitteena on lisätä eri tahojen tietoa toistensa varhaisen puuttumisen työstä ja toiminnoista, yhdistää voimavaroja em. pohjalta, tukea paikallista ja seutukunnallista kehittämistoimintaa ja vahvistaa varhaisen puuttumisen käytäntöjä peruspalveluissa ja -toiminnoissa. (23 www-lähde)

Ehkäisevän päihdetyön projekteja

Klaari Helsinki -hanke on nuorten ennaltaehkäisevää päihdetyötä alueellisen verkostoitumisen keinoin. Klaarin toiminta alkoi pilottihankkeena Klaari Pohjoinen vuosina 1997-1999, mutta toiminta *vakinaistettiin 1.1.2003 pysyväksi toiminnaksi*. Ehkäisevä päihdetyö koskee kaikkia päihteitä ja käyttömuotoja, myös tupakointia. Työssä pyritään vähentämään alueellisia riskitekijöitä, lisäämään suojaavia tekijöitä yhteistyössä lasten, nuorten, perheiden, viranomaisten ja muiden toimijoiden kanssa. Hankkeella pyritään vaikuttamaan nuoriin ja aikuisiin asuinalueilla tapahtuvan toiminnan kautta. Alueellisessa Klarityössä painotetaan koulujen kanssa tehtävää yhteistyötä. (235, 24 www-lähde)

Klaari -hankkeen tavoitteena on nuorten aktiivisuuden ja omaehtoisuuden tukeminen, vanhempien yhteisen vastuun vahvistuminen, henkilöstön ammattitaidon vahvistuminen ja työn tuki, hyvinvointi- ja turvallisuusviranomaisten yhteistyön kehittyminen, järjestöjen ja viranomaisten yhteistyön kehittyminen, tiedotuksen ja koulutuksen lisääntyminen, verkostoresurssien ja toimintamahdollisuuksien varmistuminen.

Erityisenä painotuksena on vuosina 2005-2006 nuorten humalahakuiseen juomiseen ja sen haittavaikutuksiin vaikuttaminen sekä nuorten keskuudessa lisääntyneen raittiuden tukeminen. Tavoitteisiin pyritään mm. olemassaolevien toimintamallien lisäämisellä, elämänhallintaan liittyvällä koulutuksella (kouluissa), vanhempain toiminnan organisoinnilla, viranomaisten ja vanhempainyhdistysten yhteistyön kehittämislä. Klaari kouluttaa opettajia (mm. elämänhallintataitojen ohjaaminen), vanhempia (yhteistyössä mm. seurakunnan ja järjestöjen kanssa) ja nuoria (mm. tukioppilastoiminta). Samalla pyritään luomaan verkostoja ja vahvistamaan vanhempainyhdistys- ja asukas yhdistystoimintaa. (235, 24 www-lähde)

Arvojen ja valintojen viidakko -projekti

Mannerheimin Lastensuojeluliiton *Arvojen ja valintojen viidakko* -projekti (2001-2005) on **perheiden ja nuorten hyvinvointia tukeva ehkäisevän päihdetyön projekti, jota rahoittaa Raha-automaattiyhdistys. Tavoitteena on** kehittää arvokasvatukseen perustuvia ehkäisevän päihdetyön toimintatapoja. **Projekti** tarjoaa vanhemmille ja kasvattajille tilaisuuksia käsitellä nuorten ja aikuisten elämään liittyviä kysymyksiä, esimerkiksi kasvatusta, murrosikäisen vanhempana olemista, tupakanpolttoa, ensimmäistä humalaa, huumekokeiluja. Projektissa muistutetaan, että vanhemmat ja kasvattajat vaikuttavat nuoren kehitykseen, vaikka välitön palaute saattaa joskus ilmaista jotain aivan päinvastaista. (25 www-lähde)

Kokeilupaikkakuntina ovat Kouvola ja Lohja, joissa vanhemmille, kasvattajille ja nuorille tarjotaan tilaisuuksia arvotyöskentelyn virittämiseen sekä kehitetään arvotyöskentelyyn toimivia ja helppokäyttöisiä toimintamalleja. Kokeilupaikkakunnilla toimii *vanhempainpiirejä*, joissa käsitellään nuorten ja aikuisten elämään liittyviä keskeisiä kysymyksiä, kuten kasvatusta, murrosikäisen vanhempana olemista, päihdekokeiluja. Vanhempainpiirit koostuvat murrosikäisten nuorten vanhemmista ja ne kokoontuvat säännöllisesti. Lisäksi Lohjalla on avattu murrosikäisten lasten ja nuorten vanhemmille suunnattu *vanhempainkahvila*, joka on avoinna iltaisin joka toinen keskiviikko. Molemmilla paikkakunnilla *toimitaan myös nuorten kanssa*, erilaisen ulkoilutapahtumien, tempausten ja messujen merkeissä. Hankkeen loppuraportti ja arviointi valmistuu marras-joulukuussa 2005 (Lindholm Nina, sähköpostitiedonanto). (25 www-lähde)

MUKAVA -hanke

MUKAVA -projekti (2002-) **muistuttaa kasvatustavasta** kaikkia niitä tahoja, jotka osallistuvat kouluikäisten lasten opetus- ja kasvatus työhön. Hankkeen toiminnallisena runkona on Sitran rahoittama koulupäivän rakenneuudistuskokeilu, oppilaan kokonaiskoulupäivä (ei opettajien kokonaistyöaika). Sen tavoitteena on sisällöllisten osaprojektien tukemana ja yhteistyössä vanhempien kanssa vähentää lasten yksinoloa aamuisin ja iltapäivisin (lastensuojelullinen tavoite), tukea lapsen persoonallista kasvua (kehityksellinen tavoite) ja vahvistaa koulun ja oppilaiden sosiaalista pääomaa (sosiaalipsykologinen tavoite). Osaprojektit kohdistuvat lapseen, oppimisympäristöön sekä koulun ja ympäröivän yhteiskunnan suhteisiin. Hankkeessa keskitytään mm. esiopetukseen (mm. sosiaaliset taidot), terveystiedon opetuksen sisältöihin (sosioemotionaalinen kehitys), kokonaiskoulupäivän toteuttamiseen (valvottua toimintaa oppituntien välillä), opettajankoulutuksen uudistukseen (mm. jaettu kasvattajuus, jatkuvuus), vapaaehtoistoiminnan hyödyntämiseen kouluissa sekä kodin ja koulun yhteistyön vahvistamiseen (mm. Kivahko -digitaalinen reissuviikko). (236, 26 www-lähde)

MUKAVA -hanke korostaa, että vaikka sosiaalisuuden perustaidot opitaan kotona, myös koulut ovat keskeisessä roolissa näiden taitojen kehittäjinä ja ylläpitäjinä. Projektissa pyritään tukemaan koteja ja kouluja tässä tehtävässä. Kokeilukouluina ovat Etelä-Sipoon koulu, Karjalan koulu, Keljon koulu, Kilpisen koulu, Lehtisaaren yläasteen koulu, Männistön koulu ja Voionmaan koulu. Hankkeen tieteellinen johtaja on professori Lea Pulkkinen ja projektipäällikkönä rehtori Leevi Launonen Jyväskylästä. (26 www-lähde)

Euroopan terveet koulut -hanke

Euroopan terveet koulut (ETK) on WHO:n alue toimiston, EU:n ja Euroopan Neuvoston kansainvälinen yhteistyöohjelma, johon kuuluvat lähes kaikki Euroopan maat (engl. European Network of Health Promoting Schools, ENHPS). Suomi liittyi mukaan ohjelmaan vuonna 1993, mitä ennen oli toteutettu Terve Koulu -ohjelmaa 1980-luvun puolivälistä lähtien. Ohjelman tarkoituksena on kouluyhteisöjen terveyden edistämistoiminnan ja terveystieteiden kehittäminen kansallisten koulutus- ja terveystieteiden tavoitteiden suuntaisesti. Suomen ETK-ohjelman painotuksena olivat kaudella 2003-2005 valtakunnallinen opetussuunnitelman perusteiden uudistusprosessi ja terveystieto-oppiaineen sisällölliset kehitystarpeet. (27 www-lähde)

Euroopan terveet koulut -ohjelmaan (ETK) kuuluu noin 50 peruskoulua eri puolilta Suomea, Helsingistä Mäkelänrinteen lukio ja Töölön yhteiskoulu. Suomessa ohjelman tavoitteena on edistää kokonaisvaltaisesti kouluyhteisön terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia. Koulut muodostavat eri alueilla toimintaverkostoja, jotka etsivät tuekseen yhteistyökumppaneita, esimerkiksi yliopistoja, ammattikorkeakouluja ja järjestöjä. Verkostossa mukana olevilla kouluilla on nimetty yhteyshenkilö ja terveyden edistämisen työryhmä. Koulu suunnittelee itse toimintansa omien tarpeidensa mukaan. Koulukohtaista suunnittelua ohjaavat koko ohjelman tavoitteet. (Euroopan terveet koulut, 27 (www-lähde) Hanke on arvioitu eniten terveystiedon ja kouluterveydenhuollon näkökulmasta. EKT-projektin koulujen kouluterveydenhoitajat korostivat työssään enemmän ennaltaehkäisyä ja yksilölähtöistä lähestymistapaa, kun taas opettajilla oli enemmän terveyden edistämisen ja yhteisöllinen näkökulma terveysohjauksessa. Terveysneuvontaa arvioivatkin, että perinteinen terveysneuvonta on riittävää, mutta että kouluterveydenhoitajien tulisi useammin toimia terveydenedistäjänä koko kouluyhteisössä. (237-238)

Mielenterveys lapsuuden ja nuoruuden voimaksi -hanke

Mielenterveys lapsuuden ja nuoruuden voimaksi 2002 - 2004 -yhteistyöhanke oli Suomen Mielenterveysseuran projekti, jonka tavoitteena oli tarjota välitöntä tukea lapsille ja nuorille, kasvat-
taa heidän tietouttaan mielenterveyden asioissa sekä samalla tukea heidän ympärillään eläviä ja vaikuttavia aikuisia. Hankkeessa kehitettiin toimintamalleja ja mielenterveyden tietotaitoa vietiin eteenpäin luentopakettien ja konsultatioiden muodossa kouluille ja muille lasten ja nuorten parissa toimiville tahoille. Hankkeessa on julkaistu kolme opasta: Miten autan oppilasta opettajan keinoin, Vanhempainopas - miten tuen lastani koulutiellä sekä Nuorten viestejä vanhemmille. (28 www-lähde) Hankkeessa on tehty tähän mennessä lähinnä sisäistä arviointia, loppuraportti julkaistaan vuoden 2005 loppupuolella (Salonen Kristina, sähköpostitiedonanto).

Yhdessä elämään -kasvatusyhteistyö

Yhdessä elämään -kasvatusyhteistyö on käynnistetty kotien ja koulujen kasvatustyön tukemiseksi Laukaassa 1995 vanhempien aloitteesta. Sen pääkoordinaattorina ja kouluttajana toimii Anne Eskelinen. Toiminta tunnetaan myöskin nimellä Laukaan malli ja se valittiin Euroopan parhaaksi kasvatusta tukevaksi hankkeeksi

vuonna 1996 (Euroopan perheiden liiton, EPA:n Alcuin Award). Toiminnalla pyritään tehostamaan kaikkien lasten kasvuympäristössä vaikuttavien tahojen yhteistyötä. Mallin periaatteina ovat kodin kasvatusvastuu mutta myös periaate, että kasvattamiseen tarvitaan koko kylä. Samat yksinkertaiset säännöt ja tavoitteet vallitsevat kotona, koulussa ja vapaa-ajalla. Myös aikuiset sitoutuvat yhteisiin tavoitteisiin omassa arjessaan. Mallissa korostetaan myös maalaisjärkeä: toiminta liikkuu yleisesti hyväksyttävällä tasolla, yhteiset pelisäännöt pohjautuvat vallitsevaan lainsäädäntöön, terveys- ja tapakasvatukseen. (29 www-lähde)

Tavoitteina on 1) tehostaa yhteistyötä kaikkien lapsen elinympäristössä vaikuttavien tahojen kanssa, 2) tukea sekä kotien että koulujen kasvatustyötä, 3) pyrkiä siihen, että lapsi tottuu alusta alkaen, kaikkialla, niihin sääntöihin, joita hänen on myöhemmin muualla yhteiskunnassa noudatettava, 4) kasvattaa rehtejä ja vastuuntuntoisia, heikompi puolustavia lapsia ja nuoria, 5) kasvattaa entistä yhteiskuntakelpoisempia eurokansalaisia ja vaikuttaa yhteiskunnan lapsi- ja perhepolitiikkaan niin että lapsinäkökulma huomioitaisiin yhteiskunnallisissa päätöksenteossa. (Yhdessä elämään, 29 (www-lähde) *Kasvatus tulevaisuuteen* on Suomen Kuntaliiton viisivuotinen (2001-2005) kehityshanke, jonka taustalla on Yhdessä elämään -kasvatusmalli. Hanke perustuu Kuntaliiton lapsipoliittiseen ohjelmaan ja siihen osallistuu 25 pilottikuntaa. (30 www-lähde)

7.9 Koululaisten syrjäytymiskehitystä ehkäiseviä interventioita ulkomailla

7.9.1 Aineiston hakuprosessi ja yleiskuvaus

Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten keskuudessa tehdyt tutkimukset interventioista ja interventioiden vaikuttavuudesta haettiin Medline (mm. PubMed), Cochrane, Cinahl, Psycinfo, Linda, Sociological Abstracts tietokannoista. Hakusanoina käytettiin "high risk youth".ti., "high risk adolescen\$.ti., "at-risk adolesc\$.ti., intervent\$.ti., risk-taking/ risk taking behavio\$.ti., risk behavio\$.ti., limit adolescent, interventio\$.mp. Haun tuloksena saatiin noin 200 viitettä, joista poimittiin otsikon ja tiivistelmän perusteella 60 artikkelia tai teosta. Artikkelit, jotka keskittyivät ainoastaan rikoksen tekijöihin ja huumeinterventioihin, poistettiin. Näistä 60:sta poimittiin edelleen yhteensä 36 artikkelia, joista 25 oli interventiotutkimuksia, kaksi me-

ta-analyysia ja kahdeksan riskikäyttäytymisen ja siihen liittyvien tekijöiden yhteyksiä tutkivia artikkeleja. Pääosa tutkimuksista oli toteutettu Yhdysvalloissa ja suurin osa artikkeleista oli julkaistu vuoden 2000 jälkeen. Aineistoa kerättiin myös käsihauilla ja asiantuntijoiden kautta.

7.9.2 Meta-analyysit päihdeohjelmista

Springer ym. (239) tekivät meta-analyysin riskiuorten keskuudessa toteutetuista alkoholinväärinkäytön ehkäisyohjelmista. He arvioivat 46 ohjelman vaikuttavuutta ja analyysissa keskityttiin ohjelmien niihin piirteisiin, jotka selittivät päihteiden käytön vähentymistä. Ohjelmiin oli osallistunut yhteensä 10 500 9-18-vuotiasta lasta ja nuorta. Koska ohjelmista 40% oli suunnattu tytöille, oli niihin osallistunut tyttöjä enemmän (66%) kuin poikia (34%). Kaksi kolmesta ohjelmasta oli toteutettu koulun jälkeen ja yksi kolmasosa kouluaihana. Ohjelmien kesto vaihteli 8 viikosta kolmeen vuoteen. Myös toteutustavat vaihtelivat siten, että interventiot keskittyivät joko tiedollisen informaation antamiseen, sosiaalisten taitojen opetteluun, mentorointiin, ”harrastustoimintaan” (recreation), opintojen ohjaukseen ja ammatilliseen tukeen.

Ohjelmien analyysissa keskityttiin neljään eri osa-alueeseen: ohjelman sisältöön, ohjelman toteuttamiseen, palvelujen määrään ja ohjelman rakenteeseen. Tehokkaimmat ohjelmat keskittyivät sisällössään käyttäytymiseen ja elämäntaitoihin (n=14) (kuten sosiaalisiin taitoihin, vihan hallintaan, kieltäytymistaitoihin, konfliktien selvittämiseen) sekä harrastustoimintaan (n=5). Vähiten tehokkaat ohjelmat taas sisälsivät pelkästään tunteisiin tai tietoon liittyvää materiaalia. Sellaiset ohjelmat, jotka korostivat yhteisöllisyyden luomista, olivat merkittävästi vaikuttavampia kuin yksilökeskeiset ohjelmat. Vaikuttava ohjelma oli lisäksi toteutettu siten, että ne herättivät nuoret ajattelemaan ja auttoivat heitä ymmärtämään asenteitaan ja käyttäytymistään. Mikäli ohjelmassa yhdistyivät sekä käyttäytymiseen ja elämäntaitoihin liittyvä fokus että vuorovaikutukselliset menetelmät, oli sillä erityisen myönteiset tulokset. Ohjelman kokonaispituudella tai palvelujen kokonaisuudella ei ollut yhteyttä ohjelman vaikuttavuuteen. Toisaalta ohjelman intensiteetti viikoittaisena tuntimääränä mitattuna vaikutti päihteiden käytön vähenemiseen siten, että mitä enemmän tunteja viikossa käytettiin ohjelmaan, sitä voimakkaammin päihteiden käyttö väheni nuorilla. Tehokkaimmat ohjelmat olivat rakenteeltaan koherentteja, mikä tarkoitti,

että ohjelmilla oli selkeät teoreettiset lähtökohdat, jotka ymmärrettiin ja joita toteutettiin interventiossa. Koherentin lisäksi vaikuttavimmat ohjelmat olivat myös toteutukseltaan yhdenmukaisia ja järjestelmällisiä. (239)

Yhteenvedon voidaan todeta, että *tehokkaimmat ohjelmat keskittyivät käyttäytymiseen ja elämäntaitojen opetteluun, korostivat nuorten ryhmäytymistä keskenään ja aikuisten kanssa, toteutettiin vuorovaikutuksessa nuorten kanssa, korostivat pohdiskelevaa, itse-reflektivoivaa oppimista, perustuivat selkeästi lausuttuun tarkoitukseen ja strategiaan (teoria) sekä korostivat läheistä kontaktia nuoriin*. Analyysin 46 ohjelmasta kahdeksassa tunnistettiin vähintään neljä vahvaa osa-alueita. Nämä olivat myös vaikuttavimpia ohjelmia. Tutkijat korostavat, etteivät universaalit koulussa toteutetut ohjelmat ole riittäviä korkean riskin nuorille. Tehokkaat ohjelmat tarjoavat toimintoja, jotka ottavat huomioon kohderyhmässä tunnistetut riskitekijät ja suojaavat tekijät. (239)

Cuijpers (240) arvioi koulussa toteutettuja yleisiä päihdeohjelmia, joilla pyrittiin ehkäisemään joko yhden tai useamman päihteiden käyttöä. Myös tupakkaohjelmat sisällytettiin arvioon. Analyysi perustui kolmeen meta-analyysiin, kuuteen tutkimukseen, joissa oli tarkasteltu välittäviä tekijöitä interventioissa sekä tutkimuksiin, joissa arvioitiin tiettyjen intervention ominaispiirteiden, kuten tehosteistuntojen, vaikutusta tuloksiin. Analyysin perusteella Cuijpers löysi seitsemän ominaispiirrettä, jotka vahvistivat intervention vaikuttavuutta: 1) ohjelman vaikuttavuus tulee osoittaa tutkimuksen kautta, 2) vuorovaikutukselliset menetelmät, 3) social influence -malli, 4) keskittyminen normeihin ja päätökseen päiheteettömyydestä, 5) yhteisötason liittäminen ohjelmaan, 6) ikätoverin toimiminen ohjaajana ja 7) elämäntaitojen liittäminen ohjelmaan.

Cuijpers (240) arvioi kunkin ominaispiirteen vaikuttavuuden astetta kehittämänsä näyttöön perustuvan laatuluokituksen kautta. Alimpaan luokkaan (*-merkintä) sijoittuivat laatukselliset kriteerit, joilla oli jonkinlaista näyttöä vaikuttavuudesta (yksi kolmasosa lähteistä tukee tulosta). Seuraava luokka (**-merkintä) sisälsi ominaispiirteet, joilla oli vankka näyttö myönteisistä vaikutuksista (kaksi neljästä lähteestä tukee vaikuttavuutta). Kolmannessa luokassa (***)-merkintä kriteereillä oli erittäin vankka näyttö vaikuttavuudesta ja neljännessä luokassa (****-merkintä) näyttö oli todistettu. Löytämistään ominaispiirteistä Cuijpers luokitteli kolmanteen luokkaan ainoastaan

ensimmäisen ominaispiirteen eli vaikuttavuuden osoittaminen tieteellisen tutkimuksen kautta. Ominaispiirteet 2-6 saivat kaksi tähteä eli niillä oli vankka näyttö laatuksineen. Elämäntahtojen liittäminen ohjelmaan -kriteeri sijoitettiin ensimmäiseen luokkaan eli sillä oli vain jonkinlaista näyttöä vaikuttavuudesta.

7.9.3 Yksittäisiä interventiotutkimuksia esi- ja alakoululaisten keskuudessa

Yhdysvalloissa pyrittiin vaikuttamaan esikoulu- ja alakouluikäisten epäsosiaaliseen käytökseen joko opettaja-johtoisella tai opettaja-vanhempi-johtoisella interventiolla (First Step to Success). Ohjelmaan osallistui kuusi 5-6-vuotiaasta lasta viidestä eri ryhmästä, jonka oppilaat tulivat matala- tai keskituloisista kodeista. Interventio perustui opettajien ja vanhempien myönteistä käytöstä vahvistamaan palautteeseen, kuten esim. onnistumisesta kehumiseen, palkintoihin (koko ryhmälle) ja yhdessä pelaamiseen. Tulosten mukaan opettajan ja vanhemman johtoinen interventio vaikutti myönteisesti vähentäen ongelmakäyttäytymistä ryhmässä. Vaikutusta seurattiin yhden vuoden ajan. (241)

Stirtzinger kollegoineen (242) arvioivat esitutkimuksessaan monimalli-intervention (The Project Buddy Program) vaikuttavuutta aggressiivisilla 7-11-vuotiailla torontolaisilla lapsilla (n=40). Ohjelma perustui mm. emotionaalisen sosiaalisen oppimisen teoriaan ja se kesti 8 kuukautta. Ohjelma pyrki vaikuttamaan koulun ilmapiiriin, vertaistukeen ja opettajien valmiuksiin. Interventio sisälsi opettajien kouluttamista, koko luokan intervention (sosiaaliset taidot), vertaispari-työskentelyn sekä viikoittaisen ryhmätyöskentelyn (mukana sekä riskinuoria että tavallisia nuoria). Tulokset ohjelmasta olivat lupaavia erityisesti sosiaalisten taitojen osalta.

Sosiaalisen kehityksen teoriaan perustuva ohjelma (The Seattle Social Development Project) pyrki ehkäisemään kouluvaikeuksia, päihteiden käyttöä ja rikollista käytöstä nuorilla, jotka tulivat matalatuloisista perheistä. Teorian mukaan rikollista käytöstä voidaan ehkäistä vahvistamalla sosiaalisia sidoksia ”tavallisiin” ihmisiin. Ohjelma kesti kuusi vuotta ja se toteutettiin satunnaistettuna interventio- kontrolliryhmäasetelmana. Luokkahuoneinterventiossa korostettiin työrauhan ylläpitämistä sekä vuorovaikussellista ja yhteistoiminnallista oppimista. Interventoryhmän lapset harjaantuivat tiedollisten ja sosiaalisten taitojen hallinnassa 1.- ja

6.-luokalla. Vanhemmille järjestettiin workshop-työskentelyä lapsen käyttäytymisen hallinnasta, koulutyön tukemisesta ja päihteiden käytön ehkäisystä 1.-, 2.-, 3.- 5.- ja 6.-luokilla. Aineisto koostui 177 korkean riskin lapsesta, joista 75 kuului interventio- ja 102 kontrolliryhmään. Aineisto kerättiin 5.-luokan alussa ja 6.-luokan lopussa lapsilta ja opettajilta. Tulosten mukaan interventoryhmässä sekä poikien että tyttöjen koulumyönteisyys ja osallistuminen oppitunneilla vahvistui. Lisäksi interventoryhmän tytöt käyttivät päihteitä merkitsevästi vähemmän kuin kontrolliryhmän tytöt. (243)

SAFEChildren ohjelmaan osallistui 424 perhettä, jotka asuivat ns. slummikortteleissa Yhdysvalloissa. Ohjelma perustui kehityksellis-ekologiseen lähestymistapaan ja siinä pyrittiin vaikuttamaan riskitekijöihin ja suojaaviin tekijöihin lapsen kehityksen muutosvaiheessa. Tutkimuksessa arvioitiin perheintervention ja tukiopetuksen vaikutusta syrjäytymisvaarassa olevien koululokkaiden koulumenestykseen, käyttäytymiseen ja koti-koulu -yhteistyöhön. Interventio toteutettiin ensimmäisen luokan alkaessa 22 viikon ajan ja se sisälsi perheryhmiä viikoittaisen kokoontumisen ja lapsen puolen tunnin kestoisien tukiopetuksen (lukeminen) kahdesti viikossa. Perheryhmässä keskityttiin vanhemmuuden taitoihin, perhesuhteisiin, perheen kehityshaasteisiin, kodin ja koulun yhteistyöhön sekä asuinalueen erityisongelmiin kuten esimerkiksi väkivaltaan puuttumiseen. Tarkoitus oli myös vahvistaa perheiden välistä tukea. Tulokset osoittivat, että interventiolla oli positiivinen vaikutus riskilapsen käyttäytymiseen (vähemmän aggressiivisuutta ja ylivilkkautta) ja vanhempien osallistumiseen lapsen koulunkäyntiin. Interventiolla ei ollut vaikutusta lapsen koulumenestykseen tai kouluun kiinnittymiseen. (244)

The Storytelling for Empowerment Program on riskinuorten voimaannuttamiseen tähtäävä ohjelma. Ohjelma korostaa lapsen pärjävyyden lisäämistä vahvistamalla hänen tunteiden ilmaisuaan ja tiedollisia taitojaan tarinan kertomisen kautta. Ohjelma toteutetaan lounasaikaan ja oppituntien jälkeen ja se pohjautuu työkirjaan *Storytelling Powerbook*. Kirjan mukaan edeten lapset mm. tekevät erilaisia harjoituksia, haastatteluja ja järjestävät teemapäiviä 27 kokoontumisen aikana. Ohjelma käydään läpi yhdessä lukukaudessa. Ohjelman vaikuttavuutta tutkittiin 11-15-vuotiaiden keskuudessa (N=932) ohjelma- ja kontrolliryhmässä. Ohjelmaryhmässä alkoholin ja marihuanan käyttö väheni ja päihteiden vastustaminen lisääntyi ohjelman aikana. (245)

7.9.4 Yksittäisiä interventiotutkimuksia yläkoululaisten keskuudessa

Yhdysvalloissa toteutettiin varhaisen puuttumisen ohjelmaa (Project Success) 7.- ja 8.-luokkalaistilaisille koululaisille, joilla oli havaittu tupakan, alkoholin ja/tai huumeiden käyttöä. Ohjelman tavoitteena oli vähentää riskitekijöitä ja vahvistaa nuorten pärjäävyyttä. Ohjelmaan osallistuneilla nuorilla (48% poikia) oli päihteiden käytön lisäksi heikko itsetunto, poissaoloja koulusta sekä keho koulumenestys. Ohjelma kesti kuudesta kuukaudesta kahteen vuoteen ja se sisälsi sekä yksilö- että ryhmäinterventioita nuorille ja heidän vanhemmilleen. Lisäksi ohjelmaan liitettiin koulu, kuten opettajien kouluttaminen riski- ja selviytymisstrategioihin sekä kunta (kuten nuoris- ja vapaaehtoistoimintaa). Nuoret osallistuivat keskimäärin 27 interventioon, kuten yksilö- tai ryhmäohjaukseen, oppitunneille ja vapaaehtoistyöhön. Jokaisella koululla oli palkattu asiantuntija 15-19 tuntia viikossa. Raportin mukaan monimalli-interventiolla oli myönteinen vaikutus riskikäyttäytymiseen, koulumenestykseen, perheen toimivuuteen ja palveluihin (kesto 6-22 kk). (246)

Alankomaissa kokeiltiin uudenlaista interventiota, jossa riskinuorten (8-16-vuotiaita) vanhemmille järjestettiin kotikutsut Tupperware-mallin mukaan. Tarkoituksena oli kehittää matalankynnyksen interventio vanhemmille, joita oli muuten vaikea tavoittaa. Ohjelmaan osallistui 177 riskinuoren vanhempaa, joista suurin osa oli maahanmuuttajia. Kutsuja järjestettiin 22 vuosina 2002-2003 ja ne järjestettiin nuoren vanhempien kotona Tupperware-tyylisesti. Intervention jälkeen vanhempiä haastateltiin ja prosessiarviointi mukaan kutsut koettiin vanhemmuutta vahvistaviksi. Myös keskustelua päihteiden käytöstä muiden vanhempien ja nuorten kanssa pidettiin arvokkaana. (247)

Flay kollegoineen (248) tutkivat kahden ehkäisyohjelman vaikuttavuutta amerikanafrikkalaisilla nuorilla, jotka olivat syrjäytymisuhan alla. Tutkimusaineisto koostui satunnaistetusta ryväsotoksesta. Tutkimukseen osallistui keskimäärin 644 5.-8.-luokkalaista vanhempineen ja opettajineen ja se toteutettiin vuosina 1994-1998. Ohjelma sisälsi kaksi erilaista interventiota, joista ensimmäinen perustui sosiaalisen kehityksen teoriaan. Interventiona oli 16-21 oppituntia vuodessa sosiaalisista taidoista riskikäyttäytymistä ennustavissa tilanteissa. Toiseen interventioon liitettiin edellisen lisäksi vanhemmat, koulu yhteisö ja kunta. Kolmas ryhmä sai ohjausta

ainoastaan fyysisen terveyden kysymyksissä. Intervention vaikuttavuutta arvioitiin väkivallan, provokatiivisen käyttäytymisen, päihteiden käytön ja seksuaalikäyttäytymisen näkökulmista. Tulosten mukaan molemmat interventiot vaikuttivat myönteisesti poikien riskikäyttäytymiseen kun taas tytöillä ei havaittu samaa positiivista vaikutusta.

Nuorten (14-vuotiaiden) rikoksen tekijöiden keskuudessa (n=95) vertailtiin kahden erilaisen intervention vaikuttavuutta mm. päihteiden käyttöön. Perheinterventio, joka sisälsi mm. säännöllisiä perhetapaamisia, pyrki valtaistamaan nuorten vanhempia. Toinen interventio sisälsi puhelinkontaktin kuukausittain. Molemmille ryhmälle tarjottiin erityisiä palveluja, joihin voi ottaa tarvittaessa yhteyttä. Tutkimuksen tulosten mukaan perheinterventiolla oli myönteisemmät vaikutukset päihteiden käyttöön puhelininterventioon verrattuna. (249)

Cho ym. (250) tutkivat korkeanriskin nuorille toteutetun Reconnecting Youth -kurssin vaikuttavuutta koulumenestykseen ja kouluun kiinnittymiseen. Seurannassa käytettiin koe- kontrolli-asetelmaa (n=1218). Kurssilla, joka kesti yhden lukukauden, pyrittiin vahvistamaan riskinuorten elämäntaitoja ja itsetuntoa. Seurannan mukaan interventio ei pystynyt vaikuttamaan myönteisesti riskinuooriin, vaan vaikutus oli enemmänkin kielteinen. Tutkijat epäilevätkin, ettei riskinuooria kannata koota yhteen vaan interventiot tulisi tehdä koko luokan keskuudessa.

Yhdysvalloissa vertailtiin kolmea erilaista interventiota, jotka toteutettiin matalatuloisten perheiden nuorten keskuudessa (n=817 13-16-vuotiaista). Kaikki nuoret osallistuivat teoriapohjaiseen interventioon, kahdeksaan pienryhmäkertaan, joissa annettiin tietoa riskikäyttäytymisestä ja pyrittiin vahvistamaan ongelmanratkaisua ym. elämäntaitoja. Toinen ryhmä osallistui vanhempiensa kanssa videoiltaan, jossa käsiteltiin erityisesti vanhempien vastuuta. Videon katselun jälkeen nuoret ja vanhemmat keskustelivat ja harjoittelivat roolien kautta päihteisiin liittyviä vuorovaikutustilanteita. Kolmas ryhmä osallistui em. lisäksi tehosteistuntoihin 7, 10, 13, ja 16 kuukauden jälkeen interventiosta. Niissä käytiin läpi samantyyppisiä asioita kuin pienryhmätapaamisissa. Seuranta osoitti, että perheinterventio oli pienryhmäinterventiota tehokkaampi mm. tupakoinnin osalta. (251)

7.9.5 CASEL -ohjelmia päihteiden käytön ehkäisemiseksi

Yhdysvalloissa toteutettu *CASEL* (Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning)-ohjelma pyrkii yhdistämään akateemisen, sosiaalisen ja tunnetaitojen oppimisen. Oletuksena on, että turvallinen, välittävä, yhteistyöhön perustuva oppimisympäristö yhdessä sosioemotionaalisten taitojen vahvistamisen kautta oppilaan elämäntaidot vahvistuvat ja hänelle tarjoutuu mahdollisuus myönteiseen ja palkitsevaan käyttäytymiseen. Nämä taas vähentävät riskikäyttäytymistä ja vahvistavat kouluun kiinnittymistä, mikä taas parantaa koulumenestystä. (252)

CASEL -idea perustuu Positive Youth Development -ajatukselle, jossa keskeistä on mm. vahvistaa yhteyttä (bonding), pärjäävyyttä, sosiaalisemotionaalista sekä kognitiivista ja moraalista pätevyyttä (competence), myönteistä minäkuvausta ja identiteettiä, vahvistaa tulevaisuuden uskoa, antaa tunnustusta myönteisestä käyttäytymisestä sekä tarjota mahdollisuuksia sosiaalisuuteen. Positiivinen kehitys -ajatus perustuu mm. nuoren kehityksen edistämisen ideaan ongelmien ehkäisyn sijaan, ihmisen ja ympäristön väliseen vuorovaikutukseen (253), kiintymysteoriaan (115) ja identiteetin kehitysteoriaan (36-37). Positiivisen kehityksen lähestymistavassa huomioidaan lapsen ikätaso, ympäristökijät sekä suojaavat ja riskitekijät laajasti, joten ohjelmat tavoittelevat enemmän kuin yhden tai kahden ongelman ehkäisyä. Ohjelmissa korostetaan, että samat riski- ja suojaavat tekijät, joiden tutkimukset osoittavat ennustavan ongelmakäyttäytymistä, ennustavat myös myönteisiä vaikutuksia.

Catalano kollegoineen (254) on arvioinut 77 positiivisen kehityksen interventiota ja poimineet niistä 25 tehokasta ohjelmaa, jotka onnistuivat vaikuttamaan myönteisesti edellä mainittuihin tekijöihin. Ohjelmista 17:ssä yhdistettiin enemmän kuin yhden tason interventioita. Intervention arvioinneissa seurattiin eniten koulunkäyntiä, koulumenestystä, kaveri- ja vanhempi-lapsisuhteita, päätöksentekokykyä ja jonkin verran päihteiden käyttöä ja riskialtista seksuaalikäyttäytymistä. Onnistumisen avaimina ohjelmissa painotettiin selkeitä kirjallisia ohjeita (manuaaleja) toteuttajille ja ohjelman riittävän pitkää kestoa (vähintään vuosi). Seuraavassa esitellään 9 vaikuttavaa ohjelmaa, joissa on arvioitu myös päihteiden käyttöön liittyviä tekijöitä.

Yhteisötaso:

Big Brothers/Sisters -ohjelma on 8-18-vuotiaille

suunnattu mentor-ohjelma, jossa lapselle tarjotaan turvallinen aikuiskontakti koulun ulkopuolelta. Lapsi tai nuori tapaa mentorinsa muutamia kertoja kuukaudessa vähintään vuoden ajan. Mentorit koulutetaan ja valitaan huolellisesti ja yksilöllisesti. Tällä hetkellä Yhdysvalloissa yli 200 000:lla lapsella ja nuorella on tällainen isovelji tai -sisko. Ohjelmalla on tavoitteena tarjota miljoonalle lapselle mentor vuoteen 2010 mennessä. Ohjelman vaikuttavuutta tutkittiin koe-kontrolliasetelmalla vuosina 1992-1993 ja tutkimukseen osallistui 959 10-16-vuotiasta nuorta. Nuorista 57% edusti niin sanottuja vähemmistö-kansallisuuksia. Ohjelmaryhmäläisten perheistä 40 %:lla oli päihteiden väärinkäyttöä. Mentorit olivat keskimäärin 30-vuotiaita. Loppumittauksen (18 kk ohjelman alusta) tulosten mukaan ohjelmaan osallistuneiden nuorten huumeiden ja alkoholin käyttö, koulupinnaus ja valehtelu vanhemmille vähenivät samalla kun heidän koulunkäyntinsä ja suhteet vanhempiin paranivat tilastollisesti merkitsevästi kontrolliryhmäläisiin verrattuna. (31 www-lähde, 255)

Koulutaso:

Know Your Body -ohjelma pyrki edistämään terveyden ja itsehallintaan liittyviä taitoja. Ohjelman ensisijainen päämäärä oli ehkäistä syövän syntyä muuttamalla terveyskäyttäytymistä (tupakointi, ravitsemus ja fyysinen aktiviteetti). Ohjelma sisälsi kaksi oppituntia viikossa kuuden vuoden ajan. Ohjelma perustui sosiaalisen oppimisen teoriaan ja terveysuskomus-malliin. Opetuksessa painotettiin mm. tupakointipäätöksen yhteyttä minäkuvaan, arvoihin, ahdistuneisuuteen ja stressiin sekä stressin hallinta-päätöksenteko ja kommunikaatiotaitoja. Vaikuttavuustutkimukseen osallistui 593 lasta, jotka olivat intervention alussa noin 9-vuotiaita. Lapsista 79% oli kaukaasialaisia (valkoihoisia). Kuuden vuoden jälkeen ohjelmaan osallistuneilla oppilaille (9.-luokkalaisia) todettiin 73% vähemmän tupakoinnin aloittamista (ohjelmakoulujen oppilaista 3.5% ja kontrollikoulujen 13.1% luokiteltiin tupakoijiksi biokemikaalisin testein), 19% vähemmän tyydyttyynyttä rasvaa ja 10% vähemmän kokonaisrasvaa ruoka-annoksissa. Ohjelma oli vaikuttavampi pojille kuin tytöille. (32 www-lähde, 256)

Life Skills Training -ohjelma on 3-vuotinen päihteiden käytön ehkäisyohjelma, jossa korostetaan henkilökohtaisissa ja sosiaalisissa taidoissa harjaantumista, mm. päätöksenteossa, kieltäytymistaidoissa ja vuorovaikutuksessa. Ohjelma sisältää ensimmäisenä vuonna 15 työpajaa, toisena

vuonna 10 ja kolmantena vuonna viisi ns. tehosteistuntoa. Opettajat saavat päivän kestoisen koulutuksen ja tarkan ohjeistuksen oppituntien pitoon. Ohjelman vaikuttavuustutkimus tehtiin New Yorkin alueen kouluissa ja loppumittaus tehtiin välittömästi ohjelman loppumisen jälkeen, kun oppilaat olivat 9.-luokalla (n=3597). Oppilaat jaettiin kolmeen ryhmään: ensimmäinen interventoryhmä sai perinteisen opettajälähtöisen koulutuksen, toisella ryhmällä koulutus oli videopohjainen ja kolmas ryhmä oli kontrolliryhmä. Tulosten mukaan molemmat interventoryhmät raportoivat tilastollisesti merkitsevästi vähemmän tupakointia ja marihuanan käyttöä. Toiseen interventoryhmään osallistuneilla ilmeni kontrolliryhmään verrattuna vähemmän juopumista. Ensimmäisen ohjelmaryhmän oppilaat tiesivät tupakoinnin seurauksista muita ryhmiä enemmän. (33 www-lähde, 257)

Koulu- ja perhetaso

Child Development Project on monivuotinen ohjelma, jonka tavoitteena on auttaa kouluja tulemaan välittäviksi yhteisöiksi, joissa oppilaita kasvatetaan ymmärtämistaidoissa ja välittävisissä suhteissa oppilaiden, opettajien ja vanhempien välillä. Ohjelma perustuu mm. sosiaalisen oppimisen, motivaatio- ja kiintymysteorioihin. Ohjelman ideana on, että koulutuksesta (schooling) itsestään tulee interventio. Opettajia koulutettiin uudelleen ajattelutapaan ja vanhempien suhteita kouluun vahvistettiin. Ohjelman vaikuttavuutta arvioitiin kolmen vuoden ajan ja tutkimukseen osallistui 1645 11-12-vuotiasta ja heidän opettajansa. Oppilaat vastasivat lomakekyselyyn, jossa kartoitettiin mm. päihteiden käyttöä ja rikollista käyttäytymistä. Opettajia havainnoitiin oppitunneilla ja he täyttivät kyselylomakkeen. Tulosten mukaan ohjelmakoulujen oppilaiden alkoholin käyttö pysyi samalla tasolla intervention ajan, kun taas kontrolliryhmässä se nousi 2-3% joka vuosi. Tupakointi väheni molemmissa ryhmissä tutkimusjakson aikana (ohjelmaryhmässä 8% ja kontrolliryhmässä 3%). Merkittävimmät vaikutukset tapahtuivat kouluissa, joissa ohjelmaa oli toteutettu aktiivisesti. (34 www-lähde, 258)

Fast Track on monivuotinen interventio, jolla pyritään ehkäisemään vakavia pitkäaikaisia sosiaalisia häiriöitä lapsilla, joilla on käytöshäiriöitä kouluuntulovaiheessa. Ohjelmassa yhdistetään yleisiä ja kohdennettuja toimintamalleja. Yleinen ohjelma sisältää opettajajohtoisia PATHS -oppitunteja, joita 1. luokalla on 57 (noin 3 kertaa viikossa). Oppitunneilla käsitellään tunnetaitoja

(40%), sosiaalisia taitoja (30%) sekä itsekontrollia ja ongelman ratkaisutaitoja (30%). Kohdennettu interventio sisältää oppituntien lisäksi mm. vanhempien ryhmiä, kotikäyntejä, lapsen sosiaalisten taitojen vahvistamista ryhmässä ja lukiopetusta. Opettajat saavat 2½ päivän koulutuksen sekä viikoittaisen konsultaation projektiryhmältä. Ohjelman vaikuttavuutta arvioitiin kolmen vuoden ajan. Arviointiin osallistui 448 lasta koeryhmässä ja 450 lasta kontrolliryhmässä. Noin joka 10. esikoululainen valikoitui niin sanotuksi riskilapseksi opettajan ja vanhempien arvion mukaan (suurin osa kaukaasialaisia tai afrikanamerikkalaisia poikia). Tutkimuksen tulosten mukaan koko ryhmän tasolla tapahtui ohjelmaryhmässä myönteistä kehitystä: oppilaat tottelivat paremmin, olivat vähemmän aggressiivisia ja ylivilkkaita kuin kontrolliryhmässä. Ohjelmaluokissa oli myös myönteisempi ilma- piiri kontrollikouluihin verrattuna. Riskilasten osalta tulokset olivat myös pääosin myönteisiä: kontrolliryhmässä häiritsevä käytös koulussa lisääntyi kun se taas ohjelmaryhmässä laski tai pysyi ennallaan. Samalla ohjelmaryhmän lasten käytösongelmat kotona vähenivät. Tutkijat miettivätkin lopuksi, miten riskioppilaiden myönteinen kehitys voi vaikuttaa koko luokan tulokseen mm. opettajan stressin vähenemisen ja kaverisuhteiden parantumisen kautta. (35 www-lähde, 254)

Seattle Social Development Project (SSDP) sai alkunsa vuonna 1981 Seattlessa ja se pyrki vahvistamaan lasten ja nuorten myönteistä kehitystä ja ehkäisemään ongelmakäyttäytymistä ja koulusta syrjäytymistä. Ohjelma toteutetaan 1.- 6. luokilla. Sekä oppilaat, opettajat että vanhemmat koulutetaan. Vanhemmille järjestetään työpajoja, joissa käsitellään mm. lapsen käyttäytymisen hallintataitoja, oppimisen tukemista ja kodin ja koulun yhteistyötä. Opettajat saavat koulutusta proaktiivisista menetelmistä, vuorovaikutuksesta opetuksessa ja yhteistoiminnallisesta oppimisesta viiden päivän ajan joka vuosi. Ohjelmassa korostetaan sosiaalisten taitojen vahvistamista. Ohjelman vaikuttavuutta tutkittiin kolmen ryhmän avulla (n=598) kuusi vuotta intervention päättymisen jälkeen, jolloin nuoret olivat 18-vuotiaita. Ensimmäinen interventoryhmä (pitkä interventio) oli ohjelmassa mukana kuusi vuotta (1.-6. luokat), toinen interventoryhmä (lyhyt interventio) luokat viisi ja kuusi ja kolmas kontrolliryhmä ei osallistunut ohjelmaan. Tulosten mukaan 1. interventoryhmäläiset raportoivat 18-vuotiaana kontrolliryhmäläisiä vähemmän väkivaltaista käyttäytymistä, humalajuomista ja

raskauksia. Pitkän intervention saaneet raportoivat myös vahvempaa sitoutumista ja yhteyttä kouluun sekä parempaa koulumenestystä. Lyhyempään interventioon osallistuneilla ei näitä myönteisiä vaikutuksia havaittu. Pitkä interventio oli huomattavasti vaikuttavampi köyhien lasten koulunkäyntiin verrattuna paremmin toimeentulevien perheiden lapsiin. (254, 259, 36 www-lähde)

Koulu-, perhe- ja yhteisötaso

Across Ages -projektin tavoitteena on vahvistaa lapsen suojaavia tekijöitä yksilö-, perhe-, koulu- ja yhteisötasolla ja siten lisätä tämän pärjävyyttä elämässä. Ohjelma alkoi vuonna 1991 ja se korostaa sukupolvien välistä oppimista. Ohjelmassa yhdistyy mentorointi (vähintään 2 tuntia kahdesti viikossa, yli 54-vuotias mentor), osallistuminen mentorin kanssa yhdyskuntapalvelutoimintaan kerran kahdessa viikossa, 26 oppituntia sosiaaliin taitoihin harjaantumista ja työpajat vanhemmille ja lapsille (lauantaisin). Ohjelman vaikuttavuuden arvioinnissa tutkimukseen osallistuneet (n=562) jaettiin kolmeen ryhmään: 1. ryhmä osallistui oppitunneille, yhdyskuntapalveluun ja vanhempien työpajoihin; 2. ryhmä näiden lisäksi mentor-ohjelmaan ja 3. kontrolliryhmä. Ohjelma toteutettiin kuudennella luokalla ja tutkimusryhmä koostui kolmen eri lukuvuoden oppilaista (1991-1994). Oppilaista runsas puolet oli afrikan amerikkalaisia ja oppilaiden asuinympäristössä oli runsaasti päihteiden väärinkäyttöä, rikollisuutta ja köyhyyttä. Oppilaiden koulumenestys oli keho ja koulusakäynti heikkoa. Tutkimuksen tulosten mukaan laajan intervention saaneiden oppilaiden koulussa läsnäolo sekä asenteet koulua, tulevaisuutta ja vanhempia ihmisiä kohtaan olivat parantuneet muita ryhmiä enemmän. (37 www-lähde, 254)

Project Northland on 3-vuotinen päihteiden käytön ehkäisyohjelma, jonka tavoitteena on vaikuttaa nuoren psykososiaaliin tekijöihin, kuten ikätoverien painostukseen, pystyvyyden tunteeseen, lapsi-vanhempi-vuorovaikutukseen ja päihteisiin liittyviin normeihin. Projekti on saanut alkunsa Minnesotan osavaltiossa 1990-luvun alussa. Ohjelma sisältää oppituntien, joissa harjaannutaan sosiaalisissa taidoissa, lisäksi mm. harjoituksia kotona, johtajuuskoulutusta (oppilaille), vanhempien koulutusta ja yhteisöllistä toimintaa. Ohjelma toteutetaan 6.-8.-luokilla. Ohjelman vaikuttavuutta arvioitiin (n=1901) vuosittaisella lomakekyselyllä, joilla kartoitettiin alkoholin käyttöä, tupakointia ja psykososiaaliin tekijöitä. (260, 38 www-lähde) Ohjelmakou-

lujen oppilaat raportoivat 8.-luokalla huomattavasti vähemmän alkoholin käyttöä ja tupakointia (käyttö 27% vähäisempää). Ohjelmakoulujen oppilaat ilmaisivat 6. luokan lopussa keskusteluvansa vanhempiensa kanssa juomiseen liittyvistä asioista kontrolliryhmäläisiä useammin. (260, 38 www-lähde)

The Woodrock Youth development Project (WYP) korostaa elämäntaitojen ja sosiaalisten taitojen koulutusta sekä edistää päihteiden vastaista toimintaa. Ohjelma sisältää oppitunteja, ikätoverimetrointia, koulun jälkeistä toimintaa, yhteistoimintaa oppilaiden ja opettajien sekä oppilaiden ja vanhempien kanssa. Oppitunneilla vahvistetaan pystyvyyden tunnetta, tervettä asennetta päihteitä kohtaan sekä tietoisuutta päihteiden haitoista ja kulttuurien arvostamista. Ohjelman vaikuttavuutta arvioitiin (n=718) 6-14-vuotiailla lapsilla ja nuorilla, jotka satunnaistettiin joko ohjelma- tai kontrolliryhmään. Oppilaat vastasivat kyselyyn, joka kartoitti päihteiden käyttöä ja psykososiaaliin tekijöitä, ennen ohjelmaa ja sen jälkeen. Tulosten mukaan ohjelmaan osallistuneet raportoivat merkittävästi vähemmän päihteiden käyttöä viimeisen kuukauden aikana ja elinaikana, enemmän läsnäoloa koulussa sekä parempia suhteita kulttuuritaustaltaan erilaisiin ihmisiin. (261, 39 www-lähde)

7.10. Lähteet

1. Naidoo J, Wills J. 2000. Health promotion. Foundations for practice. 2. painos. Bailière Tindall, Edinburg.
2. Greenberg MT, Weissberg RP, O'Brien U, Zins JE, Fredericks L, Resnik H, Elias MJ. 2003. Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58, 466-474.
3. Tervetuloa kouluun. Lukuvuosi 2005-2006. Ekaluokkalaisten vanhemmille. 2005. Helsingin kaupungin opetusvirasto, Helsinki.
4. Kuudesluokkalaisten opas oppilaille ja heidän vanhemmilleen. Lukuvuosi 2005-2006. Helsingin kaupungin opetusvirasto, Helsinki.
5. Miettinen H. 2003. Koulupalvelut Helsingin 2. ja 4. suurpiirissä 2002-2003. Kyselytutkimuksen tulokset. Helsingin peruskoulun käyvien lasten vanhemmat arvioivat koulupalvelujen laatua. Efeko, Helsinki.

6. Miettinen H. 2004. Koulupalvelut Helsingin 2. ja 4. suurpiirissä 2003-2004. Kyselytutkimuksen tulokset. Helsingin peruskoulun käyvien lasten vanhemmat arvioivat koulupalvelujen laatua. Efeko, Helsinki.
7. Miettinen H. 2005. Koulupalvelut Helsingin 1. ja 6. suurpiirissä 2004-2005. Kyselytutkimuksen tulokset. Helsingin peruskoulun käyvien lasten vanhemmat arvioivat koulupalvelujen laatua. Efeko, Helsinki.
8. Keskinen V. 2001. Kiirettä pitää. Kaverit, koti, koulu ja nuorten vapaa-aika Helsingissä 2000. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 10/2001. Helsinki.
9. Pulkkinen L. 2005. Perustutkimuksesta tiedon soveltamiseen. *Psykologia* 03, 307-316.
10. Silvennoinen H. 1992. Huono-osaisuus ja koulutus. *Kasvatus* 3, 256-267.
11. Nieminen J. 2003. Vanhempain valvottavista asiantuntijain analysoitaviksi. Auktoriteetti ja ammatillistuminen suomalaisessa nuorisokasvatuksessa. Teoksessa Aapola S & Kaarninen M (toim.) Nuoruuden vuosisata. Suomalaisen nuorison historia. Suomalaisen Kirjallisuuden seura, Helsinki, 261-281.
12. Somersalo H. 2002. School environment and children's mental well-being. A child psychiatric view on relations between classroom climate, school budget cuts and children's mental health. Academic dissertation. Helsinki: Hospital for Children and Adolescents and University of Helsinki.
13. Patton G, Bond L, Butler H. 2003. Changing schools, changing health? Design and implementation of the Gatehouse Project. *Journal of Adolescent Health*, 33, 231-239
14. Niemi EK. 2004. Perusopetuksen oppimistulosten kansallinen arviointi ja tulosten hyödyntäminen koulutuspoliittisessa kontekstissa: perusopetuksen matematiikan oppimistulosten kansallinen arviointi 6. vuosiluokalla vuonna 2000. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto, Turku.
15. Karvonen S, West P, Sweeting H, Rahkonen O, Young R. 2001. Life style, social class and health-related behaviour – a cross cultural comparison of 15-year-olds in Glasgow and Helsinki. *Journal of Youth Studies* 4, 393-413.
16. Karvonen S, Rahkonen O. 2002a. Kuka vastustaa koulutusta? Kouluvastaisuuden alueelliset erot Helsingissä. *Yhteiskuntapolitiikka* 67, 324-332.
17. Broady D. 1986. Piilo-opetussuunnitelma: mihin koulussa opitaan. Vastapaino, Tampere.
18. Vuorikoski M. 2003. Opettajan yhteiskunnallinen valta ja vastuu. Teoksessa Vuorikoski M & Viskari S. (toim.) Opettajan vaiettu valta. Vastapaino, Tampere, 17-53.
19. Nurmi J-E, Salmela-Aro K, Anttonen M, Kinnunen H. 1992. Epäonnistumisen psykologiaa. Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten kiinnostukset ja ajattelutavat. *Psykologia* 27, 485-492.
20. Garnier HE, Stein JA, Jacobs JK. 1997. The process of dropping out of high school: A 19-year perspective. *American Educational Research Journal*, 34, 395-419.
21. Natvig GK, Albrektsen G, Qvarnstrom U. 2001. School-related stress experience as a risk factor for bullying behavior. *Journal of Youth & Adolescence*, 30, 561-575.
22. Haarasilta L. 2003. Major depressive episode in adolescents and young adults – a nationwide epidemiological survey among 15-24-year-olds. Academic dissertation. Publications of the National Public Health Institute A 14. Helsinki: National Public Health Institute and University of Tampere.
23. Rimpelä M. 2002. Nuorten terveyden kehityssuunnista Suomessa: jatkuuko 1990-luvun menestystarina. In Silvennoinen H (Toim.). Nuorisopolitiikka Suomessa 1960-luvulta 2000-luvulle. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 29, Nuorisoasiain neuvottelukunta, julkaisuja 25, Opetushallitus, Helsinki, 196-209.
24. Rask K, Åstedt-Kurki P, Tarkka M-T and Laippala P: Relationships of adolescent subjective well-being, health behavior and school satisfaction. *Journal of School Health* 2002, 72, 243-249.
25. Järventie I. 2001. Eriarvoisen lapsuuden muotokuva. Teoksessa Eriarvoinen lapsuus. Järventie I & Sauli H (toim.). Helsinki, WSOY, 83-124.
26. Strid O. 1999. Viisivuotistarkastuksesta kuudennelle luokalle. Lasten neuvola ja kouluterveydenhuolto lapsen vaikeuksien havaitsijana ja auttajana. Stakes, Helsinki.
27. Bardy M. 2001. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Stakes, Helsinki.
28. Weissberg RP, Kumpfer KL, Seligman MEP. 2003. Prevention that works for children and youth. An introduction. *American Psychologist* 58, 425-432.

29. Bardy M, Janhunen T. 2002. Imeväisikäisen terveys ja kehitys psykososiaalisissa riskioiloissa. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka M, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M. Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki, 171-192.
30. Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R, Sihto M. 2002. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen – tiedosta toimintaan. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka M, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki, 11-18.
31. Machenbach JP, Bakker MJ, Kunst AE, Diderichsen F. 2002. Socioeconomic inequalities in health in Europe. Teoksessa Machenbach JP, Bakker MJ (toim.) Reducing inequalities in health A European perspective. Routledge, London & New York, 3-49.
32. Koskinen S, Kestilä L, Martelin T, Aromaa A. (toim.) 2005. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18-29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005. Helsinki.
33. Sihto M, Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R. 2002. Terveyserojen kaventamiskeinot käyttöön. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka M, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki, 325-330.
34. Uutela A, Haukkala A. 2005. Tupakoinnin säätely: syyt, haasteet ja keinot. Teoksessa Pirttilä-Backman A-M, Ahokas M, Myyry L, Lähteenoja S (toim.) Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen. Gaudeamus, Helsinki, 399-423.
35. Ylänen T. 1997. Koulu ja syrjäytyminen – kuraattorien näkemyksiä. Kandidaatin tutkielma. Sosiaalipolitiikan laitos, Tampereen yliopisto.
36. Erikson EH. 1982. Lapsuus ja yhteiskunta. Uusittu painos. Gummerus, Jyväskylä.
37. Erikson EH. 1983. Identity: youth and crisis. Faber and Faber, London.
38. Almqvist F. 2004. Leikki-ikä ja varhainen kouluikä. Teoksessa Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T, Almqvist F, Piha J, Kumpulainen K (toim.) Lasten- ja nuorisopsykiatria. 3. painos. Duodecim, Helsinki, 42-46.
39. Jyrkämä J. 1986. Nuoret sivuraiteelle? Nuorisosta, syrjäytymisestä, yhteiskunnasta. Teoksessa Mikkola A. (toim.) Suomalaista nuorisotutkimusta – tutkijoiden puhenvuoroja. Tutkimuksia ja selvityksiä 1/1986. Kansalaiskasvatuksen keskus, Helsinki, 37-58.
40. Aapola S. 2003. Murrosiän lyhyt historia Suomessa. Teoksessa Aapola S & Kaarninen M (toim.) Nuoruuden vuosisata. Suomalaisen nuorison historia. Suomalaisen Kirjallisuuden seura, Helsinki, 87-105.
41. Lahikainen AR, Kraav I, Kirmanen T, Majala L. 1995. Lasten turvattomuus Suomessa ja Virossa: 5-12 -vuotiaiden lasten huolten ja pelkojen vertaileva tutkimus. Kuopion yliopisto, sosiaalitieteiden laitos, Kuopio.
42. Kraav I, Lahikainen AR. 2000. Perheen turva ja turvattomuus. Teoksessa Niemelä P, Lahikainen AR. (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Vastapaino, Tampere, 91-117.
43. Joronen K. 2005. Adolescent subjective well-being in their social contexts. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
44. Kirmanen T. 2000. Pelon hallinta ja lapsen turvallisuus. Teoksessa Niemelä P, Lahikainen AR. (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Vastapaino, Tampere, 119-146.
45. Niemelä P. 2000. Suomalaisen väestön turvattomuusprofiili. Teoksessa Niemelä P, Lahikainen AR. (toim.) Inhimillinen turvallisuus. Vastapaino, Tampere, 347-376.
46. Aho S, Laine K. 1997. Minä ja muut. Kasvamisen sosiaaliseen vuorovaikutukseen. Otava, Helsinki.
47. Keltikangas-Järvinen L. 1994. Hyvä itsetunto. WSOY, Porvoo.
48. Aaltonen M, Ojanen T, Vihunen R, Vilén M. 2003. Nuoren aika. 2. uudistettu painos. WSOY, Porvoo.
49. Salmela-Aro K, Nurmi J-E. 2002. Henkilökohtaiset tavoitteet ja hyvinvointi. Teoksessa Salmela-Aro K, Nurmi J-E (toim.) Mikä meitä liikuttaa. Modernin motivaatiopsykologian perusteet. Ps-kustannus, Jyväskylä, 158-172.
50. Kinnunen P, Turunen H, Tossavainen K, Laukkanen E. 2004. Nuorten heikko elämänhallinta ja syrjäytymisvaara – tunnistetaanko koulussa? Teoksessa Aho AL, Halme N, Koivula M, Paavilainen E, Rantanen A, Åstedt-Kurki P. (toim.) Konferenssiesitelmät. VIII kansallinen hoitotieteellinen konferenssi. Hoitotieteen tutkimus näkyväksi – kuinka vastata ihmisen

- ja yhteiskunnan haasteisiin. Tampereen yliopisto, 96-101.
51. Goleman D. 1995. Tunneäly – lahjakkuuden koko kuva. 3. painos. Otava, Helsinki.
 52. Saarinen M, Kokkonen M. 2003. Tunneäly. Kohti KOKONAista elämää. WSOY, Helsinki.
 53. Isokorpi T. 2003. Tunneälytaitojen ja yhteisöllisyyden oppiminen reflektoinnin ja ryhmäprosessien avulla. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. HAMK & AKTK -julkaisuja 1/2003. Hämeenlinna.
 54. Trinidad DR, Unger JB, Chou CP, Azen SP, Johnson CA. 2004. Emotional intelligence and smoking risk factors in adolescents: interactions on smoking intentions. *Journal of Adolescent Health*, 34, 46-55.
 55. Huttunen A. 2005. Lions Quest -ohjelma Vihtakadun koulun painotusalueena. Pro gradu tutkielma. Joensuun yliopisto, Savonlinnan opettajankoulutuslaitos.
 56. Luomala P. 2004. Lions quest -ohjelmaa käyttävien opettajien näkemyksiä luokan ilmapiiristä ja siihen vaikuttamisesta. Pro gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto, opettajan koulutuslaitos. Jyväskylä.
 57. Eisen M, Zellman GL, Massett HA, Murray DM. 2002. Evaluating the Lions-Quest "Skills for Adolescence" drug education program: First-year behavior outcomes. *Addictive Behaviors*, 27, 619-632.
 58. Call KT, Riedel AA, Hein K, McLoyd V, Petersen A, Kipke M. 2002. Adolescent health and well-being in the twenty-first century: a global perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12, 69-98.
 59. Niemelä P, Sippola S, Vornanen R. 1994. Kuopiolaisten nuorten terveys ja hyvinvointi (Adolescent health and well-being in Kuopio, English summary). Snellman-instituutin B-sarja 35. Kuopio: Snellman-instituutti.
 60. Currie C. 1999. Health and well-being and their association with affluence and deprivation among school-aged children in Europe and North America: the WHO HBSC 1997/98 survey. Conference paper in the Conference named Child well-being in rich and transitional counties: are children in growing danger of social exclusion. Sept. 30 – Oct 2, 1999, Luxembourg.
 61. Suominen SB, Välimaa RS, Tynjälä JA, Kannas LK. 2000. Minority status and perceived health: a comparative study of Finnish- and Swedish-speaking school-children in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 28, 179-187.
 62. Välimaa R. 2000a. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
 63. Välimaa R. 2000b. Subjektivt upplevt hälsa bland unga. (In Swedish) In Kannas L, Viking B (eds). *Subjektiv hälsa, välsovanor och skoltrivsel. Jämförelse mellan svensk- och finskspråkiga elever 1994-1998*. Terveystieteiden laitoksen julkaisusarja 10, Jyväskylän yliopisto and Folkhälsan, 11-43.
 64. Välimaa R. 2004. Nuorten itsearvioitu terveys ja toistuva oireilu 1984-2002. Teoksessa Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Kannas L (toim.) Terveystieteiden tutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto, 9-54.
 65. Okun MA, George LK. 1984. Physician- and self-ratings of health, neuroticism, and subjective well-being among men and women. *Personality and Individual Differences*, 5, 533-539.
 66. Heistaro S. 2002. Trends and determinants of subjective health. Analyses from the national FINRISK surveys. Väitöskirja. Kansanterveyslaitos ja Kansanterveystieteen laitos, Helsingin yliopisto, Helsinki.
 67. Kainulainen S. 1998. Elämäntapahtumat ja elämään tyytyväisyys eri sosiaaliluokissa. Väitöskirja. Yhteiskuntatieteet 62. Kuopion yliopisto, Kuopio.
 68. Lahelma E, Koskinen S. 2002. Suomalaisien suuret sosioekonomiset terveyserot – haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka M, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M. (toim.) *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Edita, Helsinki, 21-44.
 69. Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Aro H, Aromaa A. 2005. Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *European Journal of Public Health*, Sep 1 http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=pubmed&cmd=Display&dopt=pubmed_pubmed&from_uid=16141301
 70. Koivusilta L, Karvonen S, Rimpelä M, Rimpelä A. 2002. Nuorten terveyden sosioekonomisten erojen muutokset 1980 - ja 1990 -luvulla. Teoksessa Heikkilä M,

- Kautto M. Suomalaisten hyvinvointi 2002. Stakes, Helsinki 62-83.
71. Poikolainen K, Kanerva R. 1995. Life events and other risk factors for somatic symptoms in adolescence. *Pediatrics*, 96, 59-63.
 72. Spruijt-Metz D, Spruijt R. 1999. Worries and health in adolescence. Teoksessa Spruijt-Metz D. *Adolescence, affect and health*. East Sussex, UK: Psychology Press, 121-136.
 73. Krisjánsdóttir G. 1997. Prevalence of pain combinations and overall pain: a study of headache, stomach pain and back pain among school-children. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 25, 58-63.
 74. Huurre T, Rahkonen O, Komulainen E, Aro H. 2005. Socioeconomic status as a cause and consequence of psychosomatic symptoms from adolescence to adulthood. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 580-587.
 75. Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Hämäläinen M, Roine S. 2000. The persistence of psychiatric deviance from the age of 8 to the age of 15 years. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35, 5-11.
 76. Solantaus T, Leinonen J, Punamaki RL. 2004. Children's mental health in times of economic recession: replication and extension of the family economic stress model in Finland. *Developmental Psychology*, 40, 412-429.
 77. Almqvist F, Puura K, Kumpulainen K, Tuompo-Johansson E, Henttonen I, Huikko E, Linna S, Ikaheimo K, Aronen E, Kattainen S, Piha J, Moilanen I, Räsänen E, Tamminen T. 1999. Psychiatric disorders in 8-9-year-old children based on a diagnostic interview with the parents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8 Suppl 4, 17-28.
 78. Puura, K. 1998. What children tell and adults notice: psychiatric disturbances among Finnish children. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, Tampere.
 79. Kumpulainen K, Räsänen E, Henttonen I, Puura K, Moilanen I, Piha J, Tamminen T, Almqvist F. 1999. Psychiatric disorders, performance level at school and special education at early elementary school age. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 8 Suppl., 48-54.
 80. Tontti J. 2005. Masennus yhteiskunnallisena ja kulttuurisena ilmiönä. Teoksessa Pirttilä-Backman A-M, Ahokas M, Myyry L, Lähteenoja S (toim.) *Arvot, moraalit ja yhteiskunta. Sosiaalipsykologisia näkökulmia yhteiskunnan muutokseen*. Gaudeamus, Helsinki, 385-398.
 81. Haavisto A, Sourander A, Multimaki P, Parkkola K, Santalahti P, Helenius H, Nikolakaros G, Kumpulainen K, Moilanen I, Piha J, Aronen E, Puura K, Linna SL, Almqvist F. 2004. Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: a prospective 10-year follow-up study. *Journal of Affective Disorders* 83, 143-154.
 82. Sourander A, Haavisto A, Ronning JA, Multimaki P, Parkkola K, Santalahti P, Nikolakaros G, Helenius H, Moilanen I, Tamminen T, Piha J, Kumpulainen K, Almqvist F. 2005. Recognition of psychiatric disorders, and self-perceived problems. A follow-up study from age 8 to age 18. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 46, 1124-1134.
 83. Cyranowski JM, Frank E, Young E. 2000. Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 21-27.
 84. Ojajärvi A, Sinkkonen A, Jokela J, Luopa P, Räsänen M. 2004. *Kouluterveys 2004: Helsingin kuntaraportti*. STAKES, Helsinki.
 85. Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J, Aro H. 2003. Major depressive episode and health care use among adolescents and young adults. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 366-372.
 86. Haarasilta LM, Marttunen MJ, Kaprio JA, Aro HM. 2004. Correlates of depression in a representative nationwide sample of adolescents (15-19 years) and young adults (20-24 years). *European Journal of Public Health*, 14, 280-285.
 87. Haarasilta L, Marttunen M, Kaprio J, Aro H. 2005. Major depressive episode and physical health in adolescents and young adults: results from a population-based interview survey. *European Journal of Public Health*, 15, 489-493.
 88. Kumpulainen K. 2000. Psychiatric symptoms and deviance in early adolescence predict heavy alcohol use 3 years later. *Addiction*, 95, 1847-1857.
 89. Kumpulainen K, Roine S. 2002. Depressive symptoms at the age of 12 years and future heavy alcohol use. *Addictive Behavior*, 27, 425-436.
 90. Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. 2003.

- Risk for depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 77, 41-51.
91. Buydens-Branchey L, Branchey MH, Noumair D. 1989. Age of alcoholism onset. Relationship to psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 46, 225-230.
 92. Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Rantanen P, Rimpela M. 2003. Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Social Science & Medicine*, 57, 1055-1064.
 93. Solantaus T & Beardslee W. 1996. Interventio lasten psyykkisten häiriöiden ehkäisemiseksi. *Duodecim*, 112, 1647-1656.
 94. Beardslee WR, Gladstone TR, Wright EJ, Cooper AB. 2003. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 112, e119-131.
 95. Shortt AL, Barrett PM, Fox TL. 2001. Evaluating the FRIENDS Program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 525-535.
 96. Häärä K. 2004. Sosioemotionaalisten taitojen opetus peruskoulussa – kognitiivisen psykoterapian tarjoamia virikkeitä opetukselle. *Kognitiivisen psykoterapian verkkolehti*, 1, 75-109.
 97. Dadds MR, Spence SH, Holland DE. 1997. Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 627-635.
 98. Dadds MR, Holland DE, Laurens KR, Mullins M, Barrett PM, Spence SH. 1999. Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 145-150.
 99. Barrett PM, Sonderegger R, Xenos S. 2003. Using FRIENDS to combat anxiety and adjustment problems among young migrants to Australia: A national trial. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 241-260.
 100. Lämsä A-L. 1996. Koulun kulttuurit ja syrjäytyminen koulussa. Teoksessa Siljander P & Ulvinen VM (toim.) *Syrjäytymisestä selviytymiseen. Vaikeuksien kautta elämänhallintaan*. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan opetusmonisteita ja selosteita, Oulu, 78-101.
 101. Törmä S. 2003. Piilo-opetussuunnitelman jäljillä. Teoksessa Vuorikoski M & Viskari S. (toim.) *Opettajan vaiettu valta. Vastapaino, Tampere*, 109-130.
 102. Kivinen O, Rinne R, Kivirauma J. 1985. Koulun käytännöt, koulutussosiologinen tarkastelu. Turun yliopiston kasvatustieteiden tutkimuslaitos, julkaisusarja A/105. Turku.
 103. Silvennoinen H, Kivinen O, Ahola A. 2002. Tasa-arvon tavoittelusta markkinoiden puristukseen. Nuorten koulutus ja koulutuspolitiikka. Teoksessa Silvennoinen H (toim.) *Nuorisopolitiikka Suomessa 1960-luvulta 2000-luvulle*. Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosaain neuvottelukunta, Opetusministeriö, Helsinki, 61-85.
 104. Savolainen A. 2001. *Koulu työpaikkana*. Academic dissertation. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis, Vol 830.
 105. Samdal S, Nutbeam D, Wold B, Kannas L. 1998. Achieving health and educational goals through schools - a study of the importance of the school climate and the students' satisfaction with school. *Health Education Research*, 13, 383-397.
 106. Laukkanen E, Shemeikka S, Notkola IL, Koivumaa-Honkanen H, Nissinen A. 2002. Externalizing and internalizing problems at school as signs of health-damaging behaviour and incipient marginalization. *Health Promotion International*, 17, 139-146.
 107. Konu A. 2002. *Oppilaiden hyvinvointi koulussa*. Academic dissertation. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis, Vol 887.
 108. Konu A, Lintonen T. 2005. *School wellbeing in grades four to twelve*. Lähetetty arvioitavaksi.
 109. Konu A, Gråsten-Salonen H. 2004. *Koulumiete-projekti – koululaisten mielenterveyden ja hyvinvoinnin edistäminen Pirkanmaalla*. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 8/2004. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, psykiatrian tulosalue. Tampere.
 110. Libbey HP. 2004. Measuring student relationships to school: attachment, bonding, connectedness, and engagement. *Journal of School Health*, 74, 274-283.
 111. Granot D. 2001. Attachment security and adjustment to school in middle childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 25, 530-541.
 112. Karvonen S, Rahkonen O. 2002b. *Tupakka ja terveyden eriarvoisuus*. Teoksessa Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Manderbacka M, Lahelma E, Prättälä R, Sihto M.

- (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Edita, Helsinki, 83-99.
113. Bonny AE, Britto MT, Klostermann BK, Hornung RW, Slap GB. 2000. School disconnectedness: identifying adolescents at risk. *Pediatrics*, 106, 1017-21.
 114. Banchemo RA. 2002. The prediction of high school student dropouts using criteria based on attachment theory. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences & Engineering*, 62, 3398.
 115. Bolby J. 1983. Attachment and loss. Volume 1. Attachment. Pimlico, London.
 116. Patton GC, Carlin JB, Coffey C, Wolfe R, Hibbert M, Bowes G. 1998. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *American Journal of Public Health*, 88, 1518-1522.
 117. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, Tabor J, Beuhring T, Sieving RE, Shew M, Ireland M, Bearinger LH, Udry JR. 1997. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *The Journal of the American Medical Association*, 278, 823-832.
 118. Bond L, Patton, G, Glover S, Carlin JB, Butler H, Thomas L, Bowes G. 2004. The Gatehouse Project: can a multilevel school intervention affect emotional wellbeing and health risk behaviours? *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58, 997-1003.
 119. Teräsahjo T & Salmivalli C. 2001. Tapaustutkimus kiusaamisen vastaisesta interventiosta Helsingin ala-asteen kouluissa. *Julkaisu A14. Helsingin kaupunki, opetusvirasto, Helsinki.*
 120. Sourander A, Helstelä L, Helenius H, Piha J. 2000. Persistence of bullying from childhood to adolescence. A longitudinal 8-year follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 24, 873-881.
 121. Kaukiainen A, Björkqvist K, Lagerspetz K, Österman K, Salmivalli C, Rothberg S, Ahlbom A. 1999. The relationships between social intelligence, empathy, and three types of aggression. *Aggressive Behavior*, 25, 81-89.
 122. Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Marttunen M, Rimpela A, Rantanen P. 1999. Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. *BMJ*, 319, 348-351.
 122. Peltonen H. 1996. Koulukiusaaminen ja kouluviihtyvyys. Teoksessa Liimatainen-Lampberg A-E (toim.) *Syrjäytymisriskien ehkäisy, syrjäytyneiden koulutuspalvelut ja ohjaustoiminta*. Arviointi 7/1996. Opetushallitus, Helsinki.
 123. Ahola T, Hirvihuhta H. 2000. Vääryydestä vastuuseen - miten ohjata lapset ja nuoret ottamaan vastuu teoistaan? Opetushallitus, Helsinki.
 124. Salmivalli C. 1998a. Intelligent, attractive, well-behaving, unhappy: the structure of adolescents' self-concept and its relations to their social behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 8, 333-354.
 125. Kaukiainen A, Salmivalli C, Lagerspetz K, Tamminen M, Vauras M, Mäki H, Poskiparta E. 2002. Learning difficulties, social intelligence, and self-concept: connection to bully-victim problems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 43, 269-278.
 126. Salmivalli C. 1998b. Koulukiusaaminen ryhmäilmionä. *Gaudeamus*, Helsinki.
 127. Salmivalli C. 2003. Koulukiusaamiseen puuttuminen. Kohti tehokkaita toimintamalleja. PS-kustannus, Jyväskylä.
 128. STM. 1999. Suomalainen strategia lasten ja nuorten terveyden ja tupakoimattomuuden edistämiseksi vuosina 2000-2003. Toimenpidesuosituksset. Työryhmämuistioita 19/1999. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
 129. Hawley DR, DeHaan L. 1996. Toward a definition of family resilience: integrating life-span and family perspectives. *Family Process*, 35, 283-298.
 130. Meltaus A, Pietilä A-M. 1998. Perheidenteetti ja nuoren elintapavalinnat: interventiivinen haastattelumenetelmä perheen vahvuksien arvioinnissa. *Hoitotiede*, 10, 279-288.
 131. Schickedanz JA, Schickedanz DI, Forsyth PD, Forsyth GA. 1994. *Understanding children and adolescents*. 4th edition. Allyn & Bacon., Boston.
 132. Sroufe LA, Cooper RG, DeHart GB. 1996. *Child development: its nature and course*. 3rd edition. Mcgraw-Hill, New York.
 133. Noack P, Kerr M, Olah A. 1999. Family relations in adolescence. *Journal of Adolescence*, 22, 713-717.
 134. Pietilä A-M. 1999. Perhe nuoren kontekstina: vanhempien ja nuorten väliset sosiaaliset suhteet ja vanhempien voimavarat. Teoksessa Paunonen M, Vehviläinen-Julkunen K. *Perhe hoitotyössä - teoria, tutkimus ja käytäntö*. WSOY, Helsinki, 247-274.

135. Pulkkinen L. 2002. Mukavaa yhdessä. Sosiaalinen alkupääoma ja lapsen sosiaalinen kehitys. Jyväskylä: PS-kustannus.
136. Rask K, Åstedt-Kurki P, Paavilainen E and Laippala P. 2003 Adolescent subjective well-being and family dynamics. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 129-138.
137. Bergman MM, Scott J. 2001. Young adolescents' wellbeing and health-risk behaviours: gender and socio-economic differences. *Journal of Adolescence*, 24, 183-197.
138. Olson DH. 1993. Circumplex model of marital and family systems. Assessing family functioning. Teoksessa Walsh F, Wynne LC (toim.). *Normal family processes*. 2nd edition. The Guilford Press, New York, 104-137.
139. Olson DH, McCubbin HI, Barnes HL, Larsen AS, Muxen MJ, Wilson MA. 1989. *Families: what makes them work*. Newbury Park: Sage.
140. Richardson S, McCabe MP. 2001. Parental divorce during adolescence and adjustment in early adulthood. *Adolescence*, 36, 467-489.
141. Vilhjalmsson R. 1994. Effects of social support on self-assessed health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 23, 437-452.
142. Hämäläinen J. 1999. Kotikasvatuksen arvot nuorten arvioimana. Snellman-instituutin B-sarja 45. Snellman-instituutti, Kuopio.
143. Franke TM. 2000. The role of attachment as a protective factor in adolescent violent behavior. *Adolescent & Family Health*, 1, 40-51.
144. Shucksmith J, Glendinning A, Hendry L. 1997. Adolescent drinking behavior and the role of family life: a Scottish perspective. *Journal of Adolescence*, 20, 85-101.
145. Levamo R. 2001. Perheen kiinteys ja nuorten huumeiden käyttö. Pro gradu tutkielma. Tampereen yliopisto, Tampere.
146. Aunola, K. 2001. Children's and adolescents' achievement strategies, school adjustment, and family environment. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 178, väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
147. Ahlström S, Metso L, Tuovinen EL. 2002. Mikä lisää nuoren riskiä tupakoida, humaltua ja kokeilla marihuanaa? *Yhteiskuntapolitiikka* 67, 423-429.
148. Rönkä A, Viheräkoski J, Litsilä R, Poikkeus A-M. 2002. Nuoret ja vanhemmat perhesuhteiden muutoksessa. In Rönkä A, Kinnunen U (Toim.). *Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen*. Jyväskylä: PS-kustannus, 51-70.
149. Laaksonen M, Lahelma E, Prättälä R. 2002. Associations among health-related behaviours: sociodemographic variation in Finland. *Sozial Praventive Medizin* 47, 225-232.
150. Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. 2003. Smoking, alcohol use, and physical activity: 13-year longitudinal study ranging from adolescence into adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 35, 238-244.
151. Pirskanen M, Pietilä A-M. 2005. Nuoret, päihteet ja varhainen puuttuminen. Nuorten päihdemittarin käyttö terveydenhoitajan työssä. *Terveydenhoitaja* 6, 28-31.
152. Laaksonen M, Prättälä R, Karisto A. 2001. Patterns of unhealthy behaviour in Finland. *European Journal of Public Health*, 11, 294-300.
153. Seguire M, Chalmers KI. 2000. Late adolescent female smoking. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1422-1429.
154. Patja K, Haukkala A. *Tupakkakertomus 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2004. Epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto. Kansanterveyslaitos, Helsinki.*
155. World Health Organization. 1993. *The health of young people. A challenge and a promise*. Geneva: WHO.
156. Wilson N, Battistich V, Syme SL. 2002. Does elementary school alcohol, tobacco, and marijuana use increase middle school risk? *Journal of Adolescent Health*, 30, 442-447.
157. Hill C. 1998. Trends in tobacco smoking and consequences on health in France. *Preventive Medicine*, 27, 514-519.
158. Office on Smoking and Health, Division of Adolescent and School Health, Centers for Disease Control and Prevention. 2000. Trends in cigarette smoking among high school students - United States, 1991-1999. *Journal of School Health*, 70, 368-369.
159. Luopa P, Räsänen M, Jokela J. 2004. Missä mennään? Helsinkiläisnuorten päihdekäyttytymisen suuntia 1996-2004. *Stakes, Helsinki.*

160. Amos A. 1996. Women and smoking: a global issue. *World Health Statistics Quarterly*, 49, 127-133.
161. Light H. 2000. Sex differences in indicators of well-being in adolescents. *Psychological Reports*, 87, 531-533.
162. Rimpelä A, Lintonen T, Pere L, Rainio S, Rimpelä M. 2002. Nuorten terveystapatutkimus 2001. Tupakoinnin ja päihteiden käytön muutokset 1977-2001. Aiheita 10/2002. Stakes, Helsinki.
163. Vuori M, Kannas L, Tynjälä J. 2004. Tupakoinnin ja päihteiden käytön muutossuuntia 1984-2002. Teoksessa Koululaisten terveys ja terveystäytyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Kannas L (toim.) Terveystiedon edistämisen tutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto, 179-215.
164. Glendinning A, Inglis D. 1999. Smoking behaviour in youth: the problem of low self-esteem? *Journal of Adolescence*, 22, 673-682.
165. Kawabata T, Cross D, Nishioka N, Shimai S. 1999. Relationship between self-esteem and smoking behavior among Japanese early adolescents: initial results from a three-year study. *Journal of School Health*, 69, 280-284.
166. Hanson MJS. 1999. Cross-cultural study of beliefs about smoking among teenaged females. *Western Journal of Nursing Studies*, 21, 635-651.
167. Zullig KJ, Valois RF, Huebner ES, Oeltmann JE, Drane JW. 2001. Relationship between perceived life satisfaction and adolescents' substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 29, 279-288.
168. Escobedo LG, Reddy M, Giovino GA. 1998. The relationship between depressive symptoms and cigarette smoking in US adolescents. *Addiction*, 93, 433-440.
169. Goodman E, Capitman J. 2000. Depressive symptoms and cigarette smoking among teens. *Pediatrics*, 106, 748-755.
170. Orlando M, Ellickson PL, Jinnett K. 2001. The temporal relationship between emotional distress and cigarette smoking during adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 959-970.
171. Nezami E, Unger J, Tan S, Mahaffey C, Ritt-Olson A, Sussman S, Nguyen-Michel S, Baezconde-Garbanati L, Azen S, Johnson CA. 2005. The influence of depressive symptoms on experimental smoking and intention to smoke in a diverse youth sample. *Nicotine & Tobacco Research : Official Journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 7, 243-248.
172. Terracciano A, Costa PT Jr. 2004. Smoking and the Five-Factor Model of personality. *Addiction*, 99, 472-481.
173. Wiegersma PA, Hofman A, Zielhuis GA. 2000. Prevention of unhealthy behaviour by youth health care in The Netherlands. *Journal of Public Health Medicine*, 22, 386-392.
174. Unger JB, Yan L, Shakib S, Rohrbach LA, Chen X, Qian G, Chou CP, Jianguo S, Azen S, Zheng H, Johnson CA. 2002. Peer influences and access to cigarettes as correlates of adolescent smoking: a cross-cultural comparison of Wuhan, China, and California. *Preventive Medicine*, 34, 476-484.
175. Ritt-Olson A, Unger J, V Tom. 2005. Exploring peers as a mediator of the association between depression and smoking in young adolescents. *Substance Use & Misuse*, 40, 77-98
176. Dishion TJ, Capaldi DM, Yoerger K. 1999. Middle childhood antecedents to progressions in male adolescent substance use: an ecological analysis of risk and protection. *Journal of Adolescent Research*, 14, 175-205.
177. Siqueira L, Diab M, Bodian C, Rolnitzky L. 2000. Adolescent becoming smokers: the roles of stress and coping methods. *Journal of Adolescent Health*, 27, 399-408.
178. Booker CL, Gallaher P, Unger JB, Ritt-Olson A, Johnson CA. 2004. Stressful life events, smoking behavior, and intentions to smoke among and multiethnic sample of sixth graders. *Ethnicity & Health*, 9, 369-97
179. Simons-Morton, B, Crump AD, Haynie DL, Saylor KE, Eitel P, Yu K. 1999. Psychosocial, school, and parent factors associated with recent smoking among early-adolescent boys and girls. *Preventive Medicine*, 28, 138-148.
180. Jones SP, Heaven PCL. 1998. Psychosocial correlates of adolescent drug-taking behaviour. *Journal of Adolescence*, 21, 127-134.
181. Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Uutela A. 2002. Suomalaisen aikuisväestön terveystäytyminen ja terveys. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B12/2002.

182. Pennanen M, Patja K, Joronen K. 2006. Tupakkakertomus 2006.
183. Vartiainen E, Pennanen M, Haukkala A, Tossavainen K, Lehtovuori R. 2004. Tupakoinnin ehkäisyohjelman vaikutukset Helsingin yläasteilla. *Suomen Lääkärilehti* 59, 4831-4835.
184. Abalbjarnardottir S. 2002. Adolescent psychosocial maturity and alcohol use: quantitative and qualitative analysis of longitudinal data. *Adolescence*, 37, 19-53.
185. Galambos NL, Kolaric GC, Sears HA, Maggs JL. 1999. Adolescents' subjective age: an indicator of perceived maturity. *Journal of Research on Adolescence*, 9, 309-337.
186. Pedtechenskaya N, Sinisalo P. 1999. Comparative research of health of Karelian and Finnish youth in relation to smoking, alcohol and drugs. Teoksessa Puuronen V (toim.) *Youth in Everyday Life Contexts. Psychological studies 20*. Joensuu: Dept of Psychology, University of Joensuu, 177-18.
187. Lintonen T, Rimpelä M, Ahlström S, Rimpelä A, Vikat A. 2000a. Trends in drinking habits among Finnish adolescents from 1977 to 1999. *Addiction*, 95, 1255-1263.
188. Sutherland I, Shepherd PJ. 2001. Social dimensions of adolescent substance use. *Addiction*, 96, 445-458.
189. Ahlström S, Mustonen H. 2002. Suomalaisen juomatavat ennen ja nyt. Teoksessa Heikkilä M & Kautto M (toim.). *Suomalaisen hyvinvointi 2002*. Stakes, Helsinki, 392-407.
190. Österberg E. 2005. Alkoholin kulutuksen kasvu vuonna 2004. Teoksessa: Raitasalo K, Alho H, Lindeman J, Roine R, Tigerstedt C (toim.) *Tommi 2005. Alkoholi- ja huumeutkimuksen vuosikirja*. Alkoholi- ja huumeutkijain seura, Helsinki.
191. Hakkarainen P. 2002. Nuorten päihdekulttuurin vaihtelut 1960-luvulta vuosituhanen vaihteeseen. Teoksessa Silvennoinen H (toim.) *Nuorisopolitiikka Suomessa 1960-luvulta 2000-luvulle*. Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosiain neuvottelukunta, Opetusministeriö, Helsinki, 165-181.
192. Lintonen T. 2001. Drinking patterns among Finnish fourteen year-olds from 1977 to 1999. Academic dissertation. Tampere: *Acta Universitatis Tamperensis*, Vol 832.
193. Luopa P, Rimpelä M, Jokela J. 2000. Huumeet ja koululaiset. Tuloksia Kouluterveyskyselystä 1996-2000. *Aiheita 25/2000*. Stakes, Helsinki.
194. Lintonen T, Rimpelä M, Vikat A, Rimpelä A. 2000b. The effect of societal changes on drunkenness trends in early adolescence. *Health Education Research*, 15, 261-269.
195. Feldman L, Harvey B, Holowaty P, Shortt L. 1999. Alcohol use beliefs and behaviors among high school students. *Journal of Adolescent Health*, 24, 48-58.
196. Rodondi P-Y, Narring F, Michaud P-A. 2000. Drinking behaviour among teenagers in Switzerland and correlation with life styles. *European Journal of Pediatrics*, 159, 602-607.
197. Rossow I, Romelsjö A, Leifman H. 1999. Alcohol abuse and suicidal behaviour in young and middle aged men: differentiating between attempted and completed suicide. *Addiction*, 94, 1199-1207.
198. Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. 2001. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. *Pediatrics*, 107, 485-492.
199. DeWit DJ, Offord DR, Wong M. 1997. Patterns of onset and cessation of drug use over the early part of the life course. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 24, 746-758.
200. Pitkänen T, Pulkkinen L. 2003. Onko alkoholin käytön alaikäraja tuulesta temmattu? Teoksessa Heinonen , Alho H, Lindeman J, Raitasalo K, Roine nR (toim.) *Tommi 2003. Alkoholi- ja huumeutkimuksen vuosikirja*. Alkoholi- ja huumeutkijain seura, Helsinki, 12-30.
201. Torikka A, Kaltiala-Heino RK, Rimpelä A, Rimpelä M, Rantanen P. 2001. Depression, drinking, and substance use among 14- to 16-year-olds Finnish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55, 351-357.
202. Marttunen M, Lönnqvist J. 2001. Nuorten päihdehäiriöiden luonne ja kulku. *Duodecim* 117, 1579-1584.
203. Marttunen M, Kiianmaa J. 2003. Nuoret ja päihteet. Teoksessa: Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K. *Päihdelääketiede*. Duodecim, Helsinki, 100-108.
204. Winter T. 2004. Nuorten raittius ja siihen vaikuttavat tekijät. Academic dissertation. *Kansanterveystieteen julkaisuja M 182:2004*. Helsinki: University of Helsinki.
205. Kouvonen A, Lintonen T. 2002a. Adolescent part-time work and heavy drinking in Finland. *Addiction*, 97, 311-318.

206. Engels RCME, Vermulst AdA, Dubas JS. 2005. Long-term effects of family functioning and child characteristics on problem drinking in young adulthood. *European Addiction Research*, 11, 32-37.
207. Kouvonen A, Lintonen T. 2002b. Adolescent work and drug experiments. *Journal of Substance Use*, 7, 85-92.
208. Barber JG, Bolitho F, Bertrand LD. 1998. Age and gender differences in the predictors of adolescent drinking. *Social Work Research*, 22, 164-172.
209. Laukkanen ER, SHEMEIKKA SL, Viinämäki HT. 2001. Heavy drinking is associated with more severe psychosocial dysfunction among girls than boys in Finland. *Journal of Adolescent Health*, 28, 270-277.
210. Mäkelä K, Mustonen H. 2000. Relationships of drinking behaviour, gender and age with reported negative and positive experiences related to drinking. *Addiction*. 2000, 95, 727-736.
211. Mahon NE. 1994. Positive health practices and perceived health status in adolescents. *Clinical Nursing Research*, 3, 86-103.
212. Krick JP, Sobal J. 1990. Relationships between health protective behaviors. *Journal of Community Health*, 15, 19-34.
213. Donovan JE, Jessor R, Costa FM. 1991. Adolescent health behaviour and conventionality-unconventionality: an extension of problem-behavior theory. *Health Psychology*, 10, 52-61.
214. Field T, Diego M, Sanders C. 2001. Exercise is positively related to adolescents' relationships and academics. *Adolescence*, 36, 105-110.
215. Ylén H, Ojanen M. 1999. Liikunta on hyväksi - jos siltä tuntuu. Liikunta mielen-terveyspotilaiden avohoidon tukena -projekti. Liikuntatieteellisen seuran julkaisu 145. Helsinki: Liikuntatieteellinen seura.
216. Lautala P, Ala-Laurila E-L. 2002. Lihavuus. Teoksessa Terho P, Ala-Laurila E-L, Laakso J, Krogius H, Pietikäinen M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Duodecim, Helsinki, 311-315.
217. Lissau I. 2004. Overweight and obesity epidemic among children. Answer from European countries. *International Journal of Obesity*, 28, S10-S15.
218. Rimpelä A, Rainio S, Pere L, Saarni L, Kautiainen S, Kaltiala-Heino RK, Lintonen T, Rimpelä M. 2004. Suomalaisten nuorten terveys 1977-2003. *Suomen Lääkärilehti* 59, 4229-4235.
219. Välimaa R, Ojala K. 2004. Nuorten laino, laihduttaminen ja painon kokeminen 1984-2002. Teoksessa Koululaisten terveys ja terveystyötöyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Kannas L (toim.) Terveystyden edistämisen tutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto, 55-78.
220. Mustajoki P. 2005. Ravitsemus ja liikunta terveen elämän kulmakivinä. Esitys Lasten ja nuorten terveys -seminaarissa 5.4.2005. Helsinki.
221. Kaur H, Hyder ML, Poston WS. 2003. Childhood overweight: an expanding problem. *Treatments in Endocrinology*, 2, 375-388.
222. Friedlander SL, Larkin EK, Rosen CL, Palermo TM, Redline S. 2003. Decreased quality of life associated with obesity in school-aged children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 157, 1206-1211.
223. Taras H, Potts-Datema W. 2005. Obesity and student performance at school. *Journal of School Health*, 75, 291-295.
224. Anglé S. 2005. Poor eating in young children and body dissatisfaction in prepubertal girls and boys. Findings in a prospective atherosclerosis prevention trial for children. The STRIP project. Väitöskirja. Psykologian laitos, Turun yliopisto.
225. Tynjalä J, Kannas L, Välimaa R. 1993. How young Europeans sleep. *Health Education Research*, 8, 69-80.
226. Tynjalä J, Kannas L, Levälähti E. 1997. Perceived tiredness among adolescents and its association with sleep habits and use of psychoactive substances. *Journal of Sleep Research* 1997, 6, 189-198.
227. Tynjalä J, Kannas L. 2004. Koululaisten nukkumistottumukset, unen laatu ja väsymisyys vuosina 1984-2002. Teoksessa Koululaisten terveys ja terveystyötöyminen muutoksessa. WHO-koululaistutkimus 20 vuotta. Kannas L (toim.) Terveystyden edistämisen tutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto, 141-178.
228. Paavonen J. 2004. Sleep disturbances and psychiatric symptoms in school-aged children. Väitöskirja. Helsingin yliopisto, Helsinki.
229. Lämsä A-L. 1998. Ihminen tarvitsee sitä, mitä ilman on paha olla. Tuhat tarinaa lasten ja nuorten syrjäytymisestä. Teoksessa Lasten ja nuorten syrjäytymistä koskevan tutkimuksen mahdollisuudet. Ulvinen V-

- M (toim.). NUORAn julkaisuja 6/1998, 9-23.
230. Liimatainen-Lamberg A-E (toim.). 1996. Syrjäytymisriskien ehkäisy, syrjäytyneiden koulutuspalvelut ja ohjaustoiminta. Opetushallitus, Helsinki.
231. Puustelli P. 1999. Koulutus- ja työmarkkineuudistuksilla syrjäytymistä vastaan. Vertaileva katsaus nuorille suunnattuihin tukitoimiin EU-maissa. Koulutussosiologian tutkimuskeskuksen raportti 47. Turun yliopisto, Turku.
232. Middlemiss W. 2005. Prevention and intervention: using resiliency-based multi-setting approaches and a process-orientation. *Child and Adolescent Social Work Journal* 22, 85-103.
233. Kekki T. 2000. Miksi alaikäisten alkoholin käyttöön haetaan apua järjestyssäännöistä ja poliisilta? *Nuorisotutkimus* 2, 47-51.
234. Helenius E, Pesonen P. 1998. Eväitä elämään. Malleja ja kokemuksia nuorten elämäntaitojen kehittämiseen koulussa. Loppuraportti. Raportteja ja julkaisuja 1998, Nyyti ry, Helsinki.
235. Kuusela P. 2005. Klaari Helsinki. Nuorten ehkäisevän päihdetyön toimintamalli. Tiedotusmateriaali.
236. Launonen L, Pulkkinen L. 2004. Koulu kasvuyhteisönä. Mukava-hankkeen uusi toimintakulttuuri. Teoksessa Koulu kasvuyhteisönä. Launonen L, Pulkkinen L. (toim.). PS-kustannus, 65-75.
237. Tossavainen K, Turunen H, Jakonen S, Tupala M, Vertio H. 2004a. School nurses as health counselors in Finnish ENHPS schools. *Health Education* 104, 33-44.
238. Tossavainen K, Turunen H, Jakonen S, Vertio H. 2004b. Health promotional education: differences between school nurses' health counseling and teachers' health instruction in the Finnish ENHPS. *Children & Society* 18, 371-382.
239. Springer JF, Sale E, Hermann J. 2004. Characteristics of effective substance abuse prevention programs for high-risk youth. *Journal of Primary Prevention*, 25, 171-194.
240. Cuijpers P. 2002. Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.
241. Beard KY, Sugai G. 2004. First Step to Success: An early intervention for elementary children at risk for antisocial behavior. *Behavioral Disorders*, 29, 396-409.
242. Stirtzinger R, Campbell L, Green A. 2001. Multimodal school-based intervention for at-risk, aggressive, latency-age youth. *Canadian Journal of School Psychology*, 17, 27-46.
243. O'Donnell J, Hawkins JD, Catalano RF. 1995. Preventing school failure, drug use, and delinquency among low-income children: Long-term intervention in elementary schools. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 87-100.
244. Tolan P, Gorman-Smith D, Henry D. 2004. Supporting families in a high-risk setting: proximal effects of the SAFEChildren preventive intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 855-869.
245. Nelson A, Arthur B. 2003. Storytelling for empowerment: decreasing at-risk youth's alcohol and marijuana use. *The Journal of Primary Prevention*, 24, 169-180.
246. Richards-Colocino N, McKenzie P, Newton RR. 1996. Project Success: Comprehensive intervention services for middle school high-risk youth. *Journal of Adolescent Research*, 11, 130-163.
247. Riper H, Bolier L, Elling A. 2005. The home party: "Development of a low threshold intervention for 'not yet reached' parents in adolescent substance use prevention". *Journal of Substance Use*, 10, 141-150. Special issue: A nationwide Dutch addiction programme.
248. Flay BR, Graumlich S, Segawa E, Burns JL, Holliday MY, Aban Aya. 2004. Effects of 2 prevention programs on high-risk behaviors among African American youth: a randomized trial. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 158, 377-384.
249. Dembo R, Wothke W, Livingston S. 2002. The impact of a family empowerment intervention on juvenile offender heavy drinking: A latent growth model analysis. *Substance Use & Misuse*, 37, 1359-1390.
250. Cho H, Hallfors DD, Sánchez V. 2005. Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 363-374.
251. Stanton B ym. 2004. Randomized trial of a parent intervention. ..
252. Elias MJ, Zins JE, Graczyk PA. 2003. Implementation, sustainability, and scaling up of social-emotional and academic innovations in public schools. *School Psychology Review*, 32, 303-319.

253. Bronfenbrenner U. 1977. Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-531.
254. Catalano RF, Berglund LM, Ryan JAM, Lonczak HS, Hawkins JD. 2002. Positive Youth Development in the United States: Research findings on evaluations of Positive Youth Development Programs. *Prevention & Treatment*, 5 (15). <http://www.journals.apa.org/prevention/volume5/pre0050015a.html> / 9.11.2005
255. Grossman JB, Tierney JP. 1998. Does mentoring work? An impact study of the Big Brothers Big Sisters program. 1998. *Evaluation Review*, 22, 403-426.
256. Walter HJ, Vaughan RD, Wynder EL. 1989. Primary prevention of cancer among children: Changes in cigarette smoking and diet after six years of intervention. *Journal of the National Cancer Institute*, 81, 995-999. (abstrakti)
257. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. 1995. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a White middle-class population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1106-1112.
258. Battistich V, Schaps E, Watson M. 1996. Prevention effects of the Child Development Project: Early findings from an ongoing multisite demonstration trial. *Journal of Adolescent Research*, 11, 12-35. Special issue: Preventing adolescent substance abuse.
259. Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. 1999. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 153, 226-234.
260. Perry CL, Williams CL, Veblen-Mortenson S, Toomey TL, Komro KA, Anstine PA, McGovern PG, Finnegan JR, Forster JL, Wagenaar AC, Wolfson M. 1996. Project Northland: Outcomes of a communitywide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health*, 86, 956-965.
261. LoSciuto L, Hilbert SM, Fox M. 1999. A two-year evaluation of the Woodrock Youth Development Project. *Journal of Early Adolescence*, 19, 488-507.

Www-lähteet

1. Kupari P, Välijärvi J, Linnakylä P, Reinikainen P, Brunell V, Leino K, Sulkunen S, Törnroos J, Malin A, Puhakka E. 2004. NUO-RET OSAAJAT. PISA 2003 -tutkimuksen ensituloksia. Koulutuksen tutkimuslaitos. <http://www.jyu.fi/ktl/pisa/> 7.9.2005.
2. Kouluterveyskysely 2005 – valtakunnalliset tulokset. Päähteet. <http://www.stakes.fi/kouluterveys/taulukot/2005/paihteet05.htm> / 7.9.2005
3. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. <http://www.terveys2015.fi/tavoitteet.html> / 21.9.2005
4. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004. Opetushallitus, Helsinki. <http://www.oph.fi/info/ops/> 7.9.2005.
5. Lions Quest. Yhdessä kasvamisen ohjelma. <http://www.lions.fi/quest/> 18.10.2005
6. Nuisku -kurssi. http://www.nuortenkeskus.fi/sivu.php?artikkeli_id=27 / 21.10.2005
7. Terveystieto. <http://www.peda.net/veraja/mukava/terveystieto/> 24.10.2005
8. Kolip P & Schmidt B. 1999. Gender and health in adolescence. *European health* 21 target 4, 13. WHO. <http://www.euro.who.int/document/e66082.pdf> / 3.10.2005
9. Haarasilta L, Marttunen M. 2000. Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa toimiville aikuisille. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/ohjeet_ja_suosituksset/nuortendepressio.pdf / 21.9.2005
10. Toimiva lapsi & perhe. <http://www.stakes.fi/lapsetjanuoret/toimivaperhe/koulutukset.htm> / 4.10.2005
11. FRIENDS for life. <http://www.friendsinfo.net/> 29.11.2005
12. Koulun hyvinvointiprofiili lyhyesti. <http://www2.edu.fi/hyvinvointiprofiili/info.htm> 23.8.2005.
13. Huolen vyöhykkeistö. <http://www.stakes.fi/hyvinvointi/kehi/menetelmat/vyohykkeisto.htm> / 23.8.2005
14. Gatehouse Project. http://www.rch.org.au/gatehouseproject/project/index.cfm?doc_id=174 / 4.10.2005
15. Raunio K. 2005. Syrjäytyminen sosiaalityötä kiinnostavasti. <http://www.uta.fi/laitokset/sospol/hlokunta/raunio/syrjayt.pdf> / 24.8.2005
16. Alkoholiohjelma 2004-2007. <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/3262/chapter1.htm> / 19.10.2005

17. Nuorisorikostoimikunnan mietintö. 2003. Oikeusministeriö, Helsinki. <http://www.om.fi/18410.htm> / 8.9.2005
18. Terve itsetunto -projekti. Loppuraportti 1. 2001a. www.edu.fi/projektit/terveitsetunto/TI%20loppuraportti%20HP.doc / 28.9.2005
19. Terve itsetunto -projekti. Loppuraportti 2. 2001b. http://www.edu.fi/projektit/terveitsetunto/TI_loppuraportti2.doc / 28.9.2005
20. Nuorten osallisuushanke. Toimintakertomus 2004. <http://www.edu.fi/SubPage.asp?path=498,24009,24538,24539> / 28.9.2005
21. Hesari Nuorten Ääni. <http://nk.hel.fi/hna/21.2.2006>
22. Kouluterveyslehti. http://www.stakes.fi/kouluterveys/verkkolehti/uutisarkisto/vuosi_2005/syyskuu_2005/turvataitoja_lapsille.html / 19.10.2005
23. Varpu -hanke. Lastensuojelun keskusliitto. http://www.lskl.fi/showPage.php?page_id=66 / 7.10.2005
24. Klaari Helsinki. http://www.stakes.fi/neuvoa-antavat/hankkeet/hanke_kuvaus.asp?id=59 / 4.10.2005
25. Arvojen ja valintojen viidakko. Mannerheimin Lastensuojeluliitto. http://www.mll.fi/mll-info/projektit/arvojen_ja_valintojen_viidakko/ 6.10.2005
26. MUKAVA -projekti. <http://www.mukava-hanke.com/index.html> / 5.10.2005
27. Euroopan terveet koulut. http://www.health.fi/index.php?page=toi_kou_perustietoa / 5.10.2005
28. Mielen terveys lapsuuden ja nuoruuden voimaksi 2002-2004. http://www.mielenterveysseura.fi/toiminta_hankkeet.asp?main=Hankkeet&page=4& / 17.10.2005
29. Yhdessä elämään. <http://www.yhdessaelamaan.fi/index2.php3?file=tekstit/etusivu.html> / 17.10.2005
30. Kasvatus tulevaisuuteen. http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;351;86733;4168 / 16.11.2005
31. Big Brothers Big Sisters. <http://www.bbbsa.org/site/pp.asp?c=iuJ3JgO2F&b=14599> / 10.11.2005
32. Know Your Body. <http://www.promisingpractices.net/program.asp?programid=109#programinfo> / 10.11.2005
33. Life Skills Training. <http://www.lifeskillstraining.com/program.cfm> / 10.11.2005
34. Child Development Project. <http://www.devstu.org/cdp/> 11.11.2005
35. Fast Track Project. <http://www.fasttrackproject.org/fasttrackoverview.htm> / 14.11.2005
36. Seattle Social Development Project. <http://depts.washington.edu/ssdp/> 14.11.2005
37. Across Ages. <http://www.temple.edu/cil/Acrossageshome.htm> / 15.11.2005
38. Project Northland. <http://www.epi.umn.edu/projectnorthland/> 15.11.2005
39. Woodrock's Youth Development Projects. <http://www.woodrock.org/> 16.11.2005

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma

IKÄRYHMITTÄISET TAVOITTEET

1. Lasten hyvinvointi lisääntyy, terveydentila paranee ja turvattuuteen liittyvät oireet ja sairaudet vähenevät merkittävästi.
2. Nuorten tupakointi vähenee siten, että 16–18-vuotiaista alle 15 % tupakoi, nuorten alkoholin ja huumeiden käyttöön liittyvät terveysongelmat kyetään hoitamaan asian-
tuntevasti eivätkä ne ole yleisempiä kuin 1990-luvun alussa.
3. Nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus alenee kolmanneksella 1990-luvun lopun tasosta.
4. Työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin.
5. Yli 75-vuotiaiden keskimääräisen toimintakyvyn paraneminen jatkuu samansuuntaisena kuin viimeisten 20 vuoden ajan.

KAIKILLE YHTEISET TAVOITTEET

6. Suomalainen voi odottaa elävänsä terveenä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin kuin vuonna 2000.
7. Suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla.
8. Tavoitteisiin pyritään myös siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tällöin tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä.

Lähde: Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. <http://www.terveys2015.fi/tavoitteet.html/> 22.9.2005

8 VALTION TUTKIMUSLAITOSTEN TUPAKKAA KOSKEVA TOIMINTA

8.1 Kansanterveyslaitos

Tässä osassa on lyhyesti kuvattu tupakointiin ja tupakoimattomuuden edistämiseen liittyvät hankkeet, tutkimukset ja ohjelmat, joista KTL vastaa. Kansallisten terveystutkimusten seuranta on keskeinen osa tupakkapolitiikan toteutumisen seurantaan. Koko väestön ja erityisryhmien, kuten sydänpotilaiden tai diabeetikkojen terveystutkimusten, kuolleisuuden ja sairastavuuden tutkimus tuottaa keskeistä tietoa päättäjille ja terveydenhuollon toimijoille.

Väestöryhmien välisten terveyserojen tutkimuksessa tupakointi on yksi keskeinen riskitekijä. Terveystutkimukseen vaikuttavien menetelmien kehittäminen ja arviointi sekä kansanterveysohjelmien arviointi ovat myös keskeisiä. Kansainväliset hankkeet mahdollistavat vertailun muiden maiden tupakointiin ja tupakkapolitiikan kehitykseen. KTL on mukana yhteistyökumppanina useissa muissa hankkeissa, joissa tupakka on mukana yhtenä tekijänä sekä kotimaassa että kansainvälisesti.

Adolescent Depression Study (ADS)

Nuorten depressioiden hoidon kehittämis- ja tutkimushanke (Adolescent Depression Study) on depressioiden vuoksi vuosina 1998–2002 avohoitoon tulleita nuoria (N=218) ja heille koottua vertailuryhmää (N=200) koskeva seuranta tutkimus, joka toteutetaan KTL:n mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osaston ja HYKS:n Peijaksen sairaalan nuorisopsykiatrian yhteistyönä. Osallistujat on tutkittu huolellisesti strukturoiduin psykiatrisin haastatteluin sekä monipuolisia arviointiasteikkoja käyttäen.

Toistaiseksi on niukasti tutkimustietoa siitä, miten tupakointi yhdessä muiden psykososiaalisten taustariskitekijöiden ennustaa nuoruuden depressioiden puhkeamista ja kulkua. ADS-tutkimuksessa selvitetään muiden taustatekijöiden ohella tupakoinnin merkitystä nuorten depressioiden synnyssä.

Yhteystiedot Erikoistutkija Hannele Heilä
09-4744 8518
hannele.heila@ktl.fi

Cardiovascular risk factors and health related behaviour among adolescents in Republic of Karelia (Russia) between 1995 and 2004

Tämän hankkeen tavoitteena on tutkia sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden ja niihin liittyvän terveystutkimuksen muutoksia sekä käyttäytymiseen liittyviä ympäristötekijöitä Karjalan tasavallan varhaisnuorilla. Tutkimusaineisto on kerätty Karjalan tasavallassa, Pitkärannan piirissä vuosina 1995 ja 2004. Vuoden 1995 tutkimus toteutettiin osana nuorten sydän- ja verisuonitautien riskitekijätutkimusta, jonka Kansanterveyslaitos toteutti suomalaisille lapsille Pohjois-Karjalassa vuosina 1984, 1987, 1988 ja 1995. Pitkärannan tutkimusryhmä koostui koulutetuista tutkimushoitajista, joista osa oli suomalaisia ja osa venäläisiä. Tutkimuksen kohderyhmänä ovat kaikki Pitkärannan piirin 9. luokkalaiset. Alueella on kymmenen koulua. Vuonna 1995 tutkimukseen osallistui 365 oppilasta ja vuonna 2005 340 oppilasta. Osallistumisprosentti oli molempina vuosina yli 85%.

Suomen tutkimuksissa käytetty kysymyslomake on käännetty ja muokattu vastaamaan Karjalan tasavallan olosuhteita. Sekä vuoden 1995 että vuoden 2004 tutkimuksessa on käytetty samaa lomaketta. Lomake sisältää 79 kysymystä, jotka liittyvät liikuntaan, tupakointiin, ravintoon, alkoholinkäyttöön, itse koettuun terveyteen, sairauksien oireisiin sekä sosioekonomisiin taustatekijöihin, kuten vanhempien koulutukseen. Lomakkeen lisäksi kaikilta tutkittavilta mitattiin verenpaine, pituus ja paino sekä otettiin verinäytteitä kolesteroliarvojen analysointia varten. Painosta ja pituudesta on laskettu painoindeksi (BMI). Mittaukset tehtiin noudattaen tarkoin kansainvälisiä tutkimussuosituksia ja laboratoriönäytteet analysoitiin Kansanterveyslaitoksella.

Tässä tutkimushankkeessa sydän- ja verisuonitautien riskitekijöiden ja terveystutkimuksen muutoksia Karjalan tasavallan nuorilla tutkitaan seuraavissa osatöissä:

1. Muutokset Venäjän Karjalan varhaisnuorten sydän- ja verisuonitautien riskitekijöissä vuosina 1995 ja 2004
2. Nuorten tupakointi ja tupakointiin vaikuttavat sosiaaliset ja ympäristötekijät
3. Alkoholien kulutus ja alkoholikäyttäytymisen ja siihen liittyvät sosiaaliset ja ympäristötekijät
4. Muutokset nuorten terveystutkimuksessa.

Yhteystiedot Tutkija Anastasiya Rogacheva
09-4744 8807
anastasiya.rogacheva@ktl.fi

Eläkeikäisen väestön terveystyöttyminen (EVTK) -tutkimus

Eläkeikäisen väestön terveystyöttyminen (EVTK) -tutkimus on Kansanterveyslaitoksen joka toinen vuosi toteuttama postikyselytutkimus. Tutkimus on toteutettu vuodesta 1985 alkaen. Tutkimusaineistoksi on poimittu joka toinen vuosia keväällä väestörekisteristä sukupuolen ja iän mukaan ositettu otos 65–84-vuotiaista suomalaisista (vuosina 1985–89 65–79-vuotiaista). Otokoko on nykyisin 2400 henkilöä. Vastausaktiivisuus on keskimäärin noin 80 prosenttia. Tutkimuksessa kerätään tietoja mm. eläkeikäisen väestön terveydentilasta, toimintakyvystä, apuvälineiden ja palvelujen käytöstä sekä terveystyöttymisestä, kuten ruokatottumuksista, tupakoinnista, alkoholinkäytöstä ja liikunnasta.

Yhteystiedot Tutkija Satu Helakorpi
09-4744 8616
satu.helakorpi@ktl.fi

European Health Risk Monitoring Project EHRM

European Health Risk Monitoring -projektissa (EHRM) kehitettiin kroonisten tautien riskitekijäindikaattoreita ja tehtiin suosituksia mittausmenetelmiksi kansallisten riskitekijäseurantojen vertailtavuuden parantamiseksi. Projekti oli osa Euroopan yhteisön terveysseurantaohjelmaa. Valmisteilla oleva EU:n terveystyöttytelytutkimus on ottamassa EHRM -projektin suosittelun tupakointikyselylomakkeen käyttöön.

Yhteystiedot Tutkija Hanna Tolonen
09-4744 8638
hanna.tolonen@ktl.fi
Projektin kotisivu <http://www.ktl.fi/ehrm/>
Euroopan yhteisön terveysseurantaohjelman kotisivu http://europa.eu.int/comm/health/index_en.htm

European Network on Young People and Tobacco (ENYPAT)

ENYPAT on pääosin EU:n rahoittama asiantuntijaverkosto, jonka tavoitteena on ehkäistä nuorten tupakointia ja edistää eurooppalaista yhteistyötä tupakoimattomuuden edistämiseksi. Se koordinoi vuosittain 4-6 eurooppalaista projektia, jois-

sa ovat mukana kaikki EU-maat, Islanti ja Norja. Laajin ja tunnetuin näistä projekteista on tupakoimattomuuskilpailu Smokefree Class, johon osallistuu lukuvuonna 2005–2006 yli 500 000 oppilasta 18 maasta.

ENYPAT julkaisee kerran vuodessa ilmestyvää Interaction-lehteä, jossa on ajankohtaista nuorten tupakointiin liittyvää tietoa. Lehti julkaistaan verkoston toimikielillä, jotka ovat englanti ja ranska. ENYPAT osallistuu myös alan kansainvälisiin tapahtumiin sekä kerää ja jakaa informaatiota nuorten tupakoinnista. ENYPATin rahoitus loppui vuoden 2006 aikana.

Yhteystiedot Projektipäällikkö Sari Yrjölä
09-4744 8982
sari.yrjola@ktl.fi
Kotisivu www.ktl.fi/enypat

European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA)

Suomessa toteutettu nuorten tupakoinnin ehkäisyohjelma ESFA toteutettiin Helsingin yläasteilla. Ohjelmaan osallistui 27 yläastetta Helsingin alueelta, joista valittiin satunnaisesti 13 koulua ohjelmaryhmään ja 14 vertailuryhmään (n=2745). Ohjelma aloitettiin 7. luokalla ja sitä jatkettiin 9. luokalle asti. Ohjelmaan kuului yhteensä 14 oppituntia kolmen vuoden aikana sekä tupakkaopetusta integroidusti muilla oppitunneilla. Ohjelmassa nuorille annettiin tietoa tupakoinnista ja nikotiiniriippuvuudesta, opetettiin taitoja kieltäytyä tupakasta sosiaalisesta paineesta huolimatta mm. roolileikkien ja videoiden avulla. Ohjelmassa käytettiin apuna nuorille suunnattuja julisteita ja lehtiä, joissa nuoret kertoivat tavoistaan kieltäytyä tupakoinnista. Nuorilla oli mahdollisuus osallistua tupakoimattomuuskilpailuun sekä nuorten vanhemmilla Lopeta ja voita -kilpailuun. Viimeisenä vuonna rippileiritoiminta sekä kouluhammashuolto osallistuivat ohjelmaan. Tällä ehkäisyhankkeella pystyttiin viivästyttämään nuorten tupakoinnin aloittamista.

Yhteystiedot Tutkija Marjaana Pennanen
09-4744 8613
marjaana.pennanen@ktl.fi

EUWEB Tupakan verkkovieroitus – Euroopan maiden eroja ja yhtäläisyyksiä

Verkkovieroitus on viime vuosina kehittynyt yhä keskeisemmäksi menetelmäksi myös tupakan vastaisessa työssä. Mitä Euroopan maissa on

meneillään ja kehitettävää tupakan verkkovieroituksen suhteen, sitä selvitetään KTL:n hankkeessa.

Tupakkavieroitus verkossa EU:n alueella – EU-Web -hanke käynnistyi maaliskuussa 2005 Kansanterveyslaitoksella. Vuoden kestävä hanke on Euroopan vieroituspuhelinten verkon ENQ:n toimeksianto, ja se saa rahoitusta EU:n uudesta kansanterveysohjelmasta. Projekti syntyi tarpeesta saada tietoa eurooppalaisista olemassa olevista tupakkaan liittyvistä verkkovieroituspalveluista. Projektissa on tavoitteena myös kehittää ohjeita ja suuntaviivoja sille, kuinka tehdä vieroitussivusta entistä käytettävämmät, toimivammat ja monipuolisemmat. Hanke on suunnattu ensi sijassa tupakkavieroituksen alalla toimiville organisaatioille ja spesialisteille, mutta myös yleisemmin tupakkapolitiikan toimijoille ja verkkoterveyden asiantuntijoille.

Projektissa on kerätty tietoa ja identifioitu verkkovieroituspalveluita Euroopassa. Tavoitteena on myös toimintavuoden aikana rakentaa verkkovieroituksen palveluntuottajien asiantuntijaverkosto sekä kehittää laatukriteereitä vieroitussivustoille. Tältä pohjalta voidaan rakentaa yleisemminkin arvioinnin edellytyksiä verkossa toteutettavalle kansanterveystyölle.

EU-maiden vieroitussivujen kartoituksessa huomioitiin pääasiassa julkisten palveluntuottajien palvelut, koska kaupalliset palvelut toimivat yleensä viime kädessä tuotemerkkinoinnin päämääriä varten. Toimintaympäristön kartoituksen perusteella verkko on joissain Euroopan maissa vielä varsin vähäisessä mittakaavassa hyödynnetty väline. Itä- ja Etelä-Euroopassa verkkovieroituspalvelut ovat joko täysin tuntemattomia tai ainakin suhteellisen uusi ja alkukehittelyssä oleva ilmiö. Mutta vaikka verkko on alikäytetty resurssi toisaalla, suurimmilla kielillä, kuten englanniksi ja saksaksi, palveluista on jopa ylitarjontaa. Ylitarjonnaksi voitaisiin kutsua tilannetta, jossa kuluttajalla on mahdollisesti vaikeuksia tunnistaa käyttötarkoituksen parasta palvelua useiden samansisältöisten sivustojen joukosta. Tästä johtuen olisi tärkeää varmistaa eri palveluntuottajien kesken, että hakukoneissa löytyvät parhaat palvelut vaivattomasti.

Verkko ylittää myös kansalliset rajat globaalina viestintävälineenä. Tästä syystä suuret maailmankielet ovat automaattisesti hyötyjien asemassa. Esimerkiksi englantilaiset, ranskalaiset ja portugalilaiset pystyvät halutessaan välittömästi klikkaamaan itsensä Atlantin takana tuotetuille

lukuisille sivustoille. Toisaalta pienen Luxemburgin ei kannata rakentaa omaa saittia, kun saksan- ja ranskankielisiä sivustoja löytyy maan kaksikielisille kansalaisille riittämiin muutenkin. Miinuspuoli globaalissa pelissä on, että vertailuasetelmassa pienet kielialueet jäävät itsestään selvästi häviäjän osaan.

Eurooppalaiset vieroitussivustot ovat keskenään hyvinkin erilaisia eivätkä siten suoraan verrattavissa keskenään. Joukosta löytyy tupakoinnin lopettamiseen suunnattuja tietosivustoja, interaktiivisia palveluita sekä molempien yhdistelmiä. Lisäksi löytyy yksittäisiä kampanjoita varten luotuja sivustoja, joiden elinkaari on varsin lyhytikäiseksi tarkoitettu, toisin kuin varsinaisten vieroitussivustojen. Staattisissa tietoa välittävissä nettisivustoissa on suurin piirtein sama toiminta-ajatus kuin painetussa opasteksteissä, eikä niiden kautta voida hyödyntää internetin interaktiivisia ominaisuuksia. Yksilöllisesti räätälöityjen, vuorovaikutteisten verkkopalveluiden on eri tutkimuksissa voitu osoittaa hyödyttävän eniten tupakoinnin lopettajaa, joten niiden kehittäminen ja osuuden lisääminen on ensiarvoisen tärkeää.

EUWeb -projekti kerää loppuvuoden aikana yksityiskohtaisempaa tietoa eurooppalaisten vieroitussivujen tarjoamista palveluista ja sisällöistä. Projekti järjestää myös joulukuussa asiantuntijakokouksen, johon osallistuvat eurooppalaisen kentän verkkovieroitusasiantuntijat. Kerätty tieto ja asiantuntijakeskustelut toimivat perustana verkkovieroitussivustojen laatukriteereille, jotka rakennetaan eurooppalaisten tupakkavieroitusasiantuntijoiden käyttöön.

Terveysaiheisten nettisivujen laatujärjestelmiä
www.hon.ch/honcode/
www.urac.org
http://europa.eu.int/eur-lex/en/com/cnc/2002/com2002_0667en01.pdf
www.discern.org.uk/

Esimerkkejä vieroitussivustoista Euroopassa

Suomi

www.stumppi.fi
www.happi.ws

Alankomaat

www.smokealert.nl
www.stivoro.nl

Iso-Britannia

www.quit.org.uk
www.nonsmoking.org.uk

Ruotsi

www.cancerfonden.se
www.slutarokalinjen.org

Yhteystiedot Projektikoordinaattori
Ellen Tuomaala
09-4744 8397
Ellen.tuomaala@ktl.fi

FINBALT Health Monitor

Yhteistyö Suomen lähialueilla on tärkeä osa Kansanterveyslaitoksen työtä. KTL on tukenut kansallisten terveystietämisen seurantajärjestelmien rakentamista Baltian maissa. Finbalt Health Monitor -yhteistyö aloitettiin Virossa vuonna 1990, Liettuassa 1994 ja Latviassa 1998. KTL:n koordinoimassa Finbalt Health Monitor -projektissa sovelletaan Aikuisväestön terveystietämiskyselyn mukaista mallia. Kyselyn osa-alueita ovat mm. terveystietäminen ja sen muutokset, terveyden edistäminen, terveys ja terveystietämisen käyttö. Joka toinen vuosi tehtyjen kyselyiden tuloksia voidaan seurata maittain, mutta maiden välinen vertailu on mahdollista. Finbalt Health Monitor -mallin mukaisia kyselyitä on tehty myös Pitkärannassa, Karjalan tasavallassa Venäjällä sekä useissa Euroopan siirtymätalouksissa. Uusimmat tulokset Baltian maiden elintavoista perustuvat vuoden 2004 kyselyihin, ja seuraavat kyselykierrokset tehdään vuonna 2006.

Yhteystiedot Erikoistutkija Ritva Prättälä
09-4744 8631
ritva.prattala@ktl.fi
Kotisivu <http://www.ktl.fi/eteo/finbalt/index.html>

FINRISKI

FINRISKI -tutkimuksia on toteutettu Suomessa viiden vuoden välein vuodesta 1972. Tutkimuksien tarkoituksena on seurata kroonisten kansantautiemme riskitekijöiden muutoksia väestössä. Tutkittavat valitaan satunnaisotannalla 25–74-vuotiaasta väestöstä. Otanta tehdään alueellisesti otoksina kuudella eri alueella. FINRISKI – tutkimus muodostaa laajan tutkimuskokonaisuuden, johon elintapojen ja riskien seurannan lisäksi kuuluu useita erillisprojekteja. Vuonna 2002 FINRISKI -tutkimuksessa selvitettiin paitsi tupakointitietoja yleisesti, myös väestön altistumista tupakansavulle työssä ja vapaa-aikana. Seuraava FINRISKi tutkimus toteutetaan vuonna 2007 ja tutkimuksen koordinoimista vastaa Markku Peltonen.

Yhteystiedot Ylilääkäri Tiina Laatikainen
09-4744 8936
tiina.laatikainen@ktl.fi
<http://www.ktl.fi/eteo/finriski02/indexfi.htm>

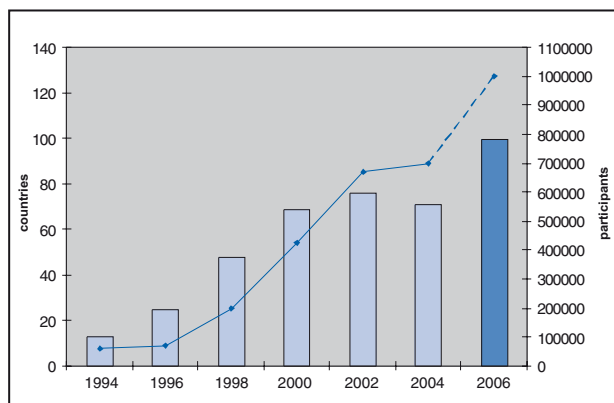
International Quit & Win

International Quit & Win on joka toinen vuosi järjestettävä tupakoinnin lopettamiskilpailu yli 18-vuotiaille.

Tupakoitsijan on pysyttävä tupakoimatta vähintään 4 viikkoa. Voittajat valitaan arvonnalla, ja heidän tupakoimattomuutensa testataan. Voittajien on mahdollista saada kansallisia ja kansainvälisiä palkintoja. Kansainvälinen superpalkinto on USD 10.000.

Kansainvälinen koordinaatiokeskus Kansanterveyslaitoksella tekee seurantatutkimusta aina vuoden kuluttua kilpailusta. Tutkimuksen mukaan keskimäärin joka viides kilpailun osanottaja pysyy tupakoimattomana.

International Quit & Win -kilpailut ovat kasvaneet vuosi vuodelta. Alla on esitetty osallistuvien maiden ja tupakoitsijoiden lukumäärän huima kehitys vuodesta 1994 vuoteen 2004. Seuraava kansainvälinen kilpailu järjestetään toukokuussa 2006.



Pekka Puska, International Quit & Win -kilpailun johtaja, korostaa kilpailun positiivista viestiä: "Kilpailijat voivat voittaa palkinnon, mutta lopettamalla tupakoimisen he voittavat tupakan ja sen aiheuttamat haitat. Jokainen, joka lopettaa tupakoimisen, on voittaja."

Yhteystiedot Projektipäällikkö
Eeva Riitta Vartiainen
09-4744 8634
evar@ktl.fi

Kotisivu <http://www.quitandwin.org/>

Lääkäri ja tupakka -tutkimus

Tutkimuksessa selvitetään suomalaisten lääkärien tupakointia, suhtautumista tupakointiin sekä käytäntöjä potilastyössä vuonna 2006. Tutkimus tehdään yhteistyössä Kuopion yliopiston ja Suomen Lääkäriliiton kanssa.

Lääkärillä on keskeinen rooli terveyden edistämisenä. Jo se, että lääkäri kehottaa lopettamaan, vaikuttaa merkittävästi potilaan tupakointiin. Lisäksi lääkäriellä on tärkeä asema roolimallina ja asiantuntijana yhteiskunnassa.

Tutkimuksen kohteena ovat kaikki Suomen noin 17 000 työikäistä lääkäriä (2006). Tätä tutkimusta varten poimitaan 3 000 lääkärin satunnaisotos. Tutkimus toteutetaan kirjekyselyinä. Projektin koordinoinnista ja tutkimustulosten analysoinnista ja tulkinnasta vastaa Kansanterveyslaitos. Tutkimusaineisto analysoidaan kesän 2006 aikana. Tutkimustuloksista tiedotetaan sekä kansallisesti, että kansainvälisesti sekä lääkäreille että päättäjille.

Hanke tukee kansallista Käypä hoito -suositusta tupakoinnista, nikotiiniriippuvuudesta ja vieroitushoidoista. Kyselyn kautta saadaan tietoa siitä, miten Käypä hoito -suosituksen juurruttaminen on onnistunut. Kyselyyn vastaaminen ja tulosten raportointi aktivoi myös lääkäreitä pohtimaan miten parhaalla tavalla auttaa tupakoivia potilaita lopettamaan sekä minne lähettää tupakoinnin lopettamista haluava potilas, kun oma aika ei riitä koko vieroitusprosessin läpiviemiseksi ja seuraamiseksi.

Yhteystiedot Tutkija Patrick Sandström
09-4744 8325
patrick.sandstrom@ktl.fi

”MAINTAINING AN ADDICT? – Relationship between socio-cultural context and tobacco addiction”

Sosiaalisen ympäristön merkitys tupakointiuran alkuvaiheessa sekä lopettamisessa on suuri, mutta sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät säilyvät tärkeinä myös tupakointiuran muissa vaiheissa, joko heikentämällä tai vahvistamalla tupakointikäyttäytymistä. Tupakointi jakautuu Suomessa sosiaalisen aseman mukaan; mitä alempi sosiaalinen asema, sitä yleisempää on tupakointi. Erot tupakoinnin yleisyydessä koulutus- ja tuloryhmien välillä ovat kasvaneet edelleen viime vuosikymmeninä. Myös tupakan asema yhteiskunnassamme on viime vuosikymmeninä muuttunut ja tupakkapolitiikka on tiukentunut. Tupakoinnista

on tullut vähemmän hyväksyttyä, ja tupakoinnin jatkaminen vaatiikin erilaisten terveysviestien merkityksen rationalisointia omaa tupakointia tukevaksi, suvaitsevuuutta vallitsevia sosiaalisia asenteita kohtaan sekä joustavuutta enemmän kuin aikaisemmin. Tupakointi tai tupakoinnin lopettaminen ei ole irrallinen tapahtuma vaan se kiinnittyy tupakoijan elämäkokemuksiin, sosiaaliseen ympäristöön sekä jokapäiväiseen toimintaan.

Tutkimusprojektin tavoitteena on selvittää suomalaisten tupakointikäyttäytymistä, riippuvuutta ja lopettamista sekä elämäkulun, sosiaalisen ympäristön ja riippuvuuden välisiä suhteita. Projektissa tutkitaan tupakoijaryhmien ominaispiirteitä, muuta terveyskäyttäytymistä ja elämäntilanteita, sekä tupakoitsijoiden ja lopettaneiden käsityksiä ja kokemuksia tupakoinnista ja riippuvuudesta tupakointiuransa eri vaiheissa ja erilaisissa sosiaalisissa ympäristöissä. Tutkimusaineistoksi kerätään etnografinen haastattelu- ja havainnointiaineisto kolmesta yrityksestä.

Tulokset antavat uutta tietoa tupakkariippuvuuden kehittymisen eri vaiheista sekä sosiaalisen ympäristön ja tupakkariippuvuuden välisistä yhteyksistä, mikä lisää mahdollisuuksia kehittää räätälöityjä tupakoinnin ehkäisy- ja lopettamisohjelmia tupakointiuran eri vaiheissa.

Tutkimuksen tulokset julkaistaan kansainvälisinä ja kotimaisina tutkimusartikkeleina, ja ne tulevat osaksi tupakointia käsitteleviä väitöskirjaprojekteja. Tutkimus toteutetaan Kansanterveyslaitoksen ja Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen yhteistyönä. Tutkimuksesta vastaa LT Kristiina Patja Kansanterveyslaitokselta. Tutkimuksen muut tutkijat ovat Piia Jallinoja ja Hanne Heikkinen Kansanterveyslaitokselta sekä Anu Katainen Helsingin yliopiston sosiologian laitokselta.

Yhteystiedot:
Tutkija Hanne Heikkinen
Kansanterveyslaitos, Terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn osasto
09-4744 8636
hanne.heikkinen@ktl.fi

Tutkija Anu Katainen
Helsingin yliopisto, sosiologian laitos
09-191 23891
anu.h.katainen@helsinki.fi

MONICA Data Centre

WHO:n MONICA-projektissa (Multinational MONItoring of trends and determinants in Cardiovascular disease) seurattiin 1980- ja 1990-luvuilla 10 vuoden ajan sydäntautikuolleisuutta ja sairastuvuutta ja niihin vaikuttavia tekijöitä lähes 40 alueen työikäisessä väestössä 21 maassa. Vaikka aineisto on jo kymmenen vuoden takaista, se on edelleen uusinta vertailukelpoista tietoa useimpien seurattujen muuttujien osalta.

Yhteystiedot Yksikön päällikkö
Kari Kuulasmaa
09-4744 8639
kari.kuulasmaa@ktl.fi
Kotisivu <http://www.ktl.fi/monica/>.

MORGAM Data Centre

MORGAM on jatkoa MONICA -projektille. Siinä seurataan MONICA:n riskitekijäkartoituksissa tutkittujen henkilöiden sairastuvuutta sydän- ja verisuonitautiteihin. Tämä mahdollistaa riskitekijöiden merkityksen entistä tarkemman arvioinnin.

Yhteystiedot Yksikön päällikkö
Kari Kuulasmaa
09-4744 8639
kari.kuulasmaa@ktl.fi
Kotisivu <http://www.ktl.fi/morgam/>

Nuorten aikuisten mielenterveystutkimus (NAM)

NAM-tutkimus on Kansanterveyslaitoksen mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osastolla tehty seurantatutkimus, jossa on tutkittu suomalaisten 20–24-vuotiaiden mielenterveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen perusvaihe toteutettiin v. 1990 kyselylomakkein tutkittavien ollessa 15–19-vuotiaita. Seurantavaiheessa v. 1995 jatkotutkimukseen suostuneille lähetettiin uusi kysely ja kyselyvastausten perusteella osa kutsuttiin psykiatriseen haastatteluun.

Tutkimuksen seurantavaiheesta tuotetut raportit ovat keskittyneet mielenterveyshäiriöiden epidemiologiaan. Nuorten aikuisten päihteiden käyttö on ollut yksi tutkimuksen painopistealueista. Tähän liittyen NAM-aineistossa selvitetään tupakoinnin ja mielenterveyshäiriöiden, erityisesti masennuksen, välistä yhteyttä. Lisäksi selvitetään varhaisen päihteiden käytön yhteyttä varhaisaikuisuuden tupakointiin ja muuhun päihdekäyttämiseen.

Yhteystiedot Tutkija Terhi Aalto-Setälä
09-4744 8213
terhi.aalto-setala@ktl.fi

Nuorten aikuisten terveyden ja terveyserojen määrittäjät

Terveyden ja toimintakyvyn osastolla (TTO) käynnistyi syksyllä 2003 Terveys 2000-aineistoon perustuva tutkimushanke, joka selvittää 18–29-vuotiaiden nuorten aikuisten terveyden ja terveyseroihin liittyviä ja niitä määrittäviä tekijöitä elämänkaaren eri vaiheissa. Aiheesta on tekeillä väitöskirja.

Hankkeeseen liittyvässä osatutkimuksessa on tutkittu nuorten aikuisten päivittäisen tupakoinnin määrittäjiä. Tupakointikäyttäytyminen kehittyy elämänkaaren eri vaiheissa: tulosten perusteella lapsuuden elinolot ovat yhteydessä tupakointiin nuorena aikuisuudessa, mutta niiden vaikutus välittyy osin nykyisten elinolojen kautta. Tärkeimpiä päivittäisen tupakoinnin määrittäjiä ovat omien vanhempien tupakointi ja oma koulutus. Koulutusryhmittäiset tupakointierot olivat 2000-luvun alussa nuorilla aikuisilla hyvin jyrkät: enintään perusasteen koulutuksen saaneista lähes puolet, mutta akateemisen korkeasteen suorittaneista vain runsaat 10 % tupakoi päivittäin.

Yhteystiedot Tutkija Laura Kestilä
09-4744 8795
laura.kestila@ktl.fi

Specific determinants perspective to health inequalities (SPEDE)

Spesifit tekijät terveyden eriarvoisuuden selittäjinä on Suomen Akatemian rahoittama v. 2006 käynnistynyt nelivuotinen tutkimus, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa mm. elintapojen merkityksestä sosioekonomisten kuolleisuuserojen syytekijöinä. Tutkimuksessa käytetään Aikuisväestön terveystutkimuskyselyn aineistoja, joihin on yhdistetty rekisteritietoja sosioekonomisista tekijöistä (tulot, ammatti jne.) ja kuolleisuudesta. Tutkimus tuottaa tietoa myös tupakoinnista. Selvitetään esimerkiksi, missä määrin kuolleisuuden sosioekonomiset erot ovat seurausta siitä, että alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä tupakoidaan enemmän kuin ylemmissä.

Yhteystiedot Erikoistutkija Ritva Prättälä
09-4744 8631
ritva.prattala@ktl.fi

Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen (AVTK) -tutkimus

Suomalaisen työikäisen väestön tupakointia kuvaavat tunnusluvut tulevat pääosin Kansanterveyslaitoksen Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen (AVTK) -postikyselytutkimuksesta, jota on toteutettu vuodesta 1978 alkaen vuosittain. Tämän raportin tupakointia koskevat tiedot pohjautuvat pääosin AVTK -seurantaan. Tutkimusaineistoksi on poimittu vuosittain keväällä väestörekisteristä valtakunnallisesti edustava 5 000 henkilön satunnaisotos 15–64-vuotiaista suomalaisista. Vastausprosentti on keskimäärin 73 prosenttia. AVTK -tutkimuksen avulla Kansanterveyslaitos seuraa työikäisen väestön terveyteen vaikuttavien tekijöiden pitkän ja lyhyen aikavälin muutoksia sekä arvioi valtakunnallisten terveystietäytyminen- ja terveydenedistämishojelmien vaikutuksia. Tutkimuksessa seurattavia muita tärkeitä terveystietäytyminen osa-alueita ovat ruokatottumukset, alkoholin käyttö ja liikunta. Terveystietäytyminen seurataan erilaisten taustatekijöiden, kuten iän, sukupuolen, koulutuksen, ammatin ja asuinalueen mukaan. Väestöryhmien välisten elintapaerojen muutoksien seuraaminen on keskeistä terveyden edistämistyössä.

Yhteystiedot Tutkija Satu Helakorpi
09-4744 8616
satu.helakorpi@ktl.fi
<http://www.ktl.fi/eteo/avtk/>

Syrjäytymiskehityksen ehkäisy (SYKE) -koulussa toteutettava masennuksen ja päihdeiden käytön ehkäisyohjelma

SYKE – hanke on peruskoulun viidesluokkalaisille kohdennettu, koulussa toteutettava vuoden mittainen masennuksen ja ahdistuneisuuden ehkäisyohjelma. Hankkeessa käytetään FRIENDS – masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden ehkäisyohjelmaan perustuvaa mallia. Ohjelma toteutetaan kolmessa helsinkiläisessä peruskoulussa, alkaen syksyllä 2006. Hankkeen tarkoituksena on testata miten FRIENDS -ohjelma ja ohjelmassa käytettävät eri mittarit toimivat Suomessa. Mikäli ohjelma ja mittaristo todetaan toteuttamiskelpoiseksi, tarkoitus on tehdä ohjelma- ja kontrolliasetelmalla laajempi lasten ja nuorten masentuneisuuden ehkäisyohjelma pohjautuen FRIENDS -ohjelman menetelmään. Toteutetaan laajemman ohjelman tavoitteena on ehkäistä nuorten syrjäytymistä, masennusta ja ahdistuneisuutta sekä päihdeiden käyttöä, kuten tupa-

kointia. Hanke on yhteistyöprojekti, jossa ovat mukana Kansanterveyslaitos, Helsingin kaupungin opetusvirasto, terveystietäytyminen koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, Klaari Helsingin ehkäisevä nuorten päihdetyö, Helsingin yliopisto, Tampereen yliopisto, Diakonia-ammattikorkeakoulu ja Aseman Lapset ry.

Yhteystiedot Tutkija Marjaana Pennanen
09-4744 8613
marjaana.pennanen@ktl.fi

”Tupakka ja sairaudet” -verkko-opetusmateriaali terveydenhuollon ammattilaisille

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat tärkeässä roolissa, kun pyritään lisäämään väestön halukkuutta ja valmiuksia lopettaa tupakointi tai olla aloittamatta sitä lainkaan.

Kansanterveyslaitos on yhteistyössä Kuopion Yliopiston kanssa valmistanut verkkomateriaalin tupakkasairauksista lähtökohtana lääketieteen erikoisalajat. Oppimateriaali sisältää tietoa tupakan terveystietäytyminen, tupakasta vieroituksesta sekä riippuvuuden synnystä ja mekanismeista. Oppimateriaali sisältää myös verkko-opetuskurssin lääketieteen tiedekunnille käytettäväksi osana perusopetusta. Kurssi sisältää opetusmateriaalin ja mahdollisuuden seminaaripäivän järjestämiseen.

Verkkomateriaali löytyy internetissä www.stumppi.fi -sivuston alta terveydenhuollon ammattilaisille suunnatussa osiossa.

Käypä hoito -suositus tupakasta vieroituksesta on vuodelta 2002 ja nämä materiaalit tukevat sen juurruttamista osaksi terveydenhuollon toimintaa.

Verkkomateriaali ja verkko-opetuskurssi on suunniteltu erityisesti lääkäreille ja lääketieteen opiskelijoille. Opetuskokonaisuus soveltuu kansanterveystieteen opintokokonaisuuteen ja kaikkien kliinisten kurssien tueksi. Projektin seuraavassa vaiheessa tarkoituksena on toteuttaa useiden tieteenalojen ja oppiaineiden yhteinen opetusmateriaali. Verkkomateriaali ja verkko-opetuskurssi muokataan esimerkiksi farmasia- ja sairaanhoitajakoulutukseen sopivaksi.

Yhteystiedot Tutkija Patrick Sandström
09-4744 8325
patrick.sandstrom@ktl.fi

8.2 Työterveyslaitos

Työterveyslaitos tutkii, ohjaa ja valvoo työpaikkojen tupakoimattomuuden kehitystä. Ympäristön tupakansavu määriteltiin vuonna 1995 syöpävaaralliseksi aineeksi. Sille altistuminen ja sen ehkäiseminen ovat merkittävä kansanterveydellinen asia. Työterveyslaitos kerää tietoa tupakkalain uudistusten vaikutuksista työpaikoilla kyselyjen ja mittausten avulla sekä järjestää koulutus- ja tiedotustilaisuuksia työterveyshuollon ja työsuojelun henkilöstöille ja viranomaisille.

Yhteystiedot Professori Kari Reijula
Puhelin: (09) 4747 1
kari.reijula@ttl.fi
Kotisivu <http://www.TTL.fi/UATTL/tutkimus>

8.3 Stakes

Kouluterveyskysely

Kouluterveyskyselyssä kootaan valtakunnallisesti yhtenäisellä menetelmällä tietoa 14–18-vuotiaiden elinoloista, koulukokemuksista, terveydestä ja terveystottumuksista. Tutkimus alkoi vuonna 1995. Kouluterveyskyselyllä tuetaan nuorten terveyttä ja hyvinvointia edistävää työtä, erityisesti koulujen oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon kehittämistä.

Perustulokset raportoidaan kouluittain niille kunnille, jotka osallistuvat kyselyn kustannuksiin. Valtakunnallisia tuloksia esitetään näiden sivujen lisäksi tutkimusraporteissa sekä mm. vuosittain järjestettävillä Kouluterveyspäivillä.

Yhteystiedot Professori Matti Rimpelä
(09) 396 71
matti.rimpela@stakes.fi
Kotisivu <http://www.stakes.fi/kouluterveys/>

Tupakkasairauksien hoitokustannukset Suomessa

Stakesin terveystaloustieteen keskuksen (CHESS) hankkeessa selvitettiin kuinka paljon kolmesta merkittävästä tupakkataudista, keuhkosityövästä, sydäninfarktista ja keuhkohtaumataudista, aiheutuu lisähoitokustannuksia tupakoinnin seurauksena. Eliniän aikaiset lisähoitokustannukset arvioitiin keskimäärin tupakoitsijaa kohti. Lisäkustannusten kokonaismäärä arvioitiin väestötasolla vuoden 2004 tupakoinnin yleisyyden perusteella. Analyysit osoittavat myös kuinka paljon näitä kustannuksia on mahdollista tupakoinnin lopettamisella säästää.

Yhteystiedot Tutkimusprofessori
Markku Pekurinen
(09) 396 7 2630
Markku.pekurinen@stakes.fi

8.4 Tampereen yliopisto

Nuorten terveystapatutkimus

Nuorten terveystapatutkimus (NTTT) on vuonna 1977 aloitettu monitieteellinen tutkimusohjelma, jossa seurataan 12–18-vuotiaiden nuorten terveyttä ja terveystottumuksia valtakunnallisin postikyselyin joka toinen vuosi.

Alun perin ensisijaisesti tupakkalain vaikutuksia seurannut tutkimus on vähitellen laajentunut kattamaan yhä useampia terveystottumuksia, biologista kypsymistä ja koettua terveyttä. Keskeisenä kiinnostuksen kohteena ovat terveyden ja terveystottumusten sosiaaliset erot ja niiden muutokset.

Tutkimusohjelma on vakiintunut nuorten terveystottumuksia ja terveyttä koskevaksi valtakunnalliseksi tietojärjestelmäksi, joka tuottaa ajallisesti eräät maailman pisimmistä, useita nuorten tottumuksia koskevista aikasarjoista.

Yhteystiedot Professori Arja Rimpelä
03-215 6802
arja.rimpela@uta.fi
Kotisivu www.uta.fi/laitokset/tsph/nedis

8.5 Kuopion yliopisto

Hoitotieteen laitos

Hoitotieteen laitoksen tutkimuksen ja opetuksen painopiste on preventiivisessä hoitotieteessä ja terveyden edistämisessä. Tutkimuksen keskeisenä tavoitteena on lasten, nuorten ja perheiden terveysilmiöiden tarkastelu kansallisesti ja kansainvälisesti. Yhtenä painopistealueena on tupakoimattomuuden edistäminen ja tupakoinnin aloittamisen ehkäisy koulu yhteisöissä. Koulujen tupakoimattomuutta edistävän terveysopetuksen ja lasten ja nuorten terveysoppimisen toteuttamista tarkastellaan interventio- ja toimintatutkimusasetelmissä sekä poikkileikkaus- ja pitkätaistutkimuksina.

Tarkasteltavina ovat oppilaiden ohella koulu yhteisön rakenteelliset, tupakoimattomuutta tukevat toimenpiteet (esim. tupakoimattomuus-toimintasuunnitelma, tupakkalain toteutuminen, henkilöstön tupakoimattomuus työhyvinvoinnin osana). Tutkimustietoa hankitaan sekä määrälli-

sesti että laadullisesti kyselylomakkeilla, yksilö- ja ryhmähaasteluilla ja aihealuekirjoituksilla eri kohderyhmiltä.

WHO:n koordinoima European Network of Health Promoting Schools (ENHPS) ohjelma ja sen kansainvälinen tutkijaverkosto tarjoavat tupakoimattomuus- ja terveyden edistämistutkimustiedon vaihtoon ja hankkeiden kehittämiseen asiantuntevan pitkäkestoisen yhteistyöfoorumin. ENHPS kehittämis- ja tutkimusohjelmassa valmistuu vuosittain useita opinnäytetöitä ja julkaisuja hoitotieteen laitoksella.

Yhteystiedot Professori Kerttu Tossavaine
017-162612
Kerttu.Tossavainen@uku.fi

9 TUPAKOIMATTOMUUDEN EDISTÄMISTYÖTÄ TEKEVIÄ JÄRJESTÖJÄ

Järjestöt ja yhdistykset tekevät tärkeää työtä tupakoimattomuuden edistämiseksi. Järjestöillä on omat erityistavoitteensa, joiden mukaisesti ne toimivat tupakoimattomuuden edistämistyössä. Järjestöt muodostavat tupakoimattomuuden edistämisessä tärkeän verkoston, joka ylläpitää keskustelua ja toimintaa eri toimijoiden, kuten kuntien ja tutkimuslaitosten kanssa. Lainsäädännön kehitystyössä järjestöt tekevät aloitteita ja tukevat tupakkalainsäädännön kehitystyötä. Järjestöillä on suora yhteys erilaisiin sidosryhmiin, joiden näkökulma on tarpeen laajemman terveyden edistämisen näkökulman hahmottamisessa. Järjestöt jakavat tietoa jäsenilleen ja toimivat usein paikallistasolla vaikuttajina. Järjestöjen

toiminta muokkaa myös merkittävästi tupakoinnin julkista kuvaa olemalla monipuolisesti mukana kansalaistoiminnassa. Ne järjestävät myös erilaisia kampanjoita asenteiden muokkaamiseksi.

Järjestöt kehittävät uusia toimintamalleja ja menetelmiä tupakoimattomuuden edistämistyöhön ja tupakasta vieroitukseen. Tällaisia hankkeita ovat mm. valtakunnallinen tupakkaneuvontapuhelin Stumppi-puhelin, josta vastaa Hengitysliitto Heli ry. Vuonna 2002 alkoi Tupakasta vieroituksen Käypä Hoito – suositusten jalkauttamisprojekti Hengitysliitto Heli ry:n ja Terveys ry:n toimesta. Tupakoimattomuuden tuominen potilasjärjestöjen omaan toimintaan edistää tupakasta vieroitusta erityisesti niillä henkilöillä, joilla on jo vakava tupakkasairaus tai muu sairaus, jota tupakointi pahentaa.

Tupakoinnin ennalta ehkäisyssä järjestöjen rooli on merkittävä. Esimerkiksi nuorten tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn tähtääviä hankkeita ovat mm. Terveys ry:n järjestämät tupakoimattomuuskilpailut (Smoke Free – kilpailut) sekä useat viestintäkampanjat, joita Suomen Syöpäjärjestöt ry toteuttavat. Yhteistyö liikuntajärjestöjen ja opetusalan järjestöjen kanssa on tärkeää. Lisäksi järjestöt ovat mukana ehkäisyyn liittyvässä tutkimuksessa.

Yhteistyössä eri järjestöjen kesken on kehitetty myös tupakoinnin nettivieroituspalveluita. Aikuisten tupakoinnista vieroitusnettisivuja ylläpitää Hengitysliitto Heli ry (www.stumppi.fi) ja nuorten sivustoja (www.happi.ws) Suomen Syöpäjärjestöt ry.

Tupakoimattomuuden edistämistyötä tekeviä järjestöjä:

A-klinikkasäätiö
Fredrikinkatu 20 B 18
00120 Helsinki
<http://www.a-klinikka.fi/>
email: tiedotus@a-klinikka.fi

Allergia- ja Astmaliitto ry
Paciuksenkatu 19
00270 Helsinki
<http://www.allergia.com/>

ETRA-liitto ry
Annankatu 7 C 24
00120 Helsinki
<http://www.etra-liitto.fi>
email: etra@sdafin.org

Filha ry
Sibeliuksenkatu 11 A 1
00250 Helsinki
<http://www.filha.fi/>

Finlands Svenska Nykterhetsförbund –
Motorförarnas Helnykterhetsförbund r.f.
Tegelbruksgatan 47
65100 Vasa
<http://www.fsn-mhf.fi/>

Finlands Svenska Ungdomsförbund rf.
Nylandsgatan 17 B 27
00120 Helsinki
<http://www.fsu.fi/>
email: fsu@fsu.fi

Hengitys ja Terveys ry
Sibeliuksenkatu 11 A 1
00250 Helsinki
<http://www.filha.fi/>

Hengityслиitto Heli ry
Oltermannintie 8
PL 40
00621 Helsinki
<http://www.hengityслиitto.fi/>

Huoltoliitto ry
Runeberginkatu 60 A
00260 Helsinki
<http://www.huoltoliitto.fi/>
email: keskustoimisto@huoltoliitto.fi

Irti Tupakasta ry
PL 49
33541 Tampere

Kristillinen raittiusliitto
Vuorikatu 7
15100 Lahti

Kristillinen Terveys- ja Raittiusjärjestö ry, KTR
PL 6
00781 Helsinki

Liikuntatieteellinen Seura ry
Olympiastadion, eteläkaarre
00250 Helsinki
<http://www.stadion.fi/LTS/>
email: lts@stadion.fi

Lounais-Suomen Syöpäyhdistys ry./SATASET
Seiskarinkatu 35
20900 TURKU
<http://www.lssy.fi>

Lääkärin sosiaalinen vastuu ry
Patrick Sandström
PL 722
00101 Helsinki
<http://www.lsv.fi>

Mannerheimin Lastensuojeluliitto ry
Ruusulankatu 10
00260 Helsinki
<http://www.mll.fi/>
email: mll@mll.fi

Non Fighting Generation
Kivensilmänkuja 2
00920 Helsinki
<http://www.nfg.fi/>

Nuori Suomi ry
Radiokatu 20
00240 Helsinki
<http://www.nuorisuomi.fi/>

Nuorisopalvelu Yöjalka ry
Vihdintie 4-6
03100 Nummela
<http://members.surfeu.fi/yojalka/alku.htm>
email: yojalka@sanet.fi

Pohjois-Karjalan kansanterveys ry
Siltakatu 10 A 16
80100 Joensuu
<http://www.lopetajavoita.fi>
pkprojekti@kolumbus.fi

Raittiuden ystävät ry
Annankatu 29 A 9
00100 Helsinki
<http://www.raitis.fi/>

Samfundet Folkhälsan
Topeliusgatan 20
00250 Helsinki
www.folkhalsan.fi

Sininauhaliitto
Krämerintie 2
00620 Helsinki
<http://www.sininauhaliitto.fi/>

Sisäilmayhdistys ry
PL 25
02131 Espoo
<http://www.sisailmayhdistys.fi/>

Suomen Apteekkariliitto
Pieni Roobertinkatu 14 C
00120 Helsinki
<http://www.apteekkariliitto.fi/>

Suomen Elämäntapaliitto ry
Hämeentie 8 A
00530 Helsinki
<http://www.elamantapaliitto.fi/>
email: elo@elamantapaliitto.fi

Suomen Kuntourheiluliitto ry
Arabianranta 6
00560 Helsinki

Opiskelijoiden Liikuntaliitto
Olympiastadion, Eteläkaarre
00250 Helsinki
<http://www.opiskelijaliikunta.fi/oll>
email: oll@oll.fi

RYUL(Raittiuden Ystävien Urheiluliitto)
Teuvo Munkki
Lauttakylänkatu 17 A6
32700 Huittinen
<http://www.raitis.fi/liitot/ryul/ryul.shtml>

Romano Missio ry
Vilppulantie 2 C 4
00700 Helsinki
<http://www.romanomissio.fi/>
email: toimisto@romanomissio.fi

Savuton Suomi - Polttamaton Pohjanmaa
Tiilitehtaankatu 23 B 13
65100 Vaasa

Sininuorisoliitto
Annankatu 29 A 9
00100 Helsinki
<http://www.raitis.fi/sinuli/>
email: sinuli@raitis.fi

Sosiaalilääketieteen yhdistys
PL 598
00101 Helsinki
<http://pro.tsv.fi/sly>

Suomen ASH ry
Olympiastadion, Eteläkaarre, A-porras
00250 Helsinki
<http://www.suomenash.fi>

Suomen Hammaslääkäriliitto ry
Fabianinkatu 9 B
00130 Helsinki
<http://www.hammasll.fi/>
email: hammas@fimnet.fi

Suomen Latu ry
Fabianinkatu 7
00130 Helsinki

<http://www.kunto.to/>
email: info@kunto.info

Suomen Liikunta ja Urheilu ry
Radiokatu 20, 7.krs
00240 Helsinki
<http://www.slu.fi/>

Suomen Palloliitto
Finnair Stadium, Urheilukatu 5
PL 191
00251 Helsinki
<http://www.palloliitto.fi/>

Suomen Sydänliitto
PL 50
00621 Helsinki
<http://www.sydanliitto.fi/>
sydanliitto@sydanliitto.fi

Suomen Terveystieteiden Seuran (STHL) ry
Pohjoisranta 4
00170 Helsinki
<http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/>

Suomen Vanhempainliitto
Mariankatu 28 B 5
00170 Helsinki
<http://www.suomenvanhempainliitto.fi/>
email: toimisto@suomenvanhempainliitto.fi

Suomen Terveystieteiden Seuran (STHL) ry
Asemamiehenkatu 4, Helsinki
P1 90
00060 TEHY
<http://www.health.fi/hammas/>

Terveystieteiden Seuran (STHL) ry
Karjalankatu 2 C 63
00520 Helsinki
<http://www.health.fi/>

Terveystieteiden Seuran (STHL) ry
Hitsaajankatu 9 A, 7. krs
00810 Helsinki
<http://www.terveysry.fi/>

Ålands Cancerförening rf
Nyfahlers
Skarpansvägen 30
22100 Mariehamn
<http://www.cancer.aland.fi/>

<http://www.suomenlatu.fi/>
email: info@suomenlatu.fi

Suomen Lääkäriliitto
PL 49
00501 Helsinki
<http://www.laakariliitto.fi/>
email: laakariliitto@fimnet.fi

Suomen Reumaliitto ry
Iso Roobertinkatu 20-22 A
00120 Helsinki
<http://www.reumaliitto.fi/>
email: info@reumaliitto.fi

Suomen Syöpäyhdistys ry
Liisankatu 21 B
00170 Helsinki
<http://www.cancer.fi/>

Suomen Työväen Urheiluliitto TUL ry
Paasivuorenkatu 4-6 A
PL 315
00531 Helsinki
<http://www.tul.fi/>
email: tul@tul.fi

Suomen Vapaa Romanilähetys ry
Kantelettarencuja 3
00420 Helsinki

Svenska Finlands Idrottsförbund SFI r.f.
Nokiavägen 2-4
00510 Helsingfors
<http://www.cif.fi/sfi.htm>

Tehy ry
Asemamiehenkatu 4, Helsinki
PL 10
00060 TEHY
<http://www.tehy.fi/>

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö
Töölönkatu 37 A
00260 Helsinki
<http://www.yths.fi/>

10 SUOMALAISTEN TUPAKOINTIIN LIITTYVÄT TUTKIMUSJULKAISUT VUOSINA 2002-2006

Suomalainen tupakkaan ja tupakointiin sekä tupakkasairauksiin kohdistuva tutkimus on monipuolista ja kansainvälisesti korkeatasoista. Ohessa on lista vuodesta 2002 helmikuuhun 2006 julkaistut tutkimuksen, jotka haettu PubMed ja PsycINFO tietokannasta hakusanoilla smoking and/or tobacco and Finland

Lista sisältää tutkimuksia, joissa tupakka on osa tutkimusta esim. riskitekijänä.

1. Aarnio M, Winter T, Kujala U, Kaprio J. Associations of health related behaviour, social relationships, and health status with persistent physical activity and inactivity: a study of Finnish adolescent twins. *Br J Sports Med* 2002; **36**:360-4.
2. Ahlberg J, Savolainen A, Rantala M, Lindholm H, Kononen M. Reported bruxism and biopsychosocial symptoms: a longitudinal study. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2004 Aug;**32**(4):307-11.
3. Aijo M, Heikkinen E, Schroll M, Steen B. Physical activity and mortality of 75-year-old people in three Nordic localities: a five-year follow-up. *Aging Clin Exp Res* 2002; **14**:83-9.
4. Aira M, Kauhanen J, Larivaara P, Rautio P. Differences in brief interventions on excessive drinking and smoking by primary care physicians: qualitative study. *Prev Med.* 2004 Apr;**38**(4):473-8.
5. Auvinen A, Pukkala E, Hyvonen H, Hakama M, Rytomaa T. Cancer incidence among Finnish nuclear reactor workers. *J Occup Environ Med* 2002; **44**:634-8.
6. Barengo NC, Sandstrom HP, Jormanainen VJ, Myllykangas MT. Attitudes and behaviours in smoking cessation among general practitioners in Finland 2001. *Soz Praventivmed.* 2005;**50**(6):355-60.
7. Boffetta P, Burstyn I, Partanen T, Kromhout H, Svane O, Langard S, Jarvholm B, Frentzel-Beyme R, Kauppinen T, Stucker I, Shaham J, Heederik D, Ahrens W, Bergdahl IA, Cenee S, Ferro G, Heikkila P, Hooiveld M, Johansen C, Randem BG, Schill W. Cancer mortality among European asphalt workers: an international epidemiological study. I. Results of the analysis based on job titles. *Am J Ind Med* 2003; **43**:18-27.
8. Bray F, Sankila R, Ferlay J, Parkin DM. Estimates of cancer incidence and mortality in Europe in 1995. *Eur J Cancer* 2002; **38**:99-166.
9. Burstyn I, Boffetta P, Heederik D, Partanen T, Kromhout H, Svane O, Langard S, Frentzel-Beyme R, Kauppinen T, Stucker I, Shaham J, Ahrens W, Cenee S, Ferro G, Heikkila P, Hooiveld M, Johansen C, Randem BG, Schill W. Mortality from obstructive lung diseases and exposure to polycyclic aromatic hydrocarbons among asphalt workers. *Am J Epidemiol* 2003; **158**:468-78.
10. Colbert LH, Hartman TJ, Tangrea JA, Pietinen P, Virtamo J, Taylor PR, Albanes D. Physical activity and lung cancer risk in male smokers. *Int J Cancer* 2002; **98**:770-3.
11. Conigrave KM, Degenhardt LJ, Whitfield JB, Saunders JB, Helander A, Tabakoff B. CDT, GGT, and AST as markers of alcohol use: the WHO/ISBRA collaborative project. *Alcohol Clin Exp Res* 2002; **26**:332-9.
12. Devlin E, Anderson S, Hastings G, Macfadyen L. Targeting smokers via tobacco product labelling: opportunities and challenges for Pan European health promotion. *Health Promot Int.* 2005 Mar;**20**(1):41-9. Epub 2005 Jan 28.
13. de Vries H, Dijk F, Wetzels J, Mudde A, Kremers S, Ariza C, Vitoria PD, Fielder A, Holm K, Janssen K, Lehtovuori R, Candel M. The European Smoking prevention Framework Approach (ESFA): effects after 24 and 30 months. *Health Educ Res.* 2006 Feb;**21**(1):116-132. Epub 2005 Aug 8.
14. de Vries H, Mudde A, Kremers S, Wetzels J, Uiters E, Ariza C, Vitoria PD, Fielder A, Holm K, Janssen K, Lehtovuori R, Candel M. The European Smoking Prevention Framework Approach (ESFA): short-term effects. *Health Educ Res.* 2003 Dec;**18**(6):649-63; discussion 664-77.
15. Fallon UB, Virtamo J, Young I, McMaster D, Ben-Shlomo Y, Wood N, Whitehead AS, Smith GD. Homocysteine and cerebral infarction in Finnish male smokers. *Stroke* 2003; **34**:1359-63.
16. Fuentes RM, Perola M, Nissinen A, Tuomilehto J. ACE gene and physical activity, blood pressure, and hypertension: a population study in Finland. *J Appl Physiol* 2002; **92**:2508-12.

17. Giskes K, Kunst AE, Benach J, Borrell C, Costa G, Dahl E, Dalstra JA, Federico B, Helmert U, Judge K, Lahelma E, Mousa K, Ostergren PO, Platt S, Prattala R, Rasmussen NK, Mackenbach JP. Trends in smoking behaviour between 1985 and 2000 in nine European countries by education. *J Epidemiol Community Health*. 2005 May; **59**(5):395-401.
18. Gissler M, Pakkanen M, Olausson PO. Fertility and perinatal health among Finnish immigrants in Sweden. *Soc Sci Med* 2003; **57**:1443-54.
19. Gissler M, Merilainen J, Vuori E, Hemminki E. Register based monitoring shows decreasing socioeconomic differences in Finnish perinatal health. *J Epidemiol Community Health* 2003; **57**:433-9.
20. Golomb BA, Tenkanen L, Alikoski T, Niskanen T, Manninen V, Huttunen M, Mednick SA. Insulin sensitivity markers: predictors of accidents and suicides in Helsinki Heart Study screenees. *J Clin Epidemiol* 2002; **55**:767-73.
21. Griesbach D, Amos A, Currie C. Adolescent smoking and family structure in Europe. *Soc Sci Med* 2003; **56**:41-52.
22. Haara MM, Manninen P, Kroger H, Arokoski JP, Karkkainen A, Knekt P, Aromaa A, Heliovaara M. Osteoarthritis of finger joints in Finns aged 30 or over: prevalence, determinants, and association with mortality. *Ann Rheum Dis* 2003; **62**:151-8.
23. Haddy N, De Bacquer D, Chemaly MM, Maurice M, Ehnholm C, Evans A, Sans S, Do Carmo Martins M, De Backer G, Siest G, Visvikis S. The importance of plasma apolipoprotein E concentration in addition to its common polymorphism on inter-individual variation in lipid levels: results from Apo Europe. *Eur J Hum Genet* 2002; **10**:841-50.
24. Harrela M, Qiao Q, Koistinen R, Tuomilehto J, Nissinen A, Seppala M, Leinonen P. High serum insulin-like growth factor binding protein-1 is associated with increased cardiovascular mortality in elderly men. *Horm Metab Res* 2002; **34**:144-9.
25. Hartman TJ, Taylor PR, Alfthan G, Fagerstrom R, Virtamo J, Mark SD, Virtanen M, Barrett MJ, Albanes D. Toenail selenium concentration and lung cancer in male smokers (Finland). *Cancer Causes Control* 2002; **13**:923-8.
26. Heinikainen M, Vehkalahti M, Murtomaa H. Influence of patient characteristics on Finnish dentists' decision-making in implant therapy. *Implant Dent* 2002; **11**:301-7.
27. Heinonen S, Saarikoski S. Reproductive risk factors, pregnancy characteristics and obstetric outcome in female doctors. *Bjog* 2002; **109**:261-4.
28. Helakorpi S, Martelin T, Torppa J, Patja K, Vartiainen E, Uutela A. Did Finland's Tobacco Control Act of 1976 have an impact on ever smoking? An examination based on male and female cohort trends. *J Epidemiol Community Health*. 2004 Aug; **58**(8):649-54.
29. Helgason AR, Lund KE. General practitioners' perceived barriers to smoking cessation-results from four Nordic countries. *Scand J Public Health* 2002; **30**:141-7.
30. Heloma A, Nurminen M, Reijula K, Rantanen J. Smoking prevalence, smoking-related lung diseases, and national tobacco control legislation. *Chest*. 2004 Dec; **126**(6):1825-31.
31. Heloma A, Jaakkola MS. Four-year follow-up of smoke exposure, attitudes and smoking behaviour following enactment of Finland's national smoke-free workplace law. *Addiction* 2003; **98**:1111-7.
32. Hemminki K, Li X. Cancer risks in Nordic immigrants and their offspring in Sweden. *Eur J Cancer* 2002; **38**:2428-34.
33. Hiilamo HT. Tobacco control implications of the first European product liability suit. *Tob Control*. 2005 Feb; **14**(1):22-30.
34. Hiilamo H. Tobacco industry strategy to undermine tobacco control in Finland. *Tob Control*. 2003 Dec; **12**(4):414-23.
35. Holick CN, Michaud DS, Stolzenberg-Solomon R, Mayne ST, Pietinen P, Taylor PR, Virtamo J, Albanes D. Dietary carotenoids, serum beta-carotene, and retinol and risk of lung cancer in the alpha-tocopherol, beta-carotene cohort study. *Am J Epidemiol* 2002; **156**:536-47.
36. Houterman S, Boshuizen HC, Verschuren WM, Giampaoli S, Nissinen A, Menotti A, Kromhout D. Predicting cardiovascular risk in the elderly in different European countries. *Eur Heart J* 2002; **23**:294-300.
37. Huittinen T, Leinonen M, Tenkanen L, Virkkunen H, Manttari M, Palosuo T, Manninen V, Saikku P. Synergistic effect of persistent Chlamydia pneumoniae infection, autoimmunity, and inflammation on coronary risk. *Circulation* 2003; **107**:2566-70.

38. Huovinen E, Kaprio J, Koskenvuo M. Factors associated to lifestyle and risk of adult onset asthma. *Respir Med* 2003; **97**:273-80.
39. Huurre TM, Aro HM. Long-term psychosocial effects of persistent chronic illness. A follow-up study of Finnish adolescents aged 16 to 32 years. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; **11**:85-91.
40. Huurre T, Aro H, Rahkonen O. Well-being and health behaviour by parental socioeconomic status: a follow-up study of adolescents aged 16 until age 32 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; **38**:249-55.
41. Hyyppa MT, Maki J, Impivaara O, Aromaa A. Leisure participation predicts survival: a population-based study in Finland. *Health Promot Int*. Epub 2005 Dec 7. 2006 Mar; **21**(1):5-12.
42. Jaakkola JJ, Gissler M. Maternal smoking in pregnancy as a determinant of rheumatoid arthritis and other inflammatory polyarthropathies during the first 7 years of life. *Int J Epidemiol*. 2005 Jun; **34**(3):664-71. Epub 2005 Jan 13.
43. Jartti L, Raitakari OT, Kaprio J, Jarvisalo MJ, Toikka JO, Marniemi J, Hammar N, Luotolahti M, Koskenvuo M, Ronnema T. Increased carotid intima-media thickness in men born in east Finland: a twin study of the effects of birthplace and migration to Sweden on subclinical atherosclerosis. *Ann Med* 2002; **34**:162-70.
44. Johnsson T, Tuomi T, Hyvarinen M, Svinhufvud J, Rothberg M, Reijula K. Occupational exposure of non-smoking restaurant personnel to environmental tobacco smoke in Finland. *Am J Ind Med* 2003; **43**:523-31.
45. Jousilahti P, Salomaa V, Hakala K, Rasi V, Vahtera E, Palosuo T. The association of sensitive systemic inflammation markers with bronchial asthma. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; **89**:381-5.
46. Jousilahti P, Helakorpi S. Prevalence of exposure to environmental tobacco smoke at work and at home--15-year trends in Finland. *Scand J Work Environ Health* 2002; **28**:16-20.
47. Jousilahti P, Vartiainen E, Alho H, Poikolainen K, Sillanaukee P. Opposite associations of carbohydrate-deficient transferrin and gamma-glutamyltransferase with prevalent coronary heart disease. *Arch Intern Med* 2002; **162**:817-21.
48. Jousilahti P, Patja K, Salomaa V. Environmental tobacco smoke and the risk of cardiovascular disease. *Scand J Work Environ Health* 2002; **28**:41-51.
49. Jousilahti P, Salomaa V, Rasi V, Vahtera E, Palosuo T. Association of markers of systemic inflammation, C reactive protein, serum amyloid A, and fibrinogen, with socioeconomic status. *J Epidemiol Community Health* 2003; **57**:730-3.
50. Jousilahti P, Tuomilehto J, Rastenyte D, Vartiainen E. Headache and the risk of stroke: a prospective observational cohort study among 35,056 Finnish men and women. *Arch Intern Med* 2003; **163**:1058-62.
51. Juvela S. Natural history of unruptured intracranial aneurysms: risks for aneurysm formation, growth, and rupture. *Acta Neurochir Suppl* 2002; **82**:27-30.
52. Kalela A, Koivu TA, Hoyhtya M, Jaakkola O, Lehtimaki T, Sillanaukee P, Nikkari ST. Association of serum MMP-9 with autoantibodies against oxidized LDL. *Atherosclerosis* 2002; **160**:161-5.
55. Kaltiala-Heino R, Marttunen M, Rantanen P, Rimpela M. Early puberty is associated with mental health problems in middle adolescence. *Soc Sci Med* 2003; **57**:1055-64.
56. Karikoski A, Murtomaa H. Periodontal treatment needs in a follow-up study among adults with diabetes in Finland. *Acta Odontol Scand* 2003; **61**:6-10.
57. Karpansalo M, Manninen P, Lakka TA, Kauhanen J, Rauramaa R, Salonen JT. Physical workload and risk of early retirement: prospective population-based study among middle-aged men. *J Occup Environ Med* 2002; **44**:930-9.
58. Kastarinen M, Tuomilehto J, Vartiainen E, Jousilahti P, Nissinen A, Puska P. Smoking trends in hypertensive and normotensive Finns during 1982-1997. *J Hum Hypertens* 2002; **16**:299-303.
59. Katja R, Paivi AK, Marja-Terttu T, Pekka L. Relationships among adolescent subjective well-being, health behavior, and school satisfaction. *J Sch Health* 2002; **72**:243-9.
60. Kauppinen TP, Virtanen SV. Exposure to environmental tobacco smoke in Finland in 2000. *Scand J Work Environ Health* 2002; **28**:7-15.
61. Kempainen L, Jokelainen J, Isohanni M, Jarvelin MR, Rasanen P. Predictors of fe-

- male criminality: findings from the Northern Finland 1966 birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; **41**:854-9.
62. Kemppainen U, Tossavainen K, Vartiainen E, Pantelejev V, Puska P. Smoking patterns among ninth-grade adolescents in the Pitkaranta district (Russia) and in eastern Finland. *Public Health Nurs* 2002; **19**:30-9.
 63. Keski-Rahkonen A, Kaprio J, Rissanen A, Virkkunen M, Rose RJ. Breakfast skipping and health-compromising behaviors in adolescents and adults. *Eur J Clin Nutr* 2003; **57**:842-53.
 64. Kiiskinen U, Vartiainen E, Puska P, Pekurinen M. Smoking-related costs among 25 to 59 year-old males in a 19-year individual follow-up. *Eur J Public Health* 2002; **12**:145-51.
 65. Kirkkola AL, Virjo I, Isokoski M, Mattila K. Oral contraceptives: views among primary health-care physicians and the general population. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2002; **7**:100-4.
 66. Kivimäki M, Vahtera J, Virtanen M, Elovainio M, Pentti J, Ferrie JE. Temporary Employment and Risk of Overall and Cause-specific Mortality. *Am J Epidemiol* 2003; **158**:663-8.
 67. Knuutinen A, Kokkonen N, Risteli J, Vahakangas K, Kallioinen M, Salo T, Sorsa T, Oikarinen A. Smoking affects collagen synthesis and extracellular matrix turnover in human skin. *Br J Dermatol* 2002; **146**:588-94.
 68. Kohvakka A, Palmroos P, Koivu TA, Roto P, Uitti J, Sillanaukea P, Alho H, Oksa P, Nikkari ST. Trends in serum cholesterol and lifestyle indicators in Members of the Finnish Parliament. *Public Health* 2003; **117**:11-4.
 69. Koivumaa-Honkanen H, Honkanen R, Koskenvuo M, Kaprio J. Self-reported happiness in life and suicide in ensuing 20 years. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; **38**:244-8.
 70. Koivusilta L, Arja R, Andres V. Health behaviours and health in adolescence as predictors of educational level in adulthood: a follow-up study from Finland. *Soc Sci Med* 2003; **57**:577-93.
 71. Koivusilta L, Honkala S, Honkala E, Rimpela A. Toothbrushing as part of the adolescent lifestyle predicts education level. *J Dent Res* 2003; **82**:361-6.
 72. Koivusilta L, Lintonen T, Rimpela A. Mobile phone use has not replaced smoking in adolescence. *Bmj* 2003; **326**:161.
 73. Koistinen KJ, Edwards RD, Mathys P, Ruuskanen J, Kunzli N, Jantunen MJ. Sources of fine particulate matter in personal exposures and residential indoor, residential outdoor and workplace microenvironments in the Helsinki phase of the EXPOLIS study. *Scand J Work Environ Health*. 2004;**30** Suppl 2:36-46.
 74. Korhonen T, Ketola R, Toivonen R, Luukkonen R, Hakkanen M, Viikari-Juntura E. Work related and individual predictors for incident neck pain among office employees working with video display units. *Occup Environ Med* 2003; **60**:475-82.
 75. Korpilahde T, Heliovaara M, Knekt P, Marniemi J, Aromaa A, Aho K. Smoking history and serum cotinine and thiocyanate concentrations as determinants of rheumatoid factor in non-rheumatoid subjects. *Rheumatology (Oxford)*. 2004 Nov;**43**(11):1424-8. Epub 2004 Aug 24.
 76. Korpilahde T, Heliovaara M, Kaipiainen-Seppänen O, Knekt P, Aho K. Regional differences in Finland in the prevalence of rheumatoid factor in the presence and absence of arthritis. *Ann Rheum Dis* 2003; **62**:353-5.
 77. Koskinen K, Pukkala E, Martikainen R, Reijula K, Karjalainen A. Different measures of asbestos exposure in estimating risk of lung cancer and mesothelioma among construction workers. *J Occup Environ Med* 2002; **44**:1190-6.
 78. Koskinen K, Pukkala E, Reijula K, Karjalainen A. Incidence of cancer among the participants of the Finnish Asbestos Screening Campaign. *Scand J Work Environ Health* 2003; **29**:64-70.
 79. Kotaniemi JT, Pallasaho P, Sovijärvi AR, Laitinen LA, Lundback B. Respiratory symptoms and asthma in relation to cold climate, inhaled allergens, and irritants: a comparison between northern and southern Finland. *J Asthma* 2002; **39**:649-58.
 80. Kotimaa AJ, Moilanen I, Taanila A, Ebeling H, Smalley SL, McGough JJ, Hartikainen AL, Jarvelin MR. Maternal smoking and hyperactivity in 8-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; **42**:826-33.
 81. Krishnan E, Sokka T, Hannonen P. Smoking-gender interaction and risk for rheu-

- matoid arthritis. *Arthritis Res Ther* 2003; **5**:R158-62.
82. Kujala UM, Kaprio J, Koskenvuo M. Modifiable risk factors as predictors of all-cause mortality: the roles of genetics and childhood environment. *Am J Epidemiol* 2002; **156**:985-93.
 83. Kurl S, Tuomainen TP, Laukkanen JA, Nyyssonen K, Lakka T, Sivenius J, Salonen JT. Plasma vitamin C modifies the association between hypertension and risk of stroke. *Stroke* 2002; **33**:1568-73.
 84. Kurl S, Laukkanen JA, Rauramaa R, Lakka TA, Sivenius J, Salonen JT. Cardiorespiratory fitness and the risk for stroke in men. *Arch Intern Med* 2003; **163**:1682-8.
 85. Kuuppelomaki M, Utriainen P. A 3 year follow-up study of health care students' sense of coherence and related smoking, drinking and physical exercise factors. *Int J Nurs Stud* 2003; **40**:383-8.
 86. Laaksonen M, Lahelma E, Prattala R. Associations among health-related behaviours: sociodemographic variation in Finland. *Soz Praventivmed* 2002; **47**:225-32.
 87. Laaksonen DE, Lakka HM, Salonen JT, Niskanen LK, Rauramaa R, Lakka TA. Low levels of leisure-time physical activity and cardiorespiratory fitness predict development of the metabolic syndrome. *Diabetes Care* 2002; **25**:1612-8.
 88. Laaksonen M, Luoto R, Helakorpi S, Uutela A. Associations between health-related behaviors: a 7-year follow-up of adults. *Prev Med* 2002; **34**:162-70.
 89. Laaksonen M, Prattala R, Lahelma E. Sociodemographic determinants of multiple unhealthy behaviours. *Scand J Public Health* 2003; **31**:37-43.
 90. Laatikainen T, DeLong L, Pokusajeva S, Uhanov M, Vartiainen E, Puska P. Changes in cardiovascular risk factors and health behaviours from 1992 to 1997 in the Republic of Karelia, Russia. *Eur J Public Health* 2002; **12**:37-43.
 91. Laatikainen T, Manninen L, Poikolainen K, Vartiainen E. Increased mortality related to heavy alcohol intake pattern. *J Epidemiol Community Health* 2003; **57**:379-84.
 92. Lahdenpera TS, Wright CC, Kyngas HA. Development of a scale to assess the compliance of hypertensive patients. *Int J Nurs Stud* 2003; **40**:677-84.
 93. Laitinen LA, Anttalainen U, Pietinalho A, Hamalainen P, Koskela K. Sleep apnoea: Finnish National guidelines for prevention and treatment 2002-2012. *Respir Med* 2003; **97**:337-65.
 94. Lakka HM, Lakka TA, Tuomilehto J, Salonen JT. Abdominal obesity is associated with increased risk of acute coronary events in men. *Eur Heart J* 2002; **23**:706-13.
 95. Laukkanen E, Shemeikka S, Notkola IL, Koivumaa-Honkanen H, Nissinen A. Externalizing and internalizing problems at school as signs of health-damaging behaviour and incipient marginalization. *Health Promot Internation* 2002; **17**:139-46.
 96. Lehtinen M, Koskela P, Jellum E, Bloigu A, Anttila T, Hallmans G, Luukkaala T, Thoresen S, Youngman L, Dillner J, Hakama M. Herpes simplex virus and risk of cervical cancer: a longitudinal, nested case-control study in the nordic countries. *Am J Epidemiol* 2002; **156**:687-92.
 97. Leena K, Tomi L, Arja RR. Intensity of mobile phone use and health compromising behaviours--how is information and communication technology connected to health-related lifestyle in adolescence? *J Adolesc.* 2005 Feb; **28**(1):35-47.
 98. Lilja J, Wilhelmsen BU, Larsson S, Hamilton D. Evaluation of drug use prevention programs directed at adolescents. *Subst Use Misuse.* 2003 Sep-Nov; **38**(11-13):1831-63.
 99. Lindeman S, Kaprio J, Isometsa E, Poikolainen K, Heikkinen M, Hamalainen J, Haarasilta L, Laukkala T, Aro H. Spousal resemblance for history of major depressive episode in the previous year. *Psychol Med* 2002; **32**:363-7.
 100. Lindgren A, Pukkala E, Nissinen A, Tuomilehto J. Blood pressure, smoking, and the incidence of lung cancer in hypertensive men in North Karelia, Finland. *Am J Epidemiol* 2003; **158**:442-7.
 101. Lindstrom M, Nevas M, Hielm S, Lahteenmaki L, Peck MW, Korkeala H. Thermal inactivation of nonproteolytic *Clostridium botulinum* type E spores in model fish media and in vacuum-packaged hot-smoked fish products. *Appl Environ Microbiol* 2003; **69**:4029-36.
 102. Maki P, Veijola J, Rasanen P, Joukamaa M, Valonen P, Jokelainen J, Isohanni M. Criminality in the offspring of antenatally depressed mothers: a 33-year follow-up of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *J Affect Disord* 2003; **74**:273-8.

103. Malila N, Taylor PR, Virtanen MJ, Korhonen P, Huttunen JK, Albanes D, Virtamo J. Effects of alpha-tocopherol and beta-carotene supplementation on gastric cancer incidence in male smokers (ATBC Study, Finland). *Cancer Causes Control* 2002; **13**:617-23.
104. Matilainen V, Laakso M, Hirsso P, Koskela P, Rajala U, Keinanen-Kiukaanniemi S. Hair loss, insulin resistance, and heredity in middle-aged women. A population-based study. *J Cardiovasc Risk* 2003; **10**:227-31.
105. Michaud DS, Pietinen P, Taylor PR, Virtanen M, Virtamo J, Albanes D. Intakes of fruits and vegetables, carotenoids and vitamins A, E, C in relation to the risk of bladder cancer in the ATBC cohort study. *Br J Cancer* 2002; **87**:960-5.
106. Michaud DS, Hartman TJ, Taylor PR, Pietinen P, Alfthan G, Virtamo J, Albanes D. No Association between toenail selenium levels and bladder cancer risk. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2002; **11**:1505-6.
107. Mikkilä V, Lahti-Koski M, Pietinen P, Virtanen SM, Rimpela M. Associates of obesity and weight dissatisfaction among Finnish adolescents. *Public Health Nutr* 2003; **6**:49-56.
108. Miranda H, Viikari-Juntura E, Martikainen R, Riihimäki H. A prospective study on knee pain and its risk factors. *Osteoarthritis Cartilage* 2002; **10**:623-30.
109. Miranda H, Viikari-Juntura E, Martikainen R, Takala EP, Riihimäki H. Individual factors, occupational loading, and physical exercise as predictors of sciatic pain. *Spine* 2002; **27**:1102-9.
110. Misra RR, Ratnasinghe D, Tangrea JA, Virtamo J, Andersen MR, Barrett M, Taylor PR, Albanes D. Polymorphisms in the DNA repair genes XPD, XRCC1, XRCC3, and APE/ref-1, and the risk of lung cancer among male smokers in Finland. *Cancer Lett* 2003; **191**:171-8.
111. Montonen J, Knekt P, Jarvinen R, Aromaa A, Reunanen A. Whole-grain and fiber intake and the incidence of type 2 diabetes. *Am J Clin Nutr* 2003; **77**:622-9.
112. Ohkuma H, Tabata H, Suzuki S, Islam MS. Risk factors for aneurysmal subarachnoid hemorrhage in Aomori, Japan. *Stroke* 2003; **34**:96-100.
113. Omanic A, Kurspahic-Mujcic A, Omanic J. Evolution of Quit & Win program carried through 2002 year in FB&H. *Bosn J Basic Med Sci.* 2005 Feb; **5**(1):77-80.
114. Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. Smoking, Alcohol Use, and Physical Activity: A 13-Year Longitudinal Study Ranging from Adolescence into Adulthood. *Journal of Adolescent Health* 2004; **35**:238-244.
115. Paavola M, Vartiainen E, Haukkala A. Smoking from adolescence to adulthood: the effects of parental and own socioeconomic status. *Eur J Public Health.* 2004 Dec; **14**(4):417-21.
116. Pallasaho P, Lundback B, Meren M, Kiviloog J, Loit HM, Larsson K, Laitinen LA. Prevalence and risk factors for asthma and chronic bronchitis in the capitals Helsinki, Stockholm, and Tallinn. *Respir Med* 2002; **96**:759-69.
117. Palmqvist RA, Martikainen LK. Changes in reasons given for adolescent smoking, 1984-1999. *Subst Use Misuse.* 2005; **40**(5):645-56.
118. Parna K, Rahu K, Fischer K, Mussalo-Rauhamaa H, Zhuravleva I, Umbleja T, Rahu M. Smoking and associated factors among adolescents in Tallinn, Helsinki and Moscow: a multilevel analysis. *Scand J Public Health.* 2003; **31**(5):350-8.
119. Paltoo D, Woodson K, Taylor P, Albanes D, Virtamo J, Tangrea J. Pro12Ala polymorphism in the peroxisome proliferator-activated receptor-gamma (PPAR-gamma) gene and risk of prostate cancer among men in a large cancer prevention study. *Cancer Lett* 2003; **191**:67-74.
120. Patja K, Rouhos A. Smoking cessation. *Duodecim.* 2004; **120**(19):2347-52. Review.
121. Paunu N, Pukkala E, Laippala P, Sankila R, Isola J, Miettinen H, Simola KO, Helen P, Helin H, Haapasalo H. Cancer incidence in families with multiple glioma patients. *Int J Cancer* 2002; **97**:819-22.
122. Pedersen AN, Rothenberg E, Maria A. Health behaviors in elderly people. A 5-year follow-up of 75-year-old people living in three Nordic localities. Smoking, physical activity, alcohol consumption, and healthy eating, and attitudes to their importance. *Aging Clin Exp Res* 2002; **14**:75-82.
123. Pelkonen M, Notkola IL, Lakka T, Tukiainen HO, Kivinen P, Nissinen A. Delaying decline in pulmonary function with phy-

- sical activity: a 25-year follow-up. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; **168**:494-9.
124. Petays T, von Hertzen L, Metso T, Ryttilä P, Jousilahti P, Helenius I, Vartiainen E, Haahtela T. Smoking and atopy as determinants of sputum eosinophilia and bronchial hyper-responsiveness in adults with normal lung function. *Respir Med* 2003; **97**:947-54.
 125. Pollanen PJ, Lehtimäki T, Ilveskoski E, Mikkelsen J, Kajander OA, Laippala P, Perola M, Goebeler S, Penttilä A, Mattila KM, Syrjäkoski K, Koivula T, Nikkari ST, Karhunen PJ. Coronary artery calcification is related to functional polymorphism of matrix metalloproteinase 3: the Helsinki Sudden Death Study. *Atherosclerosis* 2002; **164**:329-35.
 126. Puska P. Nutrition and global prevention on non-communicable diseases. *Asia Pac J Clin Nutr* 2002; **11**:S755-8.
 127. Puska P, Pietinen P, Uusitalo U. Influencing public nutrition for non-communicable disease prevention: from community intervention to national programme--experiences from Finland. *Public Health Nutr* 2002; **5**:245-51.
 128. Puska P, Helasoja V, Prattala R, Kasmel A, Klumbiene J. Health behaviour in Estonia, Finland and Lithuania 1994-1998. Standardized comparison. *Eur J Public Health* 2003; **13**:11-7.
 129. Raitio A, Kontinen J, Rasi M, Bloigu R, Roning J, Oikarinen A. Comparison of clinical and computerized image analyses in the assessment of skin ageing in smokers and non-smokers. *Acta Derm Venereol*. 2004;**84**(6):422-7.
 130. Rasanen S, Hakko H, Viilo K, Meyer-Rochow VB, Moring J. Excess mortality among long-stay psychiatric patients in Northern Finland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003; **38**:297-304.
 131. Remes ST, Pekkanen J, Soininen L, Kajosaari M, Husman T, Koivikko A. Does heredity modify the association between farming and allergy in children? *Acta Paediatr* 2002; **91**:1163-9.
 132. Reshetnikov OV, Denisova DV, Zavyalova LG, Haiva VM, Granberg C. Helicobacter pylori seropositivity among adolescents in Novosibirsk, Russia: prevalence and associated factors. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; **36**:72-6.
 133. Rimpela AH, Rainio SU. The effectiveness of tobacco sales ban to minors: the case of Finland. *Tob Control*. 2004 Jun;**13**(2):167-74.
 134. Rose RJ, Viken RJ, Dick DM, Bates JE, Pulkkinen L, Kaprio J. It does take a village: nonfamilial environments and children's behavior. *Psychol Sci* 2003; **14**:273-7.
 135. Saarni SE, Silventoinen K, Rissanen A, Sarlio-Lahtenkorva S, Kaprio J. Intentional weight loss and smoking in young adults. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2004 Jun;**28**(6):796-802.
 136. Sirola J, Kroger H, Honkanen R, Sandini L, Tuppurainen M, Jurvelin JS, Saarikoski S. Smoking may impair the bone protective effects of nutritional calcium: a population-based approach. *J Bone Miner Res* 2003; **18**:1036-42.
 137. Sokka T, Krishnan E, Hakkinen A, Hannonen P. Functional disability in rheumatoid arthritis patients compared with a community population in Finland. *Arthritis Rheum* 2003; **48**:59-63.
 138. Stolzenberg-Solomon RZ, Pietinen P, Taylor PR, Virtamo J, Albanes D. Prospective study of diet and pancreatic cancer in male smokers. *Am J Epidemiol* 2002; **155**:783-92.
 139. Stolzenberg-Solomon RZ, Dodd KW, Blaser MJ, Virtamo J, Taylor PR, Albanes D. Tooth loss, pancreatic cancer, and Helicobacter pylori. *Am J Clin Nutr* 2003; **78**:176-81.
 140. Tammelin T, Nayha S, Rintamäki H, Zitting P. Occupational physical activity is related to physical fitness in young workers. *Med Sci Sports Exerc* 2002; **34**:158-65.
 141. Timonen M, Jokelainen J, Herva A, Zitting P, Meyer-Rochow VB, Rasanen P. Presence of atopy in first-degree relatives as a predictor of a female proband's depression: results from the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *J Allergy Clin Immunol* 2003; **111**:1249-54.
 142. Valtola A, Honkanen R, Kroger H, Tuppurainen M, Saarikoski S, Alhava E. Lifestyle and other factors predict ankle fractures in perimenopausal women: a population-based prospective cohort study. *Bone* 2002; **30**:238-42.
 143. Vartiainen E, Seppälä T, Lillsunde P, Puska P. Validation of self reported smoking by serum cotinine measurement in a community-based study. *J Epidemiol Community Health* 2002; **56**:167-70.

144. Venho B, Voutilainen S, Valkonen VP, Virtanen J, Lakka TA, Rissanen TH, Ovaskainen ML, Laitinen M, Salonen JT. Arginine intake, blood pressure, and the incidence of acute coronary events in men: the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *Am J Clin Nutr* 2002; **76**:359-64.
145. Videman T, Battie MC, Gibbons LE, Maravilla K, Manninen H, Kaprio J. Associations between back pain history and lumbar MRI findings. *Spine* 2003; **28**:582-8.
146. Virtanen M, Kivimäki M, Elovainio M, Vahtera J. Selection from fixed term to permanent employment: prospective study on health, job satisfaction, and behavioural risks. *J Epidemiol Community Health* 2002; **56**:693-9.
147. Walda IC, Tabak C, Smit HA, Rasanen L, Fidanza F, Menotti A, Nissinen A, Feskens EJ, Kromhout D. Diet and 20-year chronic obstructive pulmonary disease mortality in middle-aged men from three European countries. *Eur J Clin Nutr* 2002; **56**:638-43.
148. Weiderpass E, Vainio H, Kauppinen T, Vasama-Neuvonen K, Partanen T, Pukkala E. Occupational exposures and gastrointestinal cancers among Finnish women. *J Occup Environ Med* 2003; **45**:305-15.
149. Ylitalo K, Syvanne M, Salonen R, Nuotio I, Taskinen MR, Salonen JT. Carotid artery intima-media thickness in Finnish families with familial combined hyperlipidemia. *Atherosclerosis* 2002; **162**:171-8.
150. Ylostalo P, Sakki T, Laitinen J, Jarvelin MR, Knuutila M. The relation of tobacco smoking to tooth loss among young adults. *Eur J Oral Sci.* 2004 Apr; **112**(2):121-6.

11 TUPAKOINNISTA JULKAISTUT VÄITÖSKIRJAT VUOSINA 1977-2006

Suomessa julkaistaan vuosittain tupakkaan ja tupakointiin sekä tupakkasairauksiin liittyviä väitöskirjoja. Ohessa on lista vuodesta 1977 toukokuuhun 2006 julkaistuista väitöskirjatutkimuksista.

1. Juustila H. Medical, occupational and smoking characteristics related to ischemic heart disease in men and women: a field survey of age 40-59 in a rural population at Haapavesi, Northern Finland. Oulu: University of Oulu; 1977.
2. Seppänen A. Cigarette smoking, carbon monoxide pollution and their effects on physical and neurobehavioral performance. Tampere: University of Tampere; 1977.
3. Uotila P. Effects of cigarette smoke on the biotransformation of xenobiotics in the rat with special reference to pulmonary metabolism of benzo(a)pyrene. Turku: University of Turku; 1977.
4. Mansner R. Some central effects of nicotine as correlated to the pharmacokinetics of nicotine in mice and rats. Helsinki: University of Helsinki; 1978.
5. Salonen JT. Smoking and dietary fats in relation to estimated risk of myocardial infarction before and during a preventive community programme. Kuopio: University of Kuopio; 1980.
6. Rimpelä M. Tupakoinnin alkaminen. Incidence of smoking among Finnish youth: a follow up study. Tampere: University of Tampere; 1980.
7. Kujala P. Smoking, respiratory symptoms and ventilatory capacity in young men with a note on physical fitness and acute respiratory infections. Oulu: University of Oulu; 1981.
8. Toivonen H. Effects of cigarette smoke on the metabolism and action of vasoactive hormones in the rat. Turku: University of Turku; 1981.
9. Vartiainen E. Changes in cardiovascular risk factors during a two-year intervention programme among 13- to 15-year-old children and adolescents. Kuopio: University of Kuopio; 1982.
10. Rimpelä A. Occurrence of respiratory diseases and symptoms among Finnish youth: a follow-up survey. Tampere: University of Tampere; 1982.
11. Kannas L. Tupakointia koskeva terveystieteellinen tutkimus peruskoulussa Jyväskylässä. Jyväskylä: University of Jyväskylä; 1983.
12. Kaprio J. The incidence of coronary heart disease in twin pairs discordant for cigarette smoking: a six year follow-up of adult like-sexed male twin pairs. Helsinki: University of Helsinki; 1984.
13. Männistö J. Effects of cigarette smoke on the pulmonary metabolism of arachidonic acid an experimental animal study. Turku: University of Turku; 1984.
14. Husgafvel-Pursiainen K. Assessment of exposure to tobacco smoke application of sister chromatid exchange as the cytogenetic endpoint. Helsinki: University of Helsinki; 1987.

15. Salomaa S. Genotoxic air pollutants genotoxicity of smoke emissions, ambient air, and environmental tobacco smoke in mammalian cells. Helsinki: University of Helsinki; 1987.
16. Lassila R. The thrombogenic and vasoactive effects of cigarette smoking with special reference to peripheral arterial disease. Helsinki: University of Helsinki; 1989.
17. Pulkkinen P. Smoking and pregnancy, with a special reference to fetal growth and certain trace element distribution between mother, placenta, and fetus. Tampere: University of Tampere; 1989.
18. Toivanen J. Biosynthesis of prostacyclin and thromboxane A₂ in humans effects of sulphinyldiazirone, acetylsalicylic acid, ethanol, nicotine, selenium and vitamin C and E. Oulu: University of Oulu; 1989.
19. Haikala H. Dual, temperature dependent effect of nicotine on dopamine metabolism in mouse striatum. Helsinki: University of Helsinki; 1990.
20. Einistö P. Role of nitroreductase and O-acetyltransferase activities of Salmonella strains in the detection of urinary mutagenicity caused by cigarette smoke and nitrochemicals. Helsinki: University of Helsinki; 1991.
21. Kolonen S. Low-yield cigarettes smoke exposure and puffing behaviour. Kuopio: University of Kuopio; 1992.
22. Liimatainen-Lamberg A-E. Changes in student smoking habits at the vocational institutions and senior secondary schools and health education. Jyväskylä: University of Jyväskylä; 1993
23. Tenkanen L. The joint effects of smoking and other determinants in lung cancer risk. Tampere: University of Tampere; 1993.
24. Tossavainen K. Nuorten terveystietämystä tukeva koulunerveyskasvatus: tupakointia ja alkoholin käyttöä ehkäisevän terveystietämystutkimuksen arviointitutkimus. Kuopio: University of Kuopio; 1993.
25. Alaranta S. Characterization of nicotine-induced relaxation of the bovine retractor penis muscle. Helsinki: University of Helsinki; 1994.
26. Rahkonen O. Terveystietäminen ja terveystietämisen: sukupuoli- ja sosiaaliluokkatiedot nuorissa ikäryhmissä. Helsinki : Stakes; 1994.
27. Jaakkola MS. The Role of active and passive smoking in the evolution of ventilatory lung function and respiratory symptoms during young adulthood an eight-year cohort study. Helsinki: University of Helsinki; 1994.
28. Nuorva K. p53 protein accumulation in bronchial dysplasia and lung carcinoma relation to cigarette smoking, asbestos exposure and papillomaviruses. Oulu: University of Oulu; 1994.
29. Martelin T. Differential mortality at older ages : sociodemographic mortality differences among the Finnish elderly. Helsinki: University of Helsinki; 1994.
30. Kiangi G. Drinking and smoking among adolescents in Tanzania: a needs assessment for health promotion. Kuopio: University of Kuopio; 1995.
31. Heikkinen T. The effect of maternal smoking during pregnancy on the teeth of the child. Oulu: University of Oulu; 1996.
32. Kotamäki M. Effects of cigarette smoking on adrenergic regulation and vasoactive mediators: some clinical implications. Helsinki: University of Helsinki; 1996.
33. Rogovska I. Smoking behaviour of medical personnel and students and health consequences of smoking in Latvia: a survey of smoking habits among medical personnel and students and prediction of future smoking related mortality in Latvia. Tampere: University of Tampere; 1996.
34. Åström H. The structure and function of tobacco pollen tube cytoskeleton. Helsinki: University of Helsinki; 1997.
35. Erhola M. Oxidative stress in lung cancer aspects on tumor burden, treatment and smoking. Tampere: University of Tampere; 1997.
36. Merja Salo. Nautinnon, vaaran ja varoituksen merkit (Elektroninen aineisto) : vertaileva tutkimus Suomessa julkaistun painetun (CD-linja). Taideteollisen korkeakoulun julkaisuja, A;16; 1997.
37. Ravichandran K. **A Hospital Based Case-Referent Study on Gastric Cancer in Madras.** Tampere: University of Tampere; 1997.
38. Korhonen T. Population-based smoking cessation process evaluation of selected strategies used in the CINDI program. Kuopio: University of Kuopio; 1999.
39. Haapanen-Niemi N. Associations of smoking, alcohol consumption and physical activity with health and health care utilization a prospective follow-up of middle-aged and elderly men and women. Tampere: University of Tampere; 2000.

40. Saareks V. Nicotine-induced changes in eicosanoid synthesis in man effects of smoking cessation, nicotine substitution, pyridoxine and nicotinic acid. Tampere: University of Tampere; 2000.
41. Salminen O. Effect of nicotine on dopaminergic neurotransmission and expression of Fos. Helsinki: University of Helsinki; 2000.
42. Vainio PJ. Effects of cotinine and nicotine on chromaffin cell signalling. Helsinki: University of Helsinki; 2000.
43. Valkonen MM. Passive smoking and atherogenesis. Helsinki: University of Helsinki; 2001.
44. Jaakkola N. Passive Smoking During Pregnancy and Early Childhood: Occurrence, Determinants, Health Effects and Prevention. Helsinki: University of Helsinki; 2002.
45. Laaksonen M. Interrelationships among daily health behaviours: towards health-related lifestyle. Helsinki: University of Helsinki; 2002.
46. Haukkala A. Depressive Symptoms and Hostility in relation to Socioeconomic Status, Smoking Cessation, and Obesity. Helsinki: University of Helsinki; 2002.
47. Wärnå C. Dygd och hälsa. Åbo: Åbo Akademis förlag; 2002.
48. Kortti J. Modernisaatiomurroksen kaupalliset merkit. 60-luvun suomalainen televisiomainonta. Helsinki: University of Helsinki; 2003.
49. Heloma A. Impact and Implementation of the Finnish Tobacco Act in Workplaces. Tampere: University of Tampere; 2003.
50. Ulla Salonen. Alcohol drinking, smoking, cannabis use and physical and mental health among Finnish university students: a longitudinal study. Helsinki: University of Helsinki; 2003.
51. Salonen U. Alcohol drinking, smoking, cannabis use and physical and mental health among Finnish university students a longitudinal study. Espoo: U. Salonen; 2003.
52. Heloma A. Impact and implementation of the Finnish tobacco act in workplaces. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2003.
53. Merne M. Effects of smokeless tobacco on oral mucosa in vitro and in vivo. Turku: Turun yliopisto; 2004.
54. Pulkki-Råback L. Temperament, socioeconomic status and cardiovascular risk the longitudinal cardiovascular risk in young Finns study. Helsinki: University of Helsinki; 2004.
55. Riala K. Adolescent predictors of adult social and psychiatric adversities a prospective follow-up study of the Northern Finland 1966 Birth Cohort. Oulu: University of Oulu; 2004.
56. Zitting A. Radiographic small lung opacities and pleural abnormalities in relation to occupational asbestos exposure, smoking history and living environment in Finland. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health; 2004.
57. Voho A. Genetic variation - effect on the risk of cancers of lung and oropharynx. Helsinki: University of Helsinki Department of Biological and Environmental Sciences Finnish Institute of Occupational Health; 2005.
58. Sulander T, Kansanterveyslaitos. Functional ability and health behaviours trends and associations among elderly people, 1985-2003. Helsinki: National Public Health Institute; 2005.
59. Raitio A. Smoking and skin comparison of the appearance, physical qualities, morphology, collagen synthesis and extracellular matrix turnover of skin in smokers and non-smokers. Oulu: Oulun yliopisto; 2005.
60. Pärna K. Socioeconomic differences in smoking in Estonia national and international comparisons. 2005 [cited; Available from: <http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kansa/vk/parna/> base target=_blank
61. Lehtonen S. Localization and regulation of peroxiredoxins in human lung and lung diseases. Oulu: Oulun yliopisto; 2005.
62. Salaspuro V. Interaction of alcohol and smoking in the pathogenesis of upper digestive tract cancers – possible chemoprevention with cysteine. Helsinki: Helsingin yliopisto. Faculty of Medicine, Institute of Clinical Medicine; 2006.
63. Pelkonen M. The relationship of smoking habits, physical activity and chronic bronchitis to pulmonary function and of pulmonary function and chronic bronchitis to mortality : a 40 year follow-up in middle-aged men. Kuopio: Kuopio University; 2006.

64. Pakkanen J. Upregulation and Functionality of Neuronal Nicotinic Acetylcholine Receptors. Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Pharmacy, Division of Pharmacology and Toxicology and University of Bath, 2006.
65. Bäckmand, H. Fyysisen aktiivisuuden yhteys persoonallisuuteen, mielialaan ja toimintakykyyn. Pitkäaikaisseurantatutkimus ikääntyvillä miehillä. Helsinki: Helsingin yliopisto, 2006.

12 YHTEISTIETOJA JA TIETOLÄHTEITÄ

Tupakointiin liittyviä kotimaisia verkkojulkaisuja

Yleistä

www.tupakka.org

Ympäristön tupakansavu

<http://www.ttl.fi>

http://www.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/tupakka/s2000_11.pdf

Nuorten tupakointi

http://www.ktl.fi/portal/suomi/osiot/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakointi

<http://www.tyokalupakki.net>

<http://www.happi.ws>

<http://www.mcurho.fi>

<http://www.uta.fi/laitokset/tsph/nedis/nttt.html>

Lainsäädäntö ja valvonta

www.tupakka.org

http://www.sttv.fi/ylo/tupakka_frameset.htm

www.finlex.fi

Yhteystietoja

Kansanterveyslaitos

Mannerheimintie 166

00300 HELSINKI

www.ktl.fi

Työterveyslaitos

Topeliuksenkatu 41 a A

00250 HELSINKI

www.ttl.fi

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus ja kehittämiskeskus, Stakes

Lintulahdenkuja 4

PL 220

00531 Helsinki

www.stakes.fi

Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus, STTV

Säästöpankinranta 2 A

PL 210

00531 Helsinki

www.sttv.fi