

**NUORTEN MIESTEN HAMPAIDEN HARJAUKSEEN YHTEYDESSÄ OLEVIA  
TEKIJÖITÄ**

**Erot lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien välillä vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn  
mukaan**

Jenna Rintakuusi

Katja Tarvainen

Terveyskasvatuksen pro gradu –tutkielma  
Syksy 2014  
Terveystieteiden laitos  
Jyväskylän yliopisto

## TIIVISTELMÄ

Jenna Rintakuusi ja Katja Tarvainen (2014). Nuorten miesten hampaiden harjaukseen yhteydessä olevia tekijöitä: Erot lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien välillä vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn mukaan. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 72 s., 2 liitettä.

Suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat kehittyneet myönteisesti, mutta samalla sosioekonomiset terveyserot ovat kasvaneet. Sosioekonomisella asemalla on yhteys myös hampaiden harjaustottumuksiin. Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli selvittää lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien nuorten miesten hampaiden harjaustottumuksia ja miten koulutusvalinta, sosioekonominen asema, perherakenne sekä tupakointi olivat yhteydessä nuorten miesten hampaiden harjaukseen.

Tutkimuksen aineistona oli Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuoden 2013 Kouluterveyskysely. Lukiolaiset ja ammattiin opiskelevat nuoret miehet (n=40175) vastasivat kyselyyn nimettömästi ja vapaaehtoisesti kouluaihana. Tutkimuskysymysten selvittämiseksi käytettiin frekvenssijakaumia, ristiintaulukointia,  $\chi^2$ -testiä sekä binääristä logistista regressioanalyysiä.

Lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien välillä oli selviä eroja hampaiden harjaustottumuksissa. Lukiolaisista nuorista miehistä yli puolet harjasi hampaansa suosituksen mukaan, ammattiin opiskelevista alle kolmasosa. Lukio-opiskelu, vanhempien korkeakoulututkinto, ydinperheessä asuminen sekä tupakoimattomuus olivat positiivisesti yhteydessä hampaiden harjaukseen suosituksen mukaisesti.

Suun terveyttä edistävälle toiminnalle on tarvetta sekä lukiolaisilla että ammattiin opiskelevilla nuorilla miehillä. Oppilaitos on otollinen paikka terveyden edistämiseksi, sillä se kokoaa laajasti yhteen erilaisista taustoista tulevat nuoret. Opettajien, opiskelijaterveydenhuollon ja opiskelijajärjestöjen voimavarojen yhdistämistä tulisi hyödyntää nuorten terveyskasvatuksessa. Terveystiedon opetuksessa tulisi painottaa nykyistä enemmän suun terveyden merkitystä, huomioiden myös tupakoinnin vaikutus suun terveyteen. Lisäksi nuorten vanhemmat ovat tärkeä yhteistyötaho, koska perhetaustalla on yhteys hampaiden harjaustottumuksiin. Tämä tulisi huomioida erityisesti nuorempien lasten osalta, esimerkiksi jo neuvolatoiminnassa.

Asiasanat: nuoret, miehet, hampaidenhoito, sosioekonominen asema, perherakenne, tupakointi, Kouluterveyskysely

## ABSTRACT

Jenna Rintakuusi ja Katja Tarvainen (2014). Associations with tooth brushing among young male students in upper secondary school and vocational school in The School Health Promotion study 2013. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 72 pp., 2 appendices.

Health and well-being have developed in a positive way in Finland. In the same time socioeconomic health inequalities have increased. Socioeconomic status is associated with tooth brushing. The aim of this Master's thesis study was to investigate tooth brushing habits among young male students from upper secondary school and vocational school and to study its association with academic orientation, socioeconomic status, family structure and smoking status.

The data was obtained from the National Institute for Health and Welfare (THL) School Health Promotion study 2013. Young male students from upper secondary school and students from vocational school (n=40175) answered anonymously and voluntarily to the questionnaire during a school class. Statistical significance of the differences was tested by frequency distribution, cross-tabulation, chi-square test and binary logistic regression analyses.

There were clear differences in tooth brushing habits among students from the upper secondary school and students from the vocational school. Over half of the upper secondary school young male students brushed their teeth according to recommendations, among vocational young male students one out of three. Studying in upper secondary school, academic degree of parents, living in a nuclear family and non-smoking were positively associated with tooth brushing according to recommendations.

There is a need for oral health promotion in both groups. School is a favorable place for health prevention because it gathers together adolescents broadly from different backgrounds. Combining the resources of teachers, student health services and student organization should be utilized in youth health education. Importance of oral health should be emphasized in the health education class, including the effect of smoking to oral health. Additionally youth's parents are important partners for collaboration because family structure is associated with tooth brushing. This should be taken into account especially among young children on behalf of child welfare clinics.

Key words: adolescent, male, toothbrushing, social class, family structure, smoking, School Health Promotion study

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
2 TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN SOSIOEKONOMISET EROT .....	3
2.1 Terveyskäyttämisen määritelmä .....	3
2.2 Sosioekonomiset terveyserot .....	4
2.2.1 Nuorten sosioekonomisen aseman määrittelyn haastavuus .....	7
2.2.2 Terveyserojen syyt ja selitysmallit.....	9
2.2.3 Koulutuksen yhteys terveyseroihin .....	12
2.2.4 Sukupuoli terveyserojen määrittäjänä .....	14
2.3 Oppilaitosten terveyskulttuuri.....	15
2.4 Perherakenteen yhteys terveyskäyttämiseen.....	17
3 HAMPAIDEN HARJAUS JA SUUN TERVEYS.....	19
3.1 Suun terveyden merkitys hyvinvoinnille .....	19
3.2 Karies ja iensairaudet ovat edelleen yleisiä suomalaisten suun terveydessä .....	20
3.3 Hampaiden harjaustottumukset.....	22
3.5 Sosioekonomisen aseman yhteys suun terveyteen.....	24
4 TUPAKOINTI JA SUUN TERVEYS.....	26
4.1 Tupakoinnin suosio laskussa.....	26
4.2 Tupakoinnin vaikutus suun terveyteen .....	27
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	29
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	30
6.1 Tutkimusaineisto.....	30
6.2 Mittarit .....	31
6.3 Tilastolliset analyysimenetelmät.....	33
7 TULOKSET.....	36
7.1 Sosioekonominen asema, perherakenne ja tupakointi nuorilla miehillä.....	36
7.2 Muuttujien yhteys hampaiden harjaukseen.....	38
8 POHDINTA.....	44
8.1 Tulosten tarkastelu .....	44

8.2 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti sekä eettiset kysymykset .....	48
8.3 Tutkimuksen hyödyntäminen.....	51
8.4 Jatkotutkimusaiheita .....	55
LÄHTEET .....	56
LIITTEET	

## 1 JOHDANTO

Suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat kehittyneet myönteisesti, mutta samalla sosioekonomiset terveyserot ovat kasvaneet (Prättälä ym. 2007; Vaarama ym. 2010). Samansuuntainen trendi on havaittavissa myös kansainvälisesti (Laaksonen & Silventoinen 2011). Sosioekonomisella asemalla ja terveydellä on vahva yhteys sekä miehillä, että naisilla (Marmot 2005; Lahelma ym. 2007; Prättälä ym. 2007; Helakorpi ym. 2011). Suomessa kaikissa ikäryhmissä esiintyy elintapoihin liittyviä sosioekonomisia eroja (Prättälä 2007a; Kestilä 2008). Useissa tutkimuksissa ilmenee, että sosioekonomisella asemalla on yhteys myös hampaiden harjauksen säännöllisyyteen (Suominen-Taipale ym. 2004; Levin & Currie 2010; Polk ym. 2010; Aleksejuniene & Brukiene 2012; Currie ym. 2012; Mäki & Laatikainen 2012). Naiset ovat ahkerampia harjaamaan hampaansa kuin miehet (Suominen-Taipale ym. 2005; Luopa ym. 2010; Honkala ym. 2011; Currie ym. 2012; Kunttu & Pesonen 2012; Suominen ym. 2012; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a).

Suomi oli hampaiden harjauksessa mallimaa vielä 1980 ja 1990-luvuilla, mutta enää tilanne ei ole yhtä ihanteellinen (Suhonen 2010). Suomalaiset kuuluvat nykyään Euroopan vähiten hampaansa harjaavien joukkoon (Honkala ym. 2009; Suhonen 2010), vaikka edellytykset hampaiden hoitoon ovat kunnossa. Ongelmana on, että nykylasten vanhemmat, jotka ovat itse saaneet lapsuudessa valistusta ja ennaltaehkäisevää hoitoa, saattavat pitää suun terveyttä itsestäänselvyytenä. Näin ollen hampaiden harjaamisessa aamuin illoin saattaa olla puutteita monessa perheessä. Säännöllinen hammaslääkärisissä käyntikään ei auta, ellei suun terveydestä huolehdi kotona. Yksikin paikattava reikä suussa on liikaa, koska yleensä reikiintymisen syynä ovat elintavat (Suhonen 2010). Sokeripitoisten juomien ja makeiden välipalojen napostelu sekä puutteellinen hampaiden harjaus altistavat hampaiden reikiintymiselle (Karies (hallinta) 2009; Suhonen 2010).

Honkalan ym. (2009) mukaan etenkin poikien hampaiden harjaus harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä on yhteydessä päivittäiseen tupakointiin. Tupakointi on selvästi yleisempää nuorilla, jotka opiskelevat ammatillisessa koulutuksessa (Puusniekka & Jokela 2009; Karvonen & Koivusilta 2010; Honkala ym. 2011; Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014a). Tupakointi onkin suurin yksittäinen tekijä, joka ilmentää sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja. Nuorten elintapoja mää-

rittävät niin sosiokulttuuriset kuin yksilölliset tekijät. Vanhemmat, ikätoverit, media ja oppilaitos ovat keskeisiä terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 27). Koivusillan ym. (2013) mukaan nuoruuden aikaisen terveyskäyttäytymisen, kuten hampaiden harjauksen, nähdään olevan yhteydessä myös tulevaisuuden koulutusvalintoihin ja siten sosioekonomiseen asemaan.

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on tuottaa tietoa lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien nuorten miesten hampaiden harjaukseen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimuksessa tarkastellaan vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn aineiston avulla, ovatko sosioekonominen asema, perherakenne ja tupakointi yhteydessä lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien nuorten miesten hampaiden harjaukseen. Lisäksi selvitetään, onko lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien välillä eroja hampaiden harjauksessa. Tulosten avulla terveyskasvatuksen resursseja on mahdollista kohdistaa tarkemmin riskiryhmille.

## 2 TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN SOSIOEKONOMISET EROT

### 2.1 Terveyskäyttäytymisen määritelmä

Terveyskäyttäytyminen koostuu tekijöistä, jotka vaikuttavat yksilön terveyteen ajan kuluessa (Laaksonen 2002, 13). Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi ravitsemus, fyysinen aktiivisuus, tupakointi, alkoholin ja huumeiden käyttö, hammashoito sekä uni- ja seksuaalikäyttäytyminen (Koivusilta 2011). Viime vuosikymmenten aikana yksilön terveystietoisuus on nostettu merkittävimmäksi terveyteen ja kuolleisuuteen vaikuttavaksi tekijäksi (Laaksonen 2002, 13). Terveystietoisuus voidaan ryhmitellä kolmeen pääluokkaan; terveyttä edistävä käyttäytyminen, terveyttä ylläpitävä käyttäytyminen sekä haitallinen terveystietoisuus (McQueen 1987). Terveystietoisuus voidaan jakaa myös pelkistetysti terveyttä kuluttavaan ja terveyttä edistävään käyttäytymiseen. Suurin osa tästä toiminnasta on arkipäivän rutiineja, joita tehdään enemmän tai vähemmän tiedostaen. Kaikkea terveyteen liittyvää toimintaa ihmiset eivät miellä terveysvaikutteiseksi (Laaksonen 2002, 14–15). Yksilön oma vastuu terveystietoisuudesta herättää keskustelua niin politiikassa kuin yleisönosastojen kirjoituksissa (Koivusilta 2011). Terveystietoisuutta ei pidä kuitenkaan tarkastella pelkästään yksilön valintoina, vaan laajempina kokonaisuuksina, jossa kulttuuri ja yhteiskunta antavat ehdot (Laaksonen 2002, 15).

Katainen (2011) tarkastelee terveystietoisuutta elämäntapojen näkökulmasta, millä viitataan elämäntietoisuuden kokonaisuuteen. Elämäntavat peilaavat sitä mitä yhteiskunnassa tapahtuu. Siten terveyteen liitettävät elämäntavat tulisi ymmärtää elinolosuhteet ja arjen kokonaisuus huomioon ottaen. Esimerkiksi pitkään jatkuneessa tupakoinnissa on kyse elämäntapojen kiinnittymisestä yksilön elämäntietoisuuteen. Tapojen muodostumisessa ovat yhteydessä sekä elämäntietoisuudet että elinympäristöt (Katainen 2011, 66). Nykynuori elää keskellä kulttuuria, jossa keskeisiä piirteitä ovat suorittaminen ja menestys, kulutus ja riippuvuus, ulkonäkökeskeisyys, elämishakuisuus, valintojen mahdollisuudet, informaatioteknologia, media sekä suorituskeskeinen terveys (Puuronen 2012, 11). Kauravaaran (2013) mukaan nuori mies valitsee arkielämänsä merkityksellisiä asioita, joista muodostuu elämäntapojen kokonaisuus. Elämäntavat voivat olla tietoisia tai tiedostamattomia valintoja, joiden avulla nuori mies ilmaisee itseään muille ja tavoittelee arvostusta, hyväksyntää tai asemaa (Kauravaara 2013, 29).



Terveyskäyttäytymistä voidaan tarkastella myös terveystaju -käsitteellä, joka ottaa huomioon laaja-alaisemmin terveysmerkitysten ja -arvojen välittymisen ja omaksumisen (Hoikkala & Hakkarainen 2005). Terveyttä koskeva tieto ja taito rakentuvat vastavuoroisessa suhteessa sosiaalisen ympäristön kanssa. Nuorten elin- ja toimintaympäristöillä on oleellinen rooli siinä, millaiseksi terveyskäyttäytyminen muodostuu. Jokaisella nuorella on siten yksilölliset lähtökohdat ja näkökulmat terveyskäyttäytymiselle. Sosiaaliset suhteet ja sosiaaliset ympäristöt voivat sekä tukea että heikentää terveystajun muotoutumista (Hoikkala & Hakkarainen 2005; Välimaa 2005).

Nuoruus on sosiaalisesti kriittinen ajanjakso elämässä (Bartley ym. 1997) ja se on kehityksellisesti merkittävää aikaa. Nuoruudessa tapahtuvat biologiset, sosiaaliset, käyttäytymisen ja henkilösuhteiden muutokset saattavat jättää jälkensä nuoren elämään niin, että ne vaikuttavat nuoren terveyteen myös aikuisuudessa (Due ym. 2011). Terveyskäyttäytymisestä esimerkiksi hampaiden harjauksen nähdään vakiintuvan nuoruudessa (Kuusela ym. 1997). Nuoren kehittyessä aikuiseksi, tärkeimpiä sosialisatioympäristöjä ovat koti, koulu ja katu. Toisin sanoen perheellä, kaveriporukalla, medialla ja oppilaitoksella on kaikilla oma roolinsa nuoren kasvukehityksessä (Maunu 2014, 61–62).

## **2.2 Sosioekonomiset terveyserot**

Kansainvälisissä terveystutkimuksissa sosioekonomisesta asemasta käytetään käsitteitä “socio-economic status”, “socioeconomic position” ja “social class”. Euroopassa on yleistä, että ammatti määrittää sosioekonomisen aseman, kun taas Yhdysvalloissa tulot ja koulutus ovat yleisemmin määrittävinä tekijöinä. Sosioekonomisen aseman määrittäjiä käytetään usein tutkimuksissa ilman, että niiden valintaa perustellaan riittävästi. Siten voi jäädä huomioimatta muita tutkittavaan ilmiöön yhteydessä olevia tekijöitä, kuten sukupuoli ja etninen tausta (Braveman ym. 2005).

Suomalaisissa tutkimuksissa sosioekonomisella asemalla tarkoitetaan Tilastokeskuksen (2014) mukaan henkilön asemaa yhteiskunnan rakenteellisessa järjestelmässä. Henkilön sosioekonominen asema riippuu pääasiallisesta toiminnasta, ammatista, ammattiasemasta ja toimialasta. Palkansaajat ryhmitellään ylempiin ja alempiin toimihenkilöihin sekä työntekijöihin. Joissakin tutkimuksissa sosioekonominen asema jaetaan ammatissa toimijoihin, joita ovat palkansaajat ja yrittäjät sekä ammatissa toimimattomiin, joihin luetaan opiskelijat, eläkeläiset, työttömät ja muut.

Vaikka opiskelija tekisi töitä opiskelujen ohella, sosioekonominen asema määräytyy opiskelijastatuksen perusteella (Tilastokeskus 2014).

Tarkasteltaessa terveyseroja sosioekonomisen aseman suhteen, määrittäjinä ovat usein henkilön koulutus, ammattiasema ja tulot (Lahelma & Rahkonen 2011). Sosiaali- ja terveysministeriön (2008) mukaan kriteerinä käytetään näiden lisäksi myös ammattiin perustuvaa sosiaaliluokkaa, työmarkkina-asemaa sekä varallisuutta. Kaikki kriteerit liittyvät voimakkaasti toisiinsa, mutta jokaisella on myös oma itsenäinen yhteys terveyteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Useat tutkimukset osoittavat, että sosiaalisen aseman ja terveyden välinen yhteys on vahva; terveydentila ja elintavat paranevat sosiaalisen aseman parantumisen myötä, niin naisten kuin miesten keskuudessa (Marmot 2005; Lahelma ym. 2007; Prättälä ym. 2007; Helakorpi ym. 2011; Palosuo ym. 2013).

Suomalaisten elinikä on pidentynyt ja terveydentila parantunut viime vuosikymmenten aikana, mutta edelleen sosioekonomisten ryhmien välillä havaitaan suuria eroja sairastavuudessa, sairauksien riskitekijöissä ja elinajanodotteessa (Prättälä ym. 2007; Lahelma & Rahkonen 2011; Palosuo ym. 2013). Näitä systemaattisesti ilmeneviä eroja väestöryhmien välillä kutsutaan sosioekonomisiksi terveyseroiksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Pitkän koulutuksen saaneet, hyvätuloiset tai hyvässä työmarkkina-asemassa olevat henkilöt elävät keskimääräistä pidempään ja terveempinä kuin alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat (Prättälä ym. 2007). Sosioekonomisen aseman lisäksi väestöryhmittäisiin terveyseroihin vaikuttavat sukupuoli, siviilisääty, maantieteellinen alue ja etninen tausta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Adlerin ja Newmannin (2002) mukaan sosioekonominen asema on yksilön terveyden taustalla kolmen tekijän: terveydenhuollon, ympäristötekijöiden sekä terveyskäyttäytymisen kautta.

Terveyskäyttäytymisessä havaitaan sosioekonomisia eroja kaikissa ikäryhmissä, mutta työikäisiä on tutkittu eniten (Prättälä 2007a). Vuoden 2012 Työ ja terveys -tutkimuksen mukaan ylempien toimihenkilöiden elintavat ovat lähes kaikilta osin terveellisemmät kuin työntekijäasemassa olevien (Kauppinen ym. 2013, 124). Myös korkeammin koulutettujen vanhempien lapsilla on terveellisemmät elintavat kuin muiden perheiden lapsilla (Pajunen ym. 2012). Sosioekonomisen aseman nähdään olevan yhteydessä elintavoista erityisesti tupakointiin (Laaksonen ym. 2007;

Karvonen & Koivusilta 2010; Khami ym. 2010; Luopa ym. 2010; Kauppinen ym. 2013, 124), alkoholin suurkulutukseen (Helakorpi ym. 2007; Luopa ym. 2010.; Kauppinen ym. 2013, 124), ravitsemukseen (Roos ym. 2001; Lagström ym. 2012) ja liikuntaan (Borodulin ym. 2007; Hanson & Chen 2007; Luopa ym. 2010; Kauppinen ym. 2013). Tosin Hansonin ja Chenin (2007) katsauksen mukaan nuorilla alkoholin käytön ja sosioekonomisen aseman välillä ei ollut merkittävää yhteyttä.

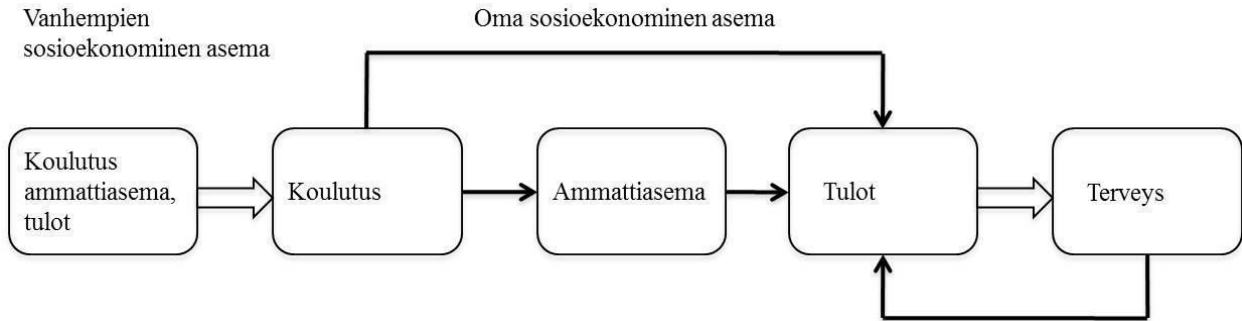
Huono-osaisuudella ja heikolla terveydellä on taipumus kasaantua tiettyihin väestöryhmiin, mikä syventää yhteiskunnallisia terveyseroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Sairailla vanhemmilla voi suuremmalla todennäköisyydellä olla sairas lapsi, ja lapsen sairaus taas voi vaikuttaa siihen, millaiseen asemaan hän voi päästä yhteiskunnassa (Erola 2009). Nuorten polarisoituminen, eli ”kaksinapaistuminen” tarkoittaa sitä, että enemmistö nuorista voi hyvin, ja jopa entistä paremmin. Kun taas samaan aikaan osalla nuorista on enemmän erilaisia ongelmia, vahingollista käyttäytymistä ja pahoinvointia. Kyseiset ongelmat ilmenevät nuorten elämäntapa- ja terveysongelmina ja sitä kautta erityispalvelujen ruuhkautumisena, koulutuksen ja työelämän ulkopuolelle jäämisenä sekä vanhempien köyhyyden ja päihteiden käytön kasvuna (Eräranta & Autio 2008). Polarisoitumisen lisäksi tulisi kiinnittää huomiota ongelmiin myös muilla elämänalueilla koko väestössä. Nykyään ihmiset kokevat stressiä, kiirettä ja ongelmia sosiaalisissa suhteissa, jotka voivat vaikuttaa terveyteen. Myös ympäristö luo paineita esimerkiksi koulutuksen ja työelämän osalta. Koulutuskilpailu sekä ulkonäköä ja identiteettiä koskevat odotukset voivat olla hyvinkin suuria (Karvonen & Koivusilta 2010).

Järvisen ja Jahnukaisen (2008) mukaan koulutukseen liittyvää polarisaatiota voidaan tarkastella ainakin kolmesta näkökulmasta. Aluksi voidaan pohtia koulutusjärjestelmän sisäistä jakautumista ”hyviin” ja ”huonoihin” oppilaitoksiin eri koulutusasteiden sisällä. Toiseksi voidaan tarkastella eroja korkeasti koulutettujen ja vähemmän koulutettujen välillä. Lisäksi eri koulutusasteilta voidaan tunnistaa tiettyjä hyvä- ja huono-osaisten oppilaiden ryhmiä (Järvinen & Jahnukainen 2008). Nuoret opiskelijat, jotka valmistuvat työntekijäammattuihin ovat keskeinen ryhmä terveyserojen kaventamisen kannalta (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 5). Terveys 2015 -kansanterveysohjelman (2001) yhtenä tavoitteena on pienentää viidenneksellä sukupuolten sekä ammatti- ja koulutusryhmien välisiä kuolleisuuseroja. Tavoitteisiin pyritään vähentämällä eriar-

voisuutta ja parantamalla heikoimmassa asemassa olevien hyvinvointia (Terveys 2015 - kansanterveysohjelma 2001). Terveyserojen kaventaminen on ollut keskeisenä haasteena terveyspolitiikassa jo pitkään, mutta tavoitteissa ei ole edetty odotetulle tasolle (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2008). Myös Sote -uudistuksen, eli sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen, yhtenä tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2014). Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen vaatii poliittisia toimia ihmisten sosioekonomisen aseman parantamiseksi. Vaikuttamisen kohteena ovat ihmisten tulot, koulutus ja ammatit, sekä polut, joiden kautta ne ovat yhteydessä terveyteen (Adler & Newman 2002). Nimenomaan terveyserojen syiden tunnistaminen auttaa yhteiskunta- ja terveyspolitiikkaa suunnittelemaan voimavarat niihin tekijöihin, joilla voidaan vaikuttaa terveyserojen muodostumisen ehkäisyyn (Lahelma & Rahkonen 2011).

### **2.2.1 Nuorten sosioekonomisen aseman määrittelyn haastavuus**

Perinteisesti nuorisoon kohdistuvissa tutkimuksissa sosioekonomisen aseman määrittää vanhempien koulutus (Goodman ym. 2001; Lahelma & Rahkonen 2011), vanhempien ammatti ja perheen tulot (Goodman ym. 2001). Vanhemmat vaikuttavat oleellisesti lapsen koulutusodotuksiin ja -päätöksiin, minkä vuoksi vanhempien sosioekonominen asema vaikuttaa myös lapsen sosioekonomiseen asemaan. Erolan (2009) mukaan vanhempien terveyserot eivät voi olla vaikuttamatta lapseen. Esimerkiksi vanhemman sairastuessa olemassa olevat resurssit voivat vähentyä, mikä taas vaikuttaa lapsen koulutus- ja uravalintoihin (Erola 2009). Cohenin ym. (2010) tutkimuksen mukaan jo lapsuuden aikaisella sosioekonomisella asemalla on voimakas yhteys terveyteen aikuisiällä. Lapsuuden aikainen sosioekonominen asema vaikuttaa sekä psykologisten että psykososiaalisten tekijöiden kautta terveyteen tulevaisuudessa (Cohen ym. 2010). Kuvassa 1 esitetään sosioekonomisen aseman eri ulottuvuuksien välisiä yhteyksiä ja vaikutusreittejä suhteessa terveyteen Lahelman ja Rahkosen (2011) mukaan.



KUVA 1. Sosioekonomisen aseman eri ulottuvuuksien yhteydet terveyteen (Lahelma & Rahkonen 2011).

Nuorten terveyden eriarvoisuuden mittaaminen on koettu haasteelliseksi ja vasta viime aikoina tutkimukset sosioekonomisen aseman vaikutuksesta nuorten terveyteen ovat lisääntyneet. Nuorten sosioekonomisen aseman mittaaminen on haastavaa sekä käsitteellisesti että menetelmällisesti. On ollut ristiriitaisuutta tulisiko vanhempien sosioekonomista asemaa ylipäätään ottaa ensisijaisesti huomioon ja miten siitä saataisiin parhaiten tietoa (Currie ym. 2012). Itsenäistyessään nuoret viettävät paljon aikaa kodin ulkopuolella, joten sosioekonomisen aseman määrittäminen vanhempien mukaan ei välttämättä ole kovin täsmällistä (Goodman ym. 2001). Sosioekonomisen aseman mittaamisessa haasteita tuottavat nuorilta saadun tiedon puutteet vanhempien sosioekonomisesta asemasta (Currie ym. 2012). Goodmanin ym. (2001) mukaan huomiota pitäisi kiinnittää enemmän nuorten subjektiiviseen kokemukseen omasta sosiaalisesta asemasta verrattuna muihin ikätovereihin. Vanhempien sosioekonomisen aseman mittaamista puoltaa se, että Huurre ym. (2003) havaitsivat tutkimuksessaan nimenomaan vanhempien sosioekonomisella asemalla olevan yhteyttä nuorten hyvinvointiin ja terveyskäyttäytymiseen, kun taas nuorten omalla sosioekonomisella asemalla ei havaittu olevan kyseistä yhteyttä.

Tässä tutkimuksessa nuoren sosioekonomisen aseman määrittäjänä käytetään korkeimmin koulutetun vanhemman koulutustasoa, riippumatta vanhemman sukupuolesta. Myrskylän (2009) mukaan ei ole perusteltua käyttää vain isän tai äidin koulutustasoa kuvaamaan sosioekonomista asemaa, sillä Suomessa kaikilla on yhtäläinen mahdollisuus kouluttautua. Sekä isän että äidin koulutuksella on samansuuntainen vaikutus nuoren omaan koulutukseen. Vanhempien korkea koulutus lisää lasten todennäköisyyttä kouluttautua pitkälle (Myrskylä 2009).

### 2.2.2 Terveyserojen syyt ja selitysmallit

Lahelman ym. (2007) mukaan sosiaalinen asema ei suoraan vaikuta terveyteen, vaan terveyseroja luovat elinolot, elintavat sekä muut terveyden taustatekijät, jotka ovat yhteydessä voimavarojen epätasaiseen jakautumiseen. Terveyserojen syitä on pyritty selvittämään erilaisten selitysmallien avulla (Lahelma ym. 2007), joista tunnetuin on Iso-Britanniassa julkaistu The Black Report vuodelta 1980. Kyseisessä raportissa tuotiin julki, että huolimatta 1948 perustetusta julkisesta terveydenhoitojärjestelmästä, väestön terveyserot Iso-Britanniassa olivat lisääntyneet. Terveydenhoitojärjestelmän mahdollisen epäonnistumisen ei kuitenkaan nähty olevan ainoana syynä eriarvoisuudelle, vaan esille nostettiin useita muita terveyteen vaikuttavia tekijöitä, kuten koulutus, tulot, asumis- ja työolosuhteet sekä ruokavalio (Gray 1982).

The Black Reportissa esitetään kehikko terveyserojen selitysmalleille, joissa ryhmitellään tärkeimmät tavat selittää terveyseroja sekä arvioidaan selitysmallien yhteyksiä tehtyihin tutkimuksiin. Tuolloin kuvatut mallit ovat edelleen ohjaamassa terveyserojen syistä ja selityksistä käytävää keskustelua sekä aiheeseen liittyvää tutkimusta (Lahelma ym. 2007). Terveyserojen syitä on ryhmitelty viiteen selitysmalliin: 1) terveydentilaan perustuva valikoituminen, 2) terveyskäyttämiseen ja kulttuuriin perustuva selitys, 3) rakenteellisiin ja aineellisiin oloihin perustuva selitys, 4) psykososiaalinen selitys sekä 5) elämänkaariselitys (Bartley 2004; Lahelma ym. 2007; Rahkonen ym. 2011).

Lahelman ja Rahkosen (2011) mukaan valikoitumismallilla tarkoitetaan terveydentilan vaikutusta sosiaaliseen asemaan. Mallin mukaan henkilöt, joilla on hyvä terveys, päätyvät todennäköisemmin ylempiin sosiaalisiin asemiin. Kun taas terveydentilaltaan heikommassa asemassa olevat jäävät helpommin alempiin sosiaalisiin asemiin tai vajoavat jopa alaspäin sosiaalisessa asteikossa. Valikoitumismalli perustuu ajatukseen, että terveys ja siihen vaikuttavat tekijät voivat vaikuttaa esimerkiksi selviytymiseen työmarkkinoilla ja sitä kautta myös sosiaalisiin olosuhteisiin (Lahelma & Rahkonen 2011). Koivusillan ym. (2003a) mukaan vanhempien asema vaikuttaa lasten terveyteen erityisesti lapsuuden kasvuolosuhteiden kautta. Lasten terveyserot taas voivat vaikuttaa lapsen sosiaaliseen asemaan aikuisuudessa. Täten vanhempien sosioekonominen asema voi vaikuttaa lapsen aikuisuuden asemaan jopa ennen lapsen syntymää. Tällöin puhutaan epäsuorasta valikoitumisesta (Koivusilta ym. 2003a). Suorassa valikoitumisessa huono terveys vaikuttaa

alempaan sosioekonomiseen asemaan joutumiseen (Lahelma ym. 2007).

Terveyskäyttäytymiseen ja kulttuuriin perustuvassa selitysmallissa tarkastellaan sosiaalisen aseman vaikutusta terveydentilaan (Lahelma ym. 2007). Sosiaalinen asema ei ole välitön syy terveyseroille, vaan niihin voivat vaikuttaa sosioekonomisille ryhmille tyypilliset kulttuuriset tekijät, kuten erilainen terveyskäyttäytyminen, arvot ja asenteet sekä elintapoja ohjaavat perinteet (Lahelma ym. 2007). Vanhempien suuremmat odotukset tyttöjen kouluttautumisesta kohtaan selittävät osaltaan sukupuolten välisiä terveyseroja, täten vanhempien odotukset voivat vaikuttaa suoraan lapsen tai nuoren terveyskäyttäytymiseen (Breen & Goldthorpe 1997). Epäterveelliset elintavat jakautuvat usein epätasaisesti sosioekonomisen aseman mukaan. Lyhyen koulutuksen saaneiden ja pienituloisten keskuudessa terveyden kannalta epäedulliset elintavat ovat keskimääräistä yleisempiä, mikä luo terveyseroja sosioekonomisten ryhmien välille (Lahelma ym. 2007).

Lahelman ym. (2007) mukaan rakenteellisiin ja aineellisiin oloihin perustuvassa selitysmallissa ajatuksena on, että elinolot ja aineelliset tekijät luovat terveyseroja sosioekonomisten ryhmien välille. Malliin sisältyy erilaisia tekijöitä, kuten lapsuuden ja aikuisuuden taloudellinen tilanne, työolot sekä asuin- ja kotiympäristö (Lahelma ym. 2007). Pensola ja Martikainen (2004) havaitsivat tutkimuksessaan, että perhesuhteilla, koulutuksella ja työttömyydellä on merkittävä vaikutus kuolleisuuteen. Lahelman ym. (2007) mukaan osa tekijöistä vaikuttaa vahvemmin ja suuremmin terveyteen ja terveyserojen syntyyn, kun taas osa on taustalla vaikuttavia, rakenteellisia tekijöitä. Aineellisten tekijöiden vaikutus terveyseroihin syntyy siitä, että kyseiset tekijät jakautuvat väestön keskuudessa epätasaisesti (Lahelma ym. 2007). Elintavat, työolot ja taloudelliset resurssit ovat usein huonommat alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla (Kauppinen ym. 2010). Kariston ym. (1999) mukaan yhteiskunnasta syrjäytymisen taustalla on rakenteellisten ja kulttuuristen tekijöiden lisäksi myös yksilön oma toiminta. Rakenteellisten tekijöiden liiallinen korostaminen on saanut myös kritiikkiä osakseen (Karisto ym. 1999, 114).

Psykososiaalisen selitysmallin mukaan käyttäytymistekijöillä tai aineellisilla tekijöillä ei yksinään voida selittää sosioekonomisten ryhmien välisiä terveyseroja. Terveyserojen syitä tarkastellessa tulee ottaa huomioon myös sosiaalinen tuki, työn ja kodin välinen tasapaino sekä pyrkimysten ja saavutusten tasapaino. Psykososiaalisessa selityksessä painotetaan yhteisön merkitystä

terveyskäyttäytymisen muutoksille. Mikäli yhteisön sosiaaliset suhteet ovat terveyskäyttäytymisen muutoksille epäsuotuisat, yksilöllä ei välttämättä ole kiinnostusta tai edellytyksiä edistää terveyttään (Bartley 2004, 78–79, 174).

Elämänkaariselitys yhdistää eri näkökulmia ja ottaa huomioon aikaperspektiivin (Kuh ym. 2003; Kestilä & Rahkonen 2011). Terveys nähdään prosessimaisena ja sairaudet saattavat olla pitkän ja monimuotoisen kehityskulun seurauksia. Elämänkaariselityksessä painotetaan, että lapsuuden elinolot eivät vaikuta suoraan terveyteen aikuisena, vaan erilaisten polkujen kautta, kuten esimerkiksi koulutuksen ja työllistymisen kautta (Kestilä & Rahkonen 2011). Nämä puolestaan vaikuttavat aineellisiin elinoloihin ja elintapoihin, jotka tuottavat sosiaaliluokkien välille terveyseroja (Rahkonen ym. 2011). Selitysmallissa korostetaan eri elämänvaiheissa tapahtuneiden altistusten kasautumista, jotka ovat syinä terveyseroille (Kuh ym. 2003; Kestilä & Rahkonen 2011). Terveyserojen syyt ja laajuus vaihtelevat ajan, ikäryhmän ja eri väestöryhmän mukaan. Pienillä lapsilla terveyserot ovat suuret, nuoruudessa kapeammat ja ikääntyessä ne jälleen kasvavat (Kestilä & Rahkonen 2011).

On olemassa kuudeskin selitysmalli terveyseroille. Artefaktaselitys liittyy aineistojen ja tutkimusten puutteisiin (Erola 2009; Lahelma & Rahkonen 2011). Lahelman ym. (2007) mukaan selitys perustuu ajatukseen, että sosiaalisen aseman ja terveyden välinen yhteys on näennäinen, eikä sitä oikeastaan ole edes olemassa. Erojen uskotaan johtuvan siitä, että sosiaalinen asema ja/tai terveydentila tai niiden välinen yhteys on mitattu tai kirjattu puutteellisesti. Syynä on pidetty, että tiedot tutkimuksiin kootaan eri lähteistä, mutta esimerkiksi Suomessa ja muissa Pohjoismaissa väestötiedot kootaan samoista tietolähteistä, joten kyseistä ongelmaa ei esiinny. Artefaktaselitysmalli ei ole enää juurikaan käytössä, vaan todettuja sosioekonomisia terveyseroja pidetään todellisina (Lahelma ym. 2007).

Macintyre (1997) jaotteli edellä mainitut selitysmallit vielä “koviin” ja “pehmeisiin” selityksiin. Kovat selitysmallit ovat yksittäisiä, tyhjentyviä ja toisensa poissulkevia, kun taas pehmeillä selitysmalleilla ajatellaan olevan osansa erojen selittämisessä. Täten esimerkiksi kova versio rakenteellisista ja aineellisista selityksistä olettaa, että alempaan sosioekonomiseen asemaan liittyvät heikommat asuin- ja elinolot ovat yksiselitteisesti se mekanismi, joka luo terveyseroja. Peh-



meämpi selitys huomioi materiaalisten erojen lisäksi myös psykososiaalisten tekijöiden, kuten sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen tuen sekä terveyskäyttäytymisen vaikutukset terveyserojen muodostumiseen (Macintyre 1997).

### **2.2.3 Koulutuksen yhteys terveyseroihin**

Peruskoulun päättymisen on nuorten terveyden kannalta kriittinen elämänvaihe. Tuolloin joko hakeudutaan tai jäädään pois korkeampiin koulutusasteisiin johtavasta koulutuksesta (Karvonen & Koivusilta 2010). Perinteisesti lukioväylä on ollut yhteiskunnallisesti arvostetumpi kuin ammatillinen väylä (Järvinen & Jahnukainen 2008). Vuonna 2012 peruskoulun 9. luokan päättäneistä pojista 42 % ja tytöistä 59 % jatkoi opintoja lukiossa. Toisen asteen ammatilliseen koulutukseen hakeutui peruskoulun päättäneistä pojista 50 % ja tytöistä 33 % (Suomen virallinen tilasto 2014). Suomessa kaikilla on yhtäläinen oikeus kouluttautua riippumatta vanhempien sosiaalisesta asemasta (Myrskylä 2009). Suomen koulutusjärjestelmässä toisen asteen koulutusvalinta ei sulje pois korkea-asteen koulutusta joko ammattikorkeakoulussa tai yliopistossa. Lisäksi aikuiskoulutukseen voi hakeutua kaikilta koulutusasteilta (Opetushallitus 2014). Perus- ja keskiasteen suorittaneista suurin osa on miehiä, kun taas korkea-asteen suorittaneissa on enemmän naisia. Täten miesten koulutustaso on matalampi kuin naisten (Myrskylä 2009).

Koulutus on ensisijaisesti yksilön sosiaalista asemaa määrittävä tekijä, sillä se hankitaan jo nuoruudessa, eikä välttämättä muutu kovinkaan paljoa elämän aikana. Usein juuri koulutus toimiikin sosioekonomisen aseman osoittimena (Palosuo ym. 2007), koska se on laaja-alainen ja siinä huomioidaan myös aineettomat resurssit, kuten tiedot, taidot, asenteet ja arvot. Yksilön koulutuksen määrittää korkein suoritettu tutkinto tai käydyt kouluvuodet (Lahelma & Rahkonen 2011). Koulutus vaikuttaa keskeisesti työmarkkina- ja ammattiasemaan, joilla puolestaan on vaikutus siihen, miten yksilö sijoittuu yhteiskunnan rakenteissa. Työuran aikana voi tapahtua paljon muutoksia ammatin ja tulojen suhteen esimerkiksi sairauden tai urakehityksen myötä, mutta koulutustaso pysyy melko samana aikuisiällä (Lahelma ym. 2007; Palosuo ym. 2007). Sosioekonomisen aseman kuvaajana koulutus on siinäkin mielessä käyttökelpoinen, että sitä koskevat tiedot sisältyvät moniin eri tutkimusaineistoihin, ja ne ovat usein vertailukelpoisia (Palosuo ym. 2007). Viime vuosikymmenten aikana koulutustaso on Suomessa noussut, joten ylioppilastutkinnon merkitys sosiaalisen aseman määrittäjänä ei ole enää yhtä vahva kuin ennen (Prättälä 2007a).

Yleensä selkeä ero korkeasti koulutettujen ja alemman koulutuksen käyneiden välillä on tulot. Korkeasti koulutetut tienavat enemmän kuin alemman koulutuksen saaneet ja tämän oletetaan vaikuttavan terveyteen (Cutler & Lleras-Muney 2010). Tulot vaikuttavat mahdollisuuteen ostaa esimerkiksi liikuntapalveluja ja -välineitä. Alemmissa koulutusryhmissä kustannukset saattavat olla esteenä terveyttä edistävälle toiminnalle (Prättälä 2007a). Tuloja ei voida kuitenkaan pitää merkittävänä syynä koulutuksen tuomiin terveyseroihin. Monet terveydelle haitalliset elintavat, kuten tupakointi, alkoholin käyttö ja syöminen yli tarpeen, kuluttavat tuloja, joten hinta ei voi olla ainoa selittävä tekijä. On mahdollista, että korkeasti koulutetut ovat vastuullisempia rahankäyttäjiä kuin matalammin koulutetut, mikä selittäisi sen, että koulutetut henkilöt tupakoivat harvemmin ja lihavuutta esiintyy hieman vähemmän (Cutler & Lleras-Muney 2010). Ei pidä unohdtaa, että esimerkiksi tupakoitsijoita on kaikissa sosiaaliluokissa. Sen sijaan yksilön perustelut tupakoinnille voivat vaihdella sosiaalisen aseman mukaan. Tupakointi edustaa joillekin omaa identiteettiä ja elämäntyyliä ja joillekin tupakointi on tapa erottautua muista (Katainen 2011).

Koulutuksen vaikutusta sosioekonomisiin terveyseroihin voidaan tarkastella myös henkilön tietomäärän näkökulmasta. Terveyttä käsittelevä tieto on suurimmaksi osaksi kaikkien saatavilla, joten tiedon saatavuus ei ole ongelmana. Tiedon vaikutusta terveyskäyttäytymisen muutokseen ei voida pitää riittävänä selittävänä tekijänä. Sen sijaan tiedolla ja kognitiivisilla taidoilla on yhdessä vaikutusta terveyttä edistävään käyttäytymiseen. Kyse on enemmän tiedon prosessoinnista, kuin itse tiedon määrästä (Cutler & Lleras-Muney 2010). Koulutus lisää yksilön mahdollisuuksia ymmärtää terveellisiin elintapoihin liittyviä tekijöitä ja ylläpitää näitä elintapoja (Prättälä 2007a). Rintasen (2000) väitöskirjan mukaan koulutuksen ulkopuolelle jääneiden 18-vuotiaiden miesten terveydentila ja terveystottumukset olivat selvästi huonommat kuin samanikäisillä koulua käyvillä nuorilla.

On melko yleistä, että vanhempien koulutus vaikuttaa lasten koulutusvalintoihin; korkeasti koulutettujen vanhempien lapset hankkivat itselleen pitkän koulutuksen (Koivusilta 2011, Langström ym. 2012). Lagströmin ym. (2012) mukaan sekä äidin että isän korkeakoulutuskinto nostaa luki-oon menon todennäköisyyttä alempaan koulutukseen verrattuna. Äidin korkeakoulutuskinnolla on hieman suurempi vaikutus kuin isän. Myös perheen kuukausitulot ovat yhteydessä nuoren koulutusvalintaan (Lagström ym. 2012). Koulutuksen ohella myös terveysasenteet siirtyvät helposti

sukupolvelta toiselle (Koivusilta 2011). Lisäksi terveyserot, jotka ovat muodostuneet koulutuksen myötä, vaikuttavat kahdessa sukupolvessa. Yksilöt, joiden vanhemmilla on alhainen koulutus, hyötyvät omasta koulutuksesta enemmän kuin yksilöt, joiden vanhemmilla on korkea koulutus. Kouluttautuminen ehkäisee vanhempien matalasta koulutuksesta johtuvia negatiivisia terveysvaikutuksia (Ross & Mirowsky 2011).

Koivusillan ym. (2013) seurantatutkimuksessa ilmenee, että koulutuksella ja terveystyötytymisen omaksumisella on voimakas molemminpuoleinen yhteys sekä varhais- että myöhäisnuoruudessa. Perhetaustalla, käsittäen perherakenteen, huoltajan koulutuksen ja huoltajan ammattiaseman, on merkittävä rooli tässä prosessissa. Terveystyötyminen on yhteydessä aikuisiän koulutustasoon nuoruuden koulu-uran kautta. Tämä on yksi mahdollinen polku, jonka kautta terveystyötymisen ja koulutuksen vuorovaikutus ovat yhteydessä terveyden eriarvoisuuteen aikuisiässä (Koivusilta ym. 2013).

Koulutuksen myötä saavutettu ammattiasema voi olla yhteydessä myös siihen, millaisia terveyttä edistäviä palveluja työnantaja tarjoaa. Näitä ovat esimerkiksi työpaikkaruokailu, liikuntapalvelut ja työterveyshuollon palvelut. Eri ammattialoilla ja työyhteisöissä vallitse erilaisia terveystyötytymisreitoja, mikä myös osaltaan vaikuttaa siihen, kannustetaanko terveellisiin elintapoihin vai ei (Prättälä 2007a). Jo kouluyhteisössä terveyttä edistävät rakenteet ovat tärkeä osa kokonaisvaltaista hyvinvointistrategiaa. Tähän kuuluvat muun muassa terveellinen kouluruokailu, toimiva oppilashuolto, sosiaalisen tuen antaminen ja vastaanottaminen sekä kouluympäristön viihtyvyys (Mikkonen & Tynkkynen 2010).

## **2.2.4 Sukupuoli terveyserojen määrittäjänä**

Sukupuolen ja terveyden välisestä yhteydestä ollaan oltu jo pitkään kiinnostuneita. Eroja miesten ja naisten välillä havaitaan niin fyysisessä terveydessä, mielenterveydessä, kuolleisuudessa kuin terveystyötymisessä (Riskä 2011). Erot elinajanodotteissa sukupuolten välillä vaihtelevat maittain, maille on yhteistä että useimmiten naiset elävät miehiä pidempään (Mackenbach ym. 2008). Suomessa vuonna 2012 syntyneellä poikalapsella elinajanodote oli 77,5 vuotta ja tyttölapsella 83,4 vuotta (Tilastokeskus 2013). Jotkin sairaudet ovat sukupuolispesifejä, kuten rintasyöpä ja eturauhassyöpä, mutta esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksien taustalla ovat

usein kulttuuri ja elintavat, jotka eivät selity biologisilla tekijöillä. Miehillä kuolleisuus sepelvaltimosairauksiin on lähes kaksi kertaa yleisempää kuin naisilla (Riskä 2011).

Luopan ym. (2010) Kouluterveyskyselyraportissa ilmenee, että monet terveystottumukset ovat pojilla epäterveellisemmät kuin tytöillä. Tytöt sen sijaan raportoivat yleisemmin erilaisia oireita ja kokevat terveytensä yleisemmin huonoksi kuin pojat (Luopa ym. 2010). Vaikka työttömyys, yksinäisyys, alhainen koulutus ja päihteiden riskikäyttö leimataan usein juuri nuorten miesten ongelmiksi, ei voida yksiselitteisesti sanoa, että kaikki riskitekijät kasaantuisivat miehille. Nuorilla naisilla yleisempänä ongelmana ovat mielenterveysongelmat, joita on nuorilla miehillä vähemmän (Karvonen & Koivusilta 2010). Nimenomaan ammattiin opiskelevat nuoret miehet muodostavat haasteellisen ryhmän terveyden edistämisen suhteen, sillä haitallinen terveyskäyttäytyminen korostuu tässä ryhmässä (Luopa ym. 2010; Mikkonen & Tynkkynen 2010, 42).

Sukupuolten välisiä terveyseroja on selitetty esimerkiksi miesten taipumuksella aliraportoida oireitaan (O'Brien ym. 2007) sekä erilaisilla sukupuolirooliteorioilla, joissa terveyskäyttäytymisen syitä on etsitty sukupuolirooleille tyypillisestä käyttäytymisestä. Esimerkiksi naisilla oletetaan olevan matalampi kynnyks kokea oireita ja hakeutua hoitoon. Miesten puolestaan oletetaan hakeutuvan hoitoon vasta, kun oireet ovat vakavia. Sukupuolirooliteoriat ovat kuitenkin saaneet osakseen kritiikkiä stereotyyppisestä kahtiajaosta. Tällöin jäävät huomioimatta yhteiskuntaluokan, iän, seksuaalisen suuntautumisen ja etnisen taustan vaikutukset terveyteen. Työelämän ja perhemallin muutokset ovat viime aikoina syrjäyttäneet sukupuolirooliteorian vallitsevana selitysmallina (Riskä 2011).

### **2.3 Oppilaitosten terveyskulttuuri**

Lait ja asetukset (Lukiolaki 1998; Laki ammatillisesta koulutuksesta 1998) ovat lukion ja ammatillisen oppilaitoksen arvopohjan taustalla. Sivistävän koulutuksen ja työelämään valmentamisen ohella molemmilla oppilaitoksilla on myös kasvatuksellinen tehtävä, koska opiskelijat ovat osittain alaikäisiä ja kasvatuksellinen kehitys on vielä käynnissä (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 29). Nuoruus ja nuori aikuisuus ovat sosiaalisen luottamuksen synnylle merkittävä kehitysvaihe, joten

oppilaitoksilla on luonnollinen kasvuympäristön rooli nuorten elämässä. Käytännössä kasvatusta oppilaitoksissa tarkoittaa sitä, että opettajien tulee huolehtia opiskelijoiden sosiaalisista valmiuksista ja tukea opetusryhmän sosiaalista ilmapiiriä (Maunu 2014, 7, 63). Oppilaitoksissa kohdataan yhä enemmän nuoria, joilla elämäntilanne ei ole kunnossa, joten opettajilta vaaditaan opettamisen lisäksi roolimallina olemista ja kasvatuksellista otetta (Liimatainen-Lamberg 2000).

Mikkosen ja Tynkkysen (2010) katsauksen mukaan ammattiin opiskelevien terveys ja kokemukset terveystilanteiden saatavuudesta eivät oleellisesti eroa lukiolaisten kokemuksista. Sen sijaan terveystilanteiden käytössä on huomattavia eroja. Lukiolaisten elintavat ovat selkeästi terveellisemmät kuin ammattiin opiskelevien (Palosuo ym. 2007; Puusniekka & Jokela 2009; Luopa ym. 2010). Nuorten terveyseroihin on yhteydessä voimakkaimmin toisen asteen koulutusvalinta (Karvonen & Koivusilta 2010). Vaikka nuorten terveyserot eivät välttämättä vielä ole nähtävissä, tulevaisuus tuo ryhmien välille terveyseroja, mikäli elintavat jatkuvat samankaltaisina. Erityisesti tupakoinnin terveyshaitat ilmaantuvat vasta vuosien päästä (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 15).

Koulutusympäristö antaa malleja terveyttä edistävästä elintavosta esimerkiksi kouluruokailun ja koululiikunnan kautta (Prättälä 2007a). Sen lisäksi, että terveystilanteet eroavat lukion ja ammattillisen koulutuksen välillä, eroja on myös ammattillisten oppilaitosten sisällä. Terveystilanteet ja kulttuuriset koodit voivat vaihdella paljonkin saman oppilaitoksen eri koulutusalojen välillä (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 30–46). Haitallisen terveystilanteiden taustalla voi olla kuuluminen tiettyyn ryhmään (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 30–46; Puuronen 2012, 205). Puuronen (2012) mukaan tupakointi lähentää nuoria enemmän kuin tupakoimattomuus koulutustaustasta riippumatta. Sen sijaan asenneilmasto tupakoimattomuuteen poikkeaa koulutustaustojen välillä. Lukiossa vallitsee laaja tupakoimattomuuskulttuuri, jota tukee myönteinen asenne tupakoimattomuuteen ja kielteinen asenne tupakoimiseen. Ammatillisissa oppilaitoksissa asenne tupakoimattomuuteen ja tupakoimiseen on neutraali sekä tupakoivilla että tupakoimattomilla nuorilla (Puuronen 2012, 187). Puusniekan ja Jokelan (2009) mukaan vuonna 2009 ammattiin opiskelevat suhtautuivat tupakointiin vielä myönteisesti. Asenneilmasto on siten muuttumassa myös ammatillisissa oppilaitoksissa tupakoimattomuuden puolelle.

Tupakoinnin valvonta sen sijaan on yhtä harvinaista molemmissa oppilaitoksissa (Puusniekka & Jokela 2009), vaikka tupakkalaki (Tupakkalaki 1976a) kieltää tupakoinnin lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten sisätiloissa ja ulkoalueilla. Lisäksi tupakkatuotteiden hallussapito on kielletty alle 18-vuotiailta (Tupakkalaki 1976b). Väyrysen ym. (2009) mukaan nähdään viitteitä siitä, että luvaton tupakointi yleistyy oppilaitosten koulutusalojen lukumäärän ja oppilaitoksen koon myötä. Mitä enemmän on eri koulutusaloja ja mitä suuremmasta oppilaitoksesta on kyse, sitä yleisempää luvaton tupakointi on. Luvaton tupakointi on myös yleisempää oppilaitoksissa, joissa on paljon alle 18-vuotiaita opiskelijoita (Väyrynen ym. 2009). Oppilaitoksessa omaksutaan myös omaan ammattikuntaan liittyvät kulttuuriset terveystavat, jotka nuori kantaa mukanaan työelämään. Siten oppilaitoksen rooli terveyttä edistävänä ympäristönä on merkittävä sosioekonomisten terveyserojen kaventamisen kannalta (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 30–31).

#### **2.4 Perherakenteen yhteys terveyskäyttäytymiseen**

Nuoruuden kehitys on monitahoinen ja vuorovaikutteinen prosessi, johon kuuluvat yksilön lisäksi perhe, ryhmä ja yhteisö. Perhe tarjoaa nuorelle ensisijaisen lähteen oppimiselle ja valmistaa toimimaan menestyksekkäästi. Lisäksi perheen sitoutuneisuus ja yhdessä toimiminen vastaavat nuoren psykologisiin tarpeisiin. Perheen sisällä vallitsevat normit, arvot ja mallit käyttäytymisestä ovat perusta nuoren oman persoonallisuuden, uskomusten ja asenteiden kehittymiselle. Perheenjäsenten vuorovaikutus havainnollistaa ja vahvistaa terveyttä käyttäytymisen kautta. Nuoret sisäistävät perheen käsityksen terveydestä, jota tukevat vallitsevat uskomukset ja käyttäytyminen (Davies ym. 2009, 392, 394). Yksinhuoltajaperheessä asuminen on sosiaalinen tekijä, joka jättää jälkensä elämään ja on olemassa viitteitä sosiaalisesta eriarvoisuudesta tämän johdosta. Yksi keskeinen tekijä on yksinhuoltajaperheen pienemmät tulot (Due ym. 2011). Perherakenteen yhteyttä lapsen tai nuoren elintapoihin on tutkittu kansainvälisesti jonkin verran, ja viime vuosina enemmän Suomessakin (Roos ym. 2001; Theodorakis ym. 2004; Maes ym. 2006; Riediger ym. 2007; Lehto ym. 2009; Pajunen ym. 2012; Koivusilta ym. 2013).

Lehto ym. (2009) havaitsivat tutkimuksessaan, että perheen sosioekonominen asema ja perherakenne ovat yhteydessä alakouluikäisen lapsen elintapoihin monella eri tavalla. Lapsuuden aikaiset elintavat vaikuttavat lapsen terveyteen ja hyvinvointiin niin lapsuudessa, kuin myöhemmin nuoruudessa ja aikuisuudessaakin, sillä lapsena opitut käyttäytymismallit jäävät usein pysyviksi

(Lehto ym. 2009). Kahden vanhemman perheessä asuminen on yhteydessä terveellisiin ruokavalintoihin ja säännölliseen aamiaisen nauttimiseen (Pajunen ym. 2012). Perheen ja kotiympäristön tulisi olla keskeisessä roolissa, kun pyritään edistämään suun terveyttä. Säännöllisellä ateriarrytmillä, oikeudenmukaisella vanhemmuudella sekä avoimilla ja positiivisilla perhesuhteilla on positiivinen vaikutus hampaiden harjaamiseen kahdesti päivässä (Levin & Currie 2010). Maesin ym. (2006) tutkimuksessa havaittiin, että perinteinen ydinperhe on yhteydessä lasten ja nuorten suositusten mukaiseen hampaiden harjaukseen yhdeksässä maassa kaikkiaan tutkituista 32:sta maasta. Tämän tutkimuksen osalta Suomessa ei havaittu kyseistä yhteyttä (Maes ym. 2006). Sen sijaan Koivusillan ym. (2013) seurantatutkimuksessa ydinperhe vaikutti positiivisesti 16- ja 18-vuotiaiden terveyttä edistävään käyttäytymiseen, eli hampaiden harjaukseen ja liikuntaaktiivisuuteen. Nuorten päivittäiseen tupakointiin perherakenne on yhteydessä siten, että riski kasvaa, mikäli perhe on jokin muu kuin isän ja äidin muodostama ydinperhe (Theodorakis ym. 2004; Rainio ym. 2006; Puusniekka & Jokela 2009; Koivusilta ym. 2013).

### **3 HAMPAIDEN HARJAUS JA SUUN TERVEYS**

#### **3.1 Suun terveyden merkitys hyvinvoinnille**

Suun terveys on tärkeä osa yleisterveyttä ja hyvinvointia (Sheiham 2005; Watt 2005). Hyvä suun terveys mahdollistaa yksilön sosiaalisen kanssakäymisen, vaikuttaa syömiseen ja ruoasta nauttimiseen sekä vahvistaa itsetuntoa ja sosiaalista itseluottamusta (Watt 2005). Yleisterveydellinen merkitys on suuri, sillä ravitsemuksen muutokset, puhumisen vaikeus, hyvinvointi ja elämänlaatu, johtuen suun terveydestä, saattavat aiheuttaa yksilölle huomattavaa särkyä ja kärsimystä. Suun sairaudet ovat yleisimpiä kroonisia sairauksia sekä merkittävä kansanterveydellinen ongelma. Koska niiden esiintyvyys on suuri, vaikutus on merkittävä sekä yksilö- että yhteiskuntatasolla ja hoitokulut ovat mittavat (Sheiham 2005). Lisäksi suun terveydellä on vaikutusta myös kroonisiin sairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin (Pussinen ym. 2007; Friedewald ym. 2009) ja tyypin 2 diabeteksen hoitotasapainoon (Teeuw ym. 2010).

Ravitseminen, hygienia, tupakointi, alkoholin käyttö, tapaturma-altis käyttäytyminen sekä stressi ovat keskeisiä tekijöitä niin suun sairauksille kuin monille muille kroonisille sairauksille. Kyseisten tekijöiden vaikutus on melko yleisesti väestön tiedossa ja ne ovat ennaltaehkäisyyn kannalta tärkeitä tekijöitä suun terveydelle (Sheiham 2005). Lisäksi suun sairauksiin vaikuttavat monet sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät, joiden ympäröimänä ihmiset elävät (Polk ym. 2010). Esimerkiksi Australiassa tehdyn tutkimuksen mukaan ennustavina tekijöinä nuorten aikuisten hoitamattomille hampaille voidaan pitää asumista pääkaupungin ulkopuolella, yliopistotutkintoa alemmaa koulutuksen tasoa, itsekoetun hammashoidon tarpeen puuttumista, hammashoitopelkoa sekä kokemusta hammassärystä (Jamieson ym. 2009).

Useimmissa tapauksissa suun sairaudet ovat ennaltaehkäistävissä (Watt 2005), mutta terve, kivuton suu ja hampaisto eivät ole itsestäänselvyksiä (Keskinen 2002). Tämän vuoksi suun terveyden edistämisen tulisi olla luontaisena osana yleisissä terveydenedistämistästrategioissa (Sheiham 2005). Uusille ikäluokille tulee vuodesta toiseen jakaa tietoa sekä ohjata ja motivoida kaikkia huolehtimaan itse omasta suun terveydestä. Perusohjeet ovat pysyneet pitkään muuttumattomina; hampaiden harjaus fluorihammastahnalla kahdesti päivässä (Keskinen 2002; Widström 2005; Karies (hallinta) 2009), monipuolinen ruokavalio, janojuomaksi vesi, aterian päätteeksi ksylitoli



sekä hampaille lepoetki aterioiden välissä (Keskinen 2002).

Vuonna 2011 suomalaisista aikuisista kolme neljäsosaa arvioi suunsa terveyden hyväksi, mikä on parantunut vuoteen 2000 verrattuna. Miehet kokevat suun terveydentilan hieman huonommaksi kuin naiset (Suominen ym. 2012). 18 - 29-vuotiaista miehistä 37 % käy säännöllisesti tarkistuttamassa hampaansa, saman ikäisistä naisista vastaavasti 58 % (Suominen-Taipale ym. 2005). Myös muissa ikäryhmissä naiset käyvät miehiä useammin hammashoidossa ja he myös huolehtivat suuhygieniastaan paremmin kuin miehet (Suominen-Taipale ym. 2004). Tarkastusväli tulisi määrittellä aina yksilöllisesti ottaen huomioon reikiintymiseen ja iensairauksiin vaikuttavat tekijät (Karies (hallinta) 2009; Parodontiitti 2010). Hampaattomuus on vähentynyt suomalaisten keskuudessa merkittävästi. Yli 30-vuotiaista enää joka kymmenes on täysin hampaaton. Erot hampaattomuuden esiintyvyydessä ikäryhmien välillä ovat ilmeiset; iäkkäällä väestöllä hampaattomuus on selvästi yleisempää kuin nuoremmilla (Suominen ym. 2012).

### **3.2 Karies ja iensairaudet ovat edelleen yleisiä suomalaisten suun terveydessä**

Suun sairauksista yleisimpiä ovat hammaskaries ja iensairaudet. Niiden ehkäisyssä tärkeintä on oma suuhygienia ja hammaskarieksen osalta myös sokeripitoisen ravinnon välttäminen (Widström 2005). Hammaskaries on sairaus, joka saa aikaan hampaan kudonvaurioita. Hampaiden reikiintymiseen vaikuttavat suun mikrobiston koostumus, ravinto, syljen määrä ja laatu, vastustuskyky sekä se, kuinka kauan hampaan pinta on biofilmin peittämä eli puhdistamatta (Karies (hallinta) 2009). Hampaiden reikiintymisen päivittäiseen ehkäisyyn kuuluu hampaiden harjaus kahdesti päivässä fluorihammastahnalla (Marinho ym. 2003; Honkala ym. 2009; Karies (hallinta) 2009) sekä hiilihydraattien kuten sakkaroosin, fruktoosin ja tärkkelyssiirapin runsaan ja toistuvan käytön välttäminen. Nuorten osalta hammasvälien puhdistus lankaamalla on suositeltavaa vähintään kahdesti viikossa, etenkin jos hammasväleissä on kariesvaurioita tai paikkoja (Karies (hallinta) 2009).

Hampaiden reikiintymisen kuvaamisessa käytössä on kansainvälinen termi DMFT, joka kuvaa karieksen vaurioittamien hampaiden keskimääräisen yhteenlasketun lukumäärän paikattujen, poistettujen ja reikiintyneiden hampaiden osalta. WHO asetti tavoitteen karieksen vähentämisestä vuodelle 2000, että Euroopan alueella DMFT arvo olisi korkeintaan kaksi. Suomi saavutti kysei-

sen tavoitteen jo vuonna 1988, mutta sen jälkeen parantumista ei ole enää tapahtunut (Nordblad ym. 2004, 30–31). Hampaiden reikiintyminen on Suomessa edelleen varsin yleinen ongelma (Nordblad ym. 2004, 29; Karies (hallinta) 2009; Suominen ym. 2012). Vuonna 2011 aikuisille toteutetussa kliinisessä tarkastuksessa ilmeni, että hammaskariesta, eli vähintään yhdessä hampaassa paikattava reikä, sairasti naisista 14 % ja miehistä 28 % (Suominen ym. 2012). Yliopistop opiskelijoista 72 %:lla oli paikattuja hampaita tai kariesvaurioita (Peltola ym. 2006) ja 14-vuotiaista noin 60 %:lla esiintyi kariesta (Mäki & Laatikainen 2012). Mäki ja Laatikainen (2012) havaitsivat hammaskarieksen osalta alueellisia eroja; Kainuussa pojilla oli enemmän hammaskariesta verrattuna turkulaisiin. Sunin ym. (2008) tutkimuksen mukaan yhä useammalla nuorella on reikiä hampaissa, joten nuorten hammasterveydessä nähdään viitteitä heikkenemisestä (Suni ym. 2008). Toisaalta hammaskarieksen osalta nähdään viitteitä polarisoitumisesta. Ennen karies oli yläluokan ongelma, mikä johtui sokerin käytön yleisyydestä. Nykyään kariesta esiintyy muita yleisemmin väestöryhmällä, jolla on lyhyt koulutus, huono sosiaalinen asema tai sosiaalisia ongelmia. Siten laajasta kansansairaudesta on tullut pikemminkin kasautunut ongelma tietyillä ryhmillä ja voidaan jopa puhua kariksen polarisoitumisesta (Widström 2005).

Huono suuhygienia on altistava tekijä reikiintymisen lisäksi myös ientulehdukselle ja parodontiitille eli kiinnityskudossairaudelle. Parodontiitti on hammashoidollinen kansanterveysongelma, etenkin 30 vuoden iästä eteenpäin (Könönen 2007; Parodontiitti 2010), mutta sitä voi esiintyä jo nuorilla. Parodontiittia esiintyy suomalaisista miehistä 72 %:lla ja naisista 57 %:lla. Parodontologinen tutkimus, jossa mitataan ientaskut ja kontrolloidaan verenvuoto ikenistä, kuuluu osaksi normaalia suun terveystarkastusta. Se tulisi tehdä säännöllisin väliajoin ja kaikenikäisille, jotta parodontiitti voidaan ehkäistä ja hoitaa ajoissa ja tarkoituksenmukaisesti (Parodontiitti 2010). Hoitamattomana parodontiitti voi johtaa hampaan irtoamiseen. Tupakointi on merkittävä altistava tekijä parodontiitille ja se heikentää hoidon ennustetta (Meraw ym. 1998; Bergström 2006; Könönen 2007; Parodontiitti 2010; Warnakulasuriya ym. 2010). Näin ollen valistus tupakoinnin haitoista on oleellinen osa parodontiitin hoitoa (Könönen 2007; Parodontiitti 2010).

Parodontiitti vaikuttaa myös yleisterveyteen, sillä se lisää ja pitää yllä hoitamattomana elimistön systeemistä tulehdustilaa (Paraskevas ym. 2008). Siten riski sydän- ja verisuonisairauksiin, erityisesti ateroskleroosiin ja sepelvaltimotautiin (Friedewald ym. 2009), lisääntyy (Pussinen ym.

2007). Huonon suuhygienian nähdään olevan niissä keskeisenä osatekijänä (de Oliveira ym. 2010). Kelishadin ym. (2013) tutkimuksen mukaan hampaiden harjauksella jo nuoruudessa on yhteys sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin. Nuorilla, jotka harjaavat hampaansa suositusten mukaisesti kaksi kertaa päivässä on alhaisempi LDL-kolesterolitaso ja verenpaine, kuin nuorilla, joilla harjaustottumukset eivät vastaa suosituksia (Kelishadi ym. 2013). Lisäksi hoitamattoman parodontiitin nähdään heikentävän tyypin 2 diabeteksen hoitotasapainoa (Teeuw ym. 2010).

### **3.3 Hampaiden harjaustottumukset**

Honkalan ym. (2009) selvityksen mukaan suomalaisnuorten hampaiden harjaustottumukset eivät ole juurikaan parantuneet vuodesta 1977 vuoteen 2007. Kun vertaillaan tilannetta kansainvälisellä tasolla, suomalaiset kuuluvat Euroopan vähiten hampaansa harjaavien joukkoon (Honkala ym. 2009). Vuoden 2009/2010 WHO-Koululaistutkimuksen mukaan suomalaisista 15-vuotiaista tytöistä 70 % ja pojista 43 % harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä (Currie ym. 2012). Vastaavasti vuonna 2011 aikuisista naisista 81 % ja miehistä 53 % kertoi harjaavansa hampaat vähintään kahdesti päivässä, mikä on jonkin verran parantunut kymmenessä vuodessa (Suominen ym. 2012). Useissa tutkimuksissa todetaan, että suomalaiset tytöt ja naiset ovat ahkerampia harjaamaan hampaansa kuin miehet (Suominen-Taipale ym. 2005; Luopa ym. 2010; Honkala ym. 2011; Currie ym. 2012; Kunttu & Pesonen 2012; Suominen ym. 2012; Nuorten elintavat 2013). Tilanne on sama myös kansainvälisesti (Eaton & Carlile 2008; Levin & Currie 2010; Aleksejuniene & Brukiene 2012; Currie ym. 2012; Ericsson ym. 2012). Lisäksi nuorten (Honkala ym. 2011) ja nuorten aikuisten suunhoitotottumuksissa on eroja sosioekonomisesta taustasta riippuen (Suominen-Taipale ym. 2005; Jamieson ym. 2009). Esimerkiksi Kouluterveyskyselyn pohjalta tehdyssä raportissa ilmenee selkeä ero hampaiden harjauksen osalta lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien nuorten välillä (Luopa ym. 2010).

Erityisesti nuorilla hampaiden harjauksen ja suun terveydestä huolehtimisen motivoivina tekijöinä voidaan pitää sosiaaliseen vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä, kuten hampaiden ulkonäkö, raikas hengitys ja suudeltava suu (Ostberg ym. 2002). Lisäksi Tolvasen (2011) tutkimuksessa nousi esiin sosiaalinen hyväksyntä, terveys ja pelko hampaiden reikiintymisestä. Ericssonin ym.

(2012) tutkimuksessa havaittiin, että nuorilla, joilla on huono suuhygienia, ei ole niin positiiviset käsitykset, asenteet ja terveystkäyttäytyminen suun terveyttä kohtaan, kuin nuorilla, joilla suuhygienia on kunnossa. Myös aamupalan syöminen arki-aamuisin ja etenkin pojilla aterian nauttiminen yhdessä perheen kanssa, olivat yhteydessä hampaiden harjaukseen kahdesti päivässä (Levin & Currie 2010). Useissa tutkimuksissa sosiaalisella tuella nähdäänkin olevan yhteydessä nuorten suun terveyteen ja terveystkäyttämiseen (Tolvanen 2011; Brennan & Spencer 2012; Pakpour ym. 2012).

### **3.4 Ehkäisevän hammashoidon rooli suomalaisten suun terveydessä**

Hammashoidollinen terveystkasvatus alkoi kehittyä 1900-luvun alussa, jolloin isoimmat kaupungit Suomessa saivat kunnallisen hammashoidon osaksi terveydenhoitoa. Jo alusta alkaen päämääränä oli levittää tietoa lasten ja nuorten suuhygieniasta ja hammashoidon merkityksestä sekä tarjota lapsille maksutonta hammashoitoa. Lapsia ohjeistettiin muun muassa hammasharjan käytössä. Vuodesta 1957 lähtien lakisääteinen kouluhammashoito alkoi toteutua kaikissa kunnissa. Painopiste siirtyi vähitellen korjaavasta hoidosta valistus- ja ennaltaehkäisevään toimintaan (Keskinen 2002). Noin kymmenen vuotta myöhemmin fluoria ryhdyttiin käyttämään osana hammassairauksien ehkäisyä (Keskinen 2002; Nordblad ym. 2004, 42). Kansanterveyslaki tuli voimaan 1972, joka asetti järjestelmällisen hammashoidon piiriin kaikki alle 17-vuotiaat. Kansanterveyslain myötä valistustilaisuuksia tuli järjestää koululaisille kerran lukukaudessa. Lisäksi laki velvoitti järjestämään valvottuja hampaiden harjauksia sekä fluorikäsittelyjä joka toinen viikko (Keskinen 2002). 1970-luvun lopulla laki velvoitti kuntia huolehtimaan myös alueella sijaitsevien oppilaitosten opiskelijoiden hammashuollosta (Nordblad ym. 2004, 13).

Sokeri- ja hunajaveden juomisen seurauksena jo pienillä lapsilla esiintyi runsaasti hampaiden reikiintymistä 1970-luvulla. Tuolloin suositus karkkipäivään kerran viikossa alkoi yleistyä. Lasten äidit arvostivat hammashoitoa, koska heidän omat hampaat olivat huonossa kunnossa, eivätkä he halunneet saman toistuvan omilla lapsilla. Päiväkotien ja koulujen henkilökunta sisäistivät suun terveyden edistämisen merkityksen. 1980-luvulla ehkäisevä toiminta alkoi tuottaa merkittävää tulosta lasten ja nuorten hammasterveydessä. Vähitellen myös alueelliset terveystkerot kaven- tuivat (Keskinen 2002). Suomalaisten lasten hammashoitopalvelujen käyttö lisääntyi merkittävästi 1980 ja 1990 -luvuilla, kun taas muissa Pohjoismaissa se vähentyi (Virtanen ym. 2007).

Ehkäisevä hammashoito sai negatiivista julkisuutta 1990-luvulla, kun hampaiden harjaus päiväkodeissa miellettiin pahaksi infektiolähteeksi. Myös kouluissa luovuttiin vähitellen ryhmäharjauksista, fluorauksista ja terveystiedon opetuksesta (Keskinen 2002). Tuolloin alettiin panostaa enemmän yksilökeskeiseen ohjaukseen (Keskinen 2002; Nordblad 2004, 48). Kuntien taloustilanteiden johdosta resurssit ehkäisevän hammashoidon osalta ovat vähentyneet merkittävästi viime vuosikymmenen aikana. 2000-luvulla koulut saivat osaksi opetussuunnitelmaa terveystiedon (HE 142/2000), joka on nykyään yhtenä väylänä lasten ja nuorten suun terveyden edistämiseksi (Keskinen 2002). Haasteena on kuitenkin hammassairauksien kasaantuminen pienelle määrälle väestöä (Keskinen 2002; Widström 2005). Henkilöt, jotka ovat tässä riskiryhmässä, tulisi löytää ajoissa, jotta ehkäisevä hoito pystytään aloittamaan ajoissa ja tarkoituksenmukaisesti (Keskinen 2002).

### **3.5 Sosioekonomisen aseman yhteys suun terveyteen**

Jo 1960-luvulla havaittiin Suomessa merkittäviä eroja alimman ja ylimmän tuloluokan välillä hampaiden hoidon suhteen ja hampaiden lukumäärän osalta. Sen sijaan kaikissa tuloluokissa maaseudulla asuminen ja pitkä matka hammaslääkärille olivat yhteydessä poistettujen hampaiden lukumäärään. Yleensä hoitoon hakeuduttiin vasta silloin, kun esiintyi särkyä tai muuta vaivaa. Tarkastuksissa käynti oli selvästi yleisempää ylemmissä tuloluokissa ja kaupungeissa asuvilla henkilöillä. Toimihenkilönä työskentelevät kävivät hammashoidossa kaksi kertaa muita ammattiryhmiä useammin. Naiset kuitenkin käyttivät hammashoidon palveluja kaikilla koulutustasoilla miehiä ahkerammin (Poutanen & Widström 2001). Myös Mini-Suomi -tutkimuksessa, joka toteutettiin vuosina 1977-1980, hammashoitopalvelujen käyttö vaihteli suuresti sosioekonomisen aseman mukaan. Mitä koulutetumpi ja varakkaampi henkilö oli, sitä säännöllisemmin tämä käytti hammashoidon palveluja (Vehkalahti ym. 1991). Vuonna 2002 kansanterveyslakiin tuli muutos, joka poisti kaikki ikärajoitukset kunnalliseen hammashoitoon pääsystä. Samalla myös yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset laajentuivat koskemaan koko väestöä. Muutoksista huolimatta julkinen hammashoito on edelleen yleisempää pienituloisten keskuudessa ja parempituloiset suosivat yksityistä hammashoitoa. Kyseinen uudistus ei siten vähentänyt merkittävästi sosioekonomista eriarvoisuutta (Manderbacka ym. 2007). Hammashoidon tarpeeseen nähden hyvätuloiset käyttävät hammaslääkäripalveluja pienituloisia enemmän (Palosuo ym. 2007).

Vaikka suomalaisten aikuisten suun terveydessä on tapahtunut myönteistä kehitystä kaikissa väestöryhmissä viimeisen 20 vuoden aikana, sosioekonomisten ryhmien väliset erot eivät ole kaventuneet (Suominen-Taipale ym. 2004). Koulutuksella nähdään olevan vahva yhteys suun terveyteen; lyhyen koulutuksen saaneilla suun terveys on merkittävästi huonompi verrattuna pitkään koulutettuihin (Suominen-Taipale ym. 2004; Martelin ym. 2012). Sosioekonominen asema jo lapsuudessa sekä lapsuuden aikainen suun terveys nähdään olevan ennustavia tekijöitä suun terveydelle aikuisiällä (Thomson ym. 2004). Vanhempien koulutustaso ja terveyskäyttäytyminen, kuten oma harjausaktiivisuus, vaikuttavat lapsen hampaiden harjaukseen (Poutanen ym. 2006; Mäki & Laatikainen 2012). Erityisesti äidin koulutuksella on suuri vaikutus. Sen sijaan lasten hammaslääkärikäynteihin äidin koulutuksella ei havaittu olevan yhteyttä (Kaikkonen ym. 2012).

Useissa tutkimuksissa ilmenee, että sosioekonomisella asemalla on yhteys hampaiden harjauksen säännöllisyyteen (Suominen-Taipale ym. 2004; Levin & Currie 2010; Polk ym. 2010; Aleksejuniene & Brukiene 2012; Currie ym. 2012; Mäki & Laatikainen 2012). Kansainvälisen WHO-Koululaistutkimuksen mukaan perheen vauraudella on selvä yhteys säännölliseen hampaiden harjaukseen maasta ja alueesta riippumatta. Ero ylemmän ja alemman sosiaaliryhmän välillä on 10 % suuressa osassa tutkimukseen osallistuneista maista (Currie ym. 2012). Nuorilla sosioekonominen asema näkyy myös hammaskarieksen esiintyvyydessä (Nicolau ym. 2003; Polk ym. 2010). Koivusillan ym. (2003b) mukaan nuoren epäsäännöllisellä harjauksella on yhteys myös muuhun terveyttä edistävään käyttäytymiseen. Nämä yhdessä puolestaan vaikuttavat sosioekonomisiin terveyseroihin aikuisena (Koivusilta ym. 2003b). Suun terveydestä huolehtiminen ei ole pelkästään taloudellinen kysymys, vaan siihen vaikuttavat keskeisesti myös ympäristön tuki ja elämäntaitaidot. Terveysneuvontaa suunniteltaessa ja toteutettaessa tulee huomioida perheen sosioekonominen asema ja perheen voimavarat (Kaikkonen ym. 2012).

## 4 TUPAKOINTI JA SUUN TERVEYS

### 4.1 Tupakoinnin suosio laskussa

Tupakointi on merkittävin aiheuttaja kuolemaan johtavissa sairauksissa, jotka olisivat muuten ennaltaehkäistävässä (WHO report 2011). Vaikka tupakointi on vähentynyt Suomessa viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana (Helakorpi ym. 2011), ja tupakoinnin terveystaitat ovat olleet tiedossa jo pitkään, tupakointi on edelleen varsin yleinen ilmiö. Tupakointi aloitetaan tyypillisesti nuoruudessa, jolloin sen haittavaikutuksia ei mielletä ajankohtaiseksi, eikä välttämättä ajatella, että tupakointi jatkuisi yhä aikuisenakin (Katainen 2011, 9). Miehet tupakoivat naisia yleisemmin kaikissa ikäryhmissä. Vuonna 2013 työikäisistä miehistä 19 % ja naisista 13 % tupakoi päivittäin. Miesten päivittäinen tupakointi on vähentynyt melko tasaisesti viimeisen yli 30 vuoden aikana. Naisten päivittäinen tupakointi yleistyi 1980-luvun puoliväliin saakka, mutta on lähtenyt laskuun 2000-luvun vaihteen jälkeen (Helldán ym. 2013). Koulutusryhmien väliset erot tupakoinnin suhteen ovat sen sijaan kasvaneet 1980-luvun puolivälistä alkaen sekä miehillä että naisilla (Palosuo ym. 2007; Helakorpi ym. 2011). Alimmassa koulutusryhmässä miesten tupakointi ei ole muuttunut, mutta pidemmän koulutuksen käyneiden miesten keskuudessa tupakointi on selvästi vähentynyt (Palosuo ym. 2007). Kataisen (2011) mukaan esimerkiksi käsitykset ja kokemukset tupakoinnista ovat erilaisia ammatillisesta asemasta riippuen. Työntekijöille tupakointi edustaa haitallista tapaa ja siihen liittyy kokemus itsemääräämisoikeudesta. Toimihenkilöt sen sijaan pyrkivät oikeuttamaan tupakointiaan erilaisilla selityksillä ja osoittavat tupakoinnillaan autonomiaansa (Katainen 2011, 66).

Myös nuorten tupakointi on lähtenyt myönteiseen kehityssuuntaan vuosituhannen vaihteesta lähtien (Honkala ym. 2011; Raisamo ym. 2011). Honkalan ym. (2011) mukaan joka neljäs 16-vuotias ja joka kolmas 18-vuotias nuori tupakoi päivittäin (Honkala ym. 2011). Vuonna 2011 toteutetun nuorten terveystapatutkimuksen mukaan tupakointi on hieman tätä vähäisempää. Päivittäin tupakoivien osuus 16-vuotiaista tytöistä on 19 % ja pojista 22 % sekä 18-vuotiaista tytöistä 23 % ja pojista 29 % (Raisamo ym. 2011). Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -tutkimuksen mukaan vuonna 2013 nuorista (15 - 24-vuotiaat) miehistä 12 % ja naisista 9 % tupakoi päivittäin (Helldán ym. 2013). Tupakoinnin ja sosioekonomisen aseman yhteys on havaittavissa jo nuoruudessa; tupakointi vaihtelee voimak-

kaasti nuoren koulumenestyksen tai koulutuksen mukaan. Tupakointi on ollut nuorten osalta jo pitkään yleisempää nuorilla, jotka opiskelevat ammatillisessa oppilaitoksessa (Puusniekka & Jokela 2009; Karvonen & Koivusilta 2010; Honkala ym. 2011; Nuorten elintavat 2013) eivät menesty koulussa hyvin, tai ovat keskeyttäneet koulunkäynnin (Karvonen & Koivusilta 2010). Ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien tupakointi on kolme kertaa yleisempää lukiolaisiin verrattuna (Luopa ym. 2010).

Osaltaan tupakoinnin myönteistä kehitystä saattaa selittää tupakkalainsäädännön muutokset, joista yksi on tupakointikielto työpaikoilla ja ravintoloissa (Heloma ym. 2012). Puurosen (2012, 205) mukaan tupakoinnin kulttuurinen asema on muuttunut. Tupakasta ei puhuta enää nautintoaineena, vaan sitä pidetään terveysvaarana ja ympäristömyrkkynä. Kielteinen asenne tupakointia kohtaan on lisääntynyt väestön keskuudessa (Danielsson ym. 2012). Lisäksi nykyajan nuorisokulttuurissa tupakointi ei ole enää yhtä muodikasta tai kapinallista kuin esimerkiksi vielä 1980-luvulla. Tupakoimattomuudesta on ennemminkin tullut muodikasta (Puuronen 2012, 204–205). Toisaalta tupakoinnin paheksunnan lisääntyminen saattaa yhdistää tupakoitsijoita aiempaa enemmän ja yllyttää siten nuoria aloittamaan tupakointi (Katainen 2011, 68).

#### **4.2 Tupakoinnin vaikutus suun terveyteen**

Tupakointi on merkittävä riskitekijä yleisterveyden lisäksi myös suun terveydelle. Tupakoinnin nähdään olevan altistava tekijä hampaiden kiinnityskudossairaudelle eli parodontiitille (Meraw ym. 1998; Bergström 2006; Könönen 2007; Parodontiitti 2010; Warnakulasuriya ym. 2010), jota ilmenee jo nuorilla, jotka tupakoivat säännöllisesti (Heikkinen ym. 2008). Parodontiittipotilaista suurin osa onkin tupakoitsijoita (Könönen 2007). Nikotiini heikentää verenkiertoa ikenissä, joten ientulehdus jää helposti huomaamatta ja kroonistuu ajan myötä (Parodontiitti 2010). Tupakoitsijoilla, jotka eivät huolehdi suuhygieniastaan, on entisestään suurentunut riski parodontiitin kehittymiselle (Reibel 2003). Parodontiitin lisäksi tupakointi aiheuttaa pahanhajuista hengitystä (Meraw ym. 1998), maku- ja hajuaistin heikentymistä (Reibel 2003), värjäytyymiä (Meraw ym. 1998; Reibel 2003), karvakielen (Meraw ym. 1998; Reibel 2003) sekä lisää riskiä suun limakalvomuuksille (Meraw ym. 1998; Reibel 2003; Warnakulasuriya ym. 2010), suusyövälle ja pienissä määrin myös hampaiden reikiintymiselle (Reibel 2003; Warnakulasuriya ym. 2010). Suurin riski suusyövälle syntyy tupakan ja alkoholin yhteisvaikutuksesta (Petersen 2009).



Tutkimusten mukaan tupakoivat nuoret ja aikuiset harjaavat hampaansa epäsäännöllisemmin kuin henkilöt, jotka eivät tupakoi (Savolainen ym. 2009; Honkala ym. 2011). Honkalan ym. (2011) tutkimuksen mukaan nuorilla, jotka harjaavat hampaansa harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä, tupakointi on yleisempää kuin nuorilla, joiden hampaiden harjaus on suositusten mukaista. Poikien osalta yhteys on selvempi kuin tyttöillä. Lisäksi ammatillisessa oppilaitoksessa opiskelu oli voimakkaasti yhteydessä sekä päivittäiseen tupakointiin, että epäsäännölliseen harjaukseen. Tutkimuksessa vanhempien koulutuksella ei ollut merkitsevää yhteyttä hampaiden harjauksen ja tupakoinnin suhteen 16- ja 18-vuotiaiden osalta (Honkala ym. 2011).

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tuottaa tietoa lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien nuorten miesten hampaiden harjaamiseen yhteydessä olevista tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn aineiston avulla, miten koulutusvalinta, sosioekonominen asema, perherakenne sekä tupakointi ovat yhteydessä lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien nuorten miesten hampaiden harjaukseen. Lisäksi selvitetään, onko lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien miesten välillä eroja.

Tutkimuskysymykset:

1. Onko hampaiden harjauksessa eroja lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien nuorten miesten välillä?
2. Onko sosioekonominen asema yhteydessä hampaiden harjaukseen lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla nuorilla miehillä?
3. Onko perherakenne yhteydessä hampaiden harjaukseen lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla nuorilla miehillä?
4. Onko tupakointi yhteydessä hampaiden harjaukseen lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla nuorilla miehillä?
5. Miten koulutusvalinta, sosioekonominen asema, perherakenne ja tupakointi ovat yhteydessä hampaiden harjaukseen?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Tutkimusaineisto

Kouluterveyskysely on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama tutkimus, joka kokoaa tietoa nuorten terveydestä, terveystottumuksista, elinoloista, kouluoloista sekä oppilas- ja opiskelijahuollosta. Kyselyyn vastaavat peruskoulujen 8. ja 9. luokkien oppilaat sekä lukioiden ja ammattillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijat. Vastaajia oli vuonna 2013 yhteensä noin 183 000. Vuodesta 2013 lähtien tutkimusaineiston keruutapa Kouluterveyskyselyssä on muuttunut joka vuosi tapahtuvasta noin puolet kattavasta aineiston keruusta siten, että aineisto kerätään joka toinen vuosi yhtä aikaa koko Suomessa. Kysely on tehty peruskouluissa vuodesta 1996, lukioissa vuodesta 1999 ja ammattioppilaitoksissa vuodesta 2008 alkaen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b).

Kouluterveyskyselystä saatavia tietoja hyödynnetään laajasti oppilaitoksissa esimerkiksi terveystiedon opetuksessa, oppilas- ja opiskelijahuoltotyössä sekä kouluhyvinvoinnin edistämisessä. Kunnat käyttävät tuloksia apuna hyvinvointijohtamisessa, esimerkiksi kunnan hyvinvointistrategiaa laadittaessa. Valtakunnallisesti Kouluterveyskyselyn tuloksia hyödynnetään muun muassa Terveys 2015 -kansanterveysohjelman ja politiikkaohjelmien seurannassa ja arvioinnissa. Kouluterveyskyselyn valtakunnalliset ja maakuntakohtaiset tulokset ovat saatavilla THL:n internetsivuilla. Kunta- ja oppilaitoskohtaiset tulokset ovat maksullisia (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014b). Kouluterveyslähettiläät toimivat asiantuntijoina paikallisissa työryhmissä, jotka huolehtivat siitä, että kyselyn tuloksia käsitellään kunnissa ja kouluissa järjestelmällisesti (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014c).

Kouluterveyskysely toteutetaan nimettömänä ja vapaaehtoisena luokkakyselyinä. Kyselylomakkeet lähetetään koulun rehtorille tai muulle koulun nimeämälle yhdyshenkilölle, joka vastaa käytännön järjestelyistä (Luopa ym. 2010). Kysely tehdään opettajan ohjaamana yhden oppitunnin aikana. Vastaajat palauttavat lomakkeet opettajalle, joka laittaa lomakkeet kirjepussiin ja sulkee pussin oppilaiden nähdessä (Luopa ym. 2010). Ammatillisissa oppilaitoksissa aineisto kerätään sähköisesti ja on huomioitava kyselyn luottamuksellisuus opiskelijoiden sijoittelussa tietokoneiden ääreen (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014f). Peruskoulun 8. ja 9. luokkalaisilla sekä

lukiolaisilla on yhteinen kyselylomake, ammattioppilaitoksissa opiskelevilla on oma lomake. Tutkimuksessa käytetyt kysymykset ovat pääosin samanlaiset molemmissa lomakkeissa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014d).

Tämän tutkimuksen aineistona on vuoden 2013 Kouluterveyskysely (Liite 1). Aineisto saatiin käyttöön täyttämällä kirjallinen aineistonkäyttölupahakemus. Tutkimusjoukkona ovat lukiossa ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat nuoret miehet (n=40175). Vuonna 2013 lukiossa kyselyyn vastasi 48610 opiskelijaa, joista 43 % (n=20839) oli miehiä. Kysely kattoi 70 prosenttia kaikista lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista. Ammatillisissa oppilaitoksissa kyselyyn vastasi 34776 opiskelijaa, joista 56 % (n=19336) oli miehiä. Tekniikan ja liikenteen alan opiskelijoita oli heistä 70 %. Koska tarkkaa tietoa ammatillisten oppilaitosten opiskelijamääristä keväisin ei ole, kattavuutta ei ole voitu luotettavasti laskea (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014h).

## 6.2 Mittarit

Tutkimuksessa tarkastellaan ovatko koulutusvalinta, sosioekonominen asema, perherakenne sekä tupakointi yhteydessä lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien nuorten miesten hampaiden harjaukseen. Lisäksi selvitetään, onko lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien miesten välillä eroja. Hampaiden harjaaminen on tutkimuksessa selitettävänä muuttujana, selittäviä muuttujia ovat koulutusvalinta, sosioekonominen asema, perherakenne sekä tupakointi.

*Hampaiden harjaus.* Hampaiden harjausta tarkasteltaessa käytetään kysymystä ”Kuinka usein harjaat hampaasi?” Vastausvaihtoehdot olivat: ”en koskaan”, ”harvemmin kuin kerran viikossa”, ”vähintään kerran viikossa, mutta en päivittäin”, ”kerran päivässä” ja ”useammin kuin kerran päivässä”. Vastausvaihtoehdoista muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, joista ensimmäinen luokka käsittää nuoret, jotka harjaavat hampaansa suositusten mukaisesti kaksi kertaa päivässä, vastausvaihtoehto ”useammin kuin kerran päivässä”. Toinen luokka käsittää nuoret, jotka eivät harjaa hampaitaan suosituksen mukaan, vastausvaihtoehdot: ”en koskaan”, ”harvemmin kuin kerran viikossa”, ”vähintään kerran viikossa, mutta en päivittäin”, ”kerran päivässä”. Binääristä logistista regressioanalyysia varten hampaiden harjaus luokiteltiin kahteen kategoriaan ”hampaiden harjaus useammin kuin kerran päivässä” ja ”hampaiden harjaus kerran päivässä tai harvemmin”.

*Koulutusvalinta.* Koulutusvalinnassa käytetään muuttujina oppilaitoksia ”lukio” ja ”ammattillinen oppilaitos”. Lukiolaisille ja ammattiin opiskeleville oli täytettävänä omat lomakkeet. Ammatillisissa oppilaitoksissa koulutusalojen väliset kokoerot ovat nuorilla miehillä niin suuret, että luotettavia yleistyksiä tai vertailuja ei voi tehdä. Ammattiin opiskelevien opiskelijamäärät jakautuvat myös miesten ja naisten välillä epätasaisesti (Opetus- ja kulttuuriministeriö 2014). Tämän vuoksi koulutuslakohtaisia vertailuja ei voitu tehdä.

*Vanhempien koulutustausta.* Vanhempien koulutustasoa käytetään tutkimuksessa nuoren sosioekonomista asemaa kuvaavana tekijänä, kysymys ”Mikä on korkein koulutus, minkä vanhempasi ovat suorittaneet?” Vastausvaihtoehdot olivat: ”Peruskoulu tai kansakoulu/kansalaiskoulu”, ”Lukio tai ammatillinen oppilaitos”, ”Lukion tai ammatillisen oppilaitoksen lisäksi ammatillisia opin-toja”, ”Yliopisto, ammattikorkeakoulu tai muu korkeakoulu” ja ”Ei koulutusta”. Vastaukseen tuli merkitä sekä äidin, että isän korkein koulutus. Sosioekonomista asemaa tarkastellaan kummankin vanhemman korkeimman koulutuksen kautta. Vastausvaihtoehdoista muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, joista ensimmäinen luokka kuvaa tilannetta, jossa ainakin toisella nuoren vanhemmista on korkeakoulututkinto. Korkeakoulututkinnolla tarkoitetaan vastausvaihtoehtoa ”Yliopisto, ammattikorkeakoulu tai muu korkeakoulu”. Toinen luokka käsittää vanhemmat, joilla ei ole korkeakoulututkintoa, eli vastausvaihtoehdot: ”Peruskoulu tai kansakoulu/kansalaiskoulu”, ”Lukio tai ammatillinen oppilaitos”, ”Lukion tai ammatillisen oppilaitoksen lisäksi ammatillisia opin-toja” ja ”Ei koulutusta”.

*Perherakenne.* Perherakennetta selvitettiin kysymyksellä ”Keiden aikuisten kanssa asut? Valitse yksi tilannettasi parhaiten kuvaava vaihtoehto.” Vastausvaihtoehdot olivat: ”äidin ja isän kanssa”, ”äidin ja isän kanssa vuorotellen, vanhempi eivät asu yhdessä”, ”vain äidin kanssa”, ”vain isän kanssa”, ”äidin/isän ja hänen kumppaninsa kanssa”, ”muun aikuisen tai aikuisten kanssa”, ”asun muulla tavoin”. Aineiston kuvailua varten perherakenne luokiteltiin neljään luokkaan; ”ydinperhe”, joka käsittää vastausvaihtoehdon: ”äidin ja isän kanssa”; ”yksinhuoltaja”, sisältäen vastausvaihtoehdot: ”äidin ja isän kanssa vuorotellen, vanhempi eivät asu yhdessä”, ”vain äidin kanssa”, ”vain isän kanssa”; ”uusperhe” käsittäen vastausvaihtoehdon: ”äidin/isän ja hänen kumppaninsa kanssa” sekä ”asuu muulla tavoin”, joka sisältää vastausvaihtoehdot: ”muun aikuisen tai

aikuisten kanssa” ja ”asun muulla tavoin”. Binääristä logistista regressioanalyysia varten vastausvaihtoehdoista muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, jossa ensimmäinen luokka käsittää molempien vanhempien kanssa asuvat (ydinperhe). Toinen luokka käsittää muut kuin ydinperheessä asuvat; ”äidin ja isän kanssa vuorotellen, vanhempani eivät asu yhdessä”, ”vain äidin kanssa”, ”vain isän kanssa”, ”äidin/isän ja hänen kumppaninsa kanssa”, ”muun aikuisen tai aikuisten kanssa”, ”asun muulla tavoin”.

*Tupakointi.* Tupakoinnin yleisyyttä tarkasteltaessa käytetään kysymystä ”Kuinka monta savuketta, piipullista ja sikaria olet polttanut yhteensä tähän mennessä?” Vastausvaihtoehdot olivat: ”en yhtään”, ”vain yhden”, ”noin 2-50” ja ”yli 50”. Nuorten tupakointia tarkasteltiin myös kysymyksen ”Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten NYKYISTÄ TUPAKOINTIASI?” avulla. Vastausvaihtoehdot olivat: ”tupakoin kerran päivässä tai useammin”, ”tupakoin kerran viikossa tai useammin, en kuitenkaan päivittäin”, ”tupakoin harvemmin kuin kerran viikossa” ja ”olen lakossa tai lopettanut tupakoinnin”. Aineiston analyysia varten edellä esitetyt kysymykset on yhdistetty THL:n toimesta yhdeksi muuttujaksi: ”Nykyinen tupakointi”. Vastausvaihtoehdot olivat: ”Päivittäin”, ”Kerran viikossa tai useammin”, ”Harvemmin kuin kerran viikossa”, ”Lakossa tai lopettanut” sekä ”En tupakoi”. Binääristä logistista regressioanalyysia varten muodostettiin kolmeluokkainen muuttuja: ”ei tupakoi”, ”tupakoi harvemmin kuin päivittäin” ja ”tupakoi päivittäin”.

### **6.3 Tilastolliset analyysimenetelmät**

Kvantitatiivinen tutkimus soveltuu tutkittavan ilmiön rakenteen, sekä ilmiön osien välisten riippuvuuksien ja yhteyksien tarkasteluun (Alkula ym. 1999, 21–22). Aineiston analyysissä käytettiin SPSS (Statistical Package for Social Sciences) -ohjelman versiota 20, joka on suunniteltu erityisesti käyttäytymis- ja yhteiskuntatieteiden tarpeisiin (Nummenmaa 2009, 21). Tämän tutkimuksen tutkimuskysymykset sekä käytetyt analysointimenetelmät on koottu taulukkoon 1.

TAULUKKO 1. Tutkimuskysymyksiin vastaamisen edellyttämät analyysimenetelmät

Tutkimuskysymys	Analyysimenetelmät
1. Onko hampaiden harjauksessa eroja lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien nuorten miesten välillä?	Frekvenssijakaumat Ristiintaulukointi, $\chi^2$ -testi
2. Onko sosioekonominen asema yhteydessä hampaiden harjaukseen lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla nuorilla miehillä?	Frekvenssijakaumat Ristiintaulukointi, $\chi^2$ -testi
3. Onko perherakenne yhteydessä hampaiden harjaukseen lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla nuorilla miehillä?	Frekvenssijakaumat Ristiintaulukointi, $\chi^2$ -testi
4. Onko tupakointi yhteydessä hampaiden harjaukseen lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla nuorilla miehillä?	Frekvenssijakaumat Ristiintaulukointi, $\chi^2$ -testi
5. Miten koulutusvalinta, sosioekonominen asema, perherakenne ja tupakointi ovat yhteydessä hampaiden harjaukseen?	Binäärinen logistinen regressioanalyysi

*Ristiintaulukointi.* Tutkimusaineiston käsittelyn ja raportoinnin perusta on ristiintaulukointi (Uhari & Nieminen 2001, 157). Ristiintaulukointi on kvantitatiivinen perusmenetelmä, joka on yksinkertainen ja konkreettinen (Alkula ym. 1999, 13). Sitä käytetään analyysimenetelmänä kun tutkitaan kahden muuttujan välistä riippuvuutta tai kun verrataan muuttujan jakaumia eri ryhmissä (Uhari & Nieminen 2001, 157).

Ristiintaulukointeihin liittyviä tilastollisia merkitsevyyksiä tarkastellaan Khiin neliö ( $\chi^2$ ) -testillä. Sen avulla voidaan testata, onko ryhmien välillä todellista tilastollisesti merkitsevää eroa (Metsämuuronen 2003, 293). P-arvo lasketaan  $\chi^2$  -jakauman avulla. Kun tutkimuksessa käytetään viiden prosentin merkitsevyystasoa, voidaan tulosta pitää merkitsevänä p-arvon ollessa pienempi kuin 0.05. Tilastollisesti erittäin merkitsevänä tulosta voidaan pitää p-arvon ollessa pienempi kuin 0.001 (Metsämuuronen 2003, 369).

*Binäärinen logistinen regressioanalyysi.* Muuttujien välisiä yhteyksiä tarkastellaan tässä tutkimuksessa binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla (Nummenmaa 2009, 330–340). Logistista regressioanalyysiä hyödynnetään usein sellaisten tutkimusongelmien yhteydessä, joissa vas-temuuttuja on kaksi- tai useampiarvoinen luokkamuuttuja (Uhari & Nieminen 2001, 181).

Binäärisen logistisen regressiomallin avulla selittäville muuttujille lasketaan ristitulosuhteet (odds ratio, OR), jotka kuvaavat muuttujien vaikutuksen voimakkuutta. Mikäli OR -luku on lähellä lukua yksi, selittävä tekijä ei vaikuta vastetapahtuman todennäköisyyteen tai riskiin. Moniluokkaisen selittävän muuttujan yhteydessä vertailu- eli referenssiryhmäksi valitaan luokka, jonka ei oleteta lisäävän vastetapahtuman todennäköisyyttä. Kyseinen vertailuluokka saa arvon 1, jolloin sitä suurempi OR -luku viittaa vertailuryhmää suurempaan riskiin. Mikäli taas OR -luku on pienempi kuin 1, on riski pienempi kuin vertailuryhmässä (Uhari & Nieminen 2001, 190–191). Logistisessa regressioanalyysissä muuttujien luokkien OR -luvuille lasketaan luottamusvälit. Tässä tutkimuksessa on valittu 95 %:n luottamusvälit. Luottamusvälin alarajan ollessa suurempi kuin yksi, tarkasteltava tekijä lisää vastetapahtuman todennäköisyyttä. Mikäli luottamusvälin yläraja on pienempi kuin yksi, todetaan tekijän suojelevan vastetapahtumalta (Uhari & Nieminen 2001, 193).



## 7 TULOKSET

### 7.1 Sosioekonominen asema, perherakenne ja tupakointi nuorilla miehillä

Lukiolaisten vanhemmista lähes kahdella kolmasosalla oli yliopisto-, ammattikorkeakoulu- tai muu korkeakoulututkinto, ammattiin opiskelevien vanhemmista noin kolmasosalla oli jokin korkeakoulututkinto. Ammattiin opiskelevilla oli noin 20 % yleisempää, että vanhempien korkein koulutus oli lukio tai ammatillinen oppilaitos (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Äidin tai isän korkein koulutus lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla Kouluterveyskyselyssä 2013 (n=38833)

Äidin tai isän korkein koulutus	Lukiolaiset %	Ammattiin opiskelevat %
Yliopisto, ammattikorkeakoulu tai muu korkeakoulu	63.8	31.0
Lukion ja ammatillisen oppilaitoksen lisäksi ammatillisia opintoja	17.3	21.0
Lukio tai ammatillinen oppilaitos	16.2	37.8
Peruskoulu tai kansa-/kansalaiskoulu	2.5	8.6
Ei koulutusta	0.2	1.5
Yhteensä (n)	100.0 (20294)	100.0 (18539)

p-arvo äidin tai isän korkeimman koulutuksen mukaan (p<0.001)

Perherakenteessa oli eroja oppilaitosten välillä. Lukiolaisista lähes kolme neljästä asui ydinperheessä, kun taas ammattiin opiskelevista hieman yli puolet. Ammattiin opiskelevista suurempi osa asui yksinhuoltajaperheessä tai muulla tavoin (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Perherakenne lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla Kouluterveyskyselyssä 2013 (n=39307)

Perherakenne	Lukiolaiset %	Ammattiin opiskelevat %
Ydinperhe	72.8	55.2
Yksinhuoltaja	18.4	24.6
Uusperhe	5.3	9.1
Asuu muulla tavoin	3.5	11.1
Yhteensä (n)	100.0 (20538)	100.0 (18769)

p- arvo perherakenteen mukaan lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla (p<0.001)

Tupakoinnissa oli selviä eroja oppilaitosten välillä (taulukko 4). Ammattiin opiskelevista nuorista miehistä noin joka kolmas tupakoi päivittäin, kun taas lukiota käyvistä harvempi kuin joka kymmenes tupakoi päivittäin. Ammattiin opiskelevista hieman yli kolmasosa ei tupakoinut lainkaan, lukiolaisista vastaavasti yli puolet ei tupakoinut lainkaan.

TAULUKKO 4. Tupakointi lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla Kouluterveyskyselyssä 2013 (n=39565)

Tupakointi	Lukiolaiset %	Ammattiin opiskelevat %
Päivittäin	7.8	35.1
Kerran viikossa tai useammin	4.7	5.6
Harvemmin kuin kerran viikossa	12.9	7.5
Lakossa tai lopettanut	15.9	15.2
Ei tupakoi	58.6	36.6
Yhteensä (n)	100.0 (20566)	100.0 (18999)

p-arvo tupakoinnin mukaan lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla (p<0.001)

## 7.2 Muuttujien yhteys hampaiden harjaukseen

*Koulutusvalinta.* Toisen asteen oppilaitosten miesopiskelijoista 41.3 % harjasi hampaansa suositusten mukaan vähintään kahdesti päivässä. Lukiolaiset harjasivat hampaansa yleisemmin suositusten mukaisesti kuin ammattiin opiskelevat. Lukiolaisista yli puolet harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä, ammattiin opiskelevista alle kolmasosa. Kerran päivässä hampaansa harjasi lukiolaisista 40 % ja ammattiin opiskelevista puolet. Lukiolaisista alle yksi prosentti ei harjannut hampaitaan koskaan, ammattiin opiskelevilla vastaava prosenttiosuus oli 3.6 % (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Hampaiden harjaus lukiolaisilla ja ammattiin opiskelevilla Kouluterveyskyselyssä 2013 (n=39455)

	Useammin kuin kerran päivässä	Kerran päivässä	Vähintään kerran viikos- sa, mutta ei päivittäin	Harvemmin kuin kerran viikossa	Ei koskaan	Yhteensä (n)
	%	%	%	%	%	%
Lukiolaiset	52.0	40.0	5.9	1.3	0.8	100.0 (20581)
Ammattiin opiskelevat	29.7	50.5	11.6	4.6	3.6	100.0 (18874)

p-arvo koulutusvalinnan mukaan (p<0.001)

*Sosioekonominen asema.* Tulosten mukaan korkealla sosioekonomisella asemalla oli yhteys suositusten mukaiseen hampaiden harjaukseen sekä lukiolaisilla että ammattiin opiskelevilla. Lukiolaisilla sosioekonominen asema oli yhteydessä hampaiden harjaukseen siten, että jos äidin tai isän korkein koulutus oli korkeakoulu, hieman yli puolet harjasi hampaansa suositusten mukaan. Jos vanhemmalla ei ollut koulutusta, lukiolaisista noin neljäsosa harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä (taulukko 6). Ammattiin opiskelevista nuoret, joiden vanhemmalla oli korkeakoulututkinto, noin kolmasosa harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä. Jos vanhemmalla ei ollut koulutusta, ammattiin opiskelevista alle neljäsosa harjasi hampaansa suositusten mukaan (taulukko 7).

TAULUKKO 6. Sosioekonomisen aseman yhteys hampaiden harjaukseen lukiolaisilla Kouluterveyskyselyssä 2013 (n=20129)

Äidin tai isän korkein koulutus	Hampaiden harjaus		Yhteensä
	Useammin kuin kerran päivässä	Kerran päivässä tai harvemmin	% (n)
Yliopisto, ammattikorkeakoulu tai muu korkeakoulu	54.7	45.3	100.0 (12830)
Lukion ja ammatillisen oppilaitoksen lisäksi ammatillisia opintoja	49.6	50.4	100.0 (3480)
Lukio tai ammatillinen oppilaitos	45.8	54.2	100.0 (3271)
Peruskoulu tai kansa/kansalaiskoulu	43.5	56.5	100.0 (499)
Ei koulutusta	26.5	73.5	100.0 (49)

p-arvo sosioekonomisen aseman mukaan lukiolaisilla (p<0.001)

TAULUKKO 7. Sosioekonomisen aseman yhteys hampaiden harjaukseen ammattiin opiskelevilla Kouluterveyskyselyssä 2013 (n=18402)

Äidin tai isän korkein koulutus	Hampaiden harjaus		Yhteensä
	Useammin kuin kerran päivässä	Kerran päivässä tai harvemmin	% (n)
Yliopisto, ammattikorkeakoulu tai muu korkeakoulu	34.3	65.7	100.0 (5703)
Lukion ja ammatillisen oppilaitoksen lisäksi ammatillisia opintoja	29.6	70.4	100.0 (3867)
Lukio tai ammatillinen oppilaitos	27.7	72.3	100.0 (6965)
Peruskoulu tai kansa/kansalaiskoulu	23.6	76.4	100.0 (1587)
Ei koulutusta	23.6	76.4	100.0 (280)

p-arvo sosioekonomisen aseman mukaan ammattiin opiskelevilla (p<0.001)

*Perherakenne.* Lukiolaisista, ydinperheessä asuvista nuorista hieman yli puolet harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä. Yksinhuoltajaperheessä, uusperheessä tai muulla tavoin asuvista alle puolet harjasivat hampaansa suosituksen mukaan eli useammin kuin kerran päivässä (taulukko 8). Myös ammattiin opiskelevilla perherakenne oli yhteydessä hampaiden harjaukseen siten, että ydinperheessä asuvat harjasivat hampaansa yleisemmin suosituksen mukaan. Muulla tavoin asuvista ammattiin opiskelevista hieman yli neljäsosa harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä. Ammattiin opiskelevilla hampaiden harjaus kerran päivässä tai harvemmin oli yleisintä yksinhuoltajaperheessä asuvilla (taulukko 9).

TAULUKKO 8. Perherakenteen yhteys hampaiden harjaukseen lukiolaisilla Kouluterveyskyselyssä 2013 (n=20367)

Perherakenne	Hampaiden harjaus		Yhteensä % (n)
	Useammin kuin kerran päivässä	Kerran päivässä tai harvemmin	
Ydinperhe	54.0	46.0	100.0 (14831)
Yksinhuoltajaperhe	47.4	52.6	100.0 (3744)
Uusperhe	44.6	55.4	100.0 (1077)
Asuu muulla tavoin	47.1	52.9	100.0 (715)

p-arvo perherakenteen mukaan lukiolaisilla (p<0.001)

TAULUKKO 9. Perherakenteen yhteys hampaiden harjaukseen ammattiin opiskelevilla Kouluterveyskyselyssä 2013 (n=18624)

Perherakenne	Hampaiden harjaus		Yhteensä % (n)
	Useammin kuin kerran päivässä	Kerran päivässä tai harvemmin	
Ydinperhe	31.6	68.4	100.0 (10286)
Yksinhuoltajaperhe	26.7	73.3	100.0 (4577)
Uusperhe	27.4	72.6	100.0 (1699)
Asuu muulla tavoin	28.5	71.5	100.0 (2062)

p-arvo perherakenteen mukaan ammattiin opiskelevilla (p<0.001)

*Tupakointi.* Sekä lukiolaiset että ammattiin opiskelevat nuoret miehet, jotka tupakoivat päivittäin, harjasivat hampaansa yleisemmin kerran päivässä tai harvemmin. Lukiolaisista päivittäin tupakoivista hieman yli kolmasosa harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä, ammattiin opiskelevista noin joka neljäs. Tupakoimattomista lukiolaisista yli puolet harjasi hampaansa suosituksen mukaan, ammattiin opiskelevista vastaavasti kolmasosa (taulukot 10 ja 11).

TAULUKKO 10. Tupakoinnin yhteys hampaiden harjaukseen lukiolaisilla Kouluterveyskyselyssä 2013 (n=20316)

Tupakointi	Hampaiden harjaus		Yhteensä % (n)
	Useammin kuin kerran päivässä	Kerran päivässä tai harvemmin	
Päivittäin	36.7	63.3	100.0 (1586)
Kerran viikossa tai useammin	49.2	50.8	100.0 (957)
Harvemmin kuin kerran viikossa	53.2	46.8	100.0 (2620)
Lakossa tai lopettanut	54.9	45.1	100.0 (3230)
Ei tupakoi	53.1	46.9	100.0 (11923)

p-arvo tupakoinnin mukaan lukiolaisilla (p<0.001)

TAULUKKO 11. Tupakoinnin yhteys hampaiden harjaukseen ammattiin opiskelevilla Kouluterveyskyselyssä 2013 (n=18591)

Tupakointi	Hampaiden harjaus		Yhteensä % (n)
	Useammin kuin kerran päivässä	Kerran päivässä tai harvemmin	
Päivittäin	22.4	77.6	100.0 (6498)
Kerran viikossa tai useammin	28.1	71.9	100.0 (1040)
Harvemmin kuin kerran viikossa	32.9	67.1	100.0 (1390)
Lakossa tai lopettanut	35.2	64.8	100.0 (2826)
Ei tupakoi	33.5	66.5	100.0 (6837)

p-arvo tupakoinnin mukaan ammattiin opiskelevilla (p<0.001)

*Binäärinen logistinen regressioanalyysi.* Binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin koulutusvalinnan, sosioekonomisen aseman, perherakenteen ja tupakoinnin yhteyttä lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien nuorten miesten hampaiden harjaukseen useammin kuin kerran päivässä. Tulokset on esitetty taulukossa 12.

TAULUKKO 12. Hampaiden harjaus useammin kuin kerran päivässä koulutusvalinnan, sosioekonomisen aseman, perherakenteen ja tupakoinnin mukaan, binäärinen logistinen regressioanalyysi

Hampaiden harjaus useammin kuin kerran päivässä		OR <sup>1)</sup>	95 % LV <sup>2)</sup>	p-arvo
Oppilaitos	Lukio	1.98	1.89–2.08	< 0.001
	Ammattioppilaitos	1.00 <sup>3)</sup>		
Vanhemman korkein koulutus	Korkeakoulututkinto	1.33	1.27–1.39	< 0.001
	Ei korkeakoulututkintoa	1.00 <sup>3)</sup>		
Perherakenne	Ydinperhe	1.23	1.17–1.28	< 0.001
	Muu kuin ydinperhe	1.00 <sup>3)</sup>		
Tupakointi	Ei tupakoi	1.76	1.65–1.87	< 0.001
	Harvemmin kuin päivittäin	1.76	1.65–1.88	< 0.001
	Päivittäin	1.00 <sup>3)</sup>		

1) Ristitulosuhde (OR)

2) 95 % luottamusväli (LV)

3) Viite- eli referenssiryhmä on merkitty 1.00

Omnibus  $\chi^2=2618.350$ ;  $p<0.001$

Hosmer ja Lemeshow  $\chi^2=7.365$   $p=0.392$

Tulosten perusteella lukiolaisilla oli noin 2-kertainen todennäköisyys suosituksen mukaiseen hampaiden harjaukseen verrattuna ammattiin opiskeleviin ( $p<0.001$ ). Myös vähintään toisen vanhemman korkeakoulututkinto oli yhteydessä suosituksen mukaisen hampaiden harjauksen todennäköisyyteen. Nuorilla, joiden vanhemmista vähintään toisella oli korkeakoulututkinto, oli noin 1.3-kertainen todennäköisyys hampaiden harjaukseen useammin kuin kerran päivässä. Ydinperheessä asuvilla oli 1.2-kertainen todennäköisyys hampaiden harjaukseen verrattuna nuoriin miehiin, jotka eivät asuneet ydinperheessä. Tupakoimattomuudella tai tupakoinnilla harvemmin kuin päivittäin oli noin 1.8-kertainen todennäköisyys suosituksen mukaiseen hampaiden harjaukseen ( $p<0.001$ ). Liitetaulukoissa 1 ja 2 on tarkasteltu erikseen lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien

hampaiden harjaukseen yhteydessä olevia tekijöitä binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla. Lukiolaisten tupakoimattomuudella oli 1.9-kertainen todennäköisyys hampaiden harjaukseen useammin kuin kerran päivässä, ammattiin opiskelevilla vastaava todennäköisyys oli 1.7-kertainen. Muilla muuttujilla erot olivat pienempiä, mutta tilastollisesti merkitseviä.



## 8 POHDINTA

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Suosituksen mukaiseen hampaiden harjaukseen olivat tässä tutkimuksessa positiivisesti yhteydessä lukio-opiskelu, vanhemman korkeakoulututkinto, ydinperheessä asuminen sekä tupakoimattomuus. Koulutusvalinnalla oli tilastollisesti merkitsevin yhteys tarkasteltavista tekijöistä nuorten miesten hampaiden harjaukseen useammin kuin kerran päivässä. Myös Karvosen ja Koivusillan (2010) mukaan toisen asteen koulutusvalinta oli voimakkaimmin yhteydessä nuorten terveyskäyttäytymiseen. Päivittäinen tupakointi lisäsi selvästi todennäköisyyttä hampaiden harjaukseen vain kerran päivässä tai harvemmin sekä lukiolaisilla että ammattiin opiskelevilla. Sen sijaan tupakoimattomuuden ja satunnaisen tupakoinnin todennäköisyydet suosituksen mukaiseen hampaiden harjaukseen eivät juuri eronneet toisistaan.

*Koulutusvalinta.* Nuorista miehistä alle puolet harjasi hampaansa suosituksen mukaisesti eli useammin kuin kerran päivässä vuonna 2013. Tulos oli samansuuntainen WHO-Koululaistutkimuksen kanssa (Currie ym. 2012). Hieman parannusta tapahtui verrattuna vuoden 2010 Kouluterveyskyselyyn (Luopa ym. 2010). Hampaiden harjauksessa oli eroja lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien välillä. Lukiolaisista hieman yli puolet ja ammattiin opiskelevista noin kolmasosa harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä. Oppilaitosten välinen ero oli samansuuntainen kuin aiemmissa tutkimuksissa (Luopa ym. 2010; Honkala ym. 2011). Myös Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa koulutusvalinnalla oli yhteys terveyttä edistävään käyttäytymiseen (Hagquist 2006). Koivusillan ym. (2013) mukaan koulutuksella ja terveyskäyttäytymisen omaksumisella on voimakas molemminpuoleinen yhteys sekä varhais- että myöhäisnuoruudessa.

*Sosioekonominen asema.* Äidin tai isän korkeakoulututkinto oli positiivisesti yhteydessä hampaiden harjaukseen suosituksen mukaisesti niin lukiolaisilla kuin ammattiin opiskelevilla. Useat aiemmat tutkimukset tukevat tätä tulosta (Huurre ym. 2003; Suominen-Taipale ym. 2004; Levin & Currie 2010; Polk ym. 2010; Aleksejuniene & Brukiene 2012; Currie ym. 2012; Mäki & Laatikainen 2012). Sen sijaan Honkalan ym. (2011) mukaan vanhempien koulutuksella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä 16- ja 18-vuotiaiden hampaiden harjaukseen. Myöskään Hagquistin (2006) tutkimuksessa nuorten terveyttä edistävä käyttäytyminen ei ollut suoraan yhteydessä

vanhempien koulutukseen.

*Perherakenne.* Koivusillan ym. (2013) mukaan perherakenteella oli merkittävä rooli terveyskäyttäytymisen omaksumiselle lapsuudessa. Ydinperheen ja terveellisten elintapojen positiivinen yhteys säilyy vielä myöhäisnuoruudessakin (Koivusilta ym. 2013). Myös tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että perherakenteella ja hampaiden harjauksella oli yhteys sekä lukiolaisilla että ammattiin opiskelevilla. Hampaiden harjaus suositusten mukaan oli yleisempää ydinperheessä asuvilla nuorilla miehillä. Tulos oli yhteneväinen Koivusillan ym. (2013) tutkimuksen kanssa. Tosin Currien ja Levinin (2010) tutkimuksessa yhteys havaittiin ainoastaan tytöillä.

*Tupakointi.* Päivittäinen tupakointi oli yhteydessä hampaiden harjaukseen kerran päivässä tai harvemmin sekä lukiolaisilla että ammattiin opiskelevilla nuorilla miehillä. Lukiolaisista, tupakoimattomista nuorista miehistä yli puolet harjasi hampaansa suositusten mukaisesti, kun taas päivittäin tupakoivista noin joka kolmas. Ammattiin opiskelevista, tupakoimattomista, kolmasosa harjasi hampaansa useammin kuin kerran päivässä, päivittäin tupakoivista alle neljäsosa. Vastausvaihtoehtoja muutettiin Kouluterveyskyselyssä tupakoinnin osalta vuonna 2010, jonka vuoksi vertailukelpoisia tuloksia ei ole saatavilla (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014a). Savolaisen ym. (2009) ja Honkalan ym. (2011) tutkimukset tukevat tulosta päivittäisen tupakoinnin yhteydestä hampaiden harjaukseen kerran päivässä tai harvemmin. Honkalan ym. (2011) tutkimuksen mukaan 16-vuotiaista lukiolaisista, jotka tupakoivat päivittäin, hieman alle kymmenesosa harjasi hampaansa kerran päivässä tai harvemmin ja ammattiin opiskelevista lähes kolmasosa. Jo vuonna 1980 tehdyssä tutkimuksessa (Rajala ym. 1980) havaittiin yhteys päivittäisen tupakoinnin ja epä säännöllisen hampaiden harjauksen väliltä, tosin silloin yhteys oli vain heikko, kun taas Savolaisen ym. (2009), Honkalan ym. (2011) ja tämän tutkimuksen mukaan yhteys oli tilastollisesti merkitsevä.

*Terveyserojen selitysmallit.* Sosiaalinen asema ei vaikuta suoraan terveyteen, vaan terveyseroja luovat elintavat, elinolot sekä muut terveyden taustatekijät, jotka ovat yhteydessä voimavarojen epätasaiseen jakautumiseen (Lahelma ym. 2007). Suomessa on kansainvälisesti tarkasteltuna suhteellisen pienet tuloerot, mutta samanaikaisesti suuret sosioekonomiset terveyserot (Mackenbach ym. 2008; Maunu 2014). Sen vuoksi terveyskäyttäytymistä on tärkeää ymmärtää yksilöiden

ja ryhmien toiminnan kautta ottaen huomioon sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät. Siten sosiaalisilla ja kulttuurisilla tekijöillä saattaa olla paljon merkittävämpi rooli terveyseroihin kuin tuloilla (Maunu 2014). Terveyserojen selitysmalleja kuvaavassa The Black Reportissa tuotiin esille kuinka julkisen terveydenhuollon perustamisen jälkeen (1948) terveyserot olivat lisääntyneet Iso-Britanniassa. Terveydenhuollon ei kuitenkaan nähty olevan ainoana eriarvoisuutta luovana tekijänä, vaan esille nostettiin muita terveyteen vaikuttavia tekijöitä, kuten elintavoista ruokavalio, asumis- ja työolosuhteet, tulot, sekä koulutus (Gray 1982). Suomessa kaikilla on yhtäläinen oikeus käyttää terveydenhuollon palveluita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013), mutta esimerkiksi hammashoidon palveluja käyttävät eniten toimihenkilöt sekä naiset (Poutanen & Widström 2001). Lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien koettu terveys ja kokemukset terveysterveysten saatavuudesta eivät juuri eronneet toisistaan vuoden 2005 Sairasta Sakkia -selvityksen ja vuoden 2009 Kouluterveyskyselyn mukaan, tosin terveysterveysten käytössä havaittiin selkeitä eroja (Mikkonen & Tynkkysen 2010).

Terveyseroja kuvaavista selitysmalleista valikoitumismalli kuvaa sitä, kuinka terveydentila voi vaikuttaa sosiaaliseen asemaan. Sen mukaan terveys ja siihen vaikuttavat tekijät voivat vaikuttaa selviytymiseen työmarkkinoilla ja sitä kautta myös sosiaalisiin olosuhteisiin (Lahelma & Rahkonen 2011). Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu tutkittavien terveydentilaa, mutta erot lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien terveysterveysten käytössä voivat johtaa siihen, että ammattiin opiskelevilla on tulevaisuudessa enemmän elintavoista johtuvia sairauksia. Tämä tukee valikoitumismallin ajatusta siitä, että hyvän terveyden omaavat päätyvät todennäköisemmin ylempiin sosiaalisiin asemiin. Kun taas terveydentilaltaan heikommassa asemassa olevat jäävät helpommin alempiin sosiaalisiin asemiin.

Terveyserojen selitysmalleissa ja kulttuuriin perustuvassa selitysmallissa esitetään, että sosiaalinen asema ei ole tärkein tekijä terveyseroille, vaan niihin vaikuttavat myös kulttuuriset tekijät, kuten arvot, asenteet sekä erilainen terveysterveysten käyttäytyminen (Lahelma ym. 2007). Elintapoihin liittyvä riskikäyttäytyminen on kiistattomasti merkittävä yksilöiden terveyteen vaikuttava terveyden määrittäjä (Palosuo ym. 2013). Erot elintavoissa näkyvät jo toisella koulutusasteella. Lukiolaisten elintavat ovat selkeästi terveellisemmät kuin ammattiin opiskelevien (Palosuo ym. 2007; Puusniekka & Jokela 2009; Luopa ym. 2010). Myös tässä tutkimuksessa havaittiin eroja tupakoinnin

ja hampaiden harjauksen osalta lukiolaisten ja ammattiin opiskelevien välillä. Tämän tutkimuksen tuloksia terveyskäyttäytymisen eroissa voi osaltaan selittää oppilaitosten erilainen terveyskulttuuri. Esimerkiksi ammatillisissa oppilaitoksissa suhtaudutaan tupakointiin myönteisemmin kuin lukioissa (Puuronen 2012, 187). Tämä saattaa olla yhteydessä tupakoinnin suurempaan todennäköisyyteen ammattiin opiskelevilla nuorilla miehillä kuin lukiolaisilla nuorilla miehillä.

Rakenteellisiin ja aineellisiin oloihin perustuvassa selitysmallissa ajatellaan, että elinolot ja aineelliset tekijät luovat terveyseroja sosioekonomisten ryhmien välille. Näitä tekijöitä voivat olla esimerkiksi asuin- ja kotiympäristö ja taloudellinen tilanne (Lahelma ym. 2007). Sosiaaliset taustatekijät ovat yhteiskunnan makrotasoisia rakenteellisia tekijöitä, mutta vaikuttavat myös sosiaaliseen vuorovaikutukseen sekä sosiokulttuuriseen elämäntapaan (Palosuo ym. 2013). Tässä tutkimuksessa havaittiin, että ydinperheessä asuminen oli positiivisesti yhteydessä hampaiden harjaukseen. Rakenteellisiin ja aineellisiin oloihin perustuva selitysmalli tukee perhesuhteen yhteyttä terveyskäyttäytymiseen. Lisäksi jommankumman vanhemman suorittamalla korkeakoulututkinolla oli yhteys hampaiden harjaukseen suosituksen mukaan, mikä saattaa viitata perheen parempaan taloudelliseen tilanteeseen. Karisto (1999) kuitenkin korostaa yksilön omaa vastuuta, rakenteellisia tekijöitä ei saisi korostaa liikaa.

Bartleyn (2004) mukaan psykososiaalinen selitysmalli ottaa huomioon sosiaalisen tuen, työn ja kodin välisen tasapainon sekä pyrkimysten ja saavutusten tasapainon. Selitysmallissa korostetaan yhteisön sisäisten sosiaalisten suhteiden merkitystä terveyskäyttäytymisen muutoksille (Bartley 2004, 78-79, 174). Tässä tutkimuksessa hampaiden harjaus harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä ja päivittäinen tupakointi edustavat terveydelle haitallista terveyskäyttäytymistä. Tämän tutkimuksen mukaan ammattiin opiskelevilla oli suurempi todennäköisyys kumpaankin näistä haitallisista elintavoista. Haitallisen terveyskäyttäytymisen taustalla voi olla kuuluminen tiettyyn ryhmään (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 46; Puuronen 2012, 205). Koivusillan (2012) mukaan yksilöille on tyypillistä samaistua sen ryhmän käyttäytymiseen, johon he muutenkin sitoutuvat. Lisäksi tupakointi lähentää nuoria enemmän kuin tupakoimattomuus (Puuronen 2012, 205). Tämän tutkimuksen opiskelijat elävät keskellä eri yhteisöjä, kuten perhe, ystävät, kanssaopiskelijat, joissa sosiaalinen tuki terveyskäyttäytymisen muutoksille on joko suotuisa tai epäsuotuisa. Psykososiaalinen selitysmalli painottaa yhteisön merkitystä terveyserojen muodostumiselle (Bartley

2004) ja soveltuu tämän tutkimuksen yhdeksi selitysmalliksi.

Elämänkaariselityksessä korostetaan eri elämänvaiheissa tapahtuneiden altistusten kasautumista, jotka ovat syinä terveyseroille (Kuh ym. 2003; Kestilä & Rahkonen 2011). Terveys nähdään prosessimaisena, jossa eri väylät, kuten koulutus ja työllistyminen, vaikuttavat elinoloihin ja elintapoihin, ja nämä puolestaan vaikuttavat terveyteen aikuisuudessa (Kestilä & Rahkonen 2011; Rahkonen ym. 2011). Kestilän ja Rahkosen (2011) mukaan terveyserot ovat nuoruudessa kapeat, mutta ne kasvavat aikuisuudessa. Altistusten kasautumisesta esimerkkinä voidaan pitää huonoa suuhygieniää, joka on yhteydessä muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin (Kelishadi ym. 2013) ja muuhun terveyskäyttäytymiseen (Koivusilta ym. 2003b). Useiden tutkimusten (Marmot 2005; Lahelma ym. 2007; Prättälä ym. 2007; Helakorpi ym. 2011; Palosuo ym. 2013) mukaan sosiaalinen asema, jossa koulutus on keskeisenä polkuna, on puolestaan yhteydessä elintapoihin. Tämän tutkimuksen mukaan hampaiden harjaus harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä ja päivittäinen tupakointi kasautuvat jo nuoruudessa samalle väestöryhmälle. Terveyserot ilmenevät ikääntymisen myötä, mikäli elämänkaariselitys pätee.

## **8.2 Tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti sekä eettiset kysymykset**

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan validiteetilla ja reliabiliteetilla. Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän kykyä tutkia juuri sitä, mitä on tarkoituskin tutkia (Hirsjärvi ym. 2008, 226). Esimerkiksi kyselylomakkeen kysymyksen vastaajat saattavat ymmärtää eri tavalla kuin tutkija on ajatellut. Tämä saattaa aiheuttaa tuloksiin virheitä. Tässä tutkimuksessa käytettiin valmista aineistoa ja kyselylomaketta, joten emme pystyneet vaikuttamaan kyselyn sisältöön tai muuttujiin. Myös muuttujien luokittelu vaikuttaa tutkimustuloksiin, joten tutkimusessamme muuttujien luokittelu on kuvattu mahdollisimman tarkasti.

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan mittaustulosten toistettavuutta eli tulosten ei tulisi olla sattumanvaraisesti saatuja. Mittareiden luotettavuutta voidaan arvioida erilaisten tilastollisten menettelytapojen avulla (Hirsjärvi ym. 2008, 226). Kouluterveyskyselyn kysymykset ovat pysyneet lähes muuttumattomina, joten vertailukelpoisia tietoja on saatavana usean vuoden ajalta (Terveystieteiden tutkimuskeskus ja Hyvinvoinnin tutkimuskeskus 2014b). Kun kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään kyselylomaketta, reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka johdonmukaisesti lomake toimii ja kuinka

vähän virheitä tuloksiin sisältyy (Nummenmaa 2009, 351, 357). Aineiston luotettavuuteen vaikuttaa se, kuinka totuudenmukaisesti siihen on vastattu. Esimerkiksi tupakointia ja hampaiden harjasta voidaan liioitella tai vähätellä, tällaista asiaa on kuitenkin hankala kontrolloida. Aineiston ollessa suuri, kyseinen vaikutus tasaantuu. Lisäksi saadut tulokset eivät ole ristiriidassa verrattuna aiempaan tutkimustietoon, joten voidaan olettaa, että vastaajat ovat vastanneet kyselyyn suurilta osin totuudenmukaisesti. Tutkimuksemme luotettavuutta lisäävät työssä käytetyt tieteellisesti laadukkaat sekä kansainväliset lähteet.

Validiteetti voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen validiteettiin. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, kuinka yleistettävä tutkimus on. Tällöin huomio kiinnittyy erityisesti tutkimusasetelmaan ja otantaan, joissa on pyritty poistamaan mahdollisimman monta luotettavuuden uhkaa (Metsämuuronen 2007, 55). Kouluterveyskysely on laaja tutkimus, jossa pyritään tavoittamaan kaikki lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevat nuoret joka toinen vuosi (Luopa 2010). Pietilän ym. (1995) mukaan terveyteen liittyvissä tutkimuksissa nuorten taustatekijöillä nähdään olevan yhteys vastaamatta jättämiseen. Nuori, jonka vanhemmilla on matala koulutus, joka ei ole ydinperheestä ja tupakoi, on suurempi todennäköisyys olla vastanneiden ulkopuolella (Pietilä ym. 1995). Tässä tutkimuksessa tämä saattoi osaltaan vaikuttaa tuloksiin antaen positiivisemmän kuvan. Ruotsissa tehdyn tutkimuksen mukaan vastaamatta jättäminen on yleisempää myös nuorilla, joilla alkoholin käyttö on todennäköisempää (Romelsjö & Branting 2000). Ammattiin opiskelevilla on saattanut olla Kouluterveyskyselyn toteuttamisen aikaan työssäoppimisjakso, jolloin oppilaitosten on ollut vaikeampi tavoittaa opiskelijat vastaamaan kyselyyn. Reliabiliteetti (Brenner ym. 2002) ja validiteetti (Lintonen & Rimpelä 2001) ovat kaiken kaikkiaan osoittautuneet hyviksi nuorille kohdistetuissa itseraportoiduissa kyselyissä, joissa kysytään riskikäyttäytymisestä, kuten alkoholin käytöstä (Jaatinen 2000; Del Boga & Darkes 2003; Lintonen & Konu 2004) ja tupakoinnista.

Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen omaa luotettavuutta, ja se voidaan jakaa edelleen sisällön validiteettiin, rakennevaliditeettiin ja kriteerivaliditeettiin. Sisällön validiteetin tarkastelussa selvitetään, ovatko tutkimuksessa käytetyt käsitteet teorian mukaiset ja kattavatko ne ilmiön riittävän laajasti. Käytimme tässä tutkimuksessa nuoren sosioekonomisen aseman kuvaajana vanhempien koulutusta, joka on ollut perinteisesti nuorten sosioekonomisen aseman määrittäjänä (Goodman ym. 2001; Lahelma & Rahkonen 2011). Toisaalta olisi hyvä kiinnittää huomiota nuor-

ten subjektiiviseen kokemukseen omasta sosiaalisesta asemasta (Goodman ym. 2001). Kouluterveyskysely ei mahdollistanut kyseisen asian tutkimista, sillä asiaa ei kysytä kyselylomakkeessa. Rakennevaliditeetissa ilmiötä voidaan tarkastella matemaattisesti, tällöin tiettyjen muuttujien tulisi korreloida keskenään. Kriteerivaliditeetti tarkoittaa sitä, että mittarilla saatua arvoa verrataan johonkin arvoon, joka toimii validiuden kriteerinä (Metsämuuronen, 2007, 115–121). Esimerkiksi ammattiin opiskelevien nuorten miesten epäsäännöllistä hampaiden harjausta voidaan verrata siihen, kuinka paljon heillä on paikattavia reikiä suussa.

Kyselyn kysymykset saattoivat olla nuorille vaikeita. Nuoret eivät välttämättä hahmota vanhempiensa koulutustasoa, mikä selittänee puuttuvat tiedot (n= 1342, 3.3 %) vanhempien koulutus - kysymyksessä. Tosin näin suuressa aineistossa tämä on suhteellisen pieni osuus. Kysymys vanhemman ammattiasemasta annetuilla vaihtoehtoilla olisi saattanut olla käyttökelpoisempi. Tutkimuksen luotettavuuteen saattaa vaikuttaa myös se, että lukiolaisilla on kynällä täytettävä kysymyslomake kun taas ammattiin opiskelevat täyttävät sähköisen kyselylomakkeen. Ammattiin opiskelevat eivät välttämättä ole jaksaneet vastata kyselyyn niin huolellisesti, sillä sähköisessä kyselyssä vastaaja ei hahmota, kuinka paljon kysymyksiä on vielä jäljellä ja toisaalta myös silmät voivat väsyä tietokoneen ruudun katsomiseen.

Tämän tutkimuksen aineisto oli suuri (n=40175), joten voidaan puhua kokonaistutkimuksesta, sillä suurin osa tutkimuksen kohteena olevasta ikäluokasta on tutkittu. Kun tutkimusaineisto on suuri, jo yksi prosentti voi vastata melko suurta määrää tutkittavia. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa lukiolaisista nuorista miehistä 0.8 % ei harjaa hampaitaan koskaan, joka on kuitenkin 165 opiskelijaa. Tutkimuksen suuri otoskoko tulee ottaa huomioon, kun arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta. Pienikin yhteys saattaa olla tilastollisesti merkitsevä, kun otoskoko on suuri. Tämä tekee p-arvojen merkityksen kyseenalaiseksi (Metsämuuronen 2011, 422). P-arvo kertoo todennäköisyyden virheelliselle johtopäätökselle aineiston analyysissä (Metsämuuronen 2007, 406). Tässä tutkimuksessa p-arvo oli alle 0.001, eli tilastollisesti erittäin merkitsevä jokaisen tutkimuskysymyksen kohdalla.

Kouluterveyskyselyn eettinen arviointi suoritettiin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuseettisessä työryhmässä vuonna 2012. Koska kysely sisältää henkilökohtaisia asioita, saattaa

kyselyyn vastaaminen herättää joissakin opiskelijoissa tarvetta keskustelulle. Siksi tutkimuksen ohjeistuksessa oppilaitoksille huomioidaan opettajien ja opiskelijahuoltohenkilöstön informointi jo hyvissä ajoin ennen kyselyn toteuttamista (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014f). Kyselyyn vastataan itsenäisesti ja nimettömästi, joten yksittäisten nuorten vastauksia ei pysty tunnistamaan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014e). Tietosuojan turvaamiseksi Kouluterveyskyselyn tuloksia ei toimiteta kunta-, koulu- ja opetuspistekohtaisesti jos vastaajia on ollut alle viisi. Kyselyn tuloksia ei raportoida sukupuolittain, jos vastanneissa on ollut alle viisi tyttöä tai poikaa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014g).

Kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuus ja siitä informointi ovat keskeisessä asemassa tutkimusetiikassa. Mahdollisuus tutkimuksen keskeyttämiseen missä vaiheessa tahansa tulee olla vastaajien tiedossa. Kyselyyn vastaamisen ei tulisi olla painostavaa, eikä kyselyä toteuttaessa saisi tulla tunnetta, että osallistumattomuudesta seuraa jotain negatiivista. Tämä pätee myös silloin kun aineiston kerääjänä toimii koulu tai oppilaitos (Kuula 2006, 107–108). Vastaamisen vapaaehtoisuudesta mainitaan kyselylomakkeessa, mutta koska kysely tehdään luokittain samanaikaisesti ja kontrolloidusti, voi nuorille muodostua tunne osallistumisen pakollisuudesta. Kouluterveyskysely toteutetaan oppitunneilla ja tarkoitus on, että kyselyyn osallistuvat kaikki peruskoulujen 8. ja 9. luokkien oppilaat sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijat (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014e).

Saimme Kouluterveyskyselyn aineiston luottamuksellisesti hakemusta vastaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen edustajalta. Lupauduimme säilyttämään aineiston huolellisesti ja hävittämään sen tutkimuksen valmistumisen jälkeen. Tutkimuksemme perustuu hyvään tieteelliseen käytäntöön. Tutkimuksen tulokset raportoitii objektiivisesti ja totuudenmukaisesti.

### **8.3 Tutkimuksen hyödyntäminen**

Nuoruus on merkittävä ikävaihe, jolloin tehdyt valinnat vaikuttavat terveyteen vielä aikuisenakin (Lehto ym. 2009; Due ym. 2011). Tämän vuoksi olisi tärkeä saada juurrutettua terveelliset elintavat osaksi arkirutiineja jo nuorella iällä. Suun terveydellä on tärkeä merkitys yleisterveydelle ja hyvinvoinnille (Sheiham 2005; Watt 2005), esimerkiksi hoitamaton ientulehdus on yhteydessä kroonisiin sairauksiin kuten sydän- ja verisuonisairauksiin. Suun sairaudet ovat merkittävä kan-



santerveydellinen ongelma. (Pussinen ym. 2007; Friedewald ym. 2009). Koska useimmissa tapauksissa suun sairaudet ovat ennaltaehkäistävissä (Watt 2005), tarvitaan ammattilaisia jakamaan tietoa, taitoa ja tukea jo varhaislapsuudessa, alkaen lasten vanhemmista. Olisi tärkeää, että jokainen motivoituisi huolehtimaan suun terveydestään.

Suun terveydestä huolehtiminen on kuitenkin laaja-alainen ilmiö, johon vaikuttavat keskeisesti myös ympäristön tuki ja yksilön elämähallintaidot (Kaikkonen ym. 2012). Useissa tutkimuksissa sosiaalisella tuella on yhteys nuorten suun terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen (Tolvanen 2011; Brennan & Spencer 2012; Pakpour ym. 2012). Vanhemmat, kaverit, media ja oppilaitos (Mikkonen & Tynkkynen 2010, 27) sekä kulttuuri, jonka ympäröimänä nuori elää, tuovat nuorten terveyskäyttäytymiseen moniulotteisuutta (Puuronen 2012, 11). Tieto ja vanhempien antama kotikasvatus eivät välttämättä riitä suositusten mukaiseen hampaiden harjaukseen. Erityisesti nuorilla motivoivina tekijöinä voivat olla pikemminkin hampaiden ulkonäkö, raikas hengitys ja suudeltava suu, jotka vaikuttavat positiivisesti sosiaaliseen vuorovaikutukseen (Ostberg ym. 2002). Puutteellinen suuhygienia saattaa olla yhtenä syynä sosiaalisista tilanteista vetäytymiselle, koska hyvä suun terveys vahvistaa Wattin (2005) mukaan itsetuntoa ja sosiaalista itseluottamusta. Tämän tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että hampaiden harjaus ei toteudu suositusten mukaisesti suurella osalla nuorista miehistä. Hammaskarieksen yksi altistava tekijä on puutteellinen harjaus (Karies (hallinta) 2009), joten nuorilla miehillä, jotka eivät harjaa hampaitaan suositusten mukaisesti kahdesti päivässä, on suurentunut riski saada reikiä hampaisiin. Kun epäsäännölliseen harjaukseen yhdistetään napostelukulttuuri ja virvoitusjuomien kulutus, on riski hampaiden reikiintymiselle suurentunut entisestään (Karies (hallinta) 2009).

Vaikka tupakoinnissa on havaittu vähentymistä, moni nuori tupakoi edelleen; lukiolaisista lähes kymmenesosa ja ammattiin opiskelijoista noin kolmasosa tupakoi päivittäin. Nuorille miehille tupakointi voi edustaa tietoista tai tiedostamatonta elämäntapavalintaa, jonka avulla nuori ilmaisee itseä muille sekä hakee arvostusta (Kauravaara 2013, 29). Tämän tutkimuksen, kuten myös aikaisempien tutkimusten (Savolainen ym. 2009; Honkala ym. 2011), mukaan päivittäisellä tupakoinnilla oli yhteys hampaiden harjaukseen harvemmin kuin kaksi kertaa päivässä. Terveydelle haitalliset elintavat näyttävät siten kasautuvan. Tupakointi ja puutteellinen suuhygienia muodostavat yhdessä suurentuneen riskin suun sairauksille, erityisesti kiinnityskudossairaudelle (Paro-

dontiitti 2010). Parodontiittia esiintyy jo nuorilla, jotka tupakoivat säännöllisesti (Heikkinen ym. 2008). Hammashoitohenkilökunnan tulisi puuttua ajoissa nuorten tupakointiin ja informoida tupakoinnin ja puutteellisen hampaiden puhdistuksen vaikutuksista suun terveyteen. Nyky-yhteiskunnan ulkonäkökeskeinen kulttuuri (Puuronen 2012, 11) voi puolestaan edistää nuorten miesten motivointia huolehtia hampaiden terveydestä ulkonäön vuoksi. Terveyskasvatuksessa voisi siten korostaa tupakoinnin ja puutteellisen harjauksen vaikutusta hampaiden ulkonäköön.

Oppilaitos on otollinen paikka terveyden edistämiseksi, sillä se kokoaa laajasti yhteen erilaisista taustoista peräisin olevat nuoret. Vaikka ammattiin opiskelevien terveystottumukset ovat terveydelle haitallisempia kuin lukiolaisilla (Palosuo ym. 2007; Puusniekka & Jokela 2009; Luopa ym. 2010), ei silti ole perusteltua keskittää huomiota vain ammattiin opiskeleviin. Myös oppilaitosten sisällä havaitaan eroja terveystottumuksissa, ja onkin tärkeää, että nuoret kohdataan yksilöinä, eikä vain oppilaitoksensa edustajina. Toisen asteen opiskelijoiden terveyserojen vertailu on Puuronen (2012) mukaan luonut negatiivisen kuvan ammattiin opiskelevista. Huomioimatta jää usein, että myös ammattiin opiskelevissa on terveellisen elämäntyylin kannattajia ja terveydestään huolehtivia, kuten esimerkiksi tupakoimattomat nuoret (Puuronen 2012, 208). Tupakoinnin paheksunta saattaa myös osaltaan yhdistää tupakoitsijoita enemmän kuin aiemmin (Katainen 2011, 86) ja antaa nuorille mahdollisuuden erottua muista.

Liimatainen-Lamberg (2000) ja Mikkonen & Tynkkynen (2010) korostavat, että oppilaitosten sääntöjen tulisi olla yhtenäiset ja kouluympäristön tulisi tukea tupakoimattomuutta. Myös opettajien tulisi toiminnallaan osoittaa hyvää esimerkkiä nuorille sekä valvoa oppilaitosten sääntöjen toteutumista. Hallinnon tehtävänä on antaa tukea ja resursseja tupakoinnin vähentämistyölle. Nuorten savuttomuuden edistämiseksi myös terveydenhoitaja on tärkeässä roolissa antamalla yksilöllistä ohjausta ja tukea tupakoinnin lopettamiseksi. Lisäksi opiskelijoilla on vastuu tupakoimattomuuden edistämiseksi, he voivat esimerkiksi kehittää erilaisia vaihtoehtoisia taukojen viettotapoja. Oppilaitoksen läheisyydessä olevien kauppojen tulisi osaltaan sitoutua siihen, että alaikäisille ei myydä tupakkatuotteita (Liimatainen-Lamberg 2000). Toisaalta myös työharjoittelupaikkojen tulisi edistää tupakoimattomuutta omilla järjestyssäännöillä.

Sekä lukiossa että ammatillisessa oppilaitoksessa on yksi pakollinen kurssi terveystietoa, joten se tavoittaa kaikki toisella asteella opiskelevat nuoret. Lukion tai ammatillisen oppilaitoksen opetussuunnitelmissa (Opetushallitus 2003) ei erikseen mainita suun terveyttä osana terveystiedon sisältöä, vaan se sisältyy kansantauteihin ja itsehoitoon. Jää opettajan vastuulle sisällyttää suun terveys osaksi opetusta. Koska opetussuunnitelma ohjaa vahvasti opetusta ja sen suunnittelua, tulisi suun terveyden edistämistä korostaa terveystiedon opetussuunnitelmassa. Vaikka käsiteltäviä aiheita tuntimäärään nähden on paljon, ei suun terveyttä tulisi jättää opetuksen sisällöstä pois. Ammatillisissa oppilaitoksissa terveystietoa pyritään lähestymään mahdollisimman työelämälähteisesti (Opetushallitus 2003), mikä saattaa vaikuttaa siihen, että suun terveys jää vähemmälle huomiolle opetuksessa. Liimatainen-Lambergin (1999) jo vuonna 1999 tehdyssä tutkimuksessa liikunnanopettajat nostivat esiin terveystiedon opetuksen kehittämisen ja lisäämisen. Huolestuttavaa kuitenkin on, että toisen asteen oppilaitosten rehtorit sekä liikunnan ja terveystiedon opettajat eivät tuolloin listanneet suun terveyttä osaksi terveystiedon tärkeimpiä sisältöalueita (Liimatainen-Lambergin 1999).

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella erityisesti muilla kuin ydinperheessä asuvilla on tarvetta terveystietokasvatukselle, sillä heistä suurempi osa ei harjaa hampaitaan suositusten mukaisesti. Perherakenne saattaa heijastua perheen yhdessä viettämään aikaan. Esimerkiksi Levinin ja Currien (2010) tutkimuksen mukaan etenkin pojilla aterian nauttiminen yhdessä perheen kanssa, oli yhteydessä hampaiden harjaukseen kahdesti päivässä. Lisäksi vanhempien korkeakoulutus oli yhteydessä hampaiden harjaukseen useammin kuin kerran päivässä. Koivusillan (2011) mukaan sekä koulutus että terveysasenteet välittyvät usein sukupolvelta toiselle, mikä saattaa olla taustalla vanhemman korkeakoulututkimuksen yhteyteen nuorten miesten hampaiden harjauksessa suosituksen mukaisesti.

Kaikkonen ym. (2012) korostavat, että terveystietoneuvontaa suunniteltaessa perheen tausta tulee huomioida jo lapsen ollessa pieni. Nuoren epäsuunnitelmallisella hampaiden harjauksella on yhteys myös muuhun terveystietokäyttäytymiseen, joten terveydelle haitalliset elintavat voivat olla yhteydessä sosioekonomisiin terveyseroihin aikuisena (Koivusilta ym. 2003b). Siten vanhempien tärkeä rooli terveellisten elintapojen omaksumisessa tulisi huomioida erityisesti jo neuvolassa annettavassa terveystietoneuvonnassa. Jotta väestön sosioekonomisia terveyseroja voidaan kaventaa, tarvi-

taan laaja-alaista yhteistyötä. Kouluille ja oppilaitoksille ei tule asettaa liian suuria kasvatuksellisia tavoitteita, vaan yhteistoimintaa tarvitaan sekä vanhempien, median, että muiden yhteiskunnan instituutioiden välillä (Opetushallitus 2003). Toisin sanoen kasvatusvastuuta tulisi jakaa kaikkien toimijoiden kesken.

#### Suosituks

- Vanhempia tulee kannustaa edistämään lasten terveellisiä elämäntapoja
- Nuorille kohdistetun terveystieteellisen kasvatuksen tulee olla yksilölähtöistä huomioiden nuorisokulttuurin moninaisuus, joka osaltaan suuntaa nuorten terveystieteen käyttäytymistä
- Hampaiden harjaukseen ja tupakoinnin ehkäisyyn kohdistetussa terveystieteellisessä kasvatuksessa tulisi painottaa suun sairauksien ehkäisyä ja yleisterveyden edistämistä jo nuorilla
- Erityisesti päivittäin tupakoivien nuorten suun hoidon ohjausta tulisi tehostaa
- Sekä lukion että ammatillisen oppilaitoksen terveystieteen opetuksessa tulisi korostaa suun terveyden merkitystä

#### 8.4 Jatkotutkimusaiheita

Tässä tutkimuksessa aineistona olivat pelkästään miehet, joten ammatillisessa koulutuksessa koulutusaloittaiset vastaajamäärät vaihtelivat huomattavasti eri alojen kesken. Koulutusaloittaisia vertailuja on mielekkäämpi tehdä, jos myös naiset ovat mukana tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa ei tarkasteltu erikseen kaksoistutkimusta suorittavia opiskelijoita, jatkossa heidät tulisi ottaa mukaan tarkasteluun. Myös opiskelijoiden kulttuuriset ja etniset taustat olisi hyvä ottaa huomioon tutkimusta tehtäessä. Hyvään suuhygieniaan kuuluu myös päivittäinen hammasvälien puhdistus, joten olisi mielenkiintoista tutkia, miten tämä suositus toteutuu lukiolaisilla ja ammatin opiskelevilla. Kouluterveydentutkimuksessa olisi hyvä selvittää nuorten hampaiden harjauksen lisäksi hammasvälien puhdistustottumuksia. Koulutus ja perheen elintavat välittyvät usein sukupolvelta toiselle, joten olisi kiinnostavaa tutkia sosioekonomisen aseman yhteyttä asenteisiin suun terveyttä kohtaan. Hampaiden harjaus on terveystieteen käyttäytymisenä moniulotteinen ilmiö, jota voisi tarkastella myös laadullisella tutkimusotteella. Olisi kiinnostavaa selvittää nuorten asenteita suun terveyttä kohtaan ja hampaiden harjauksen roolia nuorten arkielämässä.

## LÄHTEET

- Adler, N. E. & Newman, K. 2002. Socioeconomic Disparities In Health: Pathways And Policies. *Health Affairs* 21 (2), 60–76. DOI: 10.1377/hlthaff.21.2.60.
- Aleksejuniene, J. & Brukiene, V. 2012. Parenting style, locus of control, and oral hygiene in adolescents. *Medicina (Kaunas, Lithuania)* 48 (2), 102–108.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1999. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. 1.-3. painos. Juva: WSOY.
- Bartley, M. 2004. *Health Inequality. An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cambridge: Polity Press.
- Bartley, M., Blane, D. & Montgomery, S. 1997. Health and the life course: why safety nets matter. *British Medical Journal* 314, 1194–1196.
- Bergström, J. 2006. Periodontitis and Smoking: An Evidence-Based Appraisal. *Journal of Evidence-based Dental Practice* 6 (1), 33–41. DOI:10.1016/j.jebdp.2005.12.018.
- Borodulin, K., Helakorpi, S., Sulander, T., Puusniekka, R. & Prättälä, R. 2007. Liikunta. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki. (toim.) *Terveysten eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Helsinki: Yliopistopaino, 159–163.
- Braveman, P. A., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K. S., Metzler, M. & Posner, S. 2005. Socioeconomic Status in Health Research. One Size Does Not Fit All. *The Journal of the American Medical Association* 294 (22), 2879-2888. DOI:10.1001/jama.294.22.2879.
- Breen, R. & Goldthorpe, J. H. 1997. Explaining educational differentials: towards a formal rational action theory. *Rationality & Society* 9 (3), 405–426. DOI: 10.1177/104346397009003002.
- Brener, N. D., Kann, L., McManus, T., Kinchen, S. A., Sundberg, E. C. & Ross, J. G. 2002. Reliability of the 1999 Youth Risk Behavior Survey Questionnaire. *Journal of Adolescent Health* 31 (4), 336-342. DOI:10.1016/S1054-139X(02)00339-7.
- Brennan, D. S. & Spencer, A. J. 2012. Social Support and Optimism in Relation to the Oral Health of Young Adult. *International Journal of Behavioral Medicine* 19, 56–64.

DOI:10.1007/s12529-010-9136-3.

- Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Chen, E. & Matthews, K. A. 2010. Childhood socioeconomic status and adult health. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1186, 37–55. DOI: 10.1111/j.1749-6632.2009.05334.x.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O. Smith, O. R. F. & Barnekow, V. 2012. Social determinants of health and well-being among young people. *Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Cutler, D. M. & Lleras-Muney, A. 2010. Understanding Differences in Health Behaviors by Education. *Journal of Health Economics* 29 (1), 1-28. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2009.10.003.
- Danielsson, P., Ollila, H., Korhonen, T., Broms, U., Laatikainen, T. & Patja, K. 2012. Tupakka-politiikka kansalaisasenteissa ja pä ivä npolitiikassa. Teoksessa A. Heloma, H. Ollila, P. Danielsson, P. Sandströ m & J. Vakkuri (toim.) Kohti savutonta Suomea – Tupakoinnin ja tupakkapolitiikan muutokset. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Teema 16. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 36–51.
- Davies, S., L., Crosby, R. A. & DiClemente, R. J. 2009. Family influences on adolescent health. Teoksessa R. J. DiClemente, J. S. Santelli & R. A. Crosby (toim.) *Adolescent Health : Understanding and Preventing Risk Behaviors*. Hoboken: Jossey-Bass.
- Del Boga, F. & Darkes, J. 2003. The validity of self-reports of alcohol consumption: state of the science and challenges for research. *Addiction* 98(2):1–12. DOI: 10.1046/j.1359-6357.2003.00586.x.
- Due, P., Krølner, R., Rasmussen, M., Andersen, A., Damsgaard, M. T., Graham, H. & Holstein, B. E. 2011. Pathways and mechanisms in adolescence contribute to adult health inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health* 39 (6), 62–78. DOI: 10.1177/1403494810395989.
- Eaton, K. A. & Carlile, M. J. 2008. Tooth brushing behaviour in Europe: opportunities for dental public health. *International Dental Journal* 58 (5), 287–293. DOI: 10.1111/j.1875-595X.2008.tb00206.x.
- Ericsson, J. S., Anna-Lena Östberg, A-L., Wennström, J. L. & Abrahamsson K. H. 2012. Oral health-related perceptions, attitudes, and behavior in relation to oral hygiene conditions in an adolescent population. *European Journal of Oral Sciences* 120 (4), 335–341. DOI:

10.1111/j.1600-0722.2012.00970.x.

- Erola, J. 2009. Sosiaalisen aseman periytyvyys ja terveys – tulokset, teoriat ja tulevaisuus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46 (1), 3–13.
- Eräranta, K. & Autio, M. 2008. Johdanto: Polarisatio käsitteenä ja empiirisesti koeteltuna tutkimusteena. Teoksessa M. Autio, K. Eräranta & S. Myllyniemi (toim.) *Polarisoituva nuoruus? Nuorten elinolot -vuosikirja 2008*. Nuorisotutkimusverkosto. Nuorisoasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Helsinki: Hakapaino Oy, 8–15.
- Friedewald, V. E., Kornman, K. S., Beck J. D., Genco, R., Goldfine, A., Libby, P., Offenbacher, S. Ridker, P. M., Van Dyke, T., E. & Roberts, W. C. 2009. The American Journal of Cardiology and Journal of Periodontology Editors' Consensus: periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease. *The American Journal of Cardiology* 104 (1), 59–68. DOI:10.1016/j.amjcard.2009.05.002.
- Goodman, E., Adler, N. E., Kawachi, I., Frazier, A. L., Huang, B. & Colditz, G. A. 2001. Adolescents' Perceptions of Social Status: Development and Evaluation of a New Indicator. *Pediatrics* 108 (2), 1–8. DOI: 10.1542/peds.108.2.e31.
- Gray, A. M. I. 1982. Inequalities in Health. *The Black Report: A Summary and Comment*. *International Journal of Health Services* 12 (3), 349–380. DOI:10.2190/XXMM-JMQU-2A7Y-HX1E.
- Hagquist, C. E. I. 2006. Health inequalities among adolescents—the impact of academic orientation and parents' education. *European Journal of Public Health* 17 (1), 21–26. doi:10.1093/eurpub/ckl087.
- Hanson, M. D. & Chen, E. 2007. Socioeconomic status and health behaviors in adolescence: a review of the literature. *Journal of Behavioral Medicine* 30 (3), 263–285. DOI:10.1007/s10865-007-9098-3.
- HE 142/2000. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi perusopetuslain 11 §:n, lukiolain 7 §:n ja ammatillisesta koulutuksesta annetun lain 12 ja 17 §:n muuttamisesta. FINLEX. Viitattu 3.4.2014. <http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2000/20000142#idm2367056>.
- Heikkinen, A. M., Pajukanta, R., Pitkäniemi, J., Broms, U., Sorsa, T., Koskenvuo, M. & Meurman, J. H. 2008. The effect of smoking on periodontal health of 15- to 16-year-old adolescents. *Journal of Periodontology* 79, 2042–2047. DOI 10.1902/jop.2008.080205.

- Helakorpi, S., Mäkelä, P., Helasoja, V., Karvonen, S., Sulander, T. & Uutela, A. 2007. Alkoholin käyttö. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki. (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Helsinki: Yliopistopaino, 141–148.
- Helakorpi, S., Pajunen T., Jallinoja, P., Virtanen, S. & Uutela, A. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 15/2011. Helsinki: Yliopistopaino.
- Helldán, A. Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela A. 2013. Suomalaisen aikuiväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 21/2013. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.
- Heloma, A., Helakorpi, S., Danielsson, P., Vartiainen, E. & Puska P. 2012. Suomen tupakkapolitiikka ja – lainsäädäntö – kehitys vuodesta 1976 nykypäivään. Teoksessa A. Heloma, H. Ollila, P. Danielsson, P. Sandström & J. Vakkuri (toim.) Kohti savutonta Suomea – Tupakoinnin ja tupakkapolitiikan muutokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Teema 16. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 24–35.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.–14. painos. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Hoikkala, T. & Hakkarainen, P. 2005. Small tales about health literacy. Teoksessa T. Hoikkala, P. Hakkarainen & S. Laine (toim.) Beyond Health Literacy Youth Cultures, Prevention and Policy. Helsinki: Nuorisotutkimusseura ry, 5–22.
- Honkala, S., Rimpelä, A., Välimaa, R., Tynjälä, J. & Honkala E. 2009. Suomalaisnuoret ovat edelleen laiskoja hampaiden harjauksessa. Suomen Hammaslääkärilehti 23 (8), 18–22.
- Honkala, S., Honkala, E., Newton, T. & Rimpelä, A. 2011. Toothbrushing and smoking among adolescents – aggregation of health damaging behaviours. Journal of Clinical Periodontology 38 (5), 442–448. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2011.01709.x.
- Huurre, T., Aro, H. & Rahkonen, O. 2003. Well-being and health behaviour by parental socioeconomic status. A follow-up study of adolescents aged 16 until age 32 years. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 38, 249–255. DOI 10.1007/s00127-003-0630-7.
- Jaatinen, J. 2000. Viattomuuden tarinoita. Nuoret päihdekulttuurinsa kuvaajina. Stakes raportti



- teja 251. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino.
- Jamieson, L. M., Meji'a, G. C., Slade, G. D. & Roberts-Thomson, K. F. 2009. Predictors of untreated dental decay among 15–34-year-old Australians. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 37 (1), 27–34. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2008.00451.x.
- Järvinen, T. & Jahnukainen, M. 2008. Koulutus, polarisaatio ja tasa-arvo: hyvä- ja huono-osaistuminen perus- ja keskiasteen koulutuksessa. Teoksessa M. Autio, K. Eräranta & S. Myllyniemi (toim.) *Polarisoituva nuoruus? Nuorten elinolot -vuosikirja 2008*. Nuorisotutkimusverkosto. Nuorisoasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Helsinki: Hakapaino Oy, 140–149.
- Kaikkonen, R., Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Markkula, J., Wikström, K., Ovaskainen, M-L., Virtanen, S. & Laatikainen, T. 2012. Pohdinta ja johtopäätökset. Teoksessa *Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot*. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2012. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy, 175–188.
- Karies (hallinta). 2009. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 10.9.2013. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Karisto, A., Takala, P. & Haapola, I. 1999. Matkalla nykyaikaan. Elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. 1-2. painos. Juva: WSOY.
- Karvonen, S. & Koivusilta, L. 2010. Väestöryhmien väliset erot – onko väite nuorten terveyskehityksen ja hyvinvoinnin polarisoitumisesta totta? Teoksessa T. Ståhl & A. Rimpelä (toim.) *Terveystieteiden tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena*. Helsinki: Yliopistopaino, 79–92.
- Katainen, A. 2011. Tupakka, luokka ja terveystietoisyyden ongelma. *Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja*. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kauppinen, T., Hanhela, R., Kandolin, I., Karjalainen, A., Kasvio, A., Perkiö-Mäkelä, M., Priha, E., Toikkanen, J. & Viluksela, M. 2010. *Työ ja terveys Suomessa 2009*. Työterveyslaitos. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Kauppinen, T., Mattila-Holoppa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. 2013. *Työ ja terveys Suomessa 2012*. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy.
- Kauravaara, K. 2013. Mitä sitten, jos ei liikuta? Etnografinen tutkimus nuorista miehistä. Li-

- kunnan ja kansanterveyden julkaisuja 276. LIKES-tutkimuskeskus. Jyväskylä: Kopijyvä Oy.
- Kelishadi, R., Mirmoghtadaee, P., Qorbani, M., Motlagh, M. E. Heshmat, R., Taslimi, M., Mahmoudarabi, M., Ardalan, G. & Larijani, B. 2013. Tooth brushing and cardiometabolic risk factors in adolescents: Is there an association? The CASPIAN-III study. *International Journal of Preventive Medicine* 4 (3), 271–278.
- Keskinen, H. 2002. Historiaa ja muisteluita. Ehkäisevää hammashoitoa kuntatasolla. *Suomen Hammaslääkärilehti* 20, 1194–1196.
- Kestilä, L. 2008. Pathways to health. Determinants of Health, Health Behaviour and Health inequalities in Early Adulthood. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kestilä, L. & Rahkonen, O. 2011. Lapsuuden elinolot ja aikuisuuden terveys. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaaliepideemiologia*. Helsinki: Gaudeamus, 226–243.
- Khami, M. R., Murtomaa, H., Razeghi, S. & Virtanen J. I. 2010. Smoking and Its Determinants among Iranian Dental Students. *Medical Principles and Practice* 19 (5), 390–394. DOI:10.1159/000316379.
- Koivusilta, L. K., Rimpelä, A. H. & Rimpelä, M. K. 1999. Health-related lifestyle in adolescence - origin of social class differences in health? *Health Education Research* 14 (3), 339–355. DOI: 10.1093/her/14.3.339.
- Koivusilta, L. Rimpelä, A. & Vikat A. 2003a. Health behaviours and health in adolescence as predictors of educational level in adulthood: a follow-up study from Finland. *Social Science & Medicine* 57 (4), 577–593.
- Koivusilta, L., Honkala, S., Honkala, E. & Rimpelä, A. 2003b. Toothbrushing as Part of the Adolescent Lifestyle Predicts Education Level. *Journal of Dental Research* 82 (5), 361–366.
- Koivusilta, L. 2011. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaaliepideemiologia*. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: University Press, 123–141.
- Koivusilta, L. 2012. Terveyserojen sosioekonomiset taustatekijät. Teoksessa M-L. Honkasalo & H. Salmi (toim.). *Terveyttä kulttuurin ehdoilla. Näkökulmia kulttuuriseen terveystutkimukseen*. Turku: K&H, 319–357.

- Koivusilta, L., West, P., Saaristo, V., Nummi, T. & Rimpelä, A. 2013. From childhood socio-economic position to adult educational level - do health behaviours in adolescence matter? A longitudinal study. *BMC Public Health* 13 (711), 1–9. DOI:10.1186/1471-2458-13-711.
- Kuh, D., Ben-Shlomo, Y., Lynch, J., Hallqvist, J., Power, C. 2003. Life course epidemiology. *Journal of Epidemiology & Community Health* 57 (10), 778–783. DOI:10.1136/jech.57.10.778.
- Kunttu, K. & Pesonen T. 2012. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Helsinki: Multiprint Oy 2013.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineiston hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kuusela, S., Honkala, E., Rimpelä, A., Karvonen, S. & Rimpelä, M. 1997. Trends in toothbrushing frequency among Finnish adolescents between 1977 and 1995. *Community Dent Health* 14, 44–48.
- Könönen, E. 2007. Parodontiitti - Suomen yleisin terveysongelma aikuisilla. *Kansanterveys* 10, 14–15.
- Laaksonen, M. 2002. Interrelationships among daily health behaviours: towards health-related lifestyle. Kansanterveyslaitos. Julkaisuja A/6. Helsinki: Yliopistopaino.
- Laaksonen, M., Helakorpi, S., Karvonen, S., Patja, K. & Sulander, T. 2007. Tupakointi. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki. (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Yliopistopaino, 133–140.
- Laaksonen, M. & Silventoinen, K. 2011. Mitä on sosiaaliepideologia. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: University Press, 11–25.
- Lagström, H., Talvia, S., Pahkala, K., Salo, P., Saarinen, M., Myyrinmaa, A. & Niinikoski, H. 2012. Toisen asteen koulutusvalinnan yhteys nuorten ruokatottumuksiin - STRIP-projekti. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 118–131.
- Lahelma, E., Rahkonen, O., Koskinen, S., Martelin, T. & Palosuo, H. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R.

- Prättälä, T., Martelin, A., Ostamo, I., Keskimäki, M., Sihto, K., Talala, E., Hyvönen & E. Linnanmäki. (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Helsinki: Yliopistopaino, 25–42.
- Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: University Press, 41–59.
- Laki ammatillisesta koulutuksesta. 21.8.1998/630. 5 §. Viitattu 5.4.2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980630>.
- Lehto, R., Corander, C., Ray, C. & Roos, E. 2009. Perheen sosioekonomisen aseman ja perherakenteen yhteydet alakouluikäisten lasten terveellisiin elintapoihin. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46 (4), 258–271.
- Levin, K. A. & Currie, C. 2010. Adolescent toothbrushing and the home environment: sociodemographic factors, family relationships and mealtime routines and disorganisation. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 38, 10–18. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2009.00509.x.
- Liimatainen-Lamberg, A. E. 1999. Opiskelijoiden tupakointi ja terveystkasvatus ammatillisissa oppilaitoksissa ja lukioissa. Opetushallitus.
- Liimatainen-Lamberg, A. E. 2000. Tupakoimattomana ammattiin opas tupakoimattomuuden edistämistyöhön ammatillisissa oppilaitoksissa. Helsinki: Opetushallitus.
- Lintonen, T., Rimpelä, M. 2001. The validity of the concept of “self-perceived drunkenness” in adolescent health surveys. *Journal of Substance Use* 6 (3), 145–150. DOI:10.1080/14659890152558750.
- Lintonen, T. & Konu, A. 2004. The misperceived social norm of drunkenness among early adolescents in Finland. *Health Education Research* 19 (1), 64–70. doi: 10.1093/her/cyg010.
- Lukiolaki. 21.8.1998/629. 2 §. Viitattu 5.4.2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980629>.
- Luopa, P., Lommi, A., Kinnunen, T. & Jokela J. 2010. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 20/2010. Helsinki.
- Macintyre, S. 1997. The black report and beyond what are the issues? *Social Science & Medicine* 44 (6), 723–745

- Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A-J. R., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M. & Kunst, A. E. 2008. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine* 358 (23), 2468-2481. DOI: 10.1056/NEJMsa0707519.
- Maes, L., Vereecken, C., Vanobbergen, J. & Honkala, S. 2006. Tooth brushing and social characteristics of families in 32 countries. *International Dental Journal* 56, 159–167. DOI: 10.1111/j.1875-595X.2006.tb00089.x.
- Manderbacka, K., Häkkinen, U., Nguyen, L., Pirkola, S., Ostamo, A. & Keskimäki, I. 2007. Terveyspalvelut. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Yliopistopaino, 179–196.
- Marinho, V. C. C., Higgins, J. P. T., Logan, S. & Sheiham, A. 2003. Fluoride toothpastes for preventing dental caries in children and adolescents (Review). *The Cochrane Collaboration*. DOI: 10.1002/14651858.CD002278.
- Marmot, M. 2005. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365, 1099–1104. DOI:10.1016/S0140-6736(05)71146-6.
- Martelin, T., Karvonen, S., Linnanmäki, E., Prättälä, R. & Koskinen, S. 2012. Terveyden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist, N. Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy, 202–210.
- Maunu, A. 2014. Kuinka terveyttä tehdään? Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. EHYT Katsauksia 1/2014. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry.
- McQueen, D. V. 1987. A research programme in lifestyle and health: methodological and theoretical considerations. *Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique* 35 (1), 28–35.
- Meraw, S. J., Mustapha, I. Z. & Rogers, R. S. 1998. Cigarette smoking and oral lesions other than cancer. *Clinics in Dermatology* 16 (5): 625–631.
- Metsämuuronen, J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. painos. Helsinki: International Methelp Ky.
- Metsämuuronen, J. 2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. painos. Helsinki: International Methelp Ky.

- Metsämuuronen, J. 2011. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Mikkonen, J. & Tynkkynen, L. 2010. Terve amis! Ammattiin opiskelevien terveyden taustatekijät: 50 toimenpide-ehdotusta terveystietojen kaventamiseksi. Elämäntapaliitto. Pori: Kehitys Oy.
- Myrskylä, P. 2009. Koulutus periytyy edelleen. Hyvinvointikatsaus 1/2009 –Nuoret. Tilastokeskus. Viitattu 22.1.2014. [http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art\\_2009-03-16\\_002.html?s=0](http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-03-16_002.html?s=0).
- Mäki, P. & Laatikainen, T. 2012. Hampaiden hoito ja suun terveys. Teoksessa R. Kaikkonen, P. Mäki, T. Hakulinen-Viitanen, J. Markkula, K. Wikström, M-L. Ovaskainen, S. Virtanen & T. Laatikainen (toim.) Lasten ja lapsiperheiden terveys- ja hyvinvointierot. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 16/2012. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy, 135–140.
- Nicolau, B., Marcenes, W., Bartley, M. & Sheiham, A. 2003. A Life Course Approach to Assessing Causes of Dental Caries Experience: The Relationship between Biological, Behavioural, Socio-Economic and Psychological Conditions and Caries in Adolescents. *Caries Research* 37, 319–326. DOI: 10.1159/000072162.
- Nordblad, A., Suominen-Taipale, L., Rasilainen, J. & Karhunen, T. 2004. Suun terveydenhuoltoa terveystieteissä 1970-luvulta vuoteen 2000. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja 278. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Nummenmaa, L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- O'Brien, R., Hart, G. J., Hunt, K. 2007. "Standing Out from the Herd": Men Renegotiating Masculinity in Relation to Their Experience of Illness. *International Journal of Men's Health* 6 (3), 178–200. DOI:10.3149/jmh.0603.178.
- Ohjeet oppilaitoksille. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.2.2014. [www.thl.fi](http://www.thl.fi).
- de Oliveira, C., Watt, R. & Hamer, M. 2010. Toothbrushing, inflammation, and risk of cardiovascular disease: results from Scottish Health Survey. *British Medical Journal* 340:c2451, 1-13. DOI: 10.1136/bmj.c2451.
- Opetushallitus. 2003. Lukion opetussuunnitelman perusteet 2003. Nuorille tarkoitettun lukiokoulutuksen opetussuunnitelman perusteet. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Opetushallitus. 2014. Koulutus ja tutkinnot. Viitattu 19.10.2014.

- [http://www.oph.fi/koulutus\\_ja\\_tutkinnot](http://www.oph.fi/koulutus_ja_tutkinnot).
- Opetus- ja kulttuuriministeriö. 2014. Ammatillinen koulutus. Viitattu 2.5.2014. <http://vipunen.csc.fi>.
- Ostberg, A. L., Jarkman, K., Lindblad, U. & Halling, A. 2002. Adolescents' perceptions of oral health and influencing factors: a qualitative study. *Acta Odontologica Scandinavica* 60, 167–173. DOI:10.1080/000163502753740197.
- Pajunen, T., Lehto, R., Ovaskainen, M-L., Tapanainen, H., Hoppu, U. & Roos, E. 2012. Vanhempien koulutuksen ja perherakenteen yhteys yläkoululaisten ravinnonsaantiin ja ruoankäyttöön. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 105–117.
- Pakpour, A. H. & Sniehotta, F. F. 2012. Perceived behavioural control and coping planning predict dental brushing behaviour among Iranian adolescents. *Journal of Clinical Periodontology* 39 (2), 132–137. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2011.01826.x.
- Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Sihto, M., Keskimäki, I., Ostamo, A., Martelin, T., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. 2007. Yhteenveto ja päätelmät. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Yliopistopaino, 219–233.
- Palosuo, H., Sihto, M., Lahelma, E., Lammi-Taskula, J. & Karvonen, S. 2013. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveystieteissä. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti* 14/2013. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.
- Paraskevas, S., Huizinga, J. D. & Loos, B. G. 2008. A systematic review and meta-analysis on C-reactive protein in relation to periodontitis. *Journal of Clinical Periodontology* 35 (4), 277–290. DOI: 10.1111/j.1600-051X.2007.01173.x.
- Parodontiitti. 2010. Käypä hoito –suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 24.9.2013. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Peltola, J. S., Ventä, I., Haahtela, S., Lakoma, A., Ylipaavalniemi, P. & Turtola, L. 2006. Dental and oral radiographic findings in first-year university students in 1982 and 2002 in Helsinki, Finland. *Acta Odontologica Scandinavica* 64 (1), 42–46. DOI:10.1080/00016350500419800.

- Peltonen, H. & Väyrynen, P. 2009. Tupakointi, alkoholi ja huumeet. Teoksessa P. Väyrynen, V. Saaristo, K. Wiss A-M & Rigoff. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisissa oppilaitoksissa - perusraportti kyselystä vuonna 2008. Opetushallitus, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos sekä tekijät. Helsinki: Edita Prima Oy, 67–76.
- Pensola, T. & Martikainen, P. 2004. Life-course experiences and mortality by adult social class among young men. *Social Science & Medicine* 58, 2149–2217. DOI:10.1016/j.socscimed.2003.08.014.
- Petersen, P. E. 2009. Oral cancer prevention and control – The approach of the World Health Organization. *Oral Oncology* 45 (4-5), 454–460. DOI:10.1016/j.oraloncology.2008.05.023.
- Pietilä, A. M., Rantakallio, P. & Läärä, E. 1995. Background factors predicting non-response in a health survey of northern Finnish young men. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 23 (2), 129–136.
- Polk, D. E., Weyant, R. J. & Manz, M. C. 2010. Socioeconomic factors in adolescents' oral health: are they mediated by oral hygiene behaviors or preventive interventions? *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 38 (1), 1–9. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2009.00499.x.
- Poutanen, R., Widström, E. 2001. Sosiaalinen tausta ja hammashoitopalvelujen käyttö. Katsaus 1950-luvulta nykypäivään. *Yhteiskuntapolitiikka* 66 (3), 248–255.
- Poutanen, R., Lahti, S., Tolvanen, M. & Hausen, H. 2006. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontologica Scandinavica* 64 (5), 286–292. DOI:10.1080/00016350600714498.
- Prättälä, R. 2007a. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Yliopistopaino, 130–132.
- Prättälä, R., Koskinen, S., Martelin, T., Lahelma, E., Sihto, M. & Palosuo, H. 2007. Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: Yliopistopaino, 15–23.



- Pussinen, P. J., Tuomisto, K., Jousilahti, P., Havulinna, A., S., Sundvall, J. & Salomaa, V. 2007. Endotoxemia, immune response to periodontal pathogens, and systemic inflammation associate with incident cardiovascular disease events. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology* 27, 1433–1439. DOI: 10.1161/ATVBAHA.106.138743.
- Puuronen, A. 2012. Ei pala, palaa, ei pala... Laadullinen tutkimus nuorten tupakoimattomuuden edistämisestä. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 126. Helsinki: Hakapaino.
- Puusniekka, R. & Jokela, J. 2009. Riski päihteiden käyttöön suurempi ammattiin opiskelevilla kuin lukiolaisilla. *Yhteiskuntapolitiikka* 74 (2), 174–184.
- Rahkonen, O., Laaksonen, M., Lallukka, T., Lahelma, E. 2011. Sosiaaliluokkien välisten terveyserojen selittäminen ja niiden vähentämisen haaste. Esimerkkinä työkyvyttömyyseläkkeelle joutuminen. *Janus* 19 (4), 358–368.
- Rainio, S., Rimpelä, M. & Rimpelä, A. 2006. Perheen merkitys lasten tupakoinnin alkamisessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43 (3), 174–185.
- Raisamo, S., Pere, L., Lindfors, P., Tiirikainen, M. & Rimpelä, A. 2011. Nuorten terveystapatutkimus 2011. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö 1977–2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2011/10. Helsinki.
- Rajala, M., Honkala, E., Rimpelä, M. & Lammi, S. 1980. Toothbrushing in relation to other health habits in Finland. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 8 (8), 391–395.
- Reibel, J. 2003. Tobacco and Oral Diseases. Update on the Evidence, with Recommendations. *Medical Principles and Practice* 12 (1), 22–32. DOI:10.1159/000069845.
- Riediger, N. D., Shooshtari, S. & Moghadasian, M. H. 2007. The influence of sociodemographic factors on patterns of fruit and vegetable consumption in Canadian adolescents. *Journal of the American Dietetic Association* 107 (9), 1511–1518. DOI:10.1016/j.jada.2007.06.015.
- Rintanen, H. 2000. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämäkulussa. *Acta Universitatis Tamperensis*, 1455–1616; 740. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Riska, E. 2011. Sukupuoli. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Helsinki: University Press, 60–72.
- Roos, E. B., Hirvonen, T., Mikkilä, V., Karvonen, S. & Rimpelä, M. 2001. Household Educa-

- tional Level as a Determinant of Consumption of Raw Vegetables among Male and Female Adolescents. *Preventive Medicine* 33, (4), 282–291. DOI:10.1006/pmed.2001.0882.
- Ross, C. E. & Mirowsky, J. 2011. The interaction of personal and parental education on health. *Social Science & Medicine* 72 (4), 591–599. DOI: 10.1016/j.socscimed.2010.11.028.
- Romelsjö , A. & Branting, M. 2000. Consumption of illegal alcohol among adolescents in Stockholm County. *Contemporary Drug Problems* 27 (2), 315–333.
- Savolainen, J., Suominen-Taipale, A., Uutela, A., Aromaa, A., Härkänen, T. & Knuuttila, M. 2009. Sense of coherence associates with oral and general health behaviours. *Community Dental Health* 26, 197–203.
- Sheiham, A. 2005. Oral health, general health and quality of life. *Bulletin of the World Health Organization* 83 (9), 644-645. DOI:10.1590/S0042-96862005000900004.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Sote-uudistus. Viitattu 2.7.2014. [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/palvelurakenneuudistus](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakenneuudistus)
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Terveysthuolto Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2. Tampere: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö . 2008. Kansallinen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelma 2008- 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö n julkaisuja 2008:16. Helsinki: Yliopistopaino.
- Suhonen, T. 2010. Hammashoidon perusteet vaarassa unohtua. Turun yliopiston verkkolehti. Viitattu 5.2.2014. [http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/Uutiset/arkisto/sosiaalihakmaslaaketiede\\_2010.html](http://www.utu.fi/fi/Ajankohtaista/Uutiset/arkisto/sosiaalihakmaslaaketiede_2010.html).
- Suni, J., Pienihäkkinen, K. & Alanen, P. 2008. Hampaiden ehjänä säilyminen vuosina 1985 ja 1990 syntyneiden kohortissa Lahdessa ja Vantaalla - elinaika-analyysi. *Suomen Hammaslääkärilehti* (8), 22–26.
- Suomen virallinen tilasto (SVT). 2014. Koulutukseen hakeutuminen. Viitattu 6.2.2014 [https://tilastokeskus.fi/til/khak/2012/khak\\_2012\\_2014-01-23\\_tau\\_002\\_fi.html](https://tilastokeskus.fi/til/khak/2012/khak_2012_2014-01-23_tau_002_fi.html).
- Suominen, L., Vehkalahti, M. & Knuuttila, M. 2012. Suun terveyst. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist, N. Ristiluoma (toim.) Terveyst, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveystden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 68/2012. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy, 102–107.
- Suominen-Taipale, L., Nordblad, A., Vehkalahti, M. & Aromaa, A. 2004. Suomalaisten aikuis-

- ten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Suominen-Taipale, L., Vehkalahti, M., Nordblad A., Arinen, S., Hallikainen, D., Hausen, H., Knuutila, M., Söderholm, A-L. & Varsio, S. 2005. Suun terveys ja suun hoitotavat. Teoksessa S. Koskinen, L. Kestilä, T. Martelin & A. Aromaa (toim.) Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 96–103.
- Teeuw, W. J., Gerdes, V. E. & Loos, B. G. 2010. Effect of periodontal treatment on glycemic control of diabetic patients: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care* 33 (2), 421-427. DOI: 10.2337/dc09-1378.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014a. Elintavat. Viitattu 20.7.2014. <http://www.thl.fi>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014b. Kouluterveyskysely. Viitattu 4.2.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014c. Kouluterveyslähettiläät. Viitattu 20.2.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/kouluterveyslahettilaat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/kouluterveyslahettilaat).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014d. Kyselylomakkeet. Viitattu 23.2.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/toteuttaminen/kyselylomakkeet](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/toteuttaminen/kyselylomakkeet).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014e. Kyselyn toteuttaminen. Viitattu 13.2.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/kouluterveyskysely/kyselyn\\_toteuttaminen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/kouluterveyskysely/kyselyn_toteuttaminen).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014f. Ohjeet oppilaitoksille. Viitattu 25.2.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/toteuttaminen/ohjeet\\_oppilaitoksille](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/toteuttaminen/ohjeet_oppilaitoksille).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014g. Tuloksiin liittyvät rajaukset. Viitattu 23.2.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/tulkitseminen/tuloksiin\\_liittyvat\\_rajaukset](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/tulkitseminen/tuloksiin_liittyvat_rajaukset).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014h. Vastaajien lukumäärä. Viitattu 26.2.2014. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/vastaajien\\_lukumaara](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/vastaajien_lukumaara).
- Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös. Sosiaali- ja terve-

- ysministeriön julkaisuja 2001:4. Viitattu 10.1.2014.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf).
- Theodorakis, Y., Papaioannou, A. & Karastogianidou, K. 2004. Relations between family structure and students' health-related attitudes and behaviors. *Psychological Reports* 95, 851-858. DOI: 10.2466/pr0.95.3.851-858.
- Thomson, W. M., Poulton, R., Milne, B. J., Caspi, A., Broughton, J. R. & Ayers, K. M. 2004. Socioeconomic inequalities in oral health in childhood and adulthood in a birth cohort. *Community Dentistry & Oral Epidemiology* 32 (5), 345-353. DOI: 10.1111/j.1600-0528.2004.00173.x.
- Tilastokeskus. 2013. Elinajanodote. Viitattu 21.2.2014.  
<http://www.tilastokeskus.fi/org/historia/elinajanodote.html>.
- Tilastokeskus. 2014. Sosioekonominen asema. Viitattu 23.2.2014.  
[https://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/sosioekon\\_asema.html](https://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/sosioekon_asema.html).
- Tolvanen, M. 2011. Changes in adolescents' oral health-related knowledge, attitudes and behavior in response to extensive health promotion. University of Oulu. *Acta Universitatis Ouluensis. Series D, Medica* 1126.
- Tupakkalaki. 1976a. Asetus 20.8.2010/698 12 §. FINLEX. Viitattu 3.4.2014.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1976/19760693>.
- Tupakkalaki. 1976b. Asetus 20.8.2010/698 11 §. FINLEX. Viitattu 3.4.2014.  
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1976/19760693>.
- Uhari, M. & Nieminen, P. 2001. *Epidemiologia & biostatistiikka*. Helsinki: Duodecim.
- Vaarama, M., Moisio, M. & Karvonen, S. 2010. Hyvinvointipolitiikka 2010-luvulla. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Yliopistopaino, 278-286.
- Vastaajien lukumäärä. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 13.2.2014. [www.thl.fi](http://www.thl.fi).
- Vehkalahti, M., Paunio, I., Nyyssönen, V. & Aromaa, A. 1991. Suomalaisen aikuisväestön suunterveys ja siihen vaikuttavat tekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL 34. Kansaneläkelaitoksen sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Helsinki.
- Virtanen, J. I., Berntsson, L. T., Lahelma, E., Köhler, L. & Murtomaa, H. 2007. Children's use of dental services in the five Nordic countries. *Journal of Epidemiology & Community Health* 61 (12), 1080-1085. doi:10.1136/jech.2006.052910.

- Välimaa, R. 2005. Terveysymmärrystä rakentamassa. Teoksessa L. Kannas & H. Tyrväinen (toim.) Virikkeitä terveystiedon opetukseen. Terveysten edistämisen tutkimuskeskuksen julkaisuja 3. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, 37–50.
- Warnakulasuriya, S. Dietrich, T., Bornstein, M. M., Peidró, E. C., Preshaw, P. M., Walter, C., Wennström, J. L. & Bergström J. 2010. Oral health risks of tobacco use and effects of cessation. *International Dental Journal* 60 (1), 7–30. DOI: 10.1922/IDJ\_2532Warnakulasuriya24.
- Watt, R. G. 2005. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization* 83 (9), 711–718.
- WHO report on the global tobacco epidemic, 2011: warning about the dangers of tobacco. 2011. World Health Organization. Italia: Geca.
- Widström, E. 2005. Hammassairaudet. Teoksessa A. Aromaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim, 236–241.

# LIITTEET

## LIITE 1. Kouluterveyskysely



### Kouluterveyskysely 2013

Terveyden ja hyvinvoinnin  
laitos (THL)  
Kouluterveyskysely  
PL 30  
000271 Helsinki  
[www.thl.fi/kouluterveyskysely](http://www.thl.fi/kouluterveyskysely)

Hei!

Kouluterveyskysely tehdään maaliskuussa 2013 peruskoulun 8. ja 9. luokkien oppilaille sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoille. Kyselyllä kerätään tietoa oppilaiden koulukokemuksista, terveydestä ja elämäntavoista. Tuloksia hyödynnetään nuorille suunnattujen palvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä.

Kysely tehdään nimettömästi ja luottamuksellisesti. Siihen vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaustilanteen jälkeen lomakkeet suljetaan kirjekuoreen, joka lähetetään tallennuskeskukseen. Tallennuksen jälkeen lomakkeet hävitetään.

Tutkimuksen tulokset valmistuvat vuoden 2013 loppuun mennessä. Valtakunnalliset ja maakuntakohtaiset tulokset esitellään internetsivuilla [www.thl.fi/kouluterveyskysely](http://www.thl.fi/kouluterveyskysely). Koulu- ja kuntakohtaiset tulokset lähetetään niihin kuntiin, jotka tilaavat omat tuloksensa. Yksittäisten oppilaiden vastaukset eivät tule tuloksissa esiin.

Jos lomakkeessa esitetyt kysymykset jäävät askarruttamaan Sinua, keskustelethan niistä vanhempiesi tai jonkun muun aikuisen kanssa.

Maaliskuussa 2013

Juha Fränti  
Kehittämispäällikkö

### Täyttöohjeet

Lue ensin koko kysymys. Vastaa merkitsemällä rasti oikeaan tai sopivimman vaihtoehdon mukaiseen ruutuun. Käytä pehmeää lyijykynää (tai kuulakärkikynää tai mustekynää).

Esimerkki: Jos pidät koulunkäynnistä melko paljon, vastaisit oheiseen kysymykseen näin:

**Mitä pidät koulunkäynnistä tällä hetkellä? Pidän koulunkäynnistä**

- hyvin paljon  
 melko paljon  
 melko vähän  
 en lainkaan

Virheen sattuessa älä käytä pyyhekumia, vaan täytä väärin merkitsemäsi ruutu kokonaan ja rasti oikea vaihtoehto. Näin:

■ virhe    ☒ oikea

Joidenkin kysymysten jälkeen huomautetaan, että voit siirtyä suoraan numerolla ilmoitettuun kysymykseen. Tällöin sinun ei tarvitse vastata väliin jääviin kysymyksiin.

Sivujen reunoissa on  
merkkejä ja numeroita,  
joita tarvitaan lomakkeen  
optisessa tallennuksessa.

## 1. Sukupuoli

- poika       tyttö

## 2. Syntymäkuukausi ja -vuosi

- tammikuu       1993 tai aiemmin  
 helmikuu       1994  
 maaliskuu       1995  
 huhtikuu       1996  
 toukokuu       1997  
 kesäkuu       1998  
 heinäkuu       1999  
 elokuu       2000 tai myöhemmin  
 syyskuu  
 lokakuu  
 marraskuu  
 joulukuu

## 3. Koulu tai oppilaitos

- peruskoulun 8. luokan oppilas  
 peruskoulun 9. luokan oppilas  
 lukion 1. vuoden opiskelija  
 lukion 2. vuoden opiskelija  
 lukion 3. vuoden opiskelija

## 4. Suoritatko kaksois- tai kolmoistutkintoa lukiossa tai ammatillisessa oppilaitoksessa?

- kyllä     en

## KOULUOLOT

## 5. Mitä pidät koulunkäynnistä tällä hetkellä? Pidän koulunkäynnistä

- hyvin paljon  
 melko paljon  
 melko vähän  
 en lainkaan

## 6. Millaiseksi olet kokenut koulutyöhön liittyvän työmääräsi tämän lukuvuoden aikana?

- jatkuvasti liian suuri  
 melko usein liian suuri  
 sopiva  
 melko usein liian vähäinen  
 jatkuvasti liian vähäinen

## 7. Mikä oli keskiarvosasi (kaikki aineet) viime todistuksessasi?

- < 6,5       8,0 - 8,4  
 6,5 - 6,9       8,5 - 8,9  
 7,0 - 7,4       9,0 - 9,4  
 7,5 - 7,9       9,5 - 10,0

## 8. Lue jokainen seuraavista väittämistä huolellisesti. Merkitse se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa omaa mielipidettäsi. Vastaa joka kohtaan.

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
Opettajat rohkaisevat minua ilmaisemaan oman mielipiteeni oppitunneilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opettajat ovat kiinnostuneita siitä, mitä minulle kuuluu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opettajani odottavat minulta liikaa koulussa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opettajat kohtelevat meitä oppilaita oikeudenmukaisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luokkani oppilaat viihtyvät hyvin yhdessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luokassani on hyvä työrauha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Luokan ilmapiiri on sellainen, että uskallan vapaasti ilmaista mielipiteeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppilaiden mielipiteet otetaan huomioon koulutyön kehittämisessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tiedän, miten koulussani voin vaikuttaa koulun asioihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 9. Oletko osallistunut seuraaviin koulusi toimintoihin? Vastaa joka kohtaan.

	Kyllä	En
Oppituntien järjestelyihin vaikuttaminen (esim. työskentelytavat)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulutyön suunnittelu (mm. oppituntien sijoittelu, koulupäivän alkamisajankohta, koejärjestelyt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Välitunti- tai taukotoiminnan suunnittelu tai toteutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Järjestyssääntöjen laatiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulun sisätilojen suunnittelu, siistiminen tai sisustaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulun piha-alueiden suunnittelu tai siistiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kouluruokailujärjestelyt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulun teemapäivien, juhlien, retkien ja leirikoulun järjestäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oppilaskunnan hallituksen toiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukioppilas- tai tutortoiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Tytöille

(pojat siirtyvät kysymykseen 37)

## 35. Oletko käyttänyt jälkiehkäisyä?

- en tiedä, mitä jälkiehkäisy on
- en ole käyttänyt
- kyllä, **kuinka monta kertaa yhteensä?**
- kerran
- kaksi kertaa
- 3 kertaa tai useammin

## 36. Käytätkö nykyisin ehkäisy pillereitä tai ehkäisyraastaria?

- en  kyllä

## MIELIALA

## 37. Onko sinua viimeksi kuluneen KUUKAUDEN aikana USEIN vaivannut alakuloinen, masentunut tai toivoton mieliala?

- kyllä  ei

## 38. Onko sinusta viimeksi kuluneen KUUKAUDEN aikana USEIN tuntunut siltä, että mikään ei kiinnosta tai tuota mielihyvää?

- kyllä  ei

## 39. Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua lomakkeen täyttöö edeltäneen KAHDEN VIIKON aikana? Vastaa joka kohtaan.

	Ei lainkaan	Useana päivänä	Suurimpana osana päivistä	Lähes joka päivä
Hermotuneisuuden, ahdistuneisuuden tai kireyden tunne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En ole voinut lopettaa tai hallita huolestumistani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liiallinen huolestuneisuus erilaisista asioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaikeus rentoutua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niin levoton olo, että on vaikea pysyä aloillaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taipumus harmistua tai ärsyntyä helposti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelko siitä, että jotakin kauheaa saattaisi tapahtua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 40. Kuinka paljon seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua viimeksi kuluneen VIIKON aikana? Vastaa joka kohtaan.

	Ei yhtään	Vähän	Kehtalaisesti	Hyvin paljon	Äärimmäisen paljon
Nolostumisen pelko saa minut välttämään joidenkin asioiden suorittamista tai puhumista toisille ihmisille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vältän tekemisiä joissa olen huomion keskipisteenä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nolostuneeksi tuleminen tai tyhmältä vaikuttaminen kuuluvat pahimpiin pelkoihini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 41. Oletko joskus hakenut apua joltakin ammattitajalta masentuneen tai ahdistuneen mielialan takia? Vastaa joka kohtaan.

	Kyllä	En
Lääkäriltä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveystenhoitajalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykologilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulukuraattorilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muulta terveydenhuollon ammattilaiselta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opettajalta/opinto-ohjaajalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muun alan ammattiauttajalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TUPAKOINTI JA PÄIHTEET

## 42. Miten helppoa ikäistesi on nykyisin ostaa tupakkaa kotisi lähikaupoista, kioskeista, huoltoasemilta tai automaateista?

- erittäin helppoa
- melko helppoa
- melko vaikeaa
- erittäin vaikeaa

## 43. Kuinka monta savuketta, piipullista ja sikaria olet polttanut yhteensä tähän mennessä?

- en yhtään (siirry kysymykseen 47)
- vain yhden (siirry kysymykseen 47)
- noin 2-50
- yli 50



**44. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten NYKYISTÄ TUPAKOINTIASI?**

- tupakoin kerran päivässä tai useammin  
 tupakoin kerran viikossa tai useammin, en kuitenkaan päivittäin  
 tupakoin harvemmin kuin kerran viikossa  
 olen lakossa tai lopettanut tupakoinnin

**45. Mistä hankit tupakkaa viimeksi kuluneen kuukauden aikana? Vastaa joka kohtaan.**

	Kyllä	En
Kaupasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kioskista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huoltoasemalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baarista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kavereilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanhemmilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muilta aikuisilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sisaruksilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otin kotoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**46. Miten usein tupakoit koulumatkalla tai koulussa? Vastaa joka kohtaan.**

	En koskaan	Silloin tällöin	Joka päivä
Koulumatkalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulussa, koulualueella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulun läheisyydessä kouluaikana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**47. Onko tupakointi sallittua siinä koulussa, jota käyt?**

- kielletty kokonaan  
 sallittu tietyissä paikoissa  
 sallittu rajoituksetta

**48. Miten tarkkaan oppilaiden tupakointirajoituksia valvotaan koulussasi?**

- erittäin tarkasti  
 melko tarkasti  
 ei juuri lainkaan

**49. Tupakoivatko opettajat tai muu henkilökunta koulurakennuksessa tai koulun alueella?**

- kyllä, päivittäin  
 kyllä, joskus  
 eivät tupakoi  
 en osaa sanoa

**50. Ovatko vanhempasi tupakoineet sinun elinaikanasi? Vastaa molempien osalta.**

	Äiti	Isä
Ei ole koskaan tupakoinut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
On tupakoinut, mutta lopettanut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakoi nykyisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En osaa sanoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**51. Nuuskaatko?**

- en lainkaan (siirry kysymykseen 53)  
 olen kokeillut kerran  
 nuuskaan silloin tällöin  
 nuuskaan päivittäin

**52. Mistä hankit nuuskaa viimeksi kuluneen 6 KUUKAUDEN aikana? Vastaa joka kohtaan.**

	Kyllä	En
Kaupasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kioskista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huoltoasemalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baarista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kavereilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulkomailta, laivalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muualta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**53. Miten helppoa ikäistesi on nykyisin ostaa KESKIOLUTTA TAI SIIDERIÄ kotisi lähi-kaupoista, kioskeista tai huoltoasemilta?**

- erittäin helppoa  
 melko helppoa  
 melko vaikeaa  
 erittäin vaikeaa

**54. Kuinka usein kaiken kaikkiaan käytät alkoholia, esimerkiksi puoli pulloa keskiolutta tai enemmän?**

- kerran viikossa tai useammin  
 pari kertaa kuukaudessa  
 noin kerran kuukaudessa  
 harvemmin  
 en käytä alkoholijuomia (siirry kysymykseen 57)

**55. Kuinka usein käytät alkoholia TOSI HUMALAAAN asti?**

- kerran viikossa tai useammin  
 noin 1-2 kertaa kuukaudessa  
 harvemmin  
 en koskaan

**56. Miten hankit viime käyttökerralla nauttimasi alkoholijuomat? Vastaa joka kohtaan.**

	Kyllä	En
Hain itse Alkosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hain itse kaupasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isä tai äiti haki tai tarjosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vanhemmat sisarukset hakivat tai tarjosivat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otin kotoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaverit hakivat tai tarjosivat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Joku tuntematon henkilö haki tai tarjosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulkomailta tai laivalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 78. Mitä mieltä olet painostasi? Oletko mielestäsi

- selvästi ylipainoinen  
 hieman ylipainoinen  
 sopivan painoinen  
 hieman tai selvästi alipainoinen

## 79. Mihin aikaan tavallisesti menet nukkumaan? Vastaa molempiin kohtiin.

	Arkisin	Viikonloppuisin
Noin 21.00 tai aikaisemmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 21.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 22	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 22.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 23	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 23.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 24	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 00.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 01.30 tai myöhemmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 80. Mihin aikaan tavallisesti heräät? Vastaa molempiin kohtiin.

	Arkisin	Viikonloppuisin
Noin 6.00 tai aikaisemmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 6.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 7.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 7.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 8.00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 8.30	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Noin 9.00 tai myöhemmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 81. Nukutko mielestäsi tarpeeksi?

- kyllä, lähes aina  
 kyllä, usein  
 harvoin tai tuskin koskaan  
 en osaa sanoa

## 82. Kuinka usein harjaat hampaasi?

- en koskaan  
 harvemmin kuin kerran viikossa  
 vähintään kerran viikossa, mutta en päivittäin  
 kerran päivässä  
 useammin kuin kerran päivässä

## TAPATURMAT

## 83. Onko sinulle tämän LUKUVUODEN aikana sattunut koulussa tai koulumatkalla tapaturma, joka on edellyttänyt lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla käyntiä?

	Ei kertaa-kaan	Kerran	Kaksi kertaa tai useammin
Välitunnilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikuntatunnilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muulla tunnilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työelämään tutustumisessa tai työssäoppimisjaksolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koulumatkalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 84. Onko sinulle tämän LUKUVUODEN aikana sattunut MUULLOIN kuin kouluaikana tai koulumatkalla tapaturma, joka on edellyttänyt lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla käyntiä?

	Ei kertaa-kaan	Kerran	Kaksi kertaa tai useammin
Liikennetapaturma moottoriajoneuvolla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikennetapaturma kävelen tai pyörällä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urheilu- tai liikuntatapaturma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tapaturma kotona tai kotipihalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu vapaa-ajan tapaturma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työtapaturma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 85. Käytätkö liikenteessä seuraavia turvavälineitä?

	Yleensä aina	Joskus	En koskaan	En liiku kyseisellä tavalla
Kypärää pyöräillessäsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Turvavyötä autolla liikkeessäsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heijastinta tai heijastavia asusteita pimeällä liikkeessäsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pelastusliivejä vesillä liikkeessäsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

96. Pystytkö keskustelemaan vanhempiesi kanssa omista asioistasi?

- en juuri koskaan  
 silloin tällöin  
 melko usein  
 usein

97. Ovatko vanhempi olleet viimeksi kuluneen VUODEN aikana työttöminä tai pakkolomalla?

- ei kumpikaan  
 toinen vanhemmistani  
 molemmat vanhempani

98. Mikä on korkein koulutus, minkä vanhempi ovat suorittaneet?

	Äiti	Isä
Peruskoulu tai kansakoulu/kansalaiskoulu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lukio tai ammatillinen oppilaitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lukion tai ammatillisen oppilaitoksen lisäksi ammatillisia opintoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yliopisto, ammattikorkeakoulu tai muu korkeakoulu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ei koulutusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

99. Missä maassa sinä ja vanhempi olette syntyneet?

	Sinä	Äitisi	Isäsi
Suomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ruotsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venäjä tai entinen Neuvostoliitto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muu Euroopan maa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Somalia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Irak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kiina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thaimaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jokin muu maa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

100. Kuinka kauan olet asunut Suomessa?

- koko ikäni  
 yli 10 vuotta, mutta en aina  
 5-10 vuotta  
 3-4 vuotta  
 1-2 vuotta  
 alle vuoden

101. Kuinka kauan olet asunut nykyisellä paikkakunnalla?

- koko ikäni  
 yli 10 vuotta, mutta en aina  
 5-10 vuotta  
 3-4 vuotta  
 1-2 vuotta  
 alle vuoden

102. Keiden aikuisten kanssa asut? Valitse yksi tilannettasi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

- äidin ja isän kanssa  
 äidin ja isän kanssa vuorotellen, vanhempani eivät asu yhdessä  
 vain äidin kanssa  
 vain isän kanssa  
 äidin/isän ja hänen kumppaninsa kanssa  
 muun aikuisen tai aikuisten kanssa  
 asun muulla tavoin

103. Onko sinulla toinen koti tai toinen perhe (esimerkiksi jos vanhempi ovat eronneet tai asuvat erillään)?

- ei  kyllä

104. Kuinka paljon sinulla on rahaa käytettävissäsi keskimäärin VIIKOSSA (viikkorahaa tai muita tuloja, jotka saat käyttää niin kuin haluat)?

- alle 5 euroa  30-39 euroa  
 5-9 euroa  40-49 euroa  
 10-19 euroa  50 euroa tai enemmän  
 20-29 euroa

105. Oletko käynyt viime LUKUKAUDEN aikana työssä opiskelun ohessa iltapäivisin, iltaisin tai viikonloppuisin?

- en  
 kyllä, työskentelen keskimäärin viikossa  
 1-5 tuntia  
 6-10 tuntia  
 yli 10 tuntia

**KIITÄMME VASTAUKSISTASI!**

Jos kysymykset jäivät askarruttamaan mieltäsi, keskustele niistä vanhempiesi tai muun aikuisen kanssa. Voit myös ottaa yhteyttä opettajaasi, terveydenhoitajaan, koulusi psykologiin tai kuraattoriin.

## LIITE 2. Liitetaulukot

LIITETAULUKKO 1. Lukiolaisten hampaiden harjaus useammin kuin kerran päivässä vanhemman koulutuksen, perherakenteen ja tupakoinnin mukaan

Lukiolaisten hampaiden harjaus useammin kuin kerran päivässä		OR <sup>1)</sup>	95 % LV <sup>2)</sup>	p-arvo
Vanhemman korkein koulutus	Korkeakoulututkinto	1.32	1.24-1.40	< 0.001
	Ei korkeakoulututkintoa	1.00 <sup>3)</sup>		
Perherakenne	Ydinperhe	1.29	1.21-1.37	< 0.001
	Muu kuin ydinperhe	1.00 <sup>3)</sup>		
Tupakointi	Ei tupakoi	1.94	1.73-2.16	< 0.001
	Harvemmin kuin päivittäin	1.96	1.75-2.21	<0.001
	Päivittäin	1.00 <sup>3)</sup>		

1) Ristitulosuhde (OR)

2) 95 % luottamusväli (LV)

3) Viite- eli referenssiryhmä on merkitty 1.00

Omnibus  $\chi^2= 2618.35$ ;  $p<0.001$

Hosmer ja Lemeshow  $\chi^2= 7.778$   $p=0.255$

LIITETAULUKKO 2. Ammattiin opiskelevien hampaiden harjaus useammin kuin kerran päivässä vanhemman koulutuksen, perherakenteen ja tupakoinnin mukaan

Ammattiin opiskelevien hampaiden harjaus useammin kuin kerran päivässä		OR <sup>1)</sup>	95 % LV <sup>2)</sup>	p-arvo
Vanhemman korkein koulutus	Korkeakoulututkinto	1.35	1.26-1.44	< 0.001
	Ei korkeakoulututkintoa	1.00 <sup>3)</sup>		
Perherakenne	Ydinperhe	1.17	1.09-1.24	< 0.001
	Muu kuin ydinperhe	1.00 <sup>3)</sup>		
Tupakointi	Ei tupakoi	1.70	1.57-1.84	< 0.001
	Harvemmin kuin päivittäin	1.68	1.54-1.82	< 0.001
	Päivittäin	1.00 <sup>3)</sup>		

1) Ristitulosuhde (OR)

2) 95 % luottamusväli (LV)

3) Viite- eli referenssiryhmä on merkitty 1.00

Omnibus  $\chi^2= 337.795$ ;  $p<0.001$

Hosmer ja Lemeshow  $\chi^2 = 3.028$   $p=0.882$