

Lapsissa on tulevaisuutemme

Lasten terveyden arvioiminen on merkityksellistä ennustettaessa yksilöiden, perheiden, muiden yhteisöjen, yhteiskunnan, jopa globaalın maailman tulevaisuutta. Tieto siitä että lapsuusiän terveys merkittävästi ennustaa nuoruus- ja aikuisiän hyvinvointia on melko vankkaa. Tiedetään että elintavat kuten ruokailutottumukset, fyysinen passiivisuus, erinäiset lapsuusiällä alkaneet terveysongelmat, kuten ylipaino, päänsärky, syömishäiriöt ja masennus hyvin usein myös jatkuvat aikuisuuteen, jopa vanhuuteen. Lisäksi tiedetään että lapsuusiän terveet kasvuolosuhteet ja psyykinen hyvinvointi suojaavat yksilöä myöhemmin elämässä eteen tulevien kriisien ja vastoinkäymisten kohdassa ja että riski syrjäytymiseen on suurentunut lapsilla ja nuorilla joiden kasvuolosuhteet ovat olleet heikot. (The state of worlds' children 2011, Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and control of Non-communicable Diseases 2012–2016, HBSC 2012.)

Sen lisäksi että lasten terveys ennustaa tulevaisuuttamme, on lasten terveyden arvioiminen merkityksellistä myös nykyisyydessä. Huolestuttavan nopea ja jyrkkä terveyserojen kasvu edellyttää yhteiskunnan välitöntä puuttumista. Vaikka Suomessa syntyvät maailman terveimmät lapset, alkavat terveyserot hyvin nopeasti kasvaa ja jo muutaman ensimmäisen elinkuukauden aikana eroja alkaa syntyä. Kouluikään tultaessa lasten terveyserot ovat merkittäviä. Terveyserojen kasvu on huomattava yhteiskunnallinen haaste ja lasten tervey-

den heikentyminen tulee havaita ja siihen puuttua välittömästi. Varhainen puuttuminen on tehokkain, vähiten inhimillistä ja yhteisöllistä kärsimystä aiheuttava ja yhteiskunnan resursseja säästävä toimintamalli. (Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and control of Non-communicable Diseases 2012–2016, HBSC 2012.)

Hoitotyön, hoitotieteen ja terveyspalvelujärjestelmän näkökulmasta lasten terveyden arvioiminen on monessa suhteessa merkityksellistä. Hoitotyö on olemassa asiakkaita varten. Tulisi olla itsestään selvää että kliinisessä hoitotyössä ensisijaisesti olemme kiinnostuneita asiakkaistamme. Lapset kykenevät jo melko nuorena antamaan tietoa itsestään, toiveistaan ja ajatuksistaan. Potilaslain mukaan lapset ja nuoret tulee huomioida tasavertaisina asiakkaina, heidän omaa arviotaan ja näkemystään tulee kuulla ja kunnioittaa hoidon kaikissa vaiheissa. Lapsen oman arvion ja äänen kuuleminen ei hoitotyössä kuitenkaan tutkimusten mukaan aina toteudu ja tarvitaan uusia menetelmiä ja toimintatapoja lasten äänen kuulemiseen. Terveyspalveluiden ja hoitotyössä käytettyjen menetelmien vaikuttavuutta tulee arvioida systemaattisesti. Vaikuttavuuden arvioimisessa tulee huomioida asiakas, lapsi, hänen palveluntarpeensa ja arvionsa omasta tilanteesta ja sen kehittymisestä. (Potilaslaki 786/1992, Coyne 2008.)

Lapsi voidaan määritellä monin eri tavoin. Väitöskirjassani olen käyttänyt YK:n Lasten oikeuksien sopimuksen mukaista määritelmää jossa lapsi määritellään ihmiseksi joka iältään on alle 18 -vuotias. Koululaisen olen määritellyt perusopetuslain mukaisesti henkilöksi

joka suorittaa lain mukaista oppivelvollisuutta peruskoulussa. Yhdeksänvuotinen oppivelvollisuus Suomessa alkaa vuonna jolloin lapsi täyttää 7 ja koskee kaikkia pysyvästi Suomessa asuvia lapsia. Kouluikäistä (7–15 -vuotias) on erittäin vaikea yksiselitteisesti kuvata. Seuraavaksi pyrin kuitenkin toteamaan joitain yleisluontoisia piirteitä alakouluikäisistä (7–12 -vuotiaat), ikäryhmästä jota väitöskirjassani olen tarkastellut. Fyysinen kasvu alakouluikäisissä on keskimäärin melko tasaista, pituus lisääntyy noin 6–7 cm, paino noin 3–3,5 kg vuodessa. Osalla lapsista kuitenkin jo 10–12 -vuotiaana alkaa murrosikään liittyvä kasvupyrähdys ja ilmenee ensimmäisiä fyysisiä murrosiän merkkejä. Kahteentoista ikävuoteen mennessä lapsen hienomotoriikka on kehittynyt lähes aikuisen tasolle. (Perusopetuslaki 628/1998, YK:n Lapsen oikeuksien sopimus 1989, Feigelman 2007, Marcell 2007.)

Kognitiivinen kehitys on voimakasta koko kouluikään ja abstraktilla tasolla looginen ajattelu on hyvin kehittyntä kahteentoista ikävuoteen tultaessa. Alakouluikäiset ovat kiinnostuneita oppimaan ja metakognitiiviset taidot kehittyvät nopeasti. Kymmenvuotiaana lapsi yleensä lukee sujuvasti ja ymmärtää lukemansa. Alakouluikää pidetään erittäin merkityksellisenä arvojen kehittymiselle. Lapsi pystyy laajentamaan moraalista ajattelukykyään aikaisemmin vahvasti normiperusteisesta ajattelutavasta kohti yhä laajempaa, myös seuraukset huomioivaa, ajattelutapaa. Tämän ikäinen lapsi kykenee ymmärtää abstrakteja käsitteitä ja osallistumaan tietoiseen päätöksentekoon melko monimutkaisissakin häntä koskevissa asioissa. Alakouluikässä lapsi alkaa suunnata kohti ystäviä ja ke-

hittyy yhä riippumattommaksi omasta perheestään. Perheen lisäksi muut lähiyhteisöt, kaverit, harrastukset ja koulu muodostavat yhä tärkeämmän kasvuympäristön. Hän kiinnostuu yhä enemmän oman, välittömän elinympäristönsä ulkopuolella olevista asioista ja alkaa ymmärtää rahan arvon. Lapsi kaipaa lisääntyvää itsenäisyyttä, yksityisyyttä ja vastuunottoa mutta samalla turvaa perheestään. Perheen ja vanhempien osuus rajojen asettamisessa ja lapsen turvallisen itenäistymiskehityksen turvaamisessa on keskeinen. Yleisesti voidaan todeta alakouluikäisen lapsen olevan henkisesti tasapainoinen, sosiaalisesti aktiivinen ja kiinnostunut uusista asioista ja ympäristöistä. (Feigelman 2007, Marcell 2007, Laine 2002.)

Terveyden määritelmiä on lukuisia ja terveys voidaan kuvata esimerkiksi jatkumona, spiraalina tai siltana. Ehkä kaikkein yleisimmän tunnettu terveyden määritelmä edelleen on WHO:n mukainen määritelmä terveydestä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilana. Väitöskirjatutkimuksessani terveyttä on arvioitu Terveyteen Liittyvä Elämänlaatu (TLEL) -käsitteistön kautta. TLEL -käsitteen alkuperä on elämänlaatu käsitteistössä. Elämänlaatu käsitteen määrittely on kirjavaa ja eri lähteissä se määritellään hyvin eri tavoin. TLEL on selkeämmin määriteltävissä. Melko laaja konsensus esiintyy siinä että TLEL viittaa erityisesti elämänlaadun terveyden osa-alueeseen ja perustuu WHO:n mukaiseen terveysmäärittelmään. TLEL:n arvioimisessa lähtökohtana on se, että ensisijainen arvioitsija on yksilö jonka tilanteesta ollaan kiinnostuneita. Ainoastaan erityistapauksissa, joissa henkilö ei esim. kognitiivisilta kyvyiltään pysty antamaan arviota omasta tilastaan, voidaan käyttää omaisten, hoitohenkilökunnan tai lääkärin rinnakkaisarvioita.

TLEL:n arvioimisen on katsottu luotettavasti kuvaavan yksilön terveyttä ja ennustavan terveysongelmia varhaisessa vaiheessa. (Vertio 2003, Eiser ja Morse 2001, Matza ym. 2004.).

Mittareita Terveyteen Liittyvän Elämänlaadun (TLEL) arvioimiseen on lukuisia. Osa mittareista on geneerisiä, yleisiä, eli terveydentilasta riippumattomia ja osa tautikohtaisia. Myös lapsille kehitettyjä mittareita on lukuisia, mutta suomenkielisiä, Suomessa validoituja, geneerisiä mittareita on ainoastaan muutama. Väitöskirjatutkimuksessani käytin suomenkielistä versiota The Pediatric Quality of Life Inventory™ 4.0 -mittarista (PedsQL). PedsQL on alkujaan kehitetty Yhdysvalloissa ja perustuu WHO:n mukaiseen terveysmäärittelmään. Mittari on kehitetty arvioimaan 2–18 -vuotiaiden lasten terveyteen liittyvää-elämänlaatua. Lasten itsearvion mahdollistavat versiot on olemassa 5–18 -vuotiaille ja kaikille ikäryhmille on olemassa myös vanhempien rinnakkaisarvion mahdollistavat versiot. Mittaria on käännetty ja validoitu 30 eri kielelle ja kulttuurille. Sitä on aikaisemmin käytetty myös muissa pohjoismaissa. (PedsQL™ 4.0., Rajmil ym. 2004, Solans ym. 2008.)

Kouluterveydenhuolto vastaa koululaisten perusterveydenhuollosta. Kouluterveydenhuolto sisältää toimintoja joilla pyritään edistämään yksilöiden, perheiden ja kouluyhteisöjen terveyttä, ehkäisemään terveysuhkia sekä tuottamaan tiettyjä ennaltaehkäiseviä ja sairaanhoidollisia terveyspalveluita. Vuotuiset terveystarkastukset ovat hyvin perinteisiä kouluterveydenhuollon tuottamia ennaltaehkäiseviä palveluita ja ne ovat kuuluneet osaksi kouluterveydenhuoltoa kouluterveydenhuoltojärjestelmän alkuajoista lähtien. 1900-luvun alkuvuosikymmeninä terveystarkastusten tarkoituksena oli seuloa tarttu-

via tauteja kuten tuberkuloosia ja yleistä fyysistä terveydentilaa. Kansanterveyslain myötä 1970-luvulta lähtien huomiota kiinnitettiin terveyden oppimista edistäviin tekijöihin ja terveyden edistämiseen. 2000-luvulle tultaessa huomio kiinnitettiin yhä kokonaisvaltaisempaan terveyden edistämiseen ja koululaisten, perheiden ja koko kouluyhteisön terveyden tukemiseen. 2000-luvulla erityisesti on kiinnitetty huomiota koululaisten, perheiden ja kouluyhteisöjen henkiseen hyvinvointiin, ympäristön vaikutukseen yksilön terveyteen sekä asiakaskeksisyyteen. Vaikka terveystarkastukset ovat perinteisiä kouluterveydenhuollon toimintoja ja niihin osallistuu vuosittain lähes kaikki Suomessa peruskoulua suorittavat lapset, tieto tarkastusten sisällöistä ja vaikuttavuudesta on puutteellista. Viime vuosina on julkaistu kansallinen raportti kouluterveydenhuollon tarkastusten toteutuneista sisällöistä, kirjaamisesta ja mahdollisuuksista noudattaa nykyistä asetuksen mukaista terveystarkastuskäytäntöä. Tietoa kouluterveys-tarkastusten vastaavuudesta asiakaskunnan itse arvioimiin tarpeisiin ei kuitenkaan aikaisemmin ole julkaistu. Myös kouluterveystarkastusten vaikuttavuutta koululaisten, perheiden ja kouluyhteisöjen terveyteen on raportoitu erittäin niukasti. (Terho 2002, Valtioneuvoston asetus 338/2011, Terveydenhuoltolaki 1326/2010, Mäki ym. 2011.)

Terveydenhuollossa kirjaaminen on lakisäateistä. Kirjauksista tulee ilmetä kaikki oleellinen tieto liittyen hoidon tarpeen arviointiin, hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja seurantaan. Kirjaamisen tulee tapahtua viiveettä ja vailla virheitä. Lain säätämisen veloitteen lisäksi hoitotyön kirjaamisen on katsottu olevan edellytys korkeatasoiselle, suunnitelmalliselle, tietoon ja tehokkaaseen päätöksentekoon perustuvalla hoitotyöllä. Suomessa

valtaosa potilasasiakirjoista on elektronisessa muodossa erilaisia potilastietojärjestelmissä. Parhaimmillaan potilastietojärjestelmät tukevat hoitotyön prosessia ja jäsenävät toimintaa. Useissa tutkimuksissa kuitenkin elektronisissa järjestelmissä on todettu hoitotyön kannalta merkittäviä puutteita. On esimerkiksi raportoitu elektronisten potilastietojärjestelmien sisältävän pääsääntöisesti fyysiseen terveyteen ja toimenpiteisiin liittyviä komponentteja mutta antavan heikot välineet kirjata kokonaisvaltaisempia, asiakaskeskeisiä ja hoitotyön kannalta oleellisia tietoja. Hoitotyön kirjaamista on tutkittu melko paljon mutta erittäin vähän tutkimusta on koskien kouluterveydenhoitajien tekemää kirjaamista. Kouluterveydenhoitajien kirjaamista on tarkasteltu terveydenhoitajien kokemien eettisten kysymysten osalta, menetelmänä seuloa lasten ja nuorten kasvua, astman esiintyvyyttä ja astman hoitoon liittyviä interventioita. Lisäksi kouluterveydenhoitajien kirjaamista on jonkin verran tutkittu hoitotyön diagnoosien sekä koulupoissaolojen seurannan osalta. Viime vuosina kouluterveydenhoitajien tekemää kirjaamista on tutkittu myös sisällön näkökulmasta. (Potilaslaki 785/1992, Henkilötietolaki 523/1999, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 298/2009, Clausson ym. 2008a, 2008b, Mäki ym. 2010.)

Väitöskirjatutkimukseni tarkoituksena oli validoida kansainvälinen Terveyteen Liittyvä Elämänlaatu (TLEL) -mittari, kuvata 10–12-vuotiaiden koululaisten itse- ja heidän vanhempansa rinnakkaisarvioimaa TLEL:a, sekä verrata lasten itsearviota vanhempien rinnakkaisarviointiin ja kouluterveydenhuollon kirjauksiin. Keskeinen tulos oli, että PedsQL on luotettava mittari arvioimaan TLEL:a suomalaisissa koululaisissa, lasten itse arvioima psyykinen TLEL-osa-alue on hei-

kompi kuin heidän fyysinen, sosiaalinen tai kouluun liittyvä TLEL:nsa. Lasten itse arvioiman TLEL:n yhteyks vanhempien rinnakkaisarvioon on heikko ja kouluterveydenhoitajien terveystarkastuksiin liittyvät kirjaukset eivät kuvaa samansuuntaisia terveystarpeita kuin lasten itsearviointit. Johtopäätöksenä voidaan todeta että lapset ovat kykeneviä antamaan omaa arviota terveydestään, heidän oma arvionsa poikkeaa vanhempien rinnakkaisarviosta ja lasten arviot tulee huomioida hoitotyössä ja hoitotyön kirjaamisessa. Väitöskirjatyön lähtökohtana oli henkilökohtainen kiinnostukseni lapsiin, lasten terveyteen sekä terveydenhoitajan työn kehittämiseen.

KIRJALLISUUS

Action plan for implementation of the European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases 2012–2016. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-en.pdf [Luettu 13.6.2012].

Clausson EK, Köhler L, Berg A. Schoolchildren's health as judged by Swedish school nurses—a national survey. *Scand J Public Health* 2008a;36:690–697.

Clausson EK, Köhler L, Berg A. Ethical challenges for school nurses in documenting schoolchildren's health. *Nursing Ethics* 2008b;15:40–51.

Coyne I. Children's participation in consultations and decision-making at health service level: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 2008;45:1682–1689.

Eiser C, Morse R. Quality-of-life measures in chronic diseases of childhood. *Health Technol Assess* 2001;5:1–157.

Feigelman S. Middle Childhood. Growth, development and Behavior. Teoksessa Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. (toim.) Nelson textbook of pediatrics. 18th edition. Saunders, Elsevier, Philadelphia, PA 2007.

HBSC 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. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications/2012/social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbcs-study> [Luettu 13.6.2012].

Henkilötietolaki 523/1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523> [Luettu 13.6.2012].

Laine O. Psyykinen kehitys. Kasvu ja kehitys kouluikässä. Teoksessa Terho P, Ala-Laurila EL, Laakso J, Krogius H, Pietikäinen M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. 2. painos. Duodecim, Helsinki 2002.

Marcell A. Adolescence. Growth, development and behavior. Teoksessa Kliegman R, Behrman R, Jenson H, Stanton B. (toim.) Nelson textbook of pediatrics. 18th edition. Saunders, Elsevier, Philadelphia, PA 2007.

Matza LS, Swensen AR, Flood EM, Secnik K, Leidy NK. Assessment of health-related quality of life in children: a review of conceptual, methodological, and regulatory issues. *Value in Health* 2004;7:79–92.

Mäki P, Hakulinen-Viitanen T, Kaikkonen R, Koponen P, Ovaskainen ML, Sippola R, Virtanen S, Laatikainen T, LATE työryhmä, toim.. Lasten terveys. LATE -tutkimuksen perustulokset, lasten kasvusta, kehityksestä, terveydestä, terveystottumuksista ja kasvuympäristöstä. Raportti. THL 2010. www.thl.fi/thl-client/pdfs/3ebde5ad1be7-4268-9167-df23095fca33 [Luettu 28.8.2011].

Mäki P, Wikström K, Hakulinen-Viitanen T, Laatikainen T. (toim.) Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Menetelmäkäsikirja. THL:n opas 14/2011. Helsinki. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/c0383a69-f643-4d70-bc03->

- 09c6f86cd89b”\t”_blank
[Luettu 4.9.2011].
- PedsQL™ 4.0. <http://www.pedsq.org> [Luettu 13.6.2012].
- Perusopetuslaki 628/1998. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628> [Luettu 13.6.2012].
- Potilaslaki 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785> [Luettu 13.6.2012].
- Rajmil L, Herdman M, Fernande De Sanmamed M], Detmar S, Bruil J, Ravens-Sieberer U, Bullinger M, Simeoni MC, Auquier P, KIDSCREEN group. Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: A qualitative analysis of content. *J Adolesc Health* 2004;34:37–45.
- Solans M, Pane S, Estrada MD, Serra-Sutton V, Berra S, Herdman M, Alonso J, Rajmil L. Health-related quality of life measurement in children and adolescents: a systematic review of generic and disease-specific instruments. *Value in Health* 2008;11:742–764.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 2982009/298. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298> [Luettu 13.6.2012].
- Terho P. Kouluterveydenhuollon historia. Teoksessa Terho P, Ala-Laurila EL, Laakso J, Krogus H, Pietikäinen M. (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. 2. painos. Duodecim, Helsinki 2002.
- Terveystieteiden tutkimuskeskuksen asetus kouluterveydenhuollon laadun parantamisesta 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> [Luettu 13.6.2012].
- The state of worlds’ children 2011. Adolescence: an age of opportunity. http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_EN_02092011.pdf [Luettu 13.6.2012].
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisystä suun terveydenhuollosta 338/2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338> [Luettu 13.6.2012].
- Vertio H. *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen asetus kouluterveydenhuollon laadun parantamisesta*. Tammi, Helsinki 2003.
- YK:n lapsen oikeuksien sopimus 1989. http://www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_julistus [Luettu 13.6.2012].

CAMILLA LAAKSONEN
TtT, Päätoiminen tuntiopettaja
Turku AMK, Terveystieteiden tutkimuskeskus