

TERVEYSTIETO ALAKOULUSSA

1.–6. luokan luokanopettajien ja oppilaiden vanhempien
näkömääksiä terveystiedon nykytilasta alakoulussa

Jaana Väärämäki

Kasvatustiede

Pro gradu

Syksy 2009

Opettajankoulutuslaitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Väärämäki, J. 2009. Terveystieto alakoulussa. 1.–6. luokan luokanopettajien ja oppilaiden vanhempien näkemyksiä terveystiedon nykytilasta alakoulussa. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu -tutkielma, 125 sivua.

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää 1.–6. luokan luokanopettajien ja oppilaiden vanhempien näkemyksiä terveystieto-oppiaineesta, sen opetussisällöistä ja -menetelmistä. Lisäksi selvitettiin, millaista kehitystyötä terveystietoon liittyen tulisi tehdä. Lähestymistavaltaan tutkimus oli laadullinen, jossa aineiston analyysissä käytettiin sekä aineistolähtöistä sisällönanalyysia että aineiston määrällistä kvantifiointia. Tutkimusaineisto käsitti 18 luokanopettajaa ja 188 vanhempaa ja se kerättiin huhti–toukokuussa 2008 yhteensä kolmelta koululta. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kyselylomakkeita.

Tutkimuksessa havaittiin, että luokanopettajien ja vanhempien näkemykset terveystiedosta olivat kapea-alaisia ja vanhentuneita. Näkemyksissä painotui epidemiologinen tieto terveydestä. Tuloksissa opetussisällöistä ilmeni, että sekä luokanopettajat että vanhemmat painottavat opetuksessa terveyttä edistäviä arkikäytäntöjen ja tottumusten opettamista. Sisällöistä korostuivat säännöllinen ruokailu, päivittäinen liikunta, riittävä uni ja lepo sekä hygienia. Näitä aihealueita luokanopettajat opettivat myös oppituntien ulkopuolella koulun arkisissa tilanteissa. Luokanopettajien perehtyminen opetus suunnitelman määrittämiin keskeisiin sisältöihin oli vähäistä. Kuluneen lukuvuoden aikana opetetut sisällöt viestivät sirpaleisesta ja osittain epä johdonmukaisesta opetuksesta. Käytetyt opetusmenetelmät ja -materiaalit olivat yksipuolisia. Yleisimmin opetukseen käytettiin 1–2 tuntia kuukaudessa. Tulokset viestivät aliarvostetusta oppiaineesta, jonka kehittämiseksi kouluissa ei ole tehty työtä.

Tulokset nostavat esiin tarpeen luokanopettajien perus- ja täydennyskoulutukseen niin terveystiedon sisältöjen kuin menetelmien osalta. Vanhempien kehitysehdotuksen perusteella voidaan tehdä se johtopäätös, että vanhemmat kaipaavat lisää kodin ja koulun välistä yhteistyötä. Vanhemmat tarvitsevat tietoa terveystiedon opettamisesta, mutta yhteistyötä tulee kehittää myös lapsen terveyden edistämiseksi.

Avainsanat: terveystieto, alakoulu, luokanopettajat, vanhemmat

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	LASTEN JA NUORTEN HYVINVOINTI.....	9
2.1	Terveyden ja hyvinvoinnin kehityssuunnat.....	9
2.2	Terveyskäyttäytyminen ja terveystottumukset.....	12
3	TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	16
3.1	Terveyden näkökulma koulun terveyden edistämisessä.....	16
3.2	Koulun terveyden edistäminen.....	17
3.3	Kodin ja koulun yhteistyö terveyden edistämisessä.....	20
3.3.1	Vanhempien vastuu lasten terveyden edistämisestä.....	20
3.3.2	Oppilashuolto hyvinvoinnin edistäjänä.....	23
3.3.3	Kouluterveydenhuolto.....	25
3.3.4	Kodin ja koulun yhteistyö.....	27
3.4	Terveystieto osana terveyden edistämistä.....	31
4	TERVEYSTIETO OPPIAINEENA PERUSOPETUKSESSA.....	35
4.1	Terveystiedon tavoitteet opetussuunnitelmassa.....	35
4.2	Terveystiedon olemuksen lähtökohdat.....	38
4.3	Terveystiedon opetusmenetelmät.....	40
4.3.1	Tutkiva ja ongelmakeskeinen lähestymistapa.....	40
4.3.2	Kokemuksellinen ja elämyksellinen opetus.....	42
5	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	46
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	47
6.1	Tutkimusmenetelmät.....	47
6.2	Otos ja aineiston kerääminen.....	47
6.3	Aineiston käsittely.....	50
6.4	Kyselyn mittarit.....	52
6.5	Tutkimuksen luotettavuus.....	53
7	TULOKSET.....	56
7.1	Luokanopettajien ja vanhempien näkemykset terveystiedosta oppiaineena.....	56
7.1.1	Luokanopettajien näkemykset.....	56
7.1.2	Vanhempien näkemykset.....	60

7.2	Luokanopettajien ja vanhempien näkemykset terveystiedon opetussisällöistä ja -menetelmistä.....	68
7.2.1	Luokanopettajien näkemykset.....	68
7.2.2	Vanhempien näkemykset.....	73
7.3	Terveystietoon liittyvä kehitystyö.....	83
7.3.1	Luokanopettajien kehitysehdotukset terveystietoon liittyen ...	83
7.3.2	Vanhempien kehitysehdotukset lapsen terveyden edistämiseksi.....	84
7.4	Yhteenvedot luokanopettajien ja vanhempien vastauksista.....	89
7.4.1	Luokanopettajien ja vanhempien näkemykset terveystiedosta oppiaineena.....	89
7.4.2	Luokanopettajien ja vanhempien näkemykset terveystiedon opetussisällöistä ja -menetelmistä.....	91
7.4.3	Luokanopettajien ja vanhempien ehdottama kehitystyö.....	94
8	POHDINTA.....	97
8.1	Tulosten tarkastelua.....	97
8.2	Tutkimuksen luotettavuuden arviointia.....	104
8.3	Kehitysideat ja jatkotutkimusaiheet.....	105
	LÄHTEET.....	109
	LIITTEET.....	119
	Liite 1. Kyselylomake luokanopettajille.....	119
	Liite 2. Kyselylomake vanhemmille.....	124

1 JOHDANTO

Terveystiedon opetuksen merkitys alakoulussa on vuoden 2004 opetussuunnitelmauudistuksen myötä kasvanut, kun terveystieto tuli uutena aineena koulujen oppiaineluetteloon. Terveystiedon opetuksella on ensisijaisesti sivistävä merkitys, mutta sillä pyritään vastaamaan myös lasten ja nuorten terveysongelmien ja pahoinvoinnin lisääntymiseen. Moralisoivan opetuksen sijaan terveystiedon opetuksella tavoitellaan, että oppilas oppii terveystietoja ja -taitoja sekä saa välineitä pohtia terveyteen ja sairauksiin liittyviä arvo- ja asennekysymyksiä. Suomessa terveystiedon opetusta alakoulussa on tutkittu vähemmän kuin opetusta yläkoulussa tai lukiossa (esim. Kannas 1976; Kontula 1997; Tyrväinen 1998). Oppiaineen kehittämiseksi tutkimustietoa kuitenkin tarvitaan. Luokanopettajien näkökulmasta on selvitettävä, miten luokanopettajat suhtautuvat uuteen oppiaineeseen. Alakoulun oppilaiden vanhempien osalta taas tulee selvittää, mitä nykyinen terveystieto vanhempien mielestä sisältää. Tietoa terveystiedon opetuksesta alakoulussa tarvitaan sekä opetuksellisen jatkumon takaamiseksi että oppilaiden terveyden edistämiseksi, mutta myös luokan- ja aineenopettajien yhteistyön kehittämiseksi.

Tiedot alakoululaisten terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä luovat perustan terveystiedon opetukselle. Näitä tietoja on kuitenkin saatavilla hyvin vähän. Samaan huomioon viittaavat Rimpelä, Luopa, Räsänen ja Jokela (2006) todetessaan, ettei Suomessa toistaiseksi ole seurattu koko lapsi- ja nuorisoväestön hyvinvoinnin kehitystä juuri tähän tarkoitukseen suunnitelluilla tutkimuksilla. Vertailukelpoiset tutkimustiedot keskittyvät 11–18-vuotiaisiin. (Rimpelä, Luopa, Räsänen & Jokela 2006, 58.) Lapsiasiainvaltuutetun ensimmäisessä toimintakertomuksessa taas kirjoitetaan, että lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin seuranta on hajanaista ja etenkin alle 12-vuotiaiden

osalta puutteellista. Lapsiin kohdistuvasta väkivallasta ei ole ajantasasta tutkimusta tai rekisteriä. Vastaava koskee mielenterveyden kehitystä ja lastensuojelulasten taustaa ja hyvinvointia. (STM 2006, 17.)

Lasten ja nuorten terveyden kehittyessä pääosin myönteiseen suuntaan (Karvonen, Hermanson, Sauli & Harris 2000, 9) ovat ylipainoisuus, diabetes, astma ja allergiat jatkuvasti yleistymässä (Bardy 2002, 14; Rimpelä 2008 32). Terveystottumusten kehityksen melko myönteisessä kokonaiskuvassa poikkeuksen tekevät nukkumistottumukset (Tynjälä & Kannas 2004). Liikuntatottumuksissa myönteistä kehitystä on tapahtunut jo usean vuoden ajan (Vuori, Kannas & Tynjälä 2004). Tiedot ruokailutottumuksista kertovat sekä myönteisistä että vähemmän toivotuista muutoksista (Ojala 2004).

Terveystottumusten lisäksi tutkimukset kertovat lasten hyvinvoinnista laajemmin. Tulokset osoittavat vaikeutuvien ongelmien kasaantuneen lapsiväestössä 1990-luvulla. Järventien (1999) tutkimukseen kuuluvien reilun neljänneksen (29 %) 7–12-vuotiaiden lasten perushoiva oli puutteellista ja psykososiaalinen hyvinvointi huono. Tutkija pitää näitä puutteita vakavan syrjäytymisriskin ilmentyminä. Näillä lapsilla ravinnon saannissa oli epäsäännöllisyyttä, puhtaudessa puutteita, he nukkuivat liian vähän ja olivat usein iltaisin ja myös öisin kotona ilman aikuista. Heillä oli ongelmia myös sosiaalisessa, psykologisessa ja ruumiillisessa identiteetissään. (Järventie 1999, 120–123.) Myös Bardy (2002) kokoaa lasten hyvinvoinnin tilaa. Hän toteaa, että lapsista neljäs- tai peräti kolmasosa ei voi hyvin, mikä johtuu perushoivan puutteista, itsearvostuksen pulmista ja päivittäisistä fyysis-psykkisistä oireiluista. Perusteltu huoli lapsuudesta on sen laajuinen, että katseet on käännettävä laaja-alaisesti lapsiväestön kasvuoloihin ja niitä raamittaviin tekijöihin. (Bardy 2002, 18–19.)

Perhe vaikuttaa keskeisesti koululaisen terveyteen, sillä kodeissa luodaan perusta terveydelle ja muodostetaan elämisen mallit (Terho 2002a, 406). Ensimmäinen vastuu kasvatuksesta ja huoltajilla ja koulun tehtävänä on tukea kotien kasvatustehtävää. (Opetushallitus 2004, 22.) Kodin ja koulun välisestä yhteistyöstä vanhemmat voivat saada välineitä ja kannustusta myös terveyden edistämiseen. Kuitenkin kestävän hyvinvoinnin saavuttaminen edellyttää vanhempien kiinnostusta ja huolenpitoa omista lapsistaan (Perusopetuksen ja toisen asteen oppilashuoltoryhmä 2002, 33).

Pro gradu -tutkielmassa halusin syventää tietämystäni alakoulun terveystiedon opettamiseen liittyen. Opettajankoulutuksessa terveystiedon opintoja on vähän ja aineenlaitoksella opinnot painottuvat terveystiedon opettamiseen yläkoulussa ja lukiossa. Ammatillisen kehittymisen lisäksi toivon, että työ herättää keskustelua terveystiedon asemasta ja oppilaiden terveyden edistämisestä alakoulussa. Kiinnostusta aihetta kohtaan lisäsi myös aiheen ajankohtaisuus ja tuoreus.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää 1.–6. luokan luokanopettajien ja oppilaiden vanhempien näkemyksiä terveystiedon nykytilasta alakoulussa. Vastaavaa tutkimusta ei ole aiemmin tehty. Aikaisempien tutkimusten tarkastelu osoittaa, että terveystiedon opettamisen laaja-alainen, koko maata koskeva tutkiminen opettajien näkökulmasta on ollut vähäistä. 1970-luvulla Olkinuoran (1973) ja Kannaksen (1976) tekemät tutkimukset olivat ensimmäisiä, joiden tavoitteena oli tarkastella terveystiedon tilaa. Olkinuora (1973, 53) tutki neljännen ja kuudennen luokan opettajien avulla kansakoulun raittiusopetuksen tilaa. Kannaksen (1976, 21) tavoitteena oli kartoittaa liikunnanopettajien terveystiedon opetukseen liittyviä asenteita, valmiuksia ja täydennyskoulutustarpeita. 1980-luvulla Shemeikka (1984) tutki peruskoulun ala-asteella toteutettavaa terveystiedon opetusta. Tutkimuksen toisena tavoit-

teena oli selvittää opettajien toimia tupakoimattomuuden edistämiseksi. (Shemeikka 1984, 56–57.)

Osittain tutkimus on painottunut eri sisältöalueiden ja niiden opetuksen tutkimiseen. Kontula (1997, 15) selvitti yläasteen sukupuolikasvatuksen tilaa lukuvuonna 1995–1996. Nummelin, Rimpelä, Luopa, Stubbe ja Jokela (2000, 2) tarkastelivat, millaista seksuaaliopetus ja -neuvonta olivat ja miten niitä opettajien mukaan toteutettiin helsinkiläisillä yläasteilla lukuvuonna 1999–2000. Koskinen-Ollonqvist (1993, 22) tutki koulun alkoholiopetuksen kehittämistä kolmen pääkaupunkiseudun koulun opettajien avulla. Tyrväisen (1998, 19) tutkimus vastasi kysymykseen, mitä opettajien näkemykset ja kokemukset kertovat peruskoulun päihdeopetuksesta.

Tutkimuksen teoriaosa jakaantuu kolmeen päälukuun. Ensin käsitellään lasten ja nuorten terveyden ja hyvinvoinnin kehityssuuntia sekä terveystottumusten ja terveyskäyttäytymistä ja terveystottumuksia. Terveystottumusten ja -käyttäytymisen osalta pidättäytytään tarkastelemaan ravitsemusta, liikuntaa, unta ja lepoa sekä hygieniaa. Toinen pääluku käsittelee terveyden edistämistä. Luvussa avataan terveyden monimerkityksellistä käsitettä sekä koulun terveyden edistämistä. Terveyden edistämistä käsitellään vanhempien vastuun, oppilashuollon, kouluterveydenhuollon sekä kodin ja koulun yhteistyön näkökulmista. Teorian kolmas pääluku johdattaa terveystiedon asemaan perusopetuksessa. Luvussa tarkastellaan terveystiedon tavoitteita ja olemuksen lähtökohtia sekä avataan ongelmakeskeisyyden ja elämyksellisyyden käsitteitä. Tutkimuksen teoriaosaan valitut aiheet ovat merkityksellisiä juuri alakoulun terveystiedon opettamisen kannalta. Kyseiset aiheet tulisi nostaa esiin niin luokanopettajakoulutuksessa kuin työelämässä.

2 LASTEN JA NUORTEN HYVINVOINTI

2.1 Terveyden ja hyvinvoinnin kehityssuunnat

Tietoa 6–10-vuotiaiden alakoululaisten terveydestä ja hyvinvoinnista löytyy niukasti. Alle 11-vuotiaista valtakunnallisesti kattavia aineistoja on saatavissa vain kuolleisuudesta, sairaalahoitajaksoista ja oikeuksista erityiskorvattaviin lääkkeisiin (Laatikainen & Mäki 2007, 20). 11-vuotiaista ja sitä vanhemmista lapsista ja nuorista on tietoa saatavissa kolmesta valtakunnallisesta kyselytutkimuksesta. Tietoa 12-vuotiaiden terveydestä ja terveystottumuksesta on saatavilla Nuorten terveystapatutkimuksesta (NTTT). Tutkimus on vanhin nuorten terveyttä ja terveystottumista seuraava järjestelmä. Ensimmäinen postikysely 12–18-vuotiaille tehtiin vuonna 1977. (Rimpelä, Rainio, Pere, Saarni, Kautiainen, Kaltiala-Heini, Lintonen & Rimpelä 2004, 4229.) 11-vuotiaiden terveydestä tietoa on saatavilla WHO-Koululaistutkimuksesta. Kyseessä on kansainvälinen pitkäkestoinen tutkimus, jossa tarkastellaan monipuolisesti lasten ja nuorten terveystottumuksia ja elämäntyyliä eri konteksteissa. Tutkimuksessa selvitetään koulukyselyin 11-, 13- ja 15-vuotiaiden koululaisten koettua terveyttä, terveystottumuksia ja kouluviihtyvyyttä. Ensimmäinen tutkimusaineisto kerättiin vuonna 1984 Suomessa, Norjassa, Itävallassa ja Englannissa. Sen jälkeen tutkimus on toteutettu joka neljäs vuosi. Viimeisimmässä aineiston keruussa vuonna 2006 tutkimukseen osallistui 41 maata ja yli 204 000 koululaista. (WHO-Koululaistutkimus; HBSC 2008, 2, 9.) Kouluterveyskyselyä on tehty vuodesta 1996. Kyselyssä kootaan valtakunnallisesti yhtenäisellä menetelmällä tietoa 8. ja 9. luokkien oppilaiden ja lukioiden 1. ja 2. vuosiluokkien opiskelijoiden elinoloista, kouluoloista, terveydestä, terveystottumuksista,

terveysosaamisesta sekä oppilas- ja opiskelijahuollosta. (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2006, 9.)

Kouluikäisiä pidetään tavallisesti väestön terveimpänä ikäryhmänä, mutta myös heillä on pitkäaikaisia ja jatkuvaa hoitoa vaativia tauteja (Rimpelä 2008, 32). Lääkärin toteama, jokapäiväistä toimintaa haittaava pitkäaikaissairaus, vika tai vamma on noin joka kymmenennellä 12–18-vuotiaalla (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2008, 24; Rimpelä ym. 2004, 4231). Tavallisimmat hoitoa vaativat taudit ovat astma ja diabetes. Lasten sairastuvuus astmaan on kasvanut nopeasti erityisesti 1990-luvulla. Vuosien 1985–2002 erityiskorvattavaan lääkehoitoon oikeutettujen astmapotilaiden määrä nelinkertaistui alle 16-vuotiailla ja lähes kymmenkertaistui alle 6-vuotiailla. Kokonaisuudessa lapsista, jotka ovat oikeutettuja erityiskorvattaviin lääkkeisiin, yli 60 % sairastaa astmaa. (Haahtela 2005, 217–218.) Lapsena ilmaantuva tyypin 1 diabetes on yleistynyt Suomessa huomattavasti 1950-luvulta lähtien. Vuosittain siihen sairastuu lähes 500 alle 15-vuotiasta eli noin 50/100 000. Tämän ikäryhmän sairastuvuus onkin Suomessa maailman korkein. (Reunanen 2005, 222–223.)

Diabeteksen ohella huolestuttavimmat piirteet lasten ja nuorten ruumiillisesta terveydestä liittyvät ylipainoon. Kautiaisen (2008) mukaan 12–18-vuotiaiden ylipainoisuus ja lihavuus ovat lisääntyneet vuosien 1977–1999 aikana kaksin–kolminkertaisiksi. Tutkimuksessa tärkeä löydös oli, että lihoaminen kohdistuu painavimpaan osaan nuorisoa. (Kautiainen 2008, 42–43; 58; 86.) WHO-Koululaistutkimus ja Kouluterveyskysely vahvistavat kehitysuunnan. Painoindeksin keskiarvot ovat suurentuneet melko tasaisesti vuodesta 1984 vuoteen 2002 11-, 13- ja 15-vuotiaiden ikäryhmissä sekä tytöillä että pojilla. Lihavien nuorten osuudessa on tapahtunut 5–9 prosentin lisäys. (Välimaa & Ojala 2004, 62; 69; Luopa ym. 2008, 24.)

Fyysisen terveyden lisäksi WHO-Koululaistutkimuksessa, Nuorten terveystapatutkimuksessa ja Kouluterveyskyselyssä on selvitetty lasten ja nuorten oireisuutta. Psykosomaattiset oireet lisääntyivät 1990-luvun puolivälin jälkeen, tasaantuivat 2000-luvun alussa ja yleistyivät uudelleen parin viime vuoden aikana (Rimpelä 2008, 32). Psykosomaattisilla oireilla tarkoitetaan niitä somaattisia ja psykologisia oireita, joilla nuoret reagoivat stressaaviin tilanteisiin. Somaattisia oireita ovat esimerkiksi päänsärky ja selkävivot ja psykologisia oireita hermostuneisuus ja ärtyisyys. (HBSC 2008, 65.) Oireista eniten ovat lisääntyneet väsymys sekä selkä- ja niskakivut (Rimpelä 2008, 32).

Kouluterveyskyselyn mukaan peruskoulun yläluokkalaisen väsymys on lisääntynyt ja vähentynyt vuorovuosina vuosien 1998–2007 välillä. Kahdeksassa vuodessa lähes päivittäistä väsymystä kokevien yläluokkien tyttöjen osuus on kasvanut 15 prosentista 19 prosenttiin ja poikien osuus 7 prosentista 10 prosenttiin. (Luopa ym. 2008, 27; 60.) WHO-Koululaistutkimuksessa suomalaiset 13- ja 15-vuotiaat erottuivat selvästi väsyneempinä 11-vuotiaista, kun tarkasteltiin vähintään neljänä kouluamuna viikossa väsyneeksi itsensä tuntevien osuuksia. Luonnollinen selitys väsymyksen yleisyyteen on lyhentynyt ja riittämätön yöuni. (Tynjälä & Kannas 2004, 162; 164.)

Niska-hartiaseudun vaivat ovat WHO-Koululaistutkimuksen ja Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan lisääntyneet 1990-luvun alusta lähtien. Nuorten terveystapatutkimuksen mukaan osuudet ovat lisääntyneet 12–18-vuotiaiden ikäryhmissä molemmilla sukupuolilla lukuun ottamatta 12-vuotiaita poikia. WHO-Koululaistutkimuksen mukaan vuonna 2002 joka neljäs 11-vuotias suomalainen tyttö ja poika kertoivat niskahartiaseudun vaivojen toistuvan viikoittain. (Välimaa 2004, 30; Rimpelä ym. 2004, 4232.) Kouluterveyskyselyn mukaan yläkoululaisten kokemat oireet lisääntyivät vuositu-

hannen vaihteessa, jonka jälkeen tapahtui tilapäinen käänne parempaan. Kuitenkin viime vuosina oireet ovat jälleen alkaneet yleistyä. Vuoden 2006 tulosten mukaan viikoittaista niska- tai hartiakipuja kokevia yläkoululaisia oli 30 prosenttia. (Luopa ym. 2008, 24.)

2.2 Terveyskäyttäytyminen ja terveystottumukset

Ravitsemus. Koululaisten ruokailutottumuksissa on tapahtunut sekä myönteisiä että vähemmän toivottuja muutoksia. Suomalaisten 11-, 13- ja 15-vuotiaiden ikäryhmien vertailussa vihanneksia ja hedelmiä söivät yleisimmin 11-vuotiaat koululaiset. Päivittäisen syömisen suunta on kuitenkin ollut vähenevä molemmilla sukupuolilla kaikissa ikäryhmissä siten, että hedelmiä syövien osuudet ovat pienentyneet jyrkemmin kuin vihanneksia syövien. (Ojala 2004, 88; 101.) Tulokset vuoden 2006 WHO-Koululaistutkimuksesta osoittavat, että päivittäin hedelmiä söi suomalaisista 11-vuotiaista pojista 24 % ja tytöistä 27 %. Vastaavat luvut päivittäisen vihannesten syömisen osalta olivat 11-vuotiailla pojilla 25 % ja tytöillä 29 %. (HBSC 2008, 89–91; 190.)

Hampurilaisten ja hot dogien syöminen vähintään kerran viikossa on yleistynyt vuoden 1994 jälkeen. Pikaruoan syöminen päivittäin on kuitenkin harvinaista suomalaisten 11-, 13- 15-vuotiaiden keskuudessa. Sitä vastoin kasautuva käyttö, joka tarkoittaa makeisten, limsojen, perunalastujen ja hampurilaisten tai hot dogien viikoittaista yhteenlaskettua käyttöä, on jatkuvasti yleistynyt. Esimerkiksi vuonna 2002 vähintään kahta edellä mainittua söi tai joi viikoittain 84 % pojista ja 68 % tytöistä. (Ojala 2004, 99–101.)

Perusopetuslain mukaan opetukseen osallistuvalla on annettava jokaisena työpäivänä tarkoituksenmukaisesti järjestetty ja ohjattu, täysipainoinen makсутon ateria (PoL 628/1998, 31 §). Kouluaterian tulisi kattaa kolmannes oppi-

laan päivittäisestä energiantarpeesta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 8). Tutkimukset osoittavat, että tarjottu ruoka kelpaa huonosti etenkin peruskoulun yläluokkien oppilaille. Lisäksi yhä harvempi oppilas syö kouluaterian kokonaisuutena, joksi se on suunniteltu. (Luopa ym. 2004, 22; Hoppu, Kujala, Lehtisalo, Tapanainen & Pietinen 2008, 27; 94; Urho & Hasunen 2004, 52–53.) Peruskoulun alaluokilla ongelmana on, että oppilaat syövät määrällisesti vähän, jopa ”teelusikallisilla” mitattavia olevia annoksia (Lyytikäinen 2002, 377). Kouluterveyskyselyssä on kouluruoan syömisen lisäksi selvitetty epäterveellisten välipalojen syöntiä koulussa. Vuonna 2007 epäterveellisiä välipaloja koulussa söi vähintään kaksi kertaa viikossa 29 prosenttia peruskoulun yläluokkalaisista. (Luopa ym. 2008, 29.) Vastuuta omasta ruokailustaan ei voida vierittää varsinkaan alimpien luokkien oppilaille, vaan opettajan on syytä ohjata ja valvoa lapsen itsenäistä ruoan annostelua ja ruokailutapoja (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2008, 6).

Liikunta. Vuonna 2008 Nuori Suomi julkaisi fyysisen aktiivisuuden suosituksen perussuosituksen kouluikäisille. Suosituksessa sanotaan, että kaikkien 7–18-vuotiaiden tulee liikkua vähintään 1–2 tuntia päivässä monipuolisesti ja ikään sopivalla tavalla. Kyseessä on fyysisen aktiivisuuden määrän minimisuositus, jonka myötä useimpia liikkumattomuuden aiheuttamia terveyshaittoja voidaan vähentää. (Nuori Suomi 2008, 18.)

WHO-Koululaistutkimuksen mukaan suomalaisten lasten ja nuorten liikuntatottumuksissa on tapahtunut myönteistä kehitystä jo usean vuoden ajan. Viikossa neljä kertaa tai useammin liikuntaa hikoiluun ja hengästymiseen asti harrastavien osuus on kasvanut vuosien 1986 ja 2002 aikana. Erityisesti trendi ilmenee 11-vuotiailla tytöillä, joista vuonna 1986 alle viidennes harrasti liikuntaa vähintään neljä kertaa viikossa, kun taas vuonna 2002 määrä oli jo noin puolet. (Vuori ym. 2004, 124.) Vuoden 2006 WHO-

Koululaistutkimuksessa liikunnan harrastamista on selvitetty siten, harrastaako nuori kohtalaista tai rasittavaa liikuntaa vähintään yhteensä 60 minuuttia viikon jokaisena päivänä. Tulosten mukaan suomalaisista 11-vuotiaat ovat aktiivisimpia liikkujia. Pojista 48 % ja tytöistä 37 % liikkuu viikon jokaisena päivänä vähintään tunnin. Harrastaminen vähenee iän myötä siten, että 15-vuotiaista pojista vain 15 % ja tytöistä 9 % liikkuu terveytensä kannalta päivittäin riittävästi. (HBSC 2008, 106–107.)

Uni ja lepo. Huolestuttavimmat terveystottumusten merkit, viime vuosien myönteisestä kehityksestä huolimatta, ovat lasten ja nuorten nukkumistottumuksissa. WHO-Koululaistutkimuksen perusteella nuorten nukkumistottumuksissa oli 1980-luvulla vähäisiä muutoksia, mutta vuosien 1990 ja 1998 välillä suhteellisen myöhään nukkumaan menevien osuus lisääntyi. Vuoden 1998 tutkimuksessa joka toinen 13-vuotias ja kaksi kolmasosaa 15-vuotiaista ei mennyt nukkumaan kouluviikolla ennen yhtätoista. Käännös parempaan tapahtui vuosien 1998 ja 2002, kun myöhään valvovien osuus laski. (Tynjälä & Kannas 2002, 151–152.) Nuorten terveystapatutkimus vahvistaa myönteisen kehityssuunnan. Kun vuonna 1999 47 prosenttia 14–16-vuotiaista nuorista ilmoitti menevänsä nukkumaan kello 23 tai myöhemmin, oli vastaava luku 43 prosenttia vuonna 2001. (Rimpelä & Rimpelä 2002, 24.) Kouluterveyskyselyn mukaan vuonna 2006 neljäsosa yläkoululaista meni nukkumaan vasta kello 23 jälkeen koulupäiviä edeltävinä iltoina (Luopa ym. 2008, 29).

Myöhään valvovien osuuden laskiessa, nuoret nukkuivat jonkin verran pitempiä unia kouluöisin. Keskimäärin yöunet pidentyivät kouluviikolla pojilla noin 20 ja tyttöillä noin 10 minuuttia. 13-vuotiaiden keskimääräinen yöunen pituus kouluviikolla oli vuonna 2002 pojilla 8 tuntia 30 minuuttia ja tyttöillä 8 tuntia 19 minuuttia. Vastaavat luvut 15-vuotiailla pojilla olivat 7 tuntia 55 minuuttia ja tyttöillä 7 tuntia 58 minuuttia. (Tynjälä & Kannas 2004,

151–155.) Tilastokeskuksen ajankäyttötutkimus antaa myönteisemmän kuvan keskimääräisestä yöunen pituudesta kouluviikolla. Tutkimuksen mukaan vuonna 1999–2000 keskimääräinen yöunen pituus oli yli 10-vuotialla peruskoululaisilla 8 tuntia 52 minuuttia. Kehitystä on seurattu vuodesta 1987–1988, jolloin keskimääräinen yöunen pituus kouluviikolla oli yhdeksän tuntia. (Pääkkönen 2002, 3–4.)

Hygienia. Hygieniatietoja on saatavilla lähinnä hampaiden harjauksesta. WHO-Koululaistutkimus on seurannut 11-, 13- ja 15-vuotiaiden suuhygieniatottumuksia vuodesta 1984. Koululaisten harjaustottumuksissa näyttäisi olevan huomattavasti parantamisen varaa. Tutkimusjaksolla 1984–2002 pojista kaikissa ikäryhmissä noin joka neljäs harjasi suosituksen mukaisesti kahdesti päivässä ja keskimäärin joka viides ei harjannut hampaita edes päivittäin. Tarkastelujaksolla poikien harjaustottumukset paranivat siten, että useammin kuin kerran päivässä harjaavien osuus kasvoi ja vastaavasti harvemmin kuin kerran päivittäin harjaavien osuus väheni kaikissa ikäryhmissä. Tyttöistä puolet harjasi hampaansa suosituksen mukaisesti ja noin 10 % ilmoitti harjaavansa harvemmin kuin kerran päivässä. Tyttöillä suosituksen mukainen harjaus parani iän myötä kaikkina tutkimusvuosina. (Honkala & Honkala 2004, 225.)

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

3.1 Terveyden näkökulma koulun terveyden edistämässä

Terveys on käsitteenä monimerkityksinen. Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauden puuttumista. Määritelmää on arvosteltu sen pyrkimyksestä määrittää terveys täydellisenä, saavuttamattomana tilana. Toisaalta sitä on kiitetty, mutta myös kritisoitu terveyden jaosta kolmeen erilliseen osa-alueeseen. Usein määritelmä kuvataan päällekkäisinä ympyröinä, jolloin fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen terveys voidaan hahmottaa kokonaisuutena. (Vertio 2003, 26.)

Greenbergin (1998) mukaan terveyskäsite voidaan jakaa viiteen eri ulottuvuuteen. Ulottuvuudet ovat biologinen, sosiaalinen, emotionaalinen, mentaalinen ja henkinen terveyden ulottuvuus. Biologista terveyttä määrittävät elimistön biologiset ja fysiologiset ilmiöt. Sosiaalisen terveyden indikaattoreina taas ovat vuorovaikutukseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyvät ilmiöt. Emotionaalista terveyttä ilmentää kyky ilmaista tunteitaan aidosti ja tarkoituksenmukaisella tavalla ja toisaalta kyky tulkita ja ymmärtää omia ja muiden tunnetiloja ja niiden ilmenemismuotoja. Mentaalisella terveydellä tarkoitetaan ihmisen psyykkiseen toimintakykyyn liittyviä ominaisuuksia, joita ovat muun muassa älylliset kyvyt ja minäkuvaan liittyvät tekijät. Henkisen terveyden edellytyksenä on, että ihminen kokee elämänsä merkitykselliseksi, näkee sille mielekkään tarkoituksen ja tuntee pystyvänsä vaikuttamaan siihen. (Greenberg 1998, 3–4; Kannas 1994, 54–56.)

Tieteenalat määrittävät terveyttä eri lähtökohdista. Lääketieteessä terveys määritellään kielteisesti sairauden kautta, eli terveys on sairauden puuttumista. Yhteiskunnallisesti terveyttä tarkastellaan hyvinvoinnin, elämänlaadun ja terveyden tasa-arvon toteutumisen näkökulmista. (Heikkinen 2005, 20; Välimaa 2005, 38.) Sosiologian näkökulmasta ihminen on sosiaalinen toimija, minkä vuoksi terveys määritellään ihmisen kykyä selviytyä sosiaalisissa rooleissaan. Idealistille terveys on utooppinen, saavuttamaton tila, joka muistuttaa WHO:n määritelmää. Humanistille olennaista on, että ihmisellä on kyky sopeutua myönteisesti elämän ongelmiin. (Heikkinen 2005, 20; Vertio 2003, 23.)

Tavalliset ihmiset painottavat terveydestä puhuessaan omia tuntemuksiaan (Rahkonen 1994, 3). Subjektivisena kokemuksena terveys liittyy usein ihmisen elämänvaiheeseen ja elämäntilanteeseen (Välimaa 2000, 9). Usein terveyden monia ulottuvuuksia on vaikea ilmaista sanallisesti. Siksi terveyttä on koetettu myös visualisoida. Tavallisin kuvaus on jana, jonka toisessa päässä on täydellinen terveys ja toisessa kuolema. Toinen tapa kuvata terveyttä on laajeneva spiraali. Spiraali laajenee elämäkokemuksen karttuessa, ja terveys saa siinä tavallaan lisää ulottuvuuksia. (Vertio 2003, 15.)

3.2 Koulun terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tavoitteena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa. Lisäksi terveyden edistämistä on yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveyden edellytysten parantaminen. Tarkennettuna tämä tarkoittaa, että terveyden edistäminen on mahdollisuuksien parantamista, eikä sen välittömänä tarkoituksena ole esimerkiksi ihmisten toiminnan muuttaminen. Kyse on yksilön terveydestä, mutta myös ihmisten mahdollisuuksista vaikuttaa ympäristöönsä.

(Vertio 2003, 29.) Kouluun sovellettuna määritelmä tarkoittaa jokaisen lapsen ja nuoren terveystietojen ja -taitojen, arvojen ja asenteiden eli terveystietoisuuden lisäämistä, jotta oppilas voisi huolehtia terveydestään paremmin. Lisäksi oppilaiden tulisi ymmärtää olevansa osa ryhmää ja yhteisöä sekä nähdä, mitkä asiat vaikuttavat muiden terveyteen koulussa ja kotona. (Vertio 2005, 53.)

1990-luvulta lähtien terveyden edistämisen kansainvälisessä keskustelussa on siirrytty puhumaan areenoista (Rimpelä 2002, 86). Terveyden edistämisen kannalta koulu on tärkeä elämän arena. Koulu tavoittaa usean vuoden ajan kunkin ikäluokan nuorista lähes jokaisen. Missään muualla nuoret eivät käytä yhtä paljon aikaa tietojensa ja taitojensa kehittämiseen kuin koulussa. Siksi on luontevaa, että samalla arenalla huomioidaan terveystiedon ja -osaamisen tarpeet. (Karvinen 2004, 22; Vertio 2003, 97.)

Koulussa terveyden edistämisen osa-alueita ovat esimerkiksi terveystavoitteiden huomioiminen koulun kehittämistä koskevassa päätöksenteossa ja terveyttä edistävän kouluympäristön kehittäminen (Kannas, 2002, 412). Ensimmäistä kertaa perusopetuksen opetussuunnitelman perusteisiin on määriteltä koulun ja kodin yhteistyön keskeiset periaatteet (Peltonen 2005, 47). Yhteistyö kotien ja verkostoituminen ympäröivän yhteisön kanssa ovat osa koulujen kokonaisvaltaista terveyden edistämistä. Myös Vertio (2003) painottaa kouluyhteisön ymmärtämistä kokonaisuutena puhuttaessa koulun terveyden edistämisestä. Kouluyhteisöön Vertio rajaa kuuluvaksi oppilaat, opettajat ja muun koulussa työskentelevän henkilökunnan sekä oppilaiden vanhemmat. Yhteisön toiminnan kannalta on tärkeää ymmärtää, että toimintaan vaikuttaa samanaikaisesti monet ihmiset ja asiat. (Vertio 2003, 97.)

Ajatus terveyden edistämisestä kokonaisvaltaisena toimintana saa kritiikkiä. Rimpelä (2002) kirjoittaa, että Suomessa vallitseva käytäntö on enemmän

kahtiajakautunutta kuin kokonaisvaltaista. Koululainsäädännössä koulutyö ymmärretään opettamiseksi ja oppimiseksi. Terveys ja turvallisuus ovat esillä, mutta niitä sivutaan vain lyhyesti ja viitataan muuhun lainsäädäntöön. Koulun varsinaisiksi tehtäviksi mielletään siten opettaminen ja oppiminen. Terveiden edistäminen ja terveystavoitteet puolestaan luetaan oppilas- ja kouluterveydenhuollon tehtäviksi. Kuitenkin 1990-luvulta lähtien kouluissa on nähtävissä selviä pyrkimyksiä siirtyä kahtiajaosta kohti kokonaisvaltaisempaa toimintaa, kun kouluissa on pyritty omaksumaan yhä enemmän terveyden edistämisen toiminta-ajatusta ja integroimaan terveyden edistämistä koulun yleisiin toimiin. (Rimpelä 2002, 86–87.)

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa (2004) koulun terveyden edistämistä käsitellään oppilashuollon yhteydessä. Tämän lisäksi kouluissa voi olla terveyden edistämisen suunnitelmia, jotka voivat olla nimeltään esimerkiksi koulun hyvinvointisuunnitelmia tai koulun kehittämistavoitteita jäsentäviä suunnitelmia. Suunnitelmien tarkoituksena on asioiden priorisointi, tavoitteiden yhteinen asettaminen ja jäsentäminen toteutettaviksi kokonaisuuksiksi sekä suunnitelman toteutumisen arvioinnin järjestäminen. Peruskoulun opetussuunnitelman perusteissa oppilashuollon yhteyteen on koottu monia terveyden edistämiseksi asetettavia tavoitteita, jotka toimivat myös koulun laajempien terveyden edistämisen suunnitelmien tukena. (Vertio 2003, 100–101.)

Konun (2002) tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa väline kouluhyvinvoinnin arviointiin. Kehitettyssä mallissa yhdistyvät kasvatus, saavutukset ja hyvinvointi koulussa. Hyvinvointi jakaantuu edelleen neljään osa-alueeseen: terveydentila, koulun olosuhteet, sosiaaliset suhteet ja itsensä toteuttamisen mahdollisuudet. Tutkimuksessa tuli ilmi, että pojat kokivat koulun olosuhteet hiukan paremmiksi kuin tytöt. Terveystilan pojat kokivat selvästi tyt-

töjä paremmaksi. Tytöt puolestaan kokivat sosiaaliset suhteet ja itsensä toteuttamisen mahdollisuudet hiukan poikia paremmiksi. (Konu 2002, 52; 59–61.)

3.3 Kodin ja koulun yhteistyö terveyden edistämässä

3.3.1 Vanhempien vastuu lasten terveyden edistämisestä

Perhe vaikuttaa keskeisesti koululaisen terveyteen, sillä kodeissa luodaan perusta terveydelle ja hyvinvoinnille sekä muodostetaan elämisen mallit (Terho 2002a, 406). Vanhempien vastuu lapsen kasvusta kehityksestä ja hyvinvoinnista on ensisijainen. Hyvinvointia voidaan tukea yhteiskunnan toimenpiteillä, mutta kestävän hyvinvoinnin saavuttaminen edellyttää vanhempien kiinnostusta ja huolenpitoa omien lasten ja nuorten elämästä ja opiskelusta. (Perusopetuksen ja toisen asteen koulutuksen oppilashuoltotyöryhmä 2002, 33.)

Jakonen (2005) tutki 5., 7., 8. ja 9. vuosiluokan oppilaiden näkemyksiä terveyden oppimista. Tutkimuksessa tärkein myönteinen terveysvaikuttaja oli koti. Jakosen mukaan tämä oli lapsilta vahva kannanotto ja viesti vanhemmille kodin tärkeydestä heidän elämässään. Kotona opitaan tietoisesti tai tiedostamatta terveyttä tukevia tai kuluttavia toimintamalleja. Saatu terveyskäyttäytymismalli ohjaa toimimaan joko sen mukaisesti tai päinvastoin. Tutkimukseen osallistuneet oppilaat odottivat vanhempien kiinnostusta ja huolenpitoa, vaikka toisaalta sitä vastaan kapinoitiin ja kaivattiin itsenäisyyttä ja vapautta. (Jakonen 2005, 147–148; 168.)

Vanhempien huolenpito tuli esille myös Valkosen (2006) tutkimuksessa, jonka tavoitteena oli kuvata viides- ja kuudesluokkalaisten lasten käsityksiä vanhemmuudesta. Lapset korostivat huolehtimisen olevan vanhemman pe-

rusvelvollisuus. Siihen liitettiin terveydestä, kehityksestä, turvallisuudesta, koulunkäynnistä, vaatetuksesta ja syömisestä huolehtiminen. Lapset ilmaisivat, että vanhempien olisi pidettävä huolta siitä, että lapset ovat kunnossa ja kysyttävä välillä lapselta, onko kaikki hyvin. Vaikka huolenpitoa pidettiin tärkeänä, lapset korostivat myös, ettei hyvä vanhempi huolehdi liikaa. Tällä tarkoitettiin sitä, että vanhempien tulisi luottaa lapsiinsa eikä aina epäillä heitä jostakin. (Valkonen 2006, 39; 51.)

Perustarpeista, kuten ravitsemuksesta, huolehtiminen tuli esiin Okkosen (2004) tutkimuksessa, jossa kuvattiin 5–6-vuotiaiden lasten käsityksiä terveyden edistämisestä. Lasten mielestä vanhemmat toimivat lapsen hyväksi esimerkiksi käymällä uimassa, leikkimällä tai pelaamalla. Vanhempien rooleiksi terveyden edistämässä muodostuivat toimijan, rajoittajan ja ohjaajan roolit. Terveyden edistämiseksi vanhemmat toimivat antamalla ruokaa ja juomaa, ohjaavat kehottamalla pukeutumaan hyvin ja rajoittavat esimerkiksi karamellien syöntiä ja filmien katselua. (Okkonen 2004, 34; 65–67.)

Halmesmäen, Hjeltin ja Välimaan (2004) tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, mistä terveysasioista kodeissa puhutaan. Kaikkein yleisin keskusteluaihe oli terveellinen ruoka, joka tutkimuksessa haastateltujen murrosikäisten nuorten mielestä tarkoitti kasvisten ja salaatin syömistä. Nuoret olivat vastahakoisia syömään salaattia ja heidän mielestään vanhemmat olivat ottaneet tehtäväkseen muistuttaa siitä. Vanhemmat kertoivat juttelevansa ruoan monipuolisuudesta, pitsojen, limsan ja karamellien sekä aamiaisen ja kouluruoan syömisestä. (Halmesmäki, Hjelt & Välimaa 2004, 38–39.)

Kodeissa keskusteltiin myös erilaisista menoista, harrastuksista ja nukkumisesta. Vanhemmat kertoivat murrosikäisten nuorten haluttomuudesta mennä nukkumaan ja heräämisen vaikeudesta aamulla. He olivat huolissaan riittävästä yöunesta ja kertoivat muistuttavansa nuorta päivittäisten lepoetkien

tarpeellisuudesta. Useat toivat esiin nuorten konsoli- ja tietokonepelien pelaamisen ja television katselun. Vanhemmat olivat huomanneet pelien pelaamisen vievän aikaa levolta ja neuvoneet nuorta kohtuuteen pelaamisessa. Liikkumisesta ei kodeissa ainoastaan puhuttu, vaan sitä myös suunniteltiin ja toteutettiin yhdessä. Vanhemmat kannustivat nuoria valitsemaan liikunnallisen harrastuksen ja innostivat nuorta ulkoilemaan ja kävelemään koulumatkoja. (Halmesmäki ym. 2004, 40–42; 53.)

Kodeissa puhuttiin myös päihteistä, hygieniasta ja terveydenhoitoon liittyvistä asioista. Kaikki vanhemmat olivat keskustelleet nuoren kanssa tupakasta, alkoholista ja huumeista. Nuorten mainintojen perusteella hygieniää ja terveydenhoitoa käsiteltiin melko vähän kotona. Nuoret kertoivat, että vanhemmat muistuttivat suihkussa käymisestä ja hampaiden harjaamisesta. Muutamat vanhemmat olivat neuvoneet terveydenhuoltopalvelujen käyttöä, itsestä huolehtimisesta, lääkkeiden käyttöä ja oireiden lääkkeetöntä hoitoa. Seksuaaliterveydestä puhuminen koettiin sekä nuorten että vanhempien osalta vaikeaksi puheenaiheeksi. Nuoret puhuivat siitä mieluummin jonkun perheen ulkopuolisen kanssa. Vanhemmat kokivat keskustelun kotona tärkeäksi, vaikka nuoren odotettiin saavan perustiedot koulusta. (Halmesmäki ym. 2004, 43–52.)

Jakosen (2005) tutkimukseen vastanneiden oppilaiden mielestä vanhempien velvollisuus on puhua terveysasioista lastensa kanssa. Perustaidoiksi, jotka jokaisen tulisi kotona oppia, nimettiin perushygieenia, ihmissuhteiden hoitaminen ja anteeksipyyttäminen. Vanhemmat puhuivat myös pukeutumisesta, painonhallinnasta sekä valistivat päihteistä. (Jakonen 2005, 138.) Terveysteen liittyvät keskustelut käydään tilanteissa, jotka sijoittuvat luonnolliseksi osaksi arkea. Useimmiten keskustelut tapahtuvat ruoka- ja nukkumaanmenoai-kaan. asioista muistutetaan silloin kun ne havaitaan ajankohtaiseksi. Toisaal-

ta perheen yhdessä kokemat tilanteet, kuten katsottu televisio-ohjelma, saattavat virittää puhetta terveydestä. Joitakin asioita vanhemmat ottavat myös tietoisesti esiin luonnollisissa tilanteissa silloin kun se ovat ajankohtaisia. (Halmesmäki ym. 2004, 88.)

3.3.2 Oppilashuolto hyvinvoinnin edistäjänä

Uusi koululainsäädäntö määrittää oppilashuoltoa ensimmäistä kertaa. Sen mukaan oppilashuollolla tarkoitetaan oppilaan hyvän oppimisen, hyvän psyykkisen ja fyysisen terveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistämistä ja ylläpitämistä sekä niiden edellytyksiä lisäävää toimintaa. Opetukseen osallistumisen edellyttämä oppilashuolto on oppilaalle maksutonta. (477/2003, 31 a §.) Laissa oppilashuollon kokonaisuus nähdään koko kouluyhteisöä, kolmen hallintoalan yhteisenä tehtävänä (Peltonen & Laitinen 2006, 70): ”Oppilashuoltoon sisältyvät opetuksen järjestäjän hyväksymän opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto sekä oppilashuollon palvelut, jotka ovat kansanterveyslaissa tarkoitettu kouluterveydenhuolto sekä lastensuojelulaissa tarkoitettu kasvatuksen tukeminen” (477/2003 31a §).

Oppilashuollon hallinnollinen kolmijako vaatii Peltosen ja Laitisen (2006) mukaan uutta ajattelutapaa, sillä oppilashuollon määritelmässä mainitut opetussuunnitelman mukainen oppilashuolto ja oppilashuollon palvelut ovat uusia käsitteitä lainsäädännössä. Opetussuunnitelman mukaisella oppilashuollolla tarkoitetaan perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa määriteltäviä oppilashuollon palveluja. Oppilashuoltopalveluilla taas tarkoitetaan kansanterveylain (66/1972, 647/1998) ja lastensuojelulain (683/1983, 139/1990) perusteella annettavia palveluja, joita kouluikäiset saavat. (Peltonen & Laitinen 2006, 70.)

Perusopetuksen opetussuunnitelman (2004) mukaan oppilashuollon tavoitteena on luoda terve ja turvallinen oppimis- ja kouluympäristö, suojata mielen terveyttä ja ehkäistä syrjäytymistä sekä edistää koulu yhteisön hyvinvointia. Oppilashuolto tarjoaa sekä yhteisöllistä että yksilöllistä tukea. Toiminnalla edistetään välittämisen, huolenpidon ja myönteisen vuorovaikutuksen toimintakulttuuria koulu yhteisössä sekä varmistetaan kaikille tasavertainen oppimisen mahdollisuus. Työllä edistetään lapsen oppimista sekä tasapainoista kasvua ja kehitystä. Tavoitteena on oppimisen esteiden, oppimisvaikeuksien sekä koulunkäyntiin liittyvien ongelmien ehkäiseminen, tunnistaminen, lieventäminen ja poistaminen mahdollisimman varhain. (Opetushallitus 2004, 24.)

Oppilashuolto kuuluu kaikille koulu yhteisössä työskenteleville sekä viranomaisille, jotka vastaavat oppilashuoltopalveluista. Oppilashuoltoa kehitetään ja koordinoidaan moniammatillisessa oppilashuoltoryhmässä. (Opetushallitus 2004, 24.) Koululainsäädännössä ei ole opetussuunnitelman laatimisen lisäksi oppilashuoltoryhmien toimintaa ohjaavaa säädöstä. Kuitenkin yhteistyön sekä työn- ja vastuunjaon kannalta on tarkoituksen mukaista, että koulussa toimii oppilashuoltoryhmä, jonka toimintaperiaatteet on kirjattu opetussuunnitelmaan. (Rimpelä, Kuusela, Rigoff, Saaristo, Wiss 2008, 50.)

Useissa kunnissa on kuntakohtaisia oppilashuoltoryhmiä, jotka koordinoivat oppilashuollon kehittämistä ja tukevat koulu kohtaisten oppilashuoltoryhmien työskentelyä. Oppilashuoltoryhmien koostumuksessa on suurta alueellista vaihtelua. (Rimpelä ym. 2008, 50.) Tapauskohtaisesti ydinryhmän muodostavat rehtori, koulupsykologi, koulukuraattori, kouluterveydenhoitaja, koululääkäri, erityisopettaja ja luokanopettaja. Yksittäisen oppilaan asioita käsitellessä oppilashuoltoryhmän kokoukseen voidaan kutsua myös oppilas ja hänen vanhempansa. Työ on parhaimmillaan tiimityötä, joka hyödyntää

eri alojen asiantuntemusta ja osaamista koko yhteisön ja oppilaiden hyvinvoinnin ja oppimisen edistämiseksi. Vaikka työryhmän tehtävä laaja-alaisesti nähdäänkin koko koulun hyvinvointia kehittävä ja tukevana tehtävä, vie yksittäisen oppilaan ongelmien käsittely usein valtaosan ajasta. (Kouluterveydenhuolto 2002, 21; Pietikäinen & Ala-Laurila 2002, 221–223.)

Opetushallitus ja Stakes selvittivät yhteistyössä koulujen oppilashuoltoryhmän kokoontumistiheyttä ja työn jakautumista eri tehtäviin. Lukuvuoden 2006–2007 aikana kyselyyn vastanneista kouluista 92 prosentissa toimi oppilashuoltoryhmä. Suurimmassa osassa kouluista työryhmä kokoontui kerran kuussa tai harvemmin. Kerran viikossa kokoontui 13 prosenttia oppilashuoltoryhmistä. Kokoontumistiheys oli yhteydessä lääniin, kuntaryhmytykseen, koulun kokoon ja oppilaan äidinkieleen. Suurimmassa osassa kouluja yli puolet oppilashuoltoryhmien työajasta käytettiin yksittäistä oppilasta tai asiaa koskeviin oppilashuollollisiin kysymyksiin. Joka toisessa koulussa oppilaskohtaiseen työhön kului yli 75 prosenttia ajasta. Kouluyhteisön hyvinvointiin ja opetuksen tukeen joka kolmannessa koulussa käytettiin aikaa alle 10 prosenttia oppilashuoltoryhmän työpanoksesta. (Rimpelä ym. 2008, 51.)

3.3.3 Kouluterveydenhuolto

Kouluterveydenhuollolla on tärkeä merkitys lasten ja nuorten elämässä, koska koulu on paikka, jossa lapsi ja nuori viettää valtaosan ajastaan päivisin ja kouluterveydenhuollon henkilöstö tavoittaa kaikki koululaiset useamman kerran kouluvuosien aikana (STM & Suomen Kuntaliitto 2004, 9). Kouluterveydenhuollon tehtävänä on tukea koulun kasvatus- ja opetustehtäviä, minä lisäksi se havainnoi ja hoitaa terveyden ja koulunkäynnin häiriöitä. (Koululaisten terveys 2001, 2585). Suomessa kouluterveydenhuoltotyötä on tehty runsaan vuosisadan ajan. Vaikka kouluterveydenhuollon sisältö on muuttunut yhteiskunnan kehittyessä ja lääketieteellisen tiedon lisääntyessä, on ta-

voite säilynyt ennallaan: turvata jokaiselle lapselle mahdollisimman terve kasvu ja kehitys ja siten luoda perusta terveelle aikuisuudelle (Terho 2002b, 12.) Systemaattiseksi ja yhdenmukaiseksi kouluterveydenhuollon teki vuonna 1972 säädetty kansanterveyslaki, jota uudistettiin vuoden 2006 alussa. Lain 14. §:n mukaan kunnan tulee ylläpitää kouluterveydenhuoltoa, johon sisältyy kunnassa sijaitsevien perusopetusta antavien koulujen ja oppilaitosten kouluyhteisön terveellisyyden ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen, oppilaan terveyden seuraaminen ja edistäminen sekä yhteistyö oppilashuolto- ja opetushenkilöstön kanssa. (626/2007.)

Oppilaiden hyvinvoinnin ja terveyden seuranta on kouluterveydenhuollon keskeisintä aluetta. Oppilaskohtaista terveydenhoitoa toteutetaan määräaikaikaisilla, koko ikäluokkaa koskevilla terveystarkastuksilla ja seulontatutkimuksilla. Alakoulun aikana oppilaalla on mahdollisuus vähintään kahteen kouluterveydenhoitajan ja koululääkärin toteuttamaan laajan terveystarkastukseen ja niiden pohjalta laadittuun henkilökohtaiseen hyvinvointi- ja terveyssuunnitelmaan. Tämä hyvinvointitarkastus muodostuu terveydenhoitajan seulontatutkimuksista ja lapsen haastattelusta, lääkärin suorittamasta terveystarkastuksesta sekä vanhempien ja opettajan haastattelusta. Muut tarkastukset ja seulontatutkimukset tulisi ajoittaa niin, että oppilas tapaa terveydenhoitajan tai lääkärin vähintään kerran jokaisen kouluvuoden aikana. (STM & Suomen Kuntaliitto 2004, 26; Strid 2002, 141.)

Opetushallituksen ja Stakesin yhteistyössä toteuttaman raportin mukaan yli puolet kouluista (63 %) ilmoitti yhden tai useampia laajoja terveystarkastuksia 1.–6. vuosiluokkien aikana. Eniten näitä ilmoitettiin viidennellä luokalla (46 %) ja vähiten neljännellä luokalla (3 %). Kun koulujen vastauksia verrattiin lääkärin ja terveydenhoitajan tarkastusten ilmoittamiseen ja ehdoksi asetettiin lääkärin ja terveydenhoitajan tarkastus saman lukuvuoden aikana,

suositus kahdesta laajasta terveystarkastuksesta toteutui 14 prosentissa kouluista. Suositus laajoista terveystarkastuksista ja kouluterveydenhoitajan tai koululääkärin tarkastuksesta laajojen terveystarkastusten väli vuosina toteutui kahdeksassa prosentissa kouluista. (Rimpelä ym. 2008, 66–68.)

Soinisen ym. (2007) mukaan suurin osa vanhemmista (74 %) oli tyytyväisiä kouluterveydenhuoltoon ja myönteisesti vastanneet olivat pääsääntöisesti myös sitä mieltä, että kouluterveydenhuoltopalveluilla voidaan vaikuttaa lapsen terveyteen. Vanhempien esittämissä parannusehdotuksissa heijastui tämänhetkinen kouluterveydenhuoltohenkilökunnan paikalla olo. Kouluterveydenhoitajan toivottiin olevan nykyistä useammin koululla. Lisäksi toivottiin soittoaikoja ja keskustelutuokioita sekä vuosittaista lääkärin tai terveydenhoitajan tarkastusta. Vanhemmat myös ehdottivat, että terveydenhoitaja osallistuisi nykykäytäntöä useammin terveystiedon opetukseen. (Soininen ym. 2007, 86–87.)

3.3.4 Kodin ja koulun yhteistyö

Kodin ja koulun yhteistyön toteutuminen on osa koulun toimintakulttuuria ja kuuluu koulun kaikkien henkilöstöryhmien ammatilliseen toimintaan. Yhteistyö vahvistaa yhteisöllisyyttä ja turvallisuutta ja sitä kautta tukee oppilaiden ja koulun henkilöstön hyvinvointia ja terveyttä. (Rimpelä ym. 2008, 37.) Suomessa hyvin toimivaa kodin ja koulun yhteistyötä on aina pidetty tärkeänä ja keskeisenä tavoitteena oppilaiden hyvinvoinnin ja kasvun edistämässä (Perusopetuksen ja toisen asteen koulutuksen oppilashuoltoryhmä 2002, 34).

Perusopetuslain kolmannen pykälän mukaan opetuksessa tulee olla yhteistyössä kotien kanssa (628/1998). Myöhemmin opetuksen järjestämistä koskevaan pykälään on vahvistettu seuraavasti (477/2003): ”Opetus järjestetään op-

pilaiden ikäkauden ja edellytysten mukaisesti siten, että se edistää oppilaiden tervettä kasvua ja kehitystä.” Valtioneuvoston asetuksessa (1435/2001) opetuksen valtakunnallista tavoitteista ja perusopetuksen tuntijaosta määritellään kodin ja koulun yhteistyön merkitys. Asetuksen mukaan opetus ja kasvatus tulee järjestää yhteistyössä kotien ja huoltajien kanssa siten, että jokainen oppilas saa oman kehitystasonsa ja tarpeidensa mukaista opetusta, ohjausta ja tukea. Lisäksi opetuksessa tulee ottaa huomioon tyttöjen ja poikien erilaiset tarpeet sekä kasvun ja kehityksen erot. (1435/2001.)

Vaikka velvoite kodin ja koulun yhteistyöstä on ollut laissa pitkään, on vuoteen 2004 saakka yhteistyötä Suomessa tehty ilman yhteisiä opetussuunnitelmaan kirjattuja periaatteita ja toimintamalleja (Launonen, Pohjala & Holma 2004, 93). Opetussuunnitelmassa koulu velvoitetaan yhteistyöhön huoltajien kanssa niin, että he voisivat osaltaan olla tukemassa lastensa tavoitteellista oppimista ja koulunkäyntiä. Yhteisvastuullisella kasvatuksella edistetään lasten ja nuorten oppimisen edellytyksiä, turvallisuutta ja hyvinvointia koulussa. Kodin ja koulun yhteistyötä toteutetaan sekä yksilö- että yhteisötasolla. (Opetushallitus 2004, 22.)

Yhteistyö kodin ja koulun välillä on tärkeää kaikissa kouluun liittyvissä tilanteissa, jotta vanhemmat tulisivat kuulluiksi ja kotien tärkeinä pitämät asiat otettaisiin huomioon opetuksen järjestämisessä. Tämän vuoksi opetussuunnitelman perusteissa varsinaisen kodin ja koulun yhteistyötä koskevan luvun lisäksi yhteistyötä käsitellään myös muissa yhteyksissä. Opetussuunnitelmassa yhteistyöstä puhutaan muun muassa opetussuunnitelman laatimisen, oppimissuunnitelman, tukiopetuksen, oppilashuollon ja opintojen aikaisen arvioinnin yhteydessä. (Peltonen 2006, 23–24; Rimpelä ym. 2008, 37.)

Kodin ja koulun yhteistyön haasteena on löytää yhteistyölle myönteinen perusvire ja sellaiset toimintatavat, jotka motivoivat toimimaan yhdessä koko

perusopetuksen ajan (Launonen ym. 2004, 92). Väestöliiton perhebarometris-
sa (Seppälä 2000) vanhempien ja opettajien näkemykset onnistuneesta yhteis-
työstä olivat varsin samankaltaiset. Tärkeimpänä edellytyksenä pidettiin
toimivaa vuorovaikutusta, joka sisälsi muun muassa keskusteluja ja kuunte-
lemista sekä yhteisiä tapaamisia. Keskinäinen avoimuus, rehellisyys ja luot-
tamus, yhteiset pelisäännöt ja erilaisten näkemysten kunnioittaminen sekä
kiireettömyys koettiin onnistuneen yhteistyön avaimiksi. (Seppälä 2000, 35–
36.) Halmesmäen ym. (2004) tutkimuksen vanhemmat pitivät nuoren tervey-
den kannalta monimuotoista yhteistyötä koulun kanssa tärkeänä. Osa van-
hemmista piti tärkeänä vanhempainiltoja ja vanhempainyhdistystoimintaa.
Niissä oli mahdollisuus keskustella muiden samassa elämäntilanteessa olevi-
en vanhempien kanssa ja sopia myös yhteisistä pelisäännöistä kuten kotiin-
tuloajoista. (Halmesmäki ym. 2004, 29.)

Koulussa yhteistyötä tehdään monella eri tavalla sekä yksilö- että yhteisöta-
solla. Yksilötasolla toimijoina ovat yksittäisen oppilaan vanhemmat ja opetta-
ja. Yhteisötasolla taas tarkoitetaan esimerkiksi vanhempainiltoja, retkiä, juh-
lia ja muita ryhmätapaamisia. (Laatua kodin ja koulun yhteistyöhön 2007,
13.) Perinteistä vanhempainillan toimintakulttuuria voidaan karrikoiden ku-
vata tilanteeksi, jossa rehtorin tervetulosanoja seuraa pitkä, yksipuolinen tie-
donanto. Tämän jälkeen opettajat jatkavat sanankuulemistilaisuutta luokissa.
(Launonen ym. 2004, 91.) Koska vanhempainillat edelleen ovat yleisin tapa-
tavata oppilaiden vanhempia, edellyttää onnistunut tapaaminen toimintata-
pojen muuttamista. Vanhempainillat vaativat hyvää suunnittelua, riittävän
ajoissa tapahtuvaa, selkeää tiedottamista sekä taitoa toimia aikuisryhmän
kanssa. Toimintatavoiltaan vanhempainiltojen olisi hyvä olla monipuolisia ja
vuorovaikutteisia. Kokoontumistilan käyttöön ja sosiaalisen muotoon kan-
nattaa kiinnittää huomiota. Vanhempainilloissa voidaan myös kokeilla toi-
minnallisia kohtaamisen tapoja tai ne voidaan järjestää koko perheen iltoina,

joissa lapsetkin ovat mukana. (Laatua kodin ja koulun yhteistyöhön 2007, 23.)

Yksittäistä oppilasta koskevat kasvatus- ja arviointikeskustelut ovat tärkeä muoto kodin ja koulun välisessä yhteistyössä. Näillä keskusteluilla on hyvä olla selkeä tavoite ja tehtävä, joka tulee olla myös vanhempien ja oppilaiden tiedossa. Näin vanhemmat ja oppilaat voivat osaltaan valmistautua tapaamiseen. (Laatua kodin ja koulun yhteistyöhön 2007, 23.) Opetushallituksen ja Stakesin selvitykseen osallistuneista kouluista vajaa puolet ilmoitti järjestävänsä oppilaan, huoltajan ja opettajien välisiä keskusteluja säännöllisesti ja yhteisesti sovittujen periaatteiden mukaisesti. Kouluista 39 prosenttia ilmoitti, että keskusteluja järjestettiin säännöllisesti, mutta kunkin opettajan toteuttamana tilanteeseen soveltuvalla tavalla. Vain alle viidennes (16 %) kouluista ei järjestänyt keskusteluja säännöllisesti, vaan toteutti niitä ainoastaan tarpeen tullen. (Rimpelä ym. 2008, 40.)

Yksittäisen oppilaan ympärille rakentuvan yhteistyön lisäksi kouluissa voi olla myös vanhempaintoimintaa, jonka tavoitteena on edistää oppilaiden hyvinvointia. Vapaaehtoisuuteen perustuvaa toimintaa tehdään luokkatasolla ja kouluyhteisön tasolla vanhempainyhdistyksissä. Toiminta voi olla esimerkiksi keskustelutilaisuuksien, toiminnallisten tapahtumien ja yhteisten juhlien järjestämistä. Vanhemmat voivat myös olla mukana vaikuttamassa koulutilojen ja -pihan viihtyisyyteen tai koulumatkojen turvallisuuteen. Vaikka vanhempainyhdistys onkin koulun tärkeä yhteistyökumppani, se ei korvaa muuta kodin ja koulun yhteistyötä. (Perusopetuksen ja toisen asteen koulutuksen oppilashuoltoryhmä 2002, 34; Laatua kodin ja koulun yhteistyöhön 2007, 24–25.)

3.4 Terveystieto osana terveyden edistämistä

Koulun terveyttä edistävään toimintaan liittyvät käsitteet voidaan järjestää hierarkkisesti toisiinsa nähden. Käsitteistä laajin on terveyden edistäminen. Seuraavaksi hierarkiassa seuraa terveystietokasvatus, joka on terveyden edistämistä suppeampi käsite. Terveystietokasvatus on terveyden edistämisen yksi toimintastrategia. Koulussa terveystietokasvatuksen toteutumismuoto on terveystietokasvatusoppiaine. (Kannas 2005, 13.)

Terveystieto on aina ollut jossain muodossa perusopetuksessa. 1950- ja -60-luvuille asti terveystietoutta rakennettiin kouluissa terveystietokasvatusoppina. Opetuksella oli tärkeä rooli terveystietokasvatuksen lisääjänä, mutta yhteiskunnan muuttuessa opetus ei enää pysynyt ajan tasalla vaan taantui ja sulautui muihin oppiaineisiin. 1970-luvulla terveystietokasvatuksia opetettiin kansalaistaidon yhteydessä. Opetuskokonaisuus oli kuitenkin varsin hajanainen, eikä mikään opettajaryhmä tuntenut sitä omakseen. Myös opetushallinnon kiinnostus oppiainetta kohtaan väheni. Myöhemmin terveystietoa on opetettu biologian, liikunnan ja kotitalouden yhteydessä. (Karvinen 2003, 29.)

Terveystiedon asema itsenäiseksi oppiaineeksi alkoi hallituksen esityksestä eduskunnalle (142/2000). Terveystiedon aseman selkeyttämiseksi ja parantamiseksi esityksessä ehdotettiin muutettavaksi perusopetuslain 11 §:n 1 momenttia niin, että kaikille perusopetuksen oppilaille alettaisiin opettaa yhteisenä aineena terveystietoa. Samalla kansatieto ehdotettiin poistettavaksi oppiaineluettelosta. Ehdotuksen mukaan opetuksen tavoitteena olisi, että oppilaat oppivat terveystietoja ja -taitoja sekä terveyttä edistäviä asenteita. Lisäksi tavoitteena olisi lisätä oppilaiden valmiuksia pohtia terveyteen ja sairauksiin liittyviä arvo- ja arvostuskysymyksiä sekä kriittisesti arvioida yhteiskunnan terveystietokulttuuriin liittyviä ilmiöitä. (HE 142/2000.)

Esityksessä todettiin, että terveystieto ja -kasvatus, turvallisuustaidot ja -valmiudet sekä yleiset yhteiskunnassa toimimisen ja elämänhallinnan kannalta tärkeät tiedot ja taidot ovat jääneet perusopetuksessa liian vähälle huomiolle. Opetus osana muita oppiaineita tai aihekokonaisuuksina katsottiin olevan puutteellista, tavoitteita saavuttamatonta opetusta. Tätä esityksessä pidettiin merkittävänä epäkohtana, koska mainitut tiedot ja taidot muodostavat perusopetuksen tavoitteeksi asetetun eettisesti vastuukykyisen yhteiskunnan jäsenyyden saavuttamisen ja yleisen elämänhallinnan perustan. (HE 142/2000.)

Hallituksen esityksen mukaan terveystiedon opetus jakaantuisi kolmeen osaluokkaan: ensinnäkin varsinaiseen terveystietoon ja terveyden edistämiseen, toiseksi sosiaalisten taitojen ja yleisten elämänhallintataitojen kehittämiseen sekä kolmanneksi turvallisuustaitojen ja -valmiuksien saavuttamiseen. Esityksessä mainittiin myös, että opetus osana perusopetusta tavoittaa lähes koko ikäluokan ja opetusta tehostamalla voidaan vaikuttaa yleiseen kansanterveyteen. Muutos sidottiin toteutettavaksi opetussuunnitelman uudistamisen yhteyteen. (HE 142/2000.)

Koulun opetussuunnitelma heijastaa niitä vallitsevia arvoja ja käsityksiä siitä, millaisia taitoja pidetään tärkeinä ja hyödyllisinä, ja toisaalta sitä, millaiseen yhteiskuntaan kasvava lapsi halutaan sosiaalista. Aikaisemmin terveystietokasvatukselle ei ole laitettu painoarvoa koulun opetussuunnitelmassa. Terveyden arvostus on selvästi heijastunut terveystietokasvatuksen asemaan koulussa. Tällä hetkellä terveystieto-oppiaineella on paljon puolestapuhujia. (Kannas 2005, 9.) Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteiden mukaan terveystiedon opetus perustuu monitieteiseen tietoperustaan. Opetuksen tarkoituksena on edistää oppilaiden terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta tukevaa osaamista. Tehtävänä on kehittää oppilaiden tiedollisia, sosiaalisia, tunteiden

säätelyä ohjaavia, toiminnallisia ja eettisiä valmiuksia. Terveystiedon opetuksessa kehitetään tietoja ja taitoja terveydestä, elämäntavasta, terveystottumuksista ja sairauksista sekä kehitetään valmiuksia ottaa vastuuta ja toimia oman sekä toisten terveyden edistämiseksi. Oppiaineena terveystieto on oppilaslähtöinen, toiminnallisuutta ja osallisuutta tukeva. (Opetushallitus 2004.)

Heikkinen (2005) hakee perustaa terveystieteelle hyvän elämän ideasta. Ajatusmallissa terveys ei ole päätavoite, vaan yksi onnellisen elämän ulottuvuus tai väline. Tarkastelussa korostuvat näkemykset, joita on tuotu esiin maailman terveysjärjestön ajatuksissa, kansanterveystieteessä ja humanistisessa filosofiassa. Kun nämä määritelmät otetaan terveystieteiden perustaksi, ihmisen hyvinvointi hahmottuu laajasti ymmärrettynä eli hyvänä elämäntavaksi. Näiden perusteella voidaan myös vastata kysymykseen, mikä on terveystiedon opettamisen tarkoitus. Opettämisen tarkoituksena ei ole terveyskapeasti ymmärrettynä, vaan ihmisen hyvän elämän edistäminen kokonaisvaltaisesti. (Heikkinen 2005, 19–21.)

Kannas (2005) jakaa terveystieteiden neljään tehtävään: sivistävään, virittävään, muutosta avustavaan ja mielenterveystieteeseen. Sivistävä tehtävä tarkoittaa terveystietojen ja -taitojen opettamista yleissivistävässä hengessä. Sivistävän tehtävän merkityksen voidaan sanoa kasvavan, koska keuhkokuumeella 2007 terveystieto oli ensimmäistä kertaa yksi ylioppilaskirjoituksissa valittavista reaalinaikaisista. Peruskoulussa ja lukiossa on siten otettava terveystieteiden sivistävä tehtävä entistä paneutuneemmin huomioon. Virittävässä tehtävässä on kyse tietoisuusprosessin viriämisestä. Opetuksen tavoitteena on tietoisuuden hämmentäminen ja innostaminen pohdiskeluun, väittelyyn sekä omien perusteluiden jäsentämiseen. Muutosta avustavalla tehtävällä tarkoitetaan terveystieteen käyttämisen ja terveystaitojen ja -valmiuksien muu-

toksia. Mielenterveystehtävän tavoitteena on ehkäisevä mielenterveystyö. Terveyskasvatuksen intressinä ei siis ole pelkkä terveyskäyttäytyminen vaan myös terveyden psyykkiset voimavarat. (Kannas 2005, 26–31.)

4 TERVEYSTIETO OPPIAINEENA PERUSOPETUKSESSA

4.1 Terveystiedon tavoitteet opetussuunnitelmassa

Terveystieto muodostaa jatkumon esiopetuksesta toiselle asteelle. Jatkumon eteneminen systemaattisena, rakentavana kokonaisuutena on erityisen haasteellista perusopetuksen aikana. (Peltonen 2005, 43.) Terveystieto-oppiaineen opetus tulee suunnitella siten, että oppilaalle muodostuu kokonaisvaltainen kuva koko terveystiedosta koko perusopetuksen aikana (Opetushallitus 2004, 198).

Vuosiluokilla 1–4 ympäristö- ja luonnontieto on biologian, maantiedon, fysiikan, kemian ja terveystiedon tieteenaloista koostuva integroitu aineryhmä, jonka opetukseen sisältyy kestävän kehityksen näkökulma. Ympäristö- ja luonnontiedon opetus tukeutuu tutkivaan ja ongelmakeskeiseen lähestymistapaan, jossa lähtökohtana ovat oppilaan ympäristöön, oppilaaseen itseensä liittyvät asiat, ilmiöt ja tapahtumat sekä oppilaan aikaisemmat tiedot, taidot ja kokemukset. Kokemuksellisen ja elämyksellisen opetuksen avulla oppilaalle kehittyy myönteinen suhde ympäristöön ja luontoon. Oppiaineen lähestymistavat ja sisällöt valitaan oppilaiden edellytysten ja kehitystason perusteella. (Opetushallitus 2004, 168.) Vuosiluokkien 1–4 aikana integroitua oppiaineryhmää ympäristö- ja luonnontieto opetetaan yhteensä yhdeksän vuosiviikkotuntia (Peltonen 2005, 44).

Biologia ja maantieto on biologian, maantiedon, fysiikan, kemian ja terveystiedon tieteenaloista koostuva integroitu aineryhmä, jota opetetaan vuosiluokilla 5–6. Terveystiedon opetuksen tavoitteena on, että oppilas oppii ymmärtämään omaa kasvuaan ja kehitystään fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaali-

sena prosessina sekä ihmisen ja hänen ympäristönsä välisenä vuorovaikutuksena. (Opetushallitus 2004, 174.) Biologian ja maantiedon sekä terveystiedon opetusta on vuosiluokilla 5–6 yhteensä kolme vuosiviikkotuntia ja kemian ja fysiikan sekä terveystiedon opetusta yhteensä kaksi vuosiviikkotuntia (Peltonen 2005, 44).

Vuosiluokilla 7–9 terveystietoa opetetaan itsenäisenä oppiaineena kolme vuosiviikkotuntia. Opetuksen tavoitteena on edistää oppilaiden terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta tukevaa osaamista. Tehtävänä on kehittää oppilaiden eettisiä, tiedollisia, sosiaalisia, toiminnallisia ja tunteiden säätelyä ohjaavia valmiuksia. Terveystiedon opetuksen lähtökohtana on terveyden ymmärtäminen fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaaliseksi toimintakyvyksi. Opetuksessa kehitetään tietoja ja taitoja terveydestä, elämäntavasta, terveystottumuksista ja sairauksista sekä kehitetään valmiuksia ottaa vastuuta ja toimia sekä oman että toisten terveyden edistämiseksi. Opetuksen lähtökohtana on lapsen ja nuoren arki, kasvu ja kehitys sekä ihmisen elämäntapa. (Opetushallitus 2004, 198.)

Terveystieto-oppiaineen opetus perustuu monitieteiseen tietoperustaan (Opetushallitus 2004, 198). Oppiainetta voidaankin aidosti sanoa monitieteiseksi, koska alakoulussa sitä opetetaan eri oppiaineitten yhteydessä nimeämättä sitä erikseen. Integroinnista huolimatta opetuksen tavoitteet ja sisällöt on kuitenkin ollut aiheellista määrittää myös erikseen kokonaisuuden selkiyttämiseksi. (Vertio 2005, 54–55.) Oppiaineen integroimisen tulisi näkyä myös oppiainerajat rikkovassa opetuksen suunnittelussa. Suunnittelua tulisi tehdä yhdessä niiden oppiaineiden kanssa, joihin terveystieto on integroitu. Lisäksi yhteistyötä edellytetään oppilashuollon henkilöstön kanssa. Myös muiden aineiden kanssa tehtävä yhteistyö voi tuoda terveystiedon oppitun-

neille oppilaita lähellä olevaa ja kokemuksellista oppimateriaalia. (Tyrväinen, 2005, 58.)

Opetussuunnitelmauudistuksen tavoitteena on turvata oppilaalle yhtenäinen ja johdonmukaisesti etenevä oppimispolku aina esiopetuksesta perusopetuksen päättövaiheeseen asti. Tavoitteen saavuttamisessa aihekokonaisuuksilla on keskeinen rooli. Aihekokonaisuudet ovat kasvatus- ja opetustyön keskeisiä painoalueita, joiden tavoitteet ja sisällöt sisältyvät useisiin oppiaineisiin. Ne ovat opetusta eheyttäviä teemoja, joiden avulla vastataan myös ajan koulutushaasteisiin. Kunnan tai koulun opetussuunnitelmaa laadittaessa aihekokonaisuudet tulee sisällyttää yhteisiin ja valinnaisiin oppiaineisiin sekä yleisiin tapahtumiin, ja niiden tulee näkyä koulun toimintakulttuurissa. Tavoitteena on, että koulun käytännöt rakennetaan johdonmukaisesti tukemaan kasvatukselle ja opetukselle asetettuja tavoitteita. (Peltonen 2005, 46–47; Lindström 2004, 10; Opetushallitus 2004, 38.)

Aihekokonaisuudet tulee ottaa huomioon myös terveystiedon opetuksessa. Perusopetuksessa aihekokonaisuuksia ovat ihmisenä kasvaminen, turvallisuus ja liikenne, viestintä ja mediataito, ihminen ja teknologia, kulttuuri-identiteetti ja kansainvälisyys, osallistuva kansalaisuus ja yrittäjyys sekä vastuu ympäristöstä, hyvinvoinnista ja kestävästä kehityksestä. Aihekokonaisuuksien tavoitteiden ja keskeisten sisältöjen tarkastelu osoittaa, että niissä kaikissa käsitellään terveystietoon liittyviä aihealueita. Tämä antaa mahdollisuuden oppiainerajat ylittävään yhteistyöhön. Aihekokonaisuuksiin liittyvät näkökulmat tukevat myös terveystiedon yksilöllisiä lähtökohtia, kuten oppilaslähtöisyyttä, toiminnallisuutta ja osallisuutta tukevaa oppimista. (Peltonen 2005, 46–47.)

4.2 Terveystiedon olemuksen lähtökohdat

Terveystiedon tietoperusta voidaan Kannaksen (2005) mukaan jakaa näkemys-, elämäntapa-, menetelmä- ja kulttuuritietoon. Näkemystiedossa keskeistä on kyky pohtia terveyden arvoperustaa ja terveystiedon eettisiä näkökulmia. Näkemystiedon ydintä on ymmärrys terveys- ja sairauskäsitteistä, terveyden olemuksesta ja sen eri ulottuvuuksista. Selkeä käsitys tulee olla myös terveyden edistämiseen, terveystiedon ja terveystietoon liittyvistä keskeisistä käsitteistä ja niiden suhteesta toisiinsa. (Kannas 2005, 13–14.)

Elämäntapatiedolla tarkoitetaan ihmisten terveyteen liittyvien tapojen, tottumusten, tietojen, arvojen ja asenteiden sekä niitä ohjaavien tekijöiden tuntemusta. Elämäntapatietoa voi kartuttaa lukemalla alan ajankohtaisia tutkimusjulkaisuja ja kirjallisuutta sekä seuraamalla uutisointia ja julkista keskustelua. Toisaalta katuviisaus lasten ja nuorten terveystietoon voi monesti olla merkittävämpi ja hyödyllisempi elämäntapatiedon lähde kuin näkemysten hankkiminen kirjoista. Menetelmätieto voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen, jotka kuvaavat opettajan tarvitsemaa ammatillista osaamista. Opettajan tulee tuntea oppimiskäsitteet, sillä ne ohjaavat opettamisen tyylejä, oppimisympäristöjen valintaa ja arviointia. Opettajalta edellytetään monipuolisia viestintä-, opetus-, ja ohjaustaitoja eli toisin sanoen pedagogisia taitoja. Kolmatta menetelmätiedon osa-aluetta kutsutaan strategiatiedoksi. Se tarkoittaa, että opettajalla on kokonaisvaltainen käsitys siitä, millaisilla toiminnoilla voidaan edistää koulun terveyttä. Kulttuuritiedolla tarkoitetaan terveyden edistämisen ja terveystiedon tietoperustaa, jonka avulla voidaan ymmärtää terveyteen ja sairauteen liittyviä ilmiöitä ja niille annettuja merkityksiä. (Kannas 2005, 14–18.)

Vertio (2005) pohtii terveystiedon olemusta vertaamalla opetusta koululaivaan. Hänen mukaan terveystiedon opetuksen koululaivassa on neljä oppimistehtävää. Ensinnäkin on opittava selviytymään monista tilanteista itse. On kohdattava omat vaikeudet, mutta myös opittava tulemaan toimeen muiden kanssa. Toiseksi on opittava, miten voi toimia, kun itse ei jaksaa ja mitä pitää tehdä, kun toinen näyttää olevan putoamassa laivasta. Toisin sanoen on ymmärrettävä ihmissuhteiden vuorovaikutuksen merkitys. Kolmanneksi on opittava tietämään, mitkä asiat edistävät ja kuluttavat niin omaa kuin muiden terveyttä. Neljänneksi, kun laiva lähestyy päätesatamaansa, on tiedettävä aikuisuuden mantereiden ominaisuuksista ja toimintavoista ja osattava etsiä lisää tietoa ja tarvittaessa apua. (Vertio 2005, 54.)

Tyrväinen (2005) jäsentää terveystiedon luonnetta avaamalla perusopetuksen opetussuunnitelman määrittämiä käsitteitä. Opetussuunnitelmassa oppiaine kuvataan oppilaslähtöiseksi, toiminnallisuutta ja osallistavuutta tukevaksi (Opetushallitus 2004, 200). Tyrväinen toteaa, että käsitteet ovat hyvin toistensa kaltaisia ja osittain päällekkäisiä. Oppilaslähtöisyys on ikään kuin yläkäsite, jonka alle kaksi muuta voidaan sijoittaa. Oppilaslähtöisyydellä hän tarkoittaa opetuksen, kasvatuksen ja oppimisen suunnittelua ja toteutusta oppilaan näkökulmasta. Se on vastakohta opettajajohtoisuudelle. Toiminnallisuus liittyy yhdessä tekemiseen ja oppilaita aktivoivien työmenetelmien käyttöön. Osallistuvuuden Tyrväinen jäsentää lainaamalla Simovskaa (2000). Osallistuvuudella edistetään oppilaiden päätöksentekokykyä, persoonallista kasvua, ryhmätyötaitoja sekä yhteisöllisyyttä tai yhteiskunnallisen vaikuttamiseen taitoja. (Tyrväinen 2005, 52–54.)

4.3 Terveystiedon opetusmenetelmät

4.3.1 Tutkiva ja ongelmakeskeinen lähestymistapa

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa alaluokkien terveystiedon opetuksen menetelmiksi määritellään tutkiva ja ongelmakeskeinen lähestymistapa sekä kokemuksellinen ja elämyksellinen opetus (Opetushallitus 2004, 170). Mitä nämä menetelmät ovat? Kirjallisuudessa ongelmakeskeisestä oppimisesta puhutaan ongelmälähtöisenä (Boud & Feletti 1999) ja ongelmaperustaisena (Poikela 1998; Poikela 2004) oppimisena. Opetussuunnitelmassa käytettävä termi ongelmakeskeinen viittaa Poikelan (1998, 7) mielestä opetukseen, jossa ongelman ratkaisua voidaan käyttää elävöittämässä muuten perinteisin menetelmin toteutettavaa opetusta.

Ongelmaperustaisen oppimisen alkuperä voidaan jäljittää viime vuosisadan alun pragmatismiin, jonka mukaan oppimisen strategioita voidaan kuvata kyselemisenä ja ongelmanratkaisuna. Uusiin tilanteisiin joutuminen, niissä toiminen ja johtopäätösten tekeminen on ohjattua ja kontrolloitua tiedon muodostuksen prosessia. Oppimisen prosessin havainnosta alkava strukturoimattoman tilanteen konstruointi tuottaa ymmärrystä ja tilanne muuttuu käsitettäväksi kokonaisuudeksi. (Poikela 2004, 38.) Siinä muodossa kuin menetelmä nykyisin tunnetaan, kehittyi Pohjois-Amerikassa 1970-luvulla käyttöön otetuista uudistuksellisista terveystieteiden opetussuunnitelmista. (Boud & Feletti 1999, 16.) Suomessa menetelmä on herättänyt kasvavaa kiinnostusta ammatillisen koulutuksen eri aloilla ja tasoilla. Ensimmäisenä menetelmän soveltaminen aloitettiin lääkärin ja terveydenhuoltoalan koulutuksessa. Tampereen yliopistossa sitä toteutetaan myös lastentarhanopettajien ja luokanopettajien koulutuksessa. (Poikela 1998, 3; Poikela 2004, 33.)

Oppiminen ongelmaperustaisessa oppimisessa käynnistyy pikemminkin ongelmista kuin oppiaineessa opittavan tiedon esittelystä. Opetus organisoidaan tapahtuvaksi pienryhmissä, joissa ongelmia käsitellään käytettävissä olevan virikeaineiston avulla. Oppimisprosessin aikana ryhmässä työskentely ja itsenäinen tiedonhankinta vuorottelevat perinteisten luentojen sijaan. Työskentelyä ohjaa opettaja, jonka tarkoituksena ei ole tarjota oppilaille valmiista tietoa omaksuttavaksi, vaan tukea ja auttaa itsenäistä oppimista ja tiedonhankintaa. Tavoitteena on oppilaiden kriittisen ajattelun tarkoituksenmukainen ohjaaminen ja rajattujen mahdollisuuksien tarjoaminen, jotta oppilaat oppisivat annetun ongelman määrittely- ja ratkaisuyrityksistään. (Boud & Feletti 1999, 16; Poikela 1998, 6.)

Hakkaraisen, Lonkan ja Lipposen (1999, 216) mielestä ongelmaperustainen oppiminen on eräs tutkivan oppimisen käytännön toteutusmalli. Poikelan (2004) mielestä tulkinta on liian suppea, koska ongelmaperustainen oppiminen ei ole pelkkä opetusmetodi tai ongelmanratkaisutekniikka, jota jostakin syystä toteutetaan ryhmän avulla. Hän huomauttaakin, että termien varioimisessa on se ongelma, ettei voida olla varmoja puhutaanko samasta asiasta. (Poikela 2004, 25.) Hakkarainen, Lonka ja Lipponen (2004) myöntävät, että ongelmaperustaisella oppimisella on osittain erilainen tausta ja pitempi historia kuin tutkivalla oppimisella, mutta eroista huolimatta se voidaan kuitenkin luontevasti liittää tutkivaan oppimiseen. Ongelmaperustaisen oppimisen tapaan tutkivassa oppimisessa opiskelijaa rohkaistaan toimimaan enemmänkin omaa oppimis- ja ajatteluprosessia ohjaavana asiantuntijana kuin perinteisenä opiskelijana (Hakkarainen ym. 2004, 288.)

Tutkivan oppimisen ideana on ohjata oppimisyhteisön jäsenet ottamaan yhdessä ratkaistavaksi ongelmia, joita ei voida ratkaista aiemmin hankitun tiedon varassa. Lähtökohdaksi asetetaan jokin merkityksellinen ja moniulottei-

nen aihepiiri, jonka opettaja valitsee ja kehittää yhdessä oppilaiden kanssa. Oppilaat haastetaan muodostamaan aiheeseen liittyviä kysymyksiä ja luomaan niitä selittäviä intuitiivisia työskentelyteorioita. Tavoitteena on oppilaan oman ajattelun haastaminen tieteellisen tai muuhun auktoriteettitietoon liittyvän tiedon sijaan. Tuotetut ideat arvioidaan yhdessä, jonka jälkeen oppimisyhteisön jäsenet hankkivat aiheesta uutta tietoa monenlaisista lähteistä. Työskentelyn pohjalta muodostetaan uusia tutkimuskysymyksiä ja niitä vastaavia uusia työskentelyteorioita, siten että prosessi syvenee asteittain. Olennaista on, että prosessin kaikki osat jaetaan oppimisyhteisön jäsenten välillä. (Hakkarainen, Bollström-Huttunen, Pyysalo & Lonka 2005, 13; 30–31.)

Tutkimuksellinen oppimiskulttuuri edellyttää opettajalta niin kutsuttujen aitojen kysymysten käyttämistä. Aitojen kysymysten tavoitteena on uuden asian ymmärtäminen tai ongelman ratkaiseminen. Ne erotetaan diagnostisista kysymyksistä, joihin yleensä tiedetään oikea vastaus etukäteen. Diagnostiset kysymykset auttavat opettajaa selvittämään opiskelijoiden tietämystä asiasta, saattavat tukea uusien oivallusten syntymistä auttamalla opiskelijoita jäsentämään aikaisempaa tietojaan ja kokemuksiaan sekä tekemään niistä johtopäätöksiä. Kuitenkin tutkimuksellinen oppimiskulttuuri edellyttää, etteivät diagnostiset kysymykset hallitse oppimiskulttuuria, vaan lähtökohdaksi asetetaan aitoja, uuden asian ymmärtämiseen ja ilmiöiden selittämiseen tähtäviä kysymyksiä. Menetelmä asettaa opettajan tilanteeseen, jossa hän ei voi rajata keskustelua niihin ilmiöihin, jotka hän entuudestaan tuntee. Oppimistilanteet eivät siten ole oppimisprosesseja ainoastaan oppilaille, vaan myös opettajalle. (Hakkarainen ym. 1999, 216–217.)

4.3.2 Kokemuksellinen ja elämyksellinen opetus

Elämyspedagogiikan merkittävimpana kehittäjänä pidetään saksalaista Kurt Hahnia (1886–1974). Hänen kasvatusperiaatteenaan oli yksilön kokonaisper-

soonallisuuden kehittäminen konkreettisen tekemisen kautta saatujen kokemusten ja elämysten avulla. Hahnin ajatukset luovat edelleen perustaa monille elämys- ja seikkailukasvatussovelluksille. (Lehtonen 1998, 7.) Suomessa elämyspedagogiikasta on alettu puhua 1990-luvun alussa yhtenä perinteisen opetuksen vaihtoehtona ja tukijana. Yhteiskunnan murros, muuttuneet tarpeet, koululaisten pahoinvointi, masentuneisuus ja syrjäytymisen riskitekijät ovat nostaneet esille tarpeen pedagogisiin uudistuksiin ja vaihtoehtoihin lähestymistapoihin. Aikaisemmin elämyspedagogiseen opetukseen ei ole panostettu, koska konkreettiset elämykset, jännitys ja toiminnallisuus ovat kuuluneet luonnollisina osina ihmisten elämään ja koulun ulkopuolisiin harrastuksiin. Menetelmien hyödyntäminen toimintamuotojen vaihtoehtona on lisääntynyt useilla sivistys-, kasvatusta- ja opetustyön sekä terapian, nuorisotyön ja sosiaalipedagogiikan alueilla. (Karppinen 2007, 83; Karppinen 2005, 168.)

Elämystoiminnassa käytetty käsitteistö on kirjavaa, monin osin epämääräistä ja merkitykseltään vivahteikasta. Puhutaan esimerkiksi elämyspedagogiikasta, kokemuksellisesta oppimisesta ja seikkailukasvatuksesta. Termit ovat toisilleen sukulaiskäsitteitä ja usein niitä pidetään jopa synonyymeinä. Kokemuksellisessa oppimisessa ja elämyspedagogiikassa oppiminen kuvataan jatkuvaksi prosessiksi, joka perustuu kokemuksiin ja elämyksiin sekä niiden analyysiin. Oppimisprosessi etenee syklisesti, sillä onnistunut prosessi tuottaa aina uutta soveltavaa tietoa, uusia elämyksiä ja kokemuksia, jotka jälleenkäsitellään. Myös seikkailukasvatus sisältää monia elämyksellisen ja kokemuksellisen pedagogiikan painotuksia. Siinä etusijalla ovat kuitenkin korkea riskin seikkailun eri osa-alueet kuten korkealla tapahtuva köysikiipeily, koskimelonta tai selviytymisleiri. (Karppinen & Latomaa 2007, 11–12; Karppinen 2007, 85; Telemäki 1998, 19–21.)

Elämysten ja kokemusten avulla oppiminen on ihmiselle luonnollinen tapa selviytyä ja kehittyä (Lehtonen 1998, 7). Elämysten kokemisen kirjo voidaan ajatella mielikuvituksellisen laajaksi. Yksi kokee elämyksiä hiljaisuuden tai lukemisen avulla, toinen korkean riskitason toiminnasta tai extreme-seikkailusta ja kolmas näiden kahden ääripään väliltä. (Karppinen & Latomaa 2007, 13.) Kouluopetuksessa elämys voidaan opetuksen ja oppimisen tavoin tulkita monitasoisesti ajatuksena, hetkenä, vaikutuksena, tapahtumana, oppimisena, kokemisena, tekona tai mitä erilaisimpina sielullisina kokemuksina, joihin liitetään pedagoginen tavoite. Elämysten kattava määrittäminen tai niiden vaikuttavuus on vaikea määrittää ennalta tai ulkoa päin, koska jokainen elämys on subjektiivinen riippuen tilanteesta, toiminnan kohteesta ja tavoitteesta. Elämykset ovat tilanteita, joissa luokan oppilaat ja opettaja kokevat sydämen, pään ja käden avulla sekä psyykkisiä, fyysisiä että sosiaalisia tapahtumia. (Karppinen 2007, 75–76.)

Koulussa elämyksiä voidaan kokea sisällä tai ulkona, kuhunkin koulukulttuuriin sopivalla tavalla. Karppisen (2007) mukaan elämyspedagogista oppituntia ei voida etukäteen suunnitella kovinkaan tarkoin, ettei menetettäisi oppimisympäristön tarjoamia epävirallisia oppimiselämyksiä. Menetelmä voidaan ymmärtää kokonaisopetuksellisena periaatteena, jossa oppiaineita ei voida tarkoin erottaa toisistaan. Elämyksellinen oppitunti voi kestää 45 minuutin asemasta jopa koko aamu- tai iltapäivän. Opettajan tehtäviä elämyspedagogiikassa ovat esimerkiksi oppimisympäristöä koskevat järjestelyt, haastavat tehtävien asetelut, luovien ratkaisumallien hyväksyminen, käyttäminen ja kehittäminen sekä vapaiden ja epävirallisten oppimistapahtumien käyttäminen. Opettajan tulisi järjestää mahdollisuus epämuodolliseen ja kokonaisvaltaiseen oppimiseen sekä metakognitiiviseen keskusteluun. Oppimistapahtumassa oppilaalle annetaan mahdollisuus omaan tulkintaansa il-

miöstä tai elämyksestä, josta yhdessä refleктоimalla rakennetaan oppimiskokemus. (Karppinen 2007, 94–95.)

Jakosen (2005) mukaan keskeistä kokemuksellisen oppimisen soveltamisessa terveyden opettamiseen on yksilön persoonallisen ja sosiaalisen kasvun tukeminen, oppilaan itsetuntemuksen lisääminen sekä tietoisuus omasta kasvusta, metakognitiivisten taitojen kehittämisestä ja käsitykset oppimisen kohteista. Oppimisen prosessissa pelkkä kokemuksellisuus ei kuitenkaan takaa oppimista, vaan oleellista on kokemusten omakohtainen reflektio. Oppilaan tullessa tietoiseksi omista terveystieteellisistä, hänellä on mahdollisuus reflektoida niitä itsekseen ja vastavuoroisesti muiden kanssa. Tärkeää oppimisessa on myös kokemusten havainnointi sekä kokemuksen ymmärtäminen ja käsitteellistäminen terveystieteellisen teorian ja mallien avulla. (Jakonen 2005, 34–36.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tavoitteena on tarkastella 1.–6. luokan luokanopettajien ja oppilaiden vanhempien näkemyksiä terveystiedon nykytilasta alakoulussa.

Tutkimustehtäviä on kolme:

1. Selvittää luokanopettajien ja vanhempien näkemykset terveystiedosta oppiaineena.
2. Selvittää luokanopettajien ja vanhempien näkemykset terveystiedon opetussisällöistä ja -menetelmistä.
3. Selvittää, millaista kehitystyötä tulisi tehdä terveystietoon liittyen.

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmät

Tämä tutkimus on metodologialtaan pääosin kvalitatiivinen eli laadullinen, mutta aineistoa on käsitelty myös kvantitatiivisesti eli määrällisesti. Perinteisesti näiden kahden menetelmän suhdetta on kuvattu vastakkainasettelun kautta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 65). Eroja on muun muassa pyritty havainnollistamaan esittämällä dikotomialuetteloita, taulukoimalla kummankin lähestymistavan tyypillisimpiä piirteitä rinnakkain ja laatimalla luokitteluja ja kuvauksia molemmista suuntauksista tekstimuotoisesti (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 135).

Laadullisen ja määrällisen lähestymistavan välille ei kuitenkaan ole syytä tehdä jyrkkää vastakkain asettelua tai ”joko-tai” valintaa. Alasuutari (1999, 23) huomauttaa, että kvalitatiivista ja kvantitatiivista analyysiä voidaan tiettyssä mielessä pitää pikemmin jatkumona kuin toisensa pois sulkevin analyysimalleina. Kuitenkin tutkimuksen teon kannalta on järkevää valita jompikumpi lähestymistapa päämetodologiaksi (Metsämuuronen 2006, 88).

6.2 Otos ja aineiston kerääminen

Tutkimuksen otos muodostui 1.–6. luokan luokanopettajista ja oppilaiden vanhemmista. Kyselylomake toimitettiin yhteensä 19 luokanopettajalle ja 331 kotiin. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Luokanopettajilta kyselyitä palautui 18 ja vanhemmilta 188 kappaletta.

Taulukko 1. Kyselylomakkeisiin vastanneiden luokanopettajien ja 1.–6. luokan oppilaiden vanhempien lukumäärät

Luokka-aste	Luokanopettajat	Vanhemmat
1. luokka	4	35
2. luokka	2	33
3. luokka	3	33
4. luokka	3	19
5. luokka	3	31
6. luokka	3	37
Yhteensä	18	188

Aineistoa kerättiin yhteensä kolmelta keskisuomalaiselta alakoululta. Vuosiluokkien 2–6 osalta aineisto on samalta koululta. Aineiston keräämisen aikaan kyseisen koulun ensiluokkien opettajat olivat mukana toisessa tutkimuksessa, eivätkä siksi osallistuneet tutkimukseen. Ensimmäisten luokkien osalta aineisto kerättiin kahdelta muulta alakoululta. Molemmilta kouluilta mukaan lähti kaksi ensimmäistä luokkaa. Lupa tutkimuksen tekemiseen kysyttiin koulujen rehtoreilta.

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeilla (Liite 1 ja Liite 2) huhtitoukokuussa 2008. Kyselytutkimuksen etuna on, että sen avulla voidaan kerätä laaja aineisto. Heikkoutena taas pidetään sitä, ettei ole mahdollista varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen, jonka vuoksi aineistoa pidetään tavallisesti pinnallisena. Ennakkoon ei myöskään voida tietää, miten vastaajat ylipäätään ovat selvillä alueesta, josta heille esitetään kysymyksiä. Lisäksi joissakin tapauksissa kato eli vastaamattomuus nousee suureksi. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselytutkimuksen kysymyksiä voidaan muotoilla monella tavalla. Yleensä käytetään kolmea muotoa: avoimia kysymyksiä, monivalintakysymyksiä tai asteikkoihin perustuvia kysymystyyppisiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 198–200.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin pääosin avoimia kysymyksiä. Ne antavat vastaajalle mahdollisuuden sanoa, mitä hänellä on todella mielessään. Toisaalta monivalintatyyppeihin vaihtoehtokysymyksiin verrattuna avoimet kysymykset tuottavat aineiston, joka on sisällöltään erittäin kirjavaa ja luotettavuudeltaan kyseenalaista ja jota on vaikea käsitellä. (Hirsjärvi ym. 2009, 201.)

Tutkimuksessa käytetyt kyselylomakkeet laadittiin maaliskuussa 2008. Ennen varsinaista aineiston keruuta luokanopettajien kyselylomake esitettiin kolmella luokanopettajalla. Esitestauksessa tuli esille muutamia epäkohdita, jotka muutettiin lopulliseen lomakkeeseen. Lisäksi lomakkeeseen lisättiin yksi kysymys ja vastaustila vapaalle sanalle. Alkuun kirjoitettiin saate, joka sisälsi toimintaohjeet vanhempien kyselyiden jakamiseksi. Vanhemmille teetetyssä esitestauksessa ei tullut esiin muutosta vaativia asioita. Kyselyihin ohjattiin vastaamaan nimettömästi.

Koululle, josta tutkimukseen osallistui 2.–6. luokat, kyselylomakkeet vietiin paikan päälle. Koululla luokanopettajille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja aikataulusta sekä vastattiin esiin nousseisiin kysymyksiin. Jokaiselle luokanopettajalle jaettiin A4-kokoinen kirjekuori, joka sisälsi kyselylomakkeet sekä luokanopettajalle itselleen että oppilaiden vanhemmille. Luokanopettajien tehtävänä oli jakaa vanhempien kyselylomakkeet oppilaille kotiin viemiseksi. Vanhempien kyselyt oli taiteltu avoimeen, A5-kokoiseen kirjekuoreen. Lomakkeessa vanhempia ohjattiin vastaamaan vain yhteen kyselyyn, mikäli perheessä oli enemmän kuin yksi alakoululainen. Vastausaika oli reilu viikko. Tämän jälkeen vanhempien tuli palauttaa kyselylomake takaisin luokanopettajalle kirjekuoreen suljettuna. Luokanopettaja keräsi palautetut lomakkeet ja sulki ne yhdessä oman kyselylomakkeensa kanssa isoon kirjekuoreen. Kahden viikon kuluttua lomakkeiden viennistä vastaukset haettiin koululta. Ensimmäisten luokkien osalta kyselylomakkeet toimi-

tettiin kouluille postitse. A4-kokoinen kirjekuori sisälsi opettajan ja vanhempien kyselylomakkeet sekä palautuskuoren. Kyselylomakkeisiin liitetyt toimintaohjeet olivat edellisen kuvauksen mukaiset niin luokanopettajille kuin vanhemmille.

6.3 Aineiston käsittely

Laadullisen aineiston analyysin on tarkoitus luoda aineistoon selkeyttä ja tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysillä aineisto pyritään tiivistämään kadottamatta kuitenkin sen sisältämää informaatiota. Itse asiassa tiivistämisellä pyritään informaatioarvon kasvattamiseen luomalla hajanaisesta aineistosta selkeää ja mielekästä. (Eskola & Suoranta 1998, 138.) Aineiston käsittelyä varten tämän tutkimuksen aineisto kirjoitettiin puhtaaksi siten, että kyselylomakkeiden vastauksista tehtiin yhteenvedot kysymyksittäin ja vuosiluokittain. Tutkimuksen aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisälönanalyysillä.

Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tavoitteen ja tehtävänasettelun mukaisesti. Avainajatuksena on, etteivät analyysiyksiköt ole etukäteen sovittuja tai harkittuja. Aikaisimmilla havainnoilla, tiedoilla tai teorioilla tutkittavasta ilmiöstä ei pitäisi olla mitään tekemistä analyysin toteuttamisen tai lopputukoksen kanssa, koska analyysin oletetaan olevan aineistolähtöistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.)

Aineistolähtöinen aineiston analyysi on kolmivaiheinen prosessi. Aineiston pelkistämisessä eli redusoinnissa analysoitava informaatio pelkistetään siten, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois. Pelkistämistä voidaan tehdä joko tiivistämällä informaatiota tai pilkkomalla sitä osiin. Pel-

kistämistä ohjaavat tutkimustehtävät, joiden mukaan aineistoa pelkistämään koodaamalla tutkimustehtäville olennaiset ilmaisut. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108–109.) Tässä tutkimuksessa pelkistäminen tapahtui siten, että aukikirjoitusta aineistosta etsittiin tutkimustehtäviä kuvaavia ilmaisuja. Pelkistämisen yksikkönä toimi yksittäinen sana, sanayhdistelmä, lause, lauseen osa tai ajatuskokonaisuus sen mukaan, mitä eri tutkimustehtävät edellyttivät. Ilmaisut alleviivattiin erivärisillä kynillä, laskettiin ja listattiin.

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaisut käydään läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia ja/tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään, yhdistetään luokaksi ja nimetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Luokittelussa aineisto tiivistyy, koska yksittäiset ilmaisut sisällytetään yleisimpiin käsitteisiin. Klusterointia seuraa aineiston abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämässä edetään alkuperäisen aineiston ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110–111.)

Aineiston kvantifiointi. Sisällönanalyysia voidaan jatkaa luokittelun jälkeen kvantifioimalla aineisto (Tuomi & Sarajärvi 2009, 120). Kvantifiointi tarkoittaa aineiston määrällistä analyysiä (Eskola & Suoranta 1998, 163). Menetelmä ei välttämättä tuo lisätietoa tai erilaista näkökulmaa aineistoon, sillä usein laadulliset aineistot ovat niin pieniä. Kuitenkin esimerkiksi kyselyt, jotka kootaan avoimin kysymyksin, saattavat selkiytyä kvantifioinnin avulla. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 121–122.) Tässä tutkimuksessa aineiston kvantifiointi tehtiin aineiston pelkistämisen yhteydessä. Määrällistä analyysiä tehtiin sen mukaan, kuinka moni tutkittava oli ilmaissut vastauksessaan saman asian. Menetelmää voidaan perustella aineiston kattavuudella. Eskola ja Suo-

ranta (1998, 166) toteavatkin, että kvantifioinnin avulla on mahdollista saada tuntumaa tekstimassan hallintaan.

6.4 Kyselyn mittarit

Luokanopettajien näkemyksiä terveystiedosta oppiaineena selvitettiin neljän kysymyksen avulla. Kyselyssä vastaajia pyydettiin määrittämään, mitä käsitteet terveystieto ja terveyden edistäminen koulussa heidän mielestään tarkoittavat. Lisäksi luokanopettajilta kysyttiin, mitä he tavoittelevat terveystiedon opetuksella ja kuinka paljon he käyttävät terveystiedon opettamiseen aikaa. Kysymykseen, mitä terveystiedon sisältöjä koulussa tulisi ehdottomasti opettaa, luokanopettajia pyydettiin huomioimaan vastaushetkellä opettamiensa oppilaiden ikätaso ja tarpeet sekä perustelemaan vastauksensa.

Vanhempien näkemyksiä terveystiedosta oppiaineena selvitettiin kahden kysymyksen avulla. Kysymykseen, tarvitaanko terveystiedon opetusta alakoulussa, vanhempia pyydettiin perustelemaan vastauksensa. Toisena kysymyksenä oli, milloin terveystietoa tulisi opettaa.

Luokanopettajien näkemyksiä terveystiedon opetusmenetelmistä ja -sisällöistä selvitettiin kysymällä ensin, ovatko luokanopettajat perehtyneet opetussuunnitelman määrittämiin keskeisiin sisältöihin. Jatkokysymyksenä oli, mitä niistä luokanopettaja oli opettanut. Kyselyssä luokanopettajia ohjattiin kirjoittamaan opettamistaan sisällöistä mahdollisimman tarkasti tyyliin: *”Ravintoaineista opetin proteiineista, hiilihydraateista ja rasvoista. Käsitelimme terveellisen ja epäterveellisen ruoan merkitystä... jne.”* Lisäksi luokanopettajilta kysyttiin, käsittelevätkö he terveystiedon asioita oman luokkansa kanssa opituntien ulkopuolella esimerkiksi välitunneilla, ruokailussa tai muiden oppiaineiden yhteydessä. Kysymykseen vastaajia pyydettiin kirjoittamaan esi-

merkkutilanteita. Opetusmenetelmien ja -materiaalien osalta luokanopettajia pyydettiin listaamaan kolme yleisintä, kuluvan lukuvuoden aikana käyttämänsä menetelmää ja materiaalia.

Vanhempien näkemyksiä terveystiedon opetussisällöistä selvitettiin kysymällä, mitä terveystiedon asioita alakoulussa tulisi käsitellä ja millä perusteella terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen liittyvät asiat tulisi valita. Opetusmenetelmiin liittyen vanhemmilta kysyttiin, miten terveystietoa tulisi opettaa.

Luokanopettajien ehdotuksia terveystietoon liittyvästä kehitystyöstä selvitettiin kysymällä, miten terveystietoa tulisi luokanopettajien mielestä kehittää. Luokanopettajia pyydettiin pohtimaan vastaustaan opettajan ja oppilaan sekä kodin ja koulun yhteistyön näkökulmista. Vanhemmilta kysyttiin, mitä koti ja koulu voisivat tehdä lapsen terveyden edistämiseksi.

6.5 Tutkimuksen luotettavuus

Metodikirjallisuudessa tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin ja reliabiliteetin käsittein. Laadullisen tutkimuksen yhteydessä näiden käsitteiden käyttöä on kritisoitu pääasiassa siksi, että ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen piirissä ja käsitteinä niiden ala vastaa lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeita. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 136.) Siten esimerkiksi tässä tutkimuksessa reliabiliteetin vaatimuksia eli toisin sanoen vaatimuksia tutkimustulosten toistettavuudesta ei voida pitää tavoiteltavana.

Laadullisessa tutkimuksessa aineiston luotettavuutta voidaan arvioida muun muassa sen suhteen, miten hyvin tutkittavien ilmaisut vastaavat aineiston ryhmittelyssä muodostettuja luokkia. Siten laadullisen tiedon luotettavuus

nessa on ennen kaikkea kyse tulkintojen validiteetista. (Ahonen 1995, 129.) Syrjälän ja Nummisen (1988) mukaan tapaustutkimuksessa validiteetilla tarkoitetaan tieteellisten löydösten tarkkuutta toisin sanoen sitä, missä määrin tutkimuksessa tehdyt johtopäätökset vastaavat todellisuutta, josta ne on saatu. Usein validiteetin käsite jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen. Sisäisessä validiteetissa kyse on siitä, missä määrin tulokset vastaavat tutkittavien näkemyksiä ja heidän määritelmiään tutkittavasta aiheesta. (Syrjälä & Numminen 1988, 136.) Tässä tutkimuksessa sisäistä validiteettia on pyritty parantamaan käyttämällä tulosten esittelyssä runsaasti suoria lainauksia sekä luokanopettajien että vanhempien vastauksista. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, miten hyvin tutkimustulokset on yleistettävissä (Metsämuuronen 2006, 48).

Vaikka laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei ole olemassa yksiselitteisiä ohjeita, voidaan tutkimusprosessin julkisuutta pitää yhtenä keskeisenä tekijänä. Luotettavuutta tarkastellessa huomioidaan koko tutkimusprosessi. Tarkka selostus kokonaisuudesta ja tutkimuksen sisäisestä johdonmukaisuudesta parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja pätevyyttä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkija pohtii jatkuvasti tekemiään ratkaisujaan ja ottaa näin yhtä aikaa kantaa sekä analyysin kattavuuteen että tekemänsä työn luotettavuuteen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140; Eskola & Suoranta 1998, 209) Tässä tutkimuksessa on mahdollisimman tarkasti pyritty raportoimaan tutkimuksen kohde ja tarkoitus, aineiston keruu ja analyysi sekä tulokset.

Tutkimusmenetelmien yhteiskäytöllä eli triangulaatiolla tarkoitetaan erilaisien metodien, tutkijoiden, tiedonlähteiden tai teorioiden yhdistämistä tutkimuksessa (Tuomi & Sarajärvi 2009, 143). Yksittäisten tutkimusmenetelmien sijaan useiden menetelmien ja aineistojen käyttö mahdollistaa kattavamman kuvan tutkimuskohteesta. Lisäksi, kun jokin tutkimusmenetelmä kuvaa kohdatta vain yhdestä näkökulmasta, on useammalla menetelmällä mahdol-

lista korjata tätä luotettavuusvirhettä. (Eskola & Suoranta 1998.) Denzin (1978) on esittänyt (ks. Tuomi & Sarajärvi 2009, 144–145) neljä eri tapaa triangulaatioon: teoria-, aineisto-, tutkija- ja menetelmätriangulaatio. Tuomi ja Sarajärvi (2009) toteavat, että laadullisen tutkimuksen kehittyessä ja painotuksen siirtyessä enemmän analyysimenetelmiin on edellisten lisäksi alettu puhua analyysimenetelmien triangulaatiosta. Tämä tarkoittaa sitä, että tutkimuksen tulokset voidaan osoittaa oikeiksi käyttämällä erilaisia tilastollisia testejä tai laadullisia analyysimenetelmiä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 145.) Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto analysoitiin sekä laadullisesti että määrällisesti. Aineiston analyysiä tehtiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, mutta myös kvantifioimalla aineisto aineiston pelkistämisen yhteydessä.

7 TULOKSET

7.1 Luokanopettajien ja vanhempien näkemykset terveystiedosta oppiaineena

7.1.1 Luokanopettajien näkemykset

Määritelmät. Ensimmäisen ja toisen luokan luokanopettajista viisi kuudesta oli määrittänyt, mitä terveystieto ja terveyden edistäminen koulussa tarkoittavat. Sisällöiltään määritelmät terveystiedosta olivat hyvin samankaltaisia. Terveystieto oli määritelty *"tiedoksi"* tai *"oppi(aine)ksi"* terveyteen ja hyvinvointiin sekä turvallisuuteen liittyvistä asioista. Terveystieto määritettiin *"hyvinvoinnin perustaksi"*, joka vastaa kysymykseen *"millä tavoin ihmisen tulisi elää itsestään huolehtien ja muutkin huomioiden"*. Terveyden edistäminen koulussa määritettiin esimerkkien antamiseksi *"hyvästä terveydestä, sen säilyttämisestä ja sairauksien ennalta ehkäisemisestä"* (2/6). Se liitettiin kuuluvaksi arkipäivän tilanteisiin. Hyvät puitteet (2/6) *"liikuntatunneille"* ja *"virikkeellinen piha"* sekä *"ohjaavat valinnat ruokailussa"* (1/6) tulivat esiin opettajien vastauksista. Yksi opettaja kirjoitti terveystiedon opetuksen olevan osa terveyden edistämistä koulussa.

Kolmannen ja neljännen luokan luokanopettajista neljä kuudesta oli määritellyt, mitä terveystieto tarkoittaa. Kolmen luokanopettajan mielestä terveystieto on tietoa *"ihmisen fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä"* ja siitä, *"miten ylläpidetään terveyttä"*. Neljäs kysymykseen vastannut luokanopettaja määritteli terveystiedon oppiaineeksi, joka *"sisältää terveyteen, turvallisuuteen ja toisten kanssa toimimiseen liittyviä asioita"*. Käsitteen terveyden edistäminen koulussa määritteli kolme kuudesta luokanopettajasta. Kahden mielestä käsite tarkoittaa sekä tiedon jakamista *"terveellisestä elämäntavoista"* että *"toimintamallien"*

antamista. Terveyden edistämiseksi määriteltiin myös yhteistyö kouluterveydenhoitajan (2/6) kanssa. Lisäksi yksi luokanopettaja listasi terveyden edistämiseen liittyvän seuraavia asioita: *”terve koulurakennus, turvallinen kouluympäristö ja -matka, välittävät aikuiset – –, hyvä kouluruoka”*.

Viidennen ja kuudennen luokan luokanopettajien mielestä terveystieto on tietoa ja tietämystä *”terveydestä, sen edistämisestä ja ylläpitämisestä”*. Terveyden edistäminen koulussa määriteltiin tiedon jakamiseksi (2/6), opettajan oman esimerkin näyttämiseksi (1/6), asennekasvatukseksi (1/6) ja oppiaineiden sisällä olevan terveystiedon käsittelyksi (1/6). Yksi kuudesta ei ollut vastannut kysymyksiin.

Tavoitteet. Kaikki (6/6) ensimmäisen ja toisen luokan luokanopettajat tavoittelivat terveystiedon opetuksella sitä, että *”oppilaat oppisivat ja omaksuisivat terveellisiä elämäntapoja”* sekä *”perustietoja ja -taitoja itsestä huolehtimiseen”*. Terveellisiksi elämäntavoiksi nimettiin terveellinen ruoka, riittävä uni ja liikunta, leikki sekä puhtaus. Kahden luokanopettajan mielestä terveellisten elämäntapojen oppimista tulisi tavoitella, jotta oppilaat ymmärtäisivät, että *”omilla valinnoilla voi vaikuttaa omaan hyvinvointiin”*. Fyysisen terveyden lisäksi psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen nousi esiin yhden luokanopettajan vastauksessa. Lisäksi hän kirjoitti tavoittelevansa terveystiedon opetuksella sitä, *”kuinka tulla toimeen myös muiden kanssa”*.

Kolmannen ja neljännen luokan luokanopettajien vastauksissa terveystiedon tavoitteista painottuivat terveelliset elämäntavat ja perustiedot terveydestä (5/6). Näistä viidestä kaksi piti myös psyykkisestä terveydestä oppimista tavoiteltavana. Itsestä huolehtiminen ja itsehoito sekä oppiminen turvallisuuden liittyvistä asioista nousivat esiin yhteensä neljän luokanopettajan vastauksista. Lisäksi yksi oli maininnut *”ensiavun antamisen, järkevän kulutuksen ja*

säästämisen” opetuksen tavoitteiksi. Yksi luokanopettaja ei ollut vastannut kysymykseen.

Viidennen ja kuudennen luokan luokanopettajien vastauksissa terveystiedon tavoitteista korostuivat oppiminen terveellisistä elämäntavoista ja tietäminen, mitä liittyy hyvään terveyteen (5/6). Opettaja, joka listasi opetussisältöjä, mainitsi ruoan, liikunnan ja unen lisäksi myös tupakan ja päihteet. Hän kirjoitti: *”päihteet ja tupakka tulee käydä tässä vaiheessa läpi. Niistä kun oppilaat välttyisi – – ”*. Yksi opettaja kirjoitti tavoittelevansa terveystiedon opetuksella, että *”oppilas oppii hyväksymään itsensä sellaisena kuin on – – ”*.

Oppisisällöt. Kysymykseen, mitä terveystiedon sisältöjä koulussa tulisi opettaa, luokanopettajia pyydettiin huomioimaan vastaushetkellä opettamisensa oppilaiden ikätaso ja tarpeet sekä perustelemaan vastauksensa. Kaikki (6/6) ensimmäisen ja toisen luokan luokanopettajat olivat maininneet vastauksissaan ravitsemuksesta opettamisen. Yksi kirjoitti: *” Monet oppilaat syövät valikoiden ja kotonakin saattavat syödä mitä sattuu – – ”*. Toisen perusteena oli, että *”rohkaistutaan maistamaan uusia makuja, syödään terveellisesti”*. Toiseksi yleisimmin vastauksissa mainittiin uni (4/6) ja kolmanneksi yleisimmin hygieniä (3/6) ja liikunta (3/6). Kahden luokanopettajan mielestä oppilaille tulisi opettaa sosiaalisista suhteista. Yksittäisiä mainintoja saivat kiusaamisesta, turvallisuudesta ja fyysisestä koskemattomuudesta opettaminen. Suurin osa luokanopettajista ei ollut perustellut antamaansa vastausta. Kaksi perusteli ravitsemuskasvatusta ja yksi listaamiaan opetussisältöjä kirjoittamalla: *”periaatteessa kodin vastuulla suurimmaksi osin, mutta ei kaikilla valitettavasti”*.

Ravitsemus nousi myös kolmannen ja neljännen luokan luokanopettajien vastauksissa yleisimmäksi (4/6) opetussisällöksi. Kukaan luokanopettajista ei kuitenkaan ollut perustellut, miksi ruoasta tulisi opettaa tämän ikäisille oppilaille. Kaksi kolmannen luokan luokanopettajaa oli ilmeisesti tehnyt kyselyn

täyttämässä tai opetuksen suunnittelussa yhteistyötä, sillä vastaukset olivat lähes samanlaisia. Heidän mielestään terveystiedossa tulisi opettaa *”liikennesäännöistä”, ”toisten kanssa toimimisesta”* ja *”erilaisuuden hyödyntämisestä”*.

Toinen perusteli vastaustaan kirjoittamalla:

” – – 9–10-vuotiaat ovat vielä aika itsekeskeisiä ja usein tulee tilanteita, joissa tulee miettiä, miten toinen pitäisi ottaa huomioon ja miten toimia eri tilanteissa – – ”.

Yhteensä kolmen luokanopettajan mielestä terveystiedossa tulisi opettaa omasta terveydestä ja puhtaudesta huolehtimista. Yksittäisiä mainintoja saivat uni, liikunta ja ulkoilu.

Terveellisestä ruoasta, ruokailuajoista ja napostelusta ruokailujen välillä olivat yleisimmät (4/6) maininnat viidennen ja kuudennen luokan luokanopettajien vastauksissa. Yksi opettaja perusteli opetussisällön valintaa kirjoittamalla, että terveellinen ruoka on *”kasvun ja kehityksen kannalta olennaista”* ja *”jaksamisen kannalta ensiarvoisen tärkeää”*. Pähdekasvatus ja murrosiästä opettaminen tulivat esille kahden luokanopettajan vastauksissa. Toinen heistä kirjoitti, että *”molemmat liittyy tähän ikäluokkaan”* ja toinen perusteli vastaustaan pähdekasvatuksesta kirjoittamalla: *”tässä iässä aloitetaan yleensä kokeilut ja tullaan riippuvaisiksi”*. Ilman perusteluja vastauksissa oli myös mainittu liikunnasta (2/6) ja puhtaudesta (1/6) opettaminen.

Opetukseen käytetty aika. Terveystiedon opettamiseen käytettyä aikaa kysyttiin antamalla luokanopettajille vastausvaihtoehdot, joista heidän piti valita sopivin. Kolme (3/6) ensimmäisen ja toisen luokan luokanopettajista ilmoitti käyttävänsä terveystiedon opetukseen 1–2 tuntia kuukaudessa. Yksi tosin kirjoitti: *”Terveystietoa tulee erilaisissa arkipäivän tilanteissa, joten tuntimäärä olisi varmasti enemmän, jos kaikki pienet ”oppituokiot” otettaisiin mukaan”*. Yksi

käytti opetukseen 3–4 tuntia kuukaudessa, yksi 5–6 tuntia kuukaudessa ja yksi kirjoitti opettavansa *”jaksokokonaisuus / lukuvuosi”*.

Neljä (4/6) kolmannen ja neljännen luokan luokanopettajista vastasi käyttävänsä opetukseen 1–2 tuntia kuukaudessa. Yksi ilmoitti käyttävänsä 3–4 tuntia kuukaudessa ja yksi luokanopettaja ei ollut vastannut kysymykseen. Viiden ja kuudennen luokan luokanopettajien yleisin (3/6) vastaus kysymykseen oli 3–4 tuntia. Yksi heistä oli kirjoittanut lisäkommentiksi, että kysymykseen vastaaminen oli vaikeaa, koska *”asioita käydään niin monella tunnilla läpi”*. Kaksi ilmoitti käyttävänsä opetukseen 1–2 tuntia kuukaudessa. Yksi oli kirjoittanut: *”Kuuluu välillä esim. biologiaan, en osaa vastata”*.

7.1.2 Vanhempien näkemykset

Tarvitaanko opetusta? Lähes kaikki (56/68) ensimmäisen ja toisen luokan oppilaiden vanhemmat olivat sitä mieltä, että terveystiedon opetusta tarvitaan alakoulussa. Yleisin (12/68) peruste kysymykseen voidaan ilmaista muutaman vanhemman kirjoittaman sananlaskun mukaan: *”Minkä nuorena oppii sen vanhana taitaa”*. Vanhempien mielestä oppilaat tarvitsevat tietoa asioista, jotka koskettavat heitä päivittäin. Terveystiedon oppiminen on yhden vanhemman sanoin *”elämän mittainen prosessi”*. Eräs toinen oli pohtinut, että *”oikealla tiedolla voidaan ohjata järkeviä valintoja kohti jo pienestä pitäen”*. Kun alakoulu-aika nähtiin terveellisten elämäntapojen *”kasvualustaksi”*, yläkoulu-aikaa kuvattiin *”hyvän maaperän”* menetykseksi (3/68). Yksi vanhempi kirjoitti näin: *”Tieto puree hyvin ennen murkkuikää – Pieni koululainen jopa kyseenalaistaa perheen toimintatapoja ja tuo tietoa kotiinkin”*.

Viiden (5/68) ensimmäisen ja toisen luokan oppilaiden vanhemman mielestä terveystieto on tarpeellista, *”koska kaikkien kotoa ei tietoa tai mallia saa”*. Tasa-arvonäkökulman lisäksi opetusta perusteltiin, koska se *”kuuluu yleistietoon”*

ja koska *"se on perustaito kuten lukeminenkin"*. Kolme (3/68) vanhempaa oli perustellut myönteistä kirjoittamalla, että nykyisin *"lapset kasvavat ja kehittyvät nopeasti"*. Kuusi ei ollut vastannut kysymykseen suoraan myöntävästi tai kieltävästi, vaan ilmaissut kantansa muutoin. *"Perusasioita, ei muuta"* oli yhden vanhemman vastaus. Toinen kirjoitti, että *"Tietyt asiat on hyvä ottaa puheeksi alakoululaisillakin"*. Kolmas oli pohtinut sisältöjä tarkemmin tyyliin: *" – – ala-asteiässä (lasten ei) tarvitse tietää kaikkea kaikkea. Esim. sukupuoli ym. asiat tulee siirtää yläasteen opetukseen"*. Vain yksi vanhemmista oli vastannut, ettei terveystiedon opetusta tarvita alakoulussa. Kielteistä vastaustaan hän perusteli kirjoittamalla: *"Lapset ovat liian nuoria"*. Viisi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

Kolmannen ja neljännen luokan oppilaiden vanhemmista suurin osa (43/52) piti terveystiedon opetusta alakoulussa tarpeellisenä. Vanhempien (6/53) mielestä pienenä rakennetaan *"pohja"* terveellisille elämäntavoille. Lisäksi *"pienestä pitäen opitut asiat jäävät paremmin mieleen ja kehittyvät pikkuhiljaa tavaksi toimia"*. Viiden vanhemman mielestä koulun terveystiedon opetus *"tukee kotikasvatusta"* ja *"tuo tasa-arvoa lapsille, sillä kaikki eivät saa terveystietoa kotoa"*. Kaksi (2/52) vanhempaa myös pohti, ettei kaikkien vanhempien ole helppo puhua kaikista terveyteen liittyvistä asioista lastensa kanssa. Toinen heistä kirjoitti: *"Jotkut vanhemmat voivat kiusaantua puhua tällaisista (anatomia- ja sukupuoli-)asioista"* ja toinen taas *" – – seksivalistus saattaa joistain vanhemmista tuntua nololta, sen vuoksi sitä on hyvä saada koulussa"*. Kaksi (2/52) vanhempaa tunnusti opettajan myönteisen vaikutuksen terveyskasvattajana. Toinen heistä kirjoitti: *"Kotona äidin ja isän sanonnassa asiat ovat usein "jankutusta". Opettaja saa tiedon eritavalla perille."*

Kolmen (3/52) vanhemman mielestä opetusta tarvitaan, koska *"lapset kehittyvät (nykyään) semmoista vauhtia, ettei kotona olla mukana siinä, missä mennään"*.

Lasten nopeasta kehityksestä viestiin myös tämän vanhemman kommentti: *”Monet alakoululaiset kokeilevat tupakkaa ja päihteitä, osa tytöistä jopa seksiä! Valistavaa opetusta siis tarvitaan.”* Osa vanhempien vastauksista (6/52) ei antanut suoraa vastausta kysymykseen. Tällaisia olivat muun muassa vastaukset *”Ehkä, riippuu paljon, mitä siellä opetetaan”* ja *”Hyvä idea, ainahan on parempi, mitä enemmän lapsi tietää terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä asioista”*.

Vanhempien vastauksissa näkyi myös huoli lasten tulevaisuudesta ja median asettamista ulkonäköihanteista. Eräs kirjoitti: *”Tänä päivänä tuudittaudutaan liikaa kuvittelemaan, että kaikilla ovat asiat hyvin. Näin ei kuitenkaan ole ja terveystiedon perusopetus jo alakoululaisille ravistelisi hiukan näitä tulevia sohvaperunoi- ta.”* Erään toisen vanhemman vastauksessa oli samantyyppinen peruste. *”Tarvitaan – kulttuurin muuttuessa mukavuuskeskeiseksi”* hän kirjoitti. Yksi vanhempi kertoi median aiheuttamien ulkonäköpaineiden seurauksista: *” – – Tiedän tyttöjä, jotka ottavat 1-luokalla evääksi dieettivalmisteita – – ”.* Vanhemmis- ta kaksi (2/52) ei ollut vastannut kysymykseen ja yksi oli kirjoittanut, ettei tiedä, tarvitaanko terveystiedon opetusta alakoulussa.

Myös viidennen ja kuudennen luokan oppilaiden vanhemmat olivat pääsääntöisesti (54/68) sitä mieltä, että terveystiedon opetusta tarvitaan alakou- lussa. Vain yksi vanhempi oli vastannut kysymykseen kieltävästi. Hän kir- joitti: *”Eipä juuri. Meillä kotona puhutaan avoimesti, joten voin keskustella lasteni kanssa itse, kun tiedän mikä on tärkeää ja koska asioista olisi hyvä puhua. Muista en tiedä.”* Eräs toinen vanhempi taas piti hyvänä, että *”sekä koti ja koulu opettavat ja kertovat terveyteen liittyvistä asioita”*. Hänen ja viiden muun vanhemman perusteena oli, etteivät kaikki lapset saa kotoaan tarvittavaa terveystietoa. Vanhemmat perustelivat vastaustaan kirjoittamalla muun muassa, että ter- veystiedon opetus voi kotona jäädä *”vähälle”* sen vuoksi, että *”vanhemmilla on*

usein valitettavasti niin kiire” ja että ”vanhemmilla ei välttämättä ole antaa juuri sitä viimeisintä terveystietoa lapsilleen”.

Vanhempien mielestä lasten on tärkeää tietää terveyteen liittyvistä asioista, koska *”tottumukset” ja ”pohja terveelliselle elämälle”* opitaan jo nuorena. Alakouluiässä lapset ovat *”vastaanottavaisia”, ”kiinnostuneita” ja ”avoimia”*. Lisäksi *”oppimishalu”* on suuri. Osa vanhemmista (6/68) ei ollut suoraan kirjoittanut, että terveystiedon opetusta tarvitaan alakoulussa, mutta vastauksista on luettavissa, että heidän kantansa on myönteinen. Yksi heistä kirjoitti: *”Terveystietoon liittyviä asioita on paljon ja ne koskettavat lasta jo ensiluokista lähtien”*. Kysymystä perusteltiin myös asettamalla vastakysymys tyyliin *”Miksi (opetusta) ei tarvittaisi”* ja kirjoittamalla *”Ei mielestäni kaipaa perusteluja”*. Kuusi vanhempaa ei ollut vastannut kysymykseen.

Milloin tulisi opettaa? Kysyttäessä, milloin terveystietoa tulisi opettaa, yli puolet (38/68) ensimmäisen ja toisen luokan oppilaiden vanhemmista oli sitä mieltä, että terveystietoa tulisi opettaa ensimmäiseltä luokalta lähtien. Yleisin vanhempien perustelu voidaan kiteyttää tämän vanhemman sanoin: *”Mitä varhemmin (opetus) aloitetaan, sitä parempi pohja luodaan tuleville vuosille”*. Opetuksen varhaista aloittamista perusteltiin myös sillä, että pienet oppilaat ovat vastaanottavaisia ja opitut asiat muodostuvat pysyviksi tavoiksi. Yksi vanhemmista kirjoitti: *”On turha alkaa saarnaamaan terveellisistä elämäntavoista myöhemmin, kun epäterveelliset tavat ovat jo iskostuneet syvälle”*.

Vaikka suurin osa vanhemmista kannattikin terveystiedon opetuksen aloittamista jo ensimmäiseltä luokalta, he asettivat sille myös ehtoja. Vastauksissa vanhemmat painottivat oppilaan iän huomioimista oppisisältöjä valitessa. Vanhemmat kirjoittivat muun muassa:

” – – aihealueet tulee valita niin, että lapsi ymmärtää ja voi sisäistää terveystiedon sisällön. Lasten tulisi saada olla lapsia vailla huolta reilusti koko pienen nuoruutensa, ettei liian aikaisin rasitettaisi suotta liian suurilla huolilla.”

” – – täytyy muistaa, että lapsi on pieni ja vääränlainen tieto lisää tuskaa.”

Ne vanhemmat (12/68), joiden mielestä terveystietoa tulisi opettaa myöhemmin alakoulun aikana tai vasta yläkoulussa perustelivat vastaustaan sillä, että vanhempansa *”Lapsella on kyky ymmärtää saamansa tieto”* tai että *” – – (myöhemmin lapset) pystyvät sisäistämään asioita paremmin”*. Osa ei ollut määrittänyt tarkkaa luokkaa opetuksen aloittamiselle, vaan määrittänyt, mitä oppisisältöjä milläkin vuosiluokalla tulisi opettaa. Yksi vanhempi listasi asioita näin:

”Esiopetus ja alkuluokat

- ruokaympyräasioita voisi jo leikinomaisesti herätellä*
- hygienia: käsienpesun merkitys terveydelle*
- ”hyvä minä” – itsetuntoon liittyvät asiat*

Viidesluokka →

- seurusteluasiat alkavat jo kiinnostaa*
- tupakka, alkoholi / huumeet → taustaa vaaroista (tieto lisäämään tuskaa – lapsi ei halua kokeilla, kun tietää haitat)”*.

Vanhemmat ottivat kantaa myös oppiaineen asemaan. Terveystietoa ehdotettiin opetettavaksi sekä itsenäisenä oppiaineena (2/68) että integroituna muihin oppiaineisiin (5/68). Yksittäisiksi perusteiksi kysymykseen oli mainittu myös oppilaiden kiinnostus ja asioiden ajankohtaisuus. Poiketen 3.–6. luokan oppilaiden vanhempien vastauksista muutama (3/68) ensimmäisen ja toisen luokan oppilaiden vanhemmista eriyttäisi opetusta sukupuolen mukaan. Yhden vanhemman mielestä terveystietoa tulisi opettaa *”Tytöillä aikaisemmin, pojilla myöhemmin”*. Myös kahdessa muussa vastauksessa vanhemmat painottivat tyttöjen ja poikien kehityseroja. Toinen vanhemmista kirjoitti: *”Lapset,*

siis varsinkin tytöt, haluavat tietää asioita jo varhain” ja toinen vastasi ” – – koska moni tyttö on jo aika kehittynyt siinä vaiheessa”.

Kolmannen ja neljännen luokan oppilaiden vanhemmista suurin osa (23/52) oli sitä mieltä, että terveystiedon opettaminen tulee aloittaa jo ensimmäisellä luokalla. *”Nuorena se vitsa on väännettävä, jos haluaa saada tuloksia aikaan tälläkin saralla. Lapset ovat hyvin innokkaita oppimaan ja omaksumaan uusia asioita alakouluikäisinä.”* Viisi vanhempaa pohti terveystiedon opetusta jatkumona, joka alkaa kodista ja päivähoidosta. He kirjoittivat:

”Kotona terveystietoa tulisi antaa lapsille jo ihan pienenä.”

” – – tulisi opettaa jo ennen alakoulua”

” – – näitä juttujahan voi sisällyttää jo päivähoitoikäisten lasten kanssa työskennellessä. Omasta hyvinvoinnista huolehtiminen ei katso ikää.”

”Aloittaen... tai jatkaen jo eskarissa opittuja siisteyskäsitteitä.”

Kolmanneksen (16/52) mielestä terveystiedon opetus tulisi aloittaa vasta myöhemmin alakoulun aikana. Yhden vanhemman mielestä *”1.–2. luokalla kouluun liittyvät perusasiat riittävät aivan hyvin”.* Eräs toinen oli samaa mieltä, mutta kirjoitti kuitenkin, että *”Kyllähän 1.–2. luokan oppilaillekin jotain voisi opettaa”.* Useat (8/16) perustelivat opetuksen ajankohtaa oppilaiden ymmärryksen kehittymisellä. Yksi vanhempi kirjoitti: *”Ymmärrys on kasvanut siihen mennessä (3. luokka), ollaan myös hyvin vaikutusalttiissa tilassa, jolloin kaikenlainen tuki ja opastus oikeaan suuntaan on tervetullutta”.*

Luokka-asteen lisäksi osa vanhemmista (8/52) otti kantaa siihen, tulisiko terveystietoa opettaa omana oppiaineenaan vai integroituna muihin aineisiin. Molemmat vaihtoehdot saivat kannatusta. Yksi vanhempi perusteli oman oppiaineen asemaan, *”koska asialla (terveystiedon opetuksella) on kauaskantoista vaikutusta myöhemmin elämässä”.* Toinen taas epäili, oppiaineen integroinnin

onnistumista: ” – – *integrointi muihin oppiaineisiin on ehkä hankalaa ja soisin sen olevan oman oppiaineensa jo alakoulussa*”. Yksi vanhempi koki oppiaineen olevan: ” – – *osana ympäristötietoa ja myöhemmin osana biologiaa ihan hyvää*”. Kolme (3/52) vanhemmista ei halunnut sitoa terveystiedon opetusta tiettyyn vuosiluokkaan tai oppiaineeseen. Heistä yksi kirjoitti, että terveystiedon opetusta voisi antaa ”*sopivasti sopivissa yhteyksissä*”.

Samoin kuin ensimmäisen ja toisen luokan oppilaiden vanhemmat, myös osa kolmannen ja neljännen luokan oppilaiden vanhemmista asetti opetussisällöille ehtoja. Kommentti ”*lapsen ikä ja kehityskausi huomioiden*” luki useamman (6/52) vanhemman vastauksessa. Osa vanhemmista oli tarkentanut opetussisältöjen jakautumista vuosiluokittain esimerkiksi seuraavasti:

”1.–3. lk:lla tietenkin voisi jättää vielä pois alkoholin, huumeet ja seksin käsittelemisen ainakaan suuremmassa mittakaavassa”

”Nuorimmille riittäisi tieto ruokavaliosta ja liikunnasta, yönunesta ja puhtaudesta huolehtimisesta. Ylemmillä luokilla mukaan otettaisiin tietoa murrosiästä, seksivalistusta ja päihdevalistusta.”

”(Terveystiedon opetus) neljännessä luokasta eteenpäin. Ravinnosta, liikunnasta ja riittävästä unen määrästä voi puhua jo aikaisemminkin.”

” – – 1.–3. luokilla käsiteltäisiin hygienian tärkeyttä, alkaen käsienpesusta ja hampaiden harjaamisesta sekä ravinnon ja liikunnan vaikutuksista jaksamiseen ja hyvään oloon. 4.–6. luokilla lisättäisiin joukkoon sukupuoliasiat sekä alkoholin ym. aineiden vaarallisuus.”

Poiketen 1.–4. luokan oppilaiden vanhemmista enemmistö viidennen ja kuudennen luokan oppilaiden vanhemmista (28/68) oli sitä mieltä, että terveystiedon opetus tulisi aloittaa vasta kolmannen (11/68), neljännen (9/68) tai viidennen (8/68) luokan aikana. Perustelut kysymykselle vaihtelivat. Kuudesluokkalaisten oppilaiden vanhempien kirjoituksista oppilaan alkava murrosikä, nousi yhteiseksi perusteeksi. Yksi vanhempi kirjoitti ”*Murrosiän kynnyksellä monenlaiset asiat askarruttavat mieltä*” ja toinen kertoi, että perheen ”6-

luokkalainen lukee isompien sisarusten terveystiedon kirjaa". Muita perusteita olivat, että 3.–6. luokkalaiset ovat *"avoimia asioille"* ja että terveystiedon asiat *"ei vielä ujustuta"*. Kahden (2/68) vanhemman mielestä alakoulun alkuluokilla *"koulunkäyntikin on vielä hieman opettelua"* ja *"ehkä sen ikäiset eivät vielä ole kiinnostuneita terveyteen liittyviin asioihin"*. Vanhempien (6/68) mielestäni 3.–6. luokan oppilaat ymmärtävät jo asioita. Yksi kirjoitti: *" – – ymmärtävät asioita ja keskustelevat nuorien ongelmista ja tärkeistä asioita keskenään"*.

Ensimmäiseltä luokalta lähtien terveystiedon opetusta kannatti alle viides (13/68). Näiden vanhempien mielestä terveystiedon opetus *"on hyvä aloittaa aikaisin"*, *"kunhan aihealueet ovat kulloisellekin ikäryhmälle ajankohtaiset"*. Yhden vanhemman mielestä opetus tulisi aloittaa ensimmäiseltä luokalta, koska silloin *"lapset tottuivat aiheeseen ja se (terveystieto) on kuin mikä tahansa oppiaine"*. Toisen mielestä opetus ensimmäiseltä luokalta alkaen *"parhaimmillaan muokkaa oppilaan terveyskäyttäytymistä myönteisempään suuntaan"*. Yhden vanhemman mielestä terveystietoa voitaisiin *"opettaa vaikka joka tunnilla, ei pelkästään sille kuuluvalla opetusajalla"*. Myös oman oppiaineen asema (2/68) ja integrointi muihin oppiaineisiin (3/68) tulivat esiin vastauksissa.

Yksitoista (11/68) vanhempaa oli ilmaissut vastauksensa määrittämättä luokka-astetta. Yleinen henki näissä vastauksissa oli, että opetus tulisi aloittaa *"mieluummin mahdollisimman aikaisessa vaiheessa kuin liian myöhään"*. Näissäkin vastauksissa vanhemmat kuitenkin tarkensivat kantaansa tyyliin: *"Ruusta ja liikunnasta voisi puhua ekalla luokalla, mutta tupakoinnista ja alkoholista viidennen luokan jälkeen"*. Yksi vanhempi oli vastannut kysymykseen, että terveystietoa tulisi opettaa *"viimeisillä tunneilla sen vuoksi, että jää kotiin miettimistä"*.

7.2 Luokanopettajien ja vanhempien näkemykset terveystiedon opetus- sisällöistä ja -menetelmistä

7.2.1 Luokanopettajien näkemykset

Opetussuunnitelmaan perehtyminen ja opetetut sisällöt. Ensimmäisen ja toisen luokan luokanopettajista kolme (3/6) kirjoitti, ettei ollut perehtynyt opetussuunnitelmaan. Heistä yksi kirjoitti: *"Tunnustan, että eppuluokan oppilaiden osalta en ole perehtynyt ops:n sisältöihin. Läpäisyperiaatteella ja maalaisjärjellä mennään tämä vuosi."* Toinen taas vastasi: *"Olen mennyt oppikirjan mukaan"*. Nämä kolme opettajaa eivät olleet tarkemmin eritelleet opettamiaan sisältöjä.

Ensimmäisen ja toisen luokan luokanopettajista kaksi oli vastannut kysymykseen tarkemmin. Toinen opettajista kertoi, että heidän koulussaan terveystieto on ensimmäisen luokan osalta sisällytetty liikunnan ja ympäristö- ja luonnontiedon opetussuunnitelmiin. Luokanopettajien mainitsemat opetus-
sisällöt olivat pääosin samanlaiset. Ravitsemus, liikunta, hygienia, uni ja lepo sekä kasvu ja kehitys tulivat esiin molempien vastauksissa. Lisäksi toisen luokassa oli keskusteltu fyysisestä koskemattomuudesta. Toisessa taas oli opetettu turvallisuudesta kodin, koulun ja koulumatkan näkökulmista. Sairauksiin liittyen oli käsitelty sairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa sekä puhuttu terveydenhoitajan vastaanotolla käymisestä. Opettajan vastauksessa mainittiin myös sanat *"mielen iloisuus, kaverit ja kiusaaminen"*. Kolmas luokanopettaja, joka oli kirjoittanut sisällöistä vastasi opettaneensa kysymykseen kirjoitetun esimerkin mukaan ravinnosta. Lisäksi hän oli käsitellyt alkoholin ja huumeiden haittavaikutuksia.

Kolmannen ja neljännen luokan luokanopettajista neljä (4/6) oli vastannut kysymykseen opetussisällöistä. Heistä yksi mainitsi perehtyneensä opetussuunnitelman määrittämiin sisältöihin. Kaikki neljä olivat kirjoittaneet opettamistaan sisällöistä. Terveellisestä ruoasta ja riittävästä yöunesta oli opetettu

kolmessa luokassa. Arkipäivän terveystottumuksiin liittyen oli puhuttu myös liikunnasta (2/4) ja hygieniasta (2/4). Turvallisuuteen liittyen oli käsitelty liikennesääntöjä (2/4), toimimista hätätilanteessa (2/4) ja harjoiteltu hätänumeroon soittamista (2/4). Myös ensiaputaitoja (2/4) oli harjoiteltu.

Kahdessa luokassa oli käsitelty tunne- ja vuorovaikutustaitoihin liittyviä sisältöjä. Molemmissa oli keskusteltu hyvistä tavoista ja toisten kanssa toimimisesta. Toisessa luokassa oli pohdittu myös perheen ja ystävien merkitystä hyvinvoinnille. Kiusaamiseen liittyen oli mietitty, mitä kiusaaminen voi saada aikaan ja miten kiusaamistilanteessa tulisi toimia. Kahdessa muussa luokassa oli opetettu sairauksiin liittyvistä asioista. Opetuksessa oli käsitelty tavallisimpia tauteja (2/4) ja terveydenhuollon organisointia koululaisille (1/4). Muut opettajien mainitsemat sisällöt olivat yksittäisiä ja niistä oli mainittu hyvin lyhyesti. Näitä sisältöjä olivat opettajien omin sanoin: *"turvallisen elämän oikeudet"*, *"riidat"*, *"kosketus"*, *"sanallinen viestintä"*, *"väkivalta"*, *"säätäminen"*, *"näpistys"* sekä *"kierrätys ja kestävä kehitys"*.

Viidennen ja kuudennen luokan luokanopettajista yksi ilmoitti perehtyneensä opetussuunnitelmaan. Toinen sanoi lukaisseensa opetussuunnitelman läpi, mutta kirjoitti, että *"käytännön työssä se (opetussuunnitelma) jää taka-alalle"*. Hän ei ollut kirjoittanut opettamistaan sisällöistä. Yksi kertoi olleensa tekemässä opetussuunnitelmia, mutta opetussisältöjen osalta vastaus oli jäänyt niukaksi. Vastauksessa luki: *" – – ruokailuun liittyvistä aiheista puhutaan usein luontevasti koulupäivän yhteydessä. Murrosiän muutoksista on hyvät sivut biologian kirjassa"*.

Yksi opettaja vastasi opettaneensa asiat, *"jotka ovat koulun biologian 5 ja 6 kirjoissa"*. Hän myös mainitsi, että *"lisäksi (on ollut) muutamia temaviikkoa, jolloin puhuttu ruoka-ajoista, ruokailujen määrästä/päivä ja terv. ruoasta – –"*. Yhden

luokanopettajan vastauksessa tuli esiin turhautuminen: *"En jaksa kirjoittaa... Siellä ne on opetussuunnitelmassa. Kaikki on suurin piirtein aina kahlattu läpi"*.

Kaksi viidennen ja kuudennen luokan luokanopettajista oli kirjoittanut tarkemmin opettamistaan sisällöistä. Yhteistä heidän vastauksissaan oli päih-teistä opettaminen. Muuten opetetut sisällöt erosivat. Toinen heistä oli opet-tanut, mitä *"terveelliseen elämään kuuluu"*. Vastauksessa tuli esille seuraavat sisällöt: *"riittävästi unta, liikuntaa, terveellinen ja monipuolinen ravinto, työtä ja lepoa"*. Hygieniaan liittyen oli käsitelty käsipesua ja tautien leviämistä sekä peseytymistä yleensä. Näiden lisäksi luokassa oli käsitelty murrosiän merkkejä ja liikenneturvallisuutta. Toisen luokanopettajan luokassa oli ihmisen biologiaan liittyen käyty läpi ihmisen anatomia ja lisääntyminen. Sosiaalista vuorovaikutusta ja läheisyyttä luokanopettaja kertoi käsitteensä useamman oppiaineen yhteydessä.

Menetelmät ja materiaalit. Kysymykseen opetusmenetelmistä ja -materiaaleista, ainoastaan viisi (5/18) luokanopettajaa oli listannut molempiin kohtiin pyydetty kolme yleisimmin käyttämäänsä. Loput olivat täyttäneet kyselystä vain osan. Ensimmäisen ja toisen luokan luokanopettajista jokainen (6/6) oli käyttänyt opetuskeskustelua opetusmenetelmänä. Oppi- ja tehtäväkirjan käyttäminen oli mainittu sekä opetusmenetelmäksi (3/6) että oppimateriaaliksi (5/6). Kaksi mainitsi käyttäneensä asiantuntija-apua opetuksessa ja yksi opettaja oli maininnut opetusmenetelmäksi pari- ja ryhmätyöskentelyn. Oppikirjojen lisäksi oppimateriaaleina oli käytetty videoita (3/6) ja kalvoja (2/6)

Kolmannen ja neljännen luokan luokanopettajista kaksi (2/6) ei ollut vastannut kysymykseen, koska he olivat olleet suurimman osan lukuvuodesta sairaslomalla. Tässä kolmannen ja neljännen luokan luokanopettajien tulokset käsitellään neljän luokanopettajan osalta. Kaikki (4/4) luokanopettajat olivat

käyttäneet opetuskeskustelua opetusmenetelmänä. Oppi- ja tehtäväkirjan käyttäminen mainittiin sekä opetusmenetelmäksi (2/4) että oppimateriaaliksi (3/4). Yksittäisiä mainintoja opetusmenetelmistä saivat havainnollistaminen ja parityöskentely. Oppikirjan lisäksi oppimateriaaleina oli käytetty videoita (2/4), internetiä (2/4) ja kalvoja (1/4).

Myös viidennen ja kuudennen luokan luokanopettajien keskuudessa opetuskeskustelu oli yleisin (5/6) opetusmenetelmä. Muita menetelmiä olivat ryhmätyöt (2/6), draama (1/6) ja tietoisuus (1/6). Oppi- ja tehtäväkirja oli yleisin (5/6) oppimateriaali. Yksi oli tosin maininnut kirjan kappaleen luvun myös opetusmenetelmäksi. Oppimateriaaleina käytettiin internetiä (2/6), infovihkoja (2/6) ja nuorten lehtiä (1/6).

Opetus oppituntien ulkopuolella. Vastaukset kysymykseen, käsittelevätkö luokanopettajat terveystietoa oppituntien ulkopuolella, olivat lyhyitä ja vain muutama oli kirjoittanut konkreettisia esimerkkitalanteita. Vastausten niukuuden vuoksi, tulokset käsitellään kaikkien luokkien osalta yhdessä.

Yleisin (6/18) välitunteihin liittyvä aihe oli liikuntaan kannustaminen. Yksi opettaja kirjoitti antavansa *"ideoita liikkumiseen porukalla"* ja toinen kirjoitti huolehtivansa *"puuttuvia liikuntavälineitä"* välituntipeleihin. Muut aiheet olivat vain muutaman luokanopettajan mainitsemia. Esimerkiksi välituntien turvallisuus mainittiin kahden vastauksessa. Toinen luokanopettaja oli kirjoittanut turvallisuudesta seuraavaa: *" – – ei saa kiivetä betonimuurin päälle, betonilaatat saattavat tippua jalalle"*. Tapaturmiin liittyen eräs toinen opettaja taas kirjoitti, että *"jos esimerkiksi oppilaille on sattunut, jokin haaveri välitunnilla, saatamme puhua, miksi annoin tiettyä ensiapua – –"*.

Kaverisuhteet (2/18) ja kiusaamistilanteiden selvittely sekä ehkäisy (2/18) tulivat esiin vastauksissa. Luokanopettajat eivät kuitenkaan olleet kirjoitta-

neet tarkempia esimerkkejä näistä. Sään mukaan pukeutumisesta oli keskusteltu kahdessa luokassa. Yksi kirjoitti, että välitunneilla: *”Asioista keskustelua tapahtuu huomaamatta ja aina luontevissa tilanteissa”*.

Ruokailuun liittyen opettajat olivat kirjoittaneet eniten vastauksia. Terveellisestä, monipuolisesta ruoasta (7/18) ja lautasmallista (3/18) keskusteltiin. Opettajat kertoivat muistuttavansa riittävästä syömisestä (3/18) sekä salaatin (4/18), maidon (3/18) ja leivän (1/18) liittämistä ateriaan. Yksi opettaja kirjoitti: *”Tarkkailen ruokamääriä lautasilla ja kannustan syömään riittävästi. Salaattia on otettava aina, kun sitä on tarjolla”*. Viidessä luokassa oli käytössä *”kaikkea maistetaan periaate”*. Yksi opettaja kirjoitti: *”Mitä otat, sen syöt”*. Tottumusten lisäksi luokanopettajat kirjoittivat muistuttavansa ruokailuun liittyvistä tavoista. Vastauksissa mainittiin hyvät tavat (5/18) ja käsienpesu ennen ruokailua (3/18). Lisäksi yhden vastauksessa luki *”syödään rauhassa”*.

Muista oppiaineista, joiden yhteydessä terveystietoa käsiteltiin, yleisin oli liikunta (6/18). Opettajat kertoivat muistuttavansa peseytymisestä ja vaatteiden vaihdosta liikuntatuntien jälkeen. Aamupalan merkityksestä puhuttiin liikuntatunneillakin: *”Liikuntatunti aamulla, oppilas on nälissään tai jaksa. Py-sähdymme keskustelemaan, miksi aamupala on tärkeä”*. Muut vastauksissa esiintyneet oppiaineet olivat: ympäristö- ja luonnontieto (5/18), biologia (2/18), kuvataide (2/18), musiikki (2/18), käsityö (1/18), historia (1/18), uskonto (1/18), fysiikka ja kemia (1/18) sekä äidinkieli ja kirjallisuus (1/18). Käsityötunteihin oli liitetty ensiaputaitoja ja historian tunneilla oli puhuttu kulku-taudeista ja nälänhädästä. Yksi opettaja kirjoitti yhdistävänsä terveystietoa muihin oppiaineisiin *”aina kun (se) luontevasti aiheeseen liittyy”*. Erään toisen vastauksesta voi päätellä opettajan toimivan samalla tavalla. Opettaja kirjoitti: *”Työergonomiasta silloin tällöin, jos asennot tai pelkkä käden asento on huono”*.

Terveystietoa opetettiin myös muulloin *”aina tilanteen tullen”* (2/18). Kaksi opettajaa kirjoitti puhuvansa aiheesta silloin jos oppilas kävi terveydenhoitajan luona tai terveydenhoitaja kävi luokassa. Yksi opettaja kirjoitti seuraavaa: *”Pidämme silloin tällöin kesken tunnin taukojumpan, jolloin puhun ryhdin merkityksestä. Aamunavauksessa puhun joskus terveystietoon liittyvistä aiheista esim. lämmin pukeutuminen.”*

7.2.2 Vanhempien näkemykset

Opetussisällöt. Kysymykseen, mitä terveystiedon asioita tulisi mielestänne käsitellä alakoulussa, vanhemmat olivat listanneet opetussisältöjä ahkerasti. Sitä vastoin perustelut sisältöjen valinnalle olivat jääneet niukoiksi. Vastauksissa käytetty kieli oli monipuolisen rikasta, jonka vuoksi aineiston pelkistämisenvaiheessa yksittäisiä ilmaisuja kertyi runsaasti. Ryhmittelyssä samaa tarkoittavat käsitteet yhdistettiin luokiksi ja nimettiin luokan sisältöä kuvaavalla opetussisällöllä. Ryhmiä muodostui yhteensä neljätoista.

Ensimmäisen ja toisen luokan oppilaiden vanhemmista reilusti yli puolet (45/68) oli maininnut ravitsemuksesta opettamisen. Vanhemmista kuusi oli perustellut vastaustaan. He kirjoittivat:

”Lapset eivät välttämättä ymmärrä, kuinka tärkeää on oikeanlainen syöminen eli ei esim. pelkkää hampurilaisia, ranskalaisia...”

”Koska paljon tulee lihomista lapsilla joitten esim. vanhemmat töissä ja joutuvat itse huolehtimaan syömisestä.”

”Terveellisten elämäntapojen oppimiseksi”

”Miksi? Syy lienee selvä. Esim. syödyt kalorit suhteessa kulutukseen.”

” – – lasten ylipaino kasvava ongelma.”

”Terveellisen ravinnon merkitys saattaa mennä paremmin perille koulussa opetettuna kuin vanhempien saarnaamana.”

Liikunta (37/68), hygienia (31/68), päihdekasvatus (20/68), uni ja lepo (19/68), seksuaalikasvatus (16/68) sekä opettaminen kasvuun, kehitykseen ja murrosikään (17/68) liittyvistä asioista olivat seuraavaksi yleisimmät maininnat. Suurin osa vanhemmista (11/68), jotka olivat perustelleet vastaustaan, eivät olleet perustelleet opetussisältöjä erikseen, vaan kirjoittaneet vastaukseensa yleisen kommentin. Näiden vastausten voidaan ajatella olevan peruste myös edellä mainituille opetussisällöille. Vanhemmat kirjoittivat muun muassa:

”Ne ovat (uni, ruoka, liikunta ja hygienia) tärkeitä asioita kaikille.”

”Siksi koska asioista puhuminen auttaa lasta tunnistamaan näitä asioita ja antaa niin ollen valmiuksia – – “

”Jotta lapselle tulisi jo heti alakoulusta lähtien eväät itseänsä varten.”

”Jotta lapselle tulisi kokonaisvaltainen käsitys ihmisen terveydestä.”

Yleisissä perusteissa tulisi esille myös koulutuksen tasa-arvo.

”Vaikka kotona huolehdittaisiin, on lapsen hyvä itse ne omaksua. Ja jos kotona terveisiin elämäntapoihin ei kiinnitetä huomiota, on tärkeää, että edes koulussa näistä puhutaan.”

”Kaikille tärkeitä asioita tietää. Jokaisen vanhemmat eivät välttämättä tiedä itse tai osaa/viitsi/kehtaa puhua lapsilleen.”

”Monen kodin tiedot ja keinot eivät ole riittäviä.”

Hygieniasta opettamista kaksi vanhempaa oli kirjoittanut erillisen perusteen. Heidän kommenttinsa olivat sisällöltään hyvin samanlaiset. Toinen kirjoitti, että *”(hygienia) ei tunnu olevan kaikilla lapsilla itsestään selvyys”* ja toinen *”Yllättävän moni alakoululainen on nykyään tietämätön/piittaamaton puhtauden tarpeellisuudesta”*. Kasvuun, kehitykseen ja murrosikään liittyen yksi vanhempi perusteli vastaustaan kirjoittamalla: *”Oppivat ymmärtämään oman kehityksen vaiheita”*. Päihdekasvatuksen tarpeellisuutta yksi vanhempi perusteli kirjoitta-

malla: ”Yhä nuoremmat kokeilevat tupakkaa, alkoholia ja huumeita”. Muut vanhempien maininnat opetussisällöistä ilmenevät taulukosta 1.

Taulukko 1. 1.–6. luokan oppilaiden vanhempien vastausten lukumäärät kysymykseen, mitä terveystiedon sisältöjä alakoulussa tulisi opettaa

Opetussisältö	1.–2. luokan oppilaiden vanhempien (N=68) mainintojen lukumäärät	3.–4. luokan oppilaiden vanhempien (N=52) mainintojen lukumäärät	5.–6. luokan oppilaiden vanhempien (N=68) mainintojen lukumäärät
Ravitsemus	45	42	46
Liikunta	37	26	34
Hygienia	31	15	23
Päihdekasvatus	20	32	51
Uni ja lepo	19	23	17
Kasvu, kehitys ja murrosikä	17	37	29
Seksuaalikasvatus	16	4	9
Terveelliset elämäntavat	5	7	9
Tunne- ja vuorovaikutustaidot	4	0	9
Mielenterveys	4	7	6
Turvallisuus	3	4	0
Sairaudet	0	3	3
Media ja tietokonepelaaminen	2	2	0
Yksittäiset maininnat	5	0	2

Ravitsemus oli myös kolmannen ja neljännen luokan oppilaiden yleisin (42/52) maininta siitä, mitä terveystiedon asioita alakoulussa tulisi käsitellä. Reilusti yli puolet vanhemmista piti myös kasvuun, kehitykseen ja murrosikään (37/52), liikuntaan (36/52) sekä päihdekasvatukseen (32/52) liittyvää opetusta tärkeänä. Uni ja lepo (23/52) sekä hygienia (15/52) nousivat myös selvästi esiin vastauksista. Aineisto esiin noussut ryhmä terveelliset elämän-

tavat (7/52) on tarkemmalta sisällöltään epäselvä, sillä suurin osa vanhemmista ei ollut kirjoittanut, mitä he aiheen opetuksella tarkoittivat. Muutaman vastauksessa terveet elämäntavat liitettiin terveelliseen ruokaan, riittävään liikuntaan ja lepoon sekä päihteettömyyteen. Muut vanhempien maininnat opetussisällöistä ilmenevät taulukosta 1.

Perustelut (18/52) opetussisältöjen valinnoille olivat kolmannen ja neljännen luokan oppilaiden vanhempien vastauksissa jääneet vähäisiksi. Viiden (5/52) vanhemman vastauksessa tuli esille, että *"(terveystiedon) opetus koulussa tukisi kotikertomuksia"*. Vanhempien mielestä *"oppi menee ehkä paremmin perille opettajan kautta"*. Lisäksi muutama huomautti, että esimerkiksi murrosikään liittyvistä asioista *"ei aina ole helppoa (puhua) omille vanhemmille"*. Suurimmassa osassa (11/18) perusteita vanhemmat ottivat opetussisältöihin kantaa yleisellä tasolla. Terveystietoon liittyvät asiat ovat *"tärkeitä jo pienestä pitäen"*, koska ne *"vaikuttavat pitkälle tulevaisuuteen"*. Lisäksi yksi kirjoitti, että *"niiden käsitteleminen auttaisi lapsia ymmärtämään omaa jaksamistaan ja kuinka siihen voi vaikuttaa"*. Yhden vanhemman mielestä opetusta ravitsemuksesta tarvitaan, *"jotta lapset söisivät monipuolista ruokaa"*. Toinen perusteli opetusta kasvuun, kehitykseen ja murrosikään liittyen kirjoittamalla: *"jotta (lapsi) oppisi tuntemaan oman kehonsa ja sen tarpeita"*.

Päihdekasvatus (51/68) ja ravitsemus (46/68) olivat yleisimmät viidennen ja kuudennen luokan oppilaiden vanhempien mainitsemat opetussisällöt. Seuraavaksi eniten mainintoja saivat liikunta (34/68), kasvu, kehitys ja murrosikä (29/68), hygienia (23/68) sekä uni ja lepo (17/68). Opetussisällöt seksuaalikasvatus, tunne- ja vuorovaikutustaidot sekä terveelliset elämäntavat saivat jokainen yhdeksän mainintaa. Muut vanhempien maininnat opetussisällöistä ilmenevät taulukosta 1.

Vanhemmista kuusitoista (16/68) oli perustellut vastaustaan. Kolme perusteli päihteistä opettamista. Kaksi heistä oli sitä mieltä, että opetusta tarvitaan, *”koska kokeilijat ovat yhä nuorempia”*. Kolmannen mielestä opetus *”voisi auttaa suhtautumista niihin ja vähentää käyttöä”*. Murrosikään (3/16) liittyvää opetusta pidettiin tärkeänä, *”koska se on ajankohtaista”*. Lisäksi kaksi vanhempaa kirjoitti, että *”monelle voi tulla yllätyksenä, mitä minulle on tapahtumassa”*. Kuitenkin suurimmassa osassa (10/16) vastauksia vanhemmat perustelivat kantaansa yleisellä kommentilla. Perusteita olivat muun muassa:

”Koska näistä asioista ei voi koskaan puhua liikaa.”

*”Jotta lapsi ymmärtäisi, että asiat ovat oikeita, eikä vain äidin räpätystä
— — ”*

”Kaikki ovat osa suurempaa kokonaisuutta, joita tarvitaan myöhemmässä elämänvaiheessa.”

”Siksi että nykylapset ovat tietoisia, valveutuneita ja kokeilevampia eri asioiden suhteen — — ”

Perusteet opetussisältöjen valinnalle. Opetussisältöjen lisäksi vanhemmilta kysyttiin, millä perusteella terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen liittyvät asiat tulisi valita. Ensimmäisen ja toisen luokan oppilaiden vanhempien vastauksissa lapsen ikä (24/68) ja kehitys (10/68) olivat yleisin peruste valinnalle. Yksi vanhempi oli kirjoittanut: *”Kaikesta pystyy puhumaan lapsen kanssa, mutta esim. sukupuolitaudit ja seksi eivät ehkä kosketa samanlailla 1-luokkalaista kuin 6-luokkalaista”*. Sisältöjen ajankohtaisuus (12/68) ja liittyminen oppilaan arkeen (4/68) saivat myös kannatusta. Esimerkiksi havaittu ongelma luokassa, koulussa, paikkakunnalla tai yhteiskunnassa oli vanhempien mielestä peruste aiheen valinnaksi. Pysyminen *”ajan hermolla”* koettiin tärkeäksi. Kolmen vanhemman mielestä opetussisällöt tulisi valita tieteelliseen *”näyttöön”, ”tillastoihin”* tai *”yleiseen terveystietämykseen”* perustuen. Lähteiksi ehdotettiin

esimerkiksi Kansanterveyslaitosta ja Stakesia. *"Niistä löytyy kaikki tarpeellinen"* oli yhden vanhemman kommentti.

Kolmannen ja neljännen luokan oppilaiden vanhempien mielestä lapsen ikä (24/52) ja kehitys (5/52) *"ratkaisee eniten, mitä ja miten asiat tulee opettaa"*. Asioiden ajankohtaisuus (8/52) ja oppilaiden kiinnostus (7/52) mainittiin seuraavaksi yleisimmin perusteissa. Kahden vanhemman sanoin: *"Tietyt asiat tapahtuvat ajan hengen mukaan"*, joten *"ilmiöitä ja muotivillityksiä voitaisiin joustavasti käsitellä"*. Oppilaiden kiinnostuksen selvittämiseksi ehdotettiin kyselyä asiasta. Kiinnostus nähtiin oppimismotivaatiota lisäävänä asiana: *"lasta itseään askarruttava asia jää hyvin mieleen"*. Kahden vanhemman mielestä aiheet tulisi valita *"keskustelemalla vanhempien kanssa"* ja yhden mielestä aiheiksi tulisi valita niitä, *"jotka tulevat lasten arkielämässä vastaan"*.

"Ikävuosiin sopivalla tavalla ja annostelulla" (24/68) oli myös viidennen ja kuudennen luokan oppilaiden vanhempien yleisin peruste oppisisältöjen valinnalle. Asioiden ajankohtaisuus (7/68) ja liittyminen oppilaiden arkeen (5/68) koettiin tärkeiksi. Ajankohtaisuudella viitattiin toisaalta *"aikaan, jossa elämme"* ja toisaalta aiheisiin, *"jotka liittyvät (tietyn ikäisen) lapsen/nuoren elämään"*. Kahdessa vastauksessa painotettiin *"yhteiskunnallisten haasteiden"* huomioimista. Toinen vanhemmista kirjoitti: *"Tietokoneaikana liikunta on tärkeätä – –"*. Poiketen 1.–4. luokan oppilaiden vanhemmista viidennen ja kuudennen luokan oppilaiden vanhemmat pitivät oppilaan sukupuolta (4/68) perusteluna valinnalle. Sisältöjä voisi olla *"pelkästään tytöille kuten myös pelkästään pojille"*.

Opetusmenetelmät. Kysyttäessä, miten terveystietoa tulisi opettaa, oli menetelmä havainnollistamalla ja esimerkkejä käyttäen lähes neljänneksen (16/68) ensimmäisen ja toisen luokan oppilaiden vanhempien vastaus. Yksi vanhemmista oli tarkentanut vastaustaan kirjoittamalla havainnollistamisesta näin: *" – – esitellä tytöille kuukautissuojia sekä pojille kondomeita. Pienempien*

kanssa esim. ruokalassa tehdä oikeanlaisia annoksia". Muut vanhemmat eivät olleet tarkentaneet, mitä he tarkoittivat vastauksellaan. Havainnollistamis- materiaaliksi voidaan lukea vanhempien ehdottamat videot/dvd:t (2/68), tietokonepelit ja -ohjelmat (2/68) sekä tietoiskut (3/86).

Seitsemän (7/68) vanhempaa oli ilmaissut vastauksensa kirjoittamalla, miten terveystietoa ei tulisi opettaa. Esimerkiksi vastaukset *"ei luennoiden", "ei koulumaisesti", "ei pelkkää teoriaa" ja "ei kuivia tilastoja tai liian monimutkaisia löpönöitä"* kuuluvat tähän ryhmään. Yksi vanhempi oli kirjoittanut näin: *"Ei mitään näin teidän pitää syödä, liikkua... -menetelmää, vaan opettaa asiat käytännönläheisesti"*. Käytännönläheisestä ja toiminnallisesta oppimisesta kirjoitti myös viisi (5/68) muuta vanhempaa. Yhden vanhemman ehdotus oli, että *"oppilaat voisivat pitää ruokapäiväkirjaa viikon ajan ja ko. asiaa käsiteltäisiin ravitsemustunneilla"*. Lisäksi vastaukset kuten opettaminen *"lasten kielellä"* ja *"aluksi leikin varjolla"* (10/68) voidaan myös tulkita vastakohtaisiksi kielteisen ilmaisun vastauksille. Yksi vanhempi kirjoitti, että opetuksessa tulisi huomioida lapsen ikä, eikä opettaa *"liian vaikeasti liian pienenä"*.

Oppiminen itse tutkien ja kokeillen oli viiden (5/68) vanhemman ehdotus opetusmenetelmäksi. Yhden vanhemman mielestä oppiminen tulisi tapahtua, *"siten, että lapset itse hoksaisivat olennaisia asioita"*. Toinen taas pohti, että *"Parhaiten oppii, kun itse tekee"*. Seitsemän (7/68) vanhemman ehdottamat ryhmätyöt voidaan liittää kuuluvaksi tähän ryhmään. Opettaminen yhdessä eri alojen ammattilaisten kanssa (6/68) nousi myös esiin yhtenä opetusmenetelmänä. Ulkopuolisten tahojen käyttäminen toisi yhden vanhemman mielestä opetukseen *"lisää painoarvoa"*. Vastauksissa opetusmenetelmäksi ehdotettiin myös tutustumiskäyntien tekemistä esimerkiksi terveyskeskuksiin.

Kuuden (6/68) vanhemman mielestä terveystietoa tulisi opettaa *"kuin mitä tahansa ainetta koulussa"*. Yksi vanhemmista kirjoitti: *"Ihan opettajalta oppilaalle"*

periaatteella. *Kyllä ne asiat perille menee normaalilla puheen kautta opettamisella.*" Kymmenen (10/68) vanhempaa oli opetusmenetelmien sijaan pohtinut, että terveystietoa tulee opettaa *"luontevana osana muuta opetusta"*. Oppiaineista ehdotuksia saivat liikunta (2), ympäristö- ja luonnontieto (2) sekä opettaminen *"jonkin miellyttävään aineen yhteydessä"*. Vastakohtaisesti yksi (1/68) vanhemmista oli sitä mieltä, että terveystiedossa tulisi olla *"omat tunnit ja oppikirjat"*.

Kolmannen ja neljännen luokan oppilaiden vanhempien yleisin (16/52) ehdottama opetusmenetelmä oli havainnollistamalla ja esimerkkejä käyttäen. Vanhemmat muun muassa kirjoittivat:

"Mahdollisimman paljon esimerkein havainnollistaa."

"Yksinkertaisilla esimerkeillä ja paljon havainnollistaen – – Esim. epäterveellisen ravinnon vaikutusta vaikkapa verisuoniin voi opettaa jo pienillekin lapsille tai näyttää esimerkkejä luustosta, joka ei vahvistu kalsiumin ja liikunnan puutteessa."

"Mahdollisimman konkreettisesti ja havainnollistaen. Esim. vaikka opetusvideoin näyttää, mitä rasvainen ruoka tekee verisuonille, tupakka keuhkoille jne."

Videoiden (3/52) lisäksi vanhemmat ehdottivat havainnollistamismateriaaliksi näytelmiä, esitteitä, piirtoheitinkalvoja ja mielenkiintoisia kirjoja.

Kielteisen ilmaisen kautta opetusmenetelmistä kirjoitti kymmenen (10/52) vanhempaa. Vanhempien mielestä terveystietoa ei tulisi opettaa *"saarnaten"* tai *"pelkästään opettajajohtoisesti"*. Asioista ei tulisi kertoa *"pelottelemalla tai kauhistelemalla"* eikä opetusmenetelmänä saisi käyttää *"mitään piirrettyjä"*. Asioista tulisi kertoa lapsen tasoisesti eikä *"liian korkealentoisesti"*. Lapsen iän huomioimista opetusmenetelmien valinnassa painotti yhteensä kymmenen (10/52) vanhempaa. Yksi näistä vanhemmista kirjoitti, että terveystietoa tulisi opettaa *"aina lapsen kehitystaso huomioiden, jotta lapset ymmärtää asiat – –"*.

Käytännönläheistä ja toiminnallista oppimista terveystiedon opetusmenetelmäksi ehdotti kahdeksan (8/52) vanhempaa. Kolmen (3/52) mielestä terveystietoa tulisi opettaa, niin että oppilaat pääsevät itse tutkimaan ja kokeilemaan. Yhteistyöstä perheiden ja terveydenhuollon ammattilaisten kanssa kirjoitti viisi (5/52) vanhempaa. Asiantuntijoiksi ehdotettiin kouluterveydenhoitajaa, hammashoitajaa ja ammattikuntouttajia.

Osaksi muuta opetusta terveystiedon opetuksen liittäisi kaksi ja omana oppiaineena sitä opettaisi kaksi vanhempaa. Lisäksi kahden mielestä opetus tulisi järjestää tytöille ja pojille erikseen. Yhden vanhemman mielestä oppilaat *"voisivat olla avoimempia"* erillisissä ryhmissä. Hän kuitenkin lisäsi, että opetusta tulisi olla myös yhteisesti, *"ettei tule salaisia tyttöjen ja poikien juttuja"*. Viiden (5/52) vanhemman mielestä terveystietoa tulisi opettaa keskustelemalla oppilaiden kanssa. Yksittäiseksi menetelmäksi mainittiin teemapäivien käyttäminen: *"Voisihan olla vaikka terveellisen ruoan teemapäivä tai vaikka flunssa-aikana panostettaisiin yhteisesti käsien pesuun, levon tarpeeseen jne."*

Havainnollistamisesta ja esimerkkien käyttämistä kirjoitti myös enemmistö (16/68) viidennen ja kuudennen luokan oppilaiden vanhemmista. Yhden vanhemman mielestä *"Raflaavat esimerkit tehostavat opetusta ja tekevät siitä uskottavan"*. Toisen mielestä *"Käytännönesimerkit jäävät hyvin päähän"*. Kolmas taas pohti, että *"jos jo varhaisessa vaiheessa näkee esim. nuuskan aiheuttamat vauriot, niin voipi jäädä itseltä nuuska käyttämättä"*. Havainnollistamismateriaaleiksi vanhemmat nimesivät kuvat (7/68), videot, (6/68), oppikirjat (2/68) ja internetin (1/68).

Kuusitoista (16/68) vanhempaa oli nimennyt yhteistyön eri alojen ammattilaisten kanssa terveystiedon opetusmenetelmäksi. Muista vanhemmista poiketen viidennen ja kuudennen luokan oppilaiden vanhemmat pohtivat, että

luokanopettaja ja kouluterveydenhoitaja voisivat opettaa terveystietoa yhteistyönä. Kouluun toivottiin myös *"vierailevia tähtiä"*:

"Jos olisi esim. mahdollista saada keuhkosyövästä kärsivät kertomaan."

"Luokkiin tulisi kutsua entisiä narkomaaneja ja alkoholisteja, jotka avoimesti kertovat elämän kokemuksistaan."

"Elävin esimerkein varsinkin tupakan, alkoholin ja huumeiden osalta."

Opetukseen ehdotettiin osallistuvan myös eri alojen ammattilaisten.

" -- keittiöhenkilökunnasta joku voisi pitää pieniä tietoiskuja terveellisestä ja riittävästä kouluruoasta. Samoin kuten vaikka poliisista voisi käydä puhumassa heijastimista ja pyöräilykypärän käytöstä -- "

"Asiantuntijoita eri aloilta voisi vierailla opettamassa esim. suuhygienisti, päihdetyöntekijä -- "

Kuuden (6/68) vanhemman mielestä terveystietoa tulisi opettaa käytännönläheisesti ja toiminnallisesti. Yksi kirjoitti, että *"käytännön esimerkit jäävät hyvin päähän"*. Toinen taas pohti opetusta näin: *"Terveystiedon tulisi tuntua siltä, että se koskettaa juuri minua ja minun hyvinvointia"*. Viisi (5/68) oli vastannut kysymykseen määrittämällä, miten terveystietoa ei tulisi opettaa. *"Ei pelkkänä tässä yksi kalvo -opetuksena"* oli yhden vastaus. Käskyjä ja kieltoja tai kauhukuvien maalaamista ei pidetty toimivana. Lapsen iän huomioimista opetuksessa painotti neljä (4/68) vastaajaa. Opetus tulisi toteuttaa *"lasten tasolla"*, *"niin että lapsi tuntee asian koskettavan häntä"*.

Samoin kuin muitakin aineita terveystietoa opettaisi kaksi (2/69) vanhempaa. *"Eihän se ole sen kummempi juttu!"* toinen heistä kirjoitti. Omana oppiaineena terveystietoa opettaisi neljä (4/68) ja osana muita oppiaineita kuusi (6/68) vanhempaa. Kolmen (3/68) mielestä opetuksessa tytöt ja pojat tulisi jakaa eri ryhmiin. Yksi näistä kolmesta myös ehdotti, että pojille tulisi olla miesopettaja ja tytöille naisopettaja. Vanhemmat kuvasivat terveystiedon opetusta myös

yksittäisillä sanoilla tai sanapareilla. Näitä olivat muun muassa *”monipuolisesti”, ”kansantajuisesti”, ”selkeästi”, ”asiallisesti”* ja *”mahdollisimman elävästi”*.

7.3 Terveystietoon liittyvä kehitystyö

7.3.1 Luokanopettajien kehitysehdotukset terveystietoon liittyen

Luokanopettajien vastaukset terveystietoon liittyvästä kehitystyöstä käsitelään 1.–6. luokan luokanopettajien osalta yhdessä vastausten niukkuuden vuoksi. Luokanopettajasta kolme oli jättänyt vastaamatta kysymykseen kokonaan ja neljä oli vastannut vain osittain.

Opettajan näkökulmasta asiaa oli pohtinut neljätoista (14/18) luokanopettajaa. Neljän (4/14) luokanopettajan vastaus käsitteli oppimateriaaleja. Toivottiin, että myös pienille olisi hyvää, konkreettista materiaalia opetukseen. Yhden luokanopettajan mielestä pirstaleinen tieto tulisi kasata *”omaksi paketiksi vuosiluokittain”* ja toinen ehdotti, että oppikirjoihin tulisi laittaa *”oikeat sisällöt”*. *”Vierailijoita ja asiantuntijoita mukaan opetustilanteisiin”* toivoi kaksi vastaajaa. Yksi ehdotti opetukseen lisää resursseja, kun taas toisen mielestä *”nykyinen käytäntö on ok”*. Tyytyväisyydestä nykytilaan kertoo myös tämä vastaus: *”Läpäisyperiaate toimii hyvin alkuopetuksessa.”*. Yhden opettajan vastaus viestii koulutuksen tarpeesta. Hän kirjoitti: *”Mielensterveyttä ylläpitäviä harjoituksia ja henkisen tasapainon hallinnan taitoihin perehtymistä.”*

Oppilaan näkökulmasta kehitystyötä oli pohtinut yksitoista (11/18) luokanopettajaa. Vastaukset käsittelivät opetusmenetelmiä. Opetuksessa *”tulisi käyttää erilaisia, motivoivia opetusmenetelmiä”*, kirjoitti yksi vastaajista. Edellisiin vastauksiin viitaten kaksi opettajaa vastasi, että opetukseen tulisi lisätä resursseja ja, että pirstaleisuuden sijaan opetustuokiot tulisi olla jäsennellympiä. Luokanopettajien mielestä terveystiedon opetuksen tulee olla *”konkreet-*

tista eikä liian yliampuvaa” ja sijoittua lähellä oppilaan arkea. Yksi mainitsi, ettei alakoulussa saisi olla liikaa asiaa. Myös käytännön harjoituksia ja vierailuja ehdotettiin.

Kodin ja koulun yhteistyön näkökulmasta vastausta oli pohtinut kaksitoista (12/18) luokanopettajaa. Viiden (5/12) kehitysehdotus oli, että terveystietoon liittyviä asioita voitaisiin käsitellä vanhempainilloissa tai kahdenkeskisissä keskusteluissa. Yhden luokanopettajan sanoin: *”Terveystiedon osa-alueet ovat hyviä aiheita vanhempainiltoihin”*. Vanhempien mukaan ottamista terveystietoon liittyvissä asioissa ehdotti kolme (3/12) vastaajaa. Heistä yksi kirjoitti: *”Vanhempien kanssa tehtäviä liikunnasta, ruokailusta ja puhtaudesta”*. Yhteistä linjaa ja *”yhteen hiileen puhaltamista”* painotti kaksi (2/12) vastaajaa. Epäilijöitäkin oli joukossa. Yksi opettaja kirjoitti, että *”Mihin on kotona opittu, sitä on koulun vaikea muuttaa.”* Toinen taas painotti, että *”koulu täydentää kodin joskus olematonta tero. kasv.”*.

7.3.2 Vanhempien kehitysehdotukset lapsen terveyden edistämiseksi

Yhteistyö kodin ja koulun välillä oli yhdentoista (11/68) ensimmäisen ja toisen luokan oppilaiden vanhemman vastaus kysymykseen, mitä koti ja koulu voisivat tehdä lapsen terveyden edistämiseksi. Yhteistyöksi määriteltiin tiedonkulku puolin ja toisin, sopiminen yhteisistä säännöistä sekä *”vedetään yhtä köyttä”* -asenne. Viisi (5/68) vanhemmista toivoi, että terveystiedossa käsitellyt asiat *”kirjattaisiin ylös, jotta niitä voitaisiin käydä myös kotona läpi”*. Vanhemmista kahdeksan (8/68) oli eritellyt vastauksessaan kodin ja koulun toimet lapsen terveyden edistämiseksi. Tällaisia vastauksia olivat muun muassa:

”Koti: säännöllinen rytmi, säännölliset/terveelliset ateriat, puhtaudesta huolehtiminen. Koulu: asioista puhuminen, terveystarkastukset.”

”Teoreettinen opetus koulussa, käytäntö kotona.”

”Vanhemmat luonnollisesti antavat esimerkin ja huolehtivat, että lapset noudattavat terveellisiä elämäntapoja; tarjoavat monipuolista ruokaa, huolehtivat, että lapset liikkuvat ja kuljettavat harrastuksiin sekä opettavat hygieniasta huolehtimista. Koulussa voidaan tarjota kunnollista ruokaa sekä pitää huoli, että liikuntatuntien määrä säilyy edes nykyisellään.”

Aikuisten toiminen esimerkkinä terveellisistä elämäntavoista tuli esille yhdeksässä (9/68) vastauksessa. Yksi vanhempi kirjoitti: *”Aikuisten on näytettävä esimerkkiä ja ennen kaikkea asioista pitää puhua silloin, kun ne ovat ajankohtaisia – ”*. Kouluterveydenhuoltoon panostamisesta ja säännöllisistä terveystarkastuksista mainitsi neljä (4/68) vanhempaa. Yksi kirjoitti lisäksi, että *”Kouluterveydenhuollosta voisi tulla vanhemmille (tietoa) viimeisimmistä tuulista lasten terveyden edistämisestä.”*

Vapaa-ajan liikkumisen ja koululiikunnan lisääminen tulivat esille kahdeksan (11/68) vastauksessa. Eräs vanhempi kirjoitti näin: *”Lapset pitäisi saada niin koulussa kuin kotonakin liikkumaan enemmän ja harrastamaan urheilua”*. Liikuntatuntien lisäämisestä yksi vanhempi tarkensi vastaustaan kirjoittamalla: *”En tarkoita, että pitää opettaa kilpaurheiluun, vaan terveysliikuntaan jo alakouluikästä lähtien”*. Terveyden edistämisen keinoksi määriteltiin myös teemapäivien ja -viikkojen sekä erilaisten kampanjoiden (8/68) käyttäminen. Esimerkiksi Nuori Suomen järjestämä Liikuntaseikkailu koettiin toimivaksi (3/68). Teemapäivien aiheiksi yksi vanhempi listasi ehdotuksiaan näin: *”tupakointi, alkoholikäyttö, ruokavaliot, hygienia, liikunta”*.

Kahtiajako terveyden edistämisessä kodin ja koulun välille (14/52) tuli esille myös kolmannen ja neljännen luokan oppilaiden vanhempien vastauksissa.

”Kodin osuus on erittäin tärkeä. Koulu voi valistaa ja opettaa lapsia, mutta kyllä koti on kaiken perusta myös terveysasioissa.”

"Koti voi tehdä paljonkin ja sen merkitys on kaikkein suurin. Koulun terveyskasvatus voi täydentää sitä."

"Minusta koulu on se valistava instanssi ja kodin tehtävänä ja vastuuna on huolehtia lapsesta."

"Aika monet asiat lapsi oppii kotona – Jos kotikasvatus on vähäistä, on koulun opetus tärkeää terveyden edistämisen kannalta."

Koulun tehtäväksi nähtiin vanhempien kasvatusta tukevana. Vanhempien roolia taas voidaan kuvata yhden vanhemman vastauksella: *"terveellisen ja monipuolisen ruokailun mahdollistaminen, koko perheen kanssa ruokailu, riittävästä unesta huolehtiminen, lapsen kanssa liikkuminen ja innostaminen omasta terveydestä huolehtimiseen, lapsen kuuntelu, välittäminen, yhdessäolo"*.

Panostaminen terveelliseen ja monipuoliseen ruokailuun nousi esiin kuudentoista (16/52) vanhemman vastauksessa. Vastauksissa puhuttiin ruokailusta sekä koulussa että kotona. Lisäksi kolmen vanhemman mielestä karamelli- ja limsa-automaatit eivät kuulu kouluihin, sillä *"ne antavat väärän viestin lapsille"*. Riittävästä liikunnasta vanhemmat ottivat aktiivisesti kantaa: *"Liikunnassa koulu voi mahdollisesti antaa paljonkin eri mahdollisuuksia harrastamiseen ja monipuoliseen liikuntaan. Tosin liikkumisen mallia voi saada vanhemmiltakin."* Myös eräs toinen vastaaja tunnusti kodin merkityksen lasten liikuntatottumusten muodostumisessa: *"Kotona perheet voisivat liikkua enemmän yhdessä; pyöräillä, kävellä, pelailla pallopelejä, retkeillä yms. Kodeissa pitäisi kannustaa hyötyliikuntaan – –."* Liikunnasta kirjoitti yhteensä kaksitoista (12/52) vanhempaa. Näiden lisäksi kuusi (6/52) painotti, että lasten terveyden edistämiseksi koululiikunnan määrää tulisi lisätä.

Yhteistyöstä kirjoitti seitsemän (7/52) kolmannen ja neljännen luokan oppilaiden vanhempaa. Yksi kirjoitti, että *"yhteisiä linjoja voitais hakea"*. Toinen mielestä yhteistyössä on tärkeää se, että *"puhutaan samansuuntaisesti opettajan ja vanhemman kesken"*. Yhteistyöksi määriteltiin myös toiminta koulutervey-

denhuollon kanssa. Yksi vanhempi ehdotti työkaluksi *”koulukuntovihkoa”*, johon kouluterveydenhoitaja, opettaja ja vanhemmat voisivat kirjata huomioita, ohjeita ja tarkastustuloksia *”jo ennen kuin ns. vakavampia asioita alkaa ilmetä”*. Kolme vanhempaa ehdotti terveyden edistämisen keinoksi vanhemmille järjestettäviä teemailtoja, joissa olisi luentoja terveyskasvatukseen liittyen. Kahden mielestä osa terveystietoon liittyvistä tehtävistä voisi olla sellaisia, että ne tehtäisiin kotona yhdessä vanhempien kanssa. *”Tulisi kotonakin päivitettyä tiedot ja mentäisiin koulu kanssa samoilla linjoilla”*, heistä toinen kirjoitti.

Viidennen ja kuudennen luokan oppilaiden vanhemmista yksitoista (11/68) kirjoitti kodin ja koulun välisestä yhteistyöstä. Yksi vanhempi toivoi, että *”Koulun ja kodin yhteistyö saisi olla mutkatonta, ja kynnys ottaa yhteyttä opettajaan matala”*. Yhteistyön välineiksi mainittiin: *” – – tekstiviestein, sähköpostin, kännykän ja reissarin välityksellä”*. Osassa yhteistyöhön liittyvissä vastauksista vanhemmat vaikuttivat varauksellisilta.

”Vetämällä yhteistä linjaa. Kultaisen keskitien löytäminen vain voi olla hankalaa, koska meitä on niin monenlaisia.”

”Yhteisiä pelisääntöjä taitaa olla mahdoton toteuttaa. Jonkinlaista tietojen vaihtoa kenties.”

Toisaalta yhteistyöstä kirjoitettiin myös myönteiseen sävyyn.

”Yhteisiä pelisääntöjä ja linjauksia esim. jos lapsi on huono juomaan maitoa ja tiedetään, että se on lapselle hyväksi. Vanhemmat kotona ja opettaja koulussa valvoo, että lapsi juo vaikka puoli lasia. Tai mikäli opettaja huomaa jatkuvasti väsyneen lapsen, vanhemmat huolehtivat unen tarpeesta.”

”Kodista tukea opettajalle myös terveysasioissa esim. yhteinen linja suhtautumisessa kouluruokailuun tai karkkien syöntiin ym.”

Yhteistyön muodoksi voidaan käsittää myös yhden vanhemman ehdottamat kotiin jaettavat tiedotteet ja iltaluennot koulussa käsiteltävistä aiheista. Vastaaaja kirjoitti:

”Yhteinen iltaluento vanhemmille ja koulun opettajille, jossa keskusteltaisiin aiheista. Miten kotona tuetaan koulusta annettavaa tietoa ja päinvastoin. Monille vanhemmillekin terveystieto kasvavista lapsista on tärkeää tietoa ja perheessä, jossa molemmat vanhemmat ovat töissä, isommat lapset jäävät herkästi esim. välipalan varaan koko illaksi. Puhumattakaan muusta tiedon annosta omille lapsille.”.

”Kannustaa liikkumaan ja harrastamaan” oli neljäntoista (14/68) vanhemman keino lapsen terveyden edistämiseksi. Vanhempien mukaan koulussa tulisi olla enemmän mielekästä liikuntaa niin liikunta- kuin välitunneillekin. Lisäksi ”mahdollisuuksien mukaan (oppilaiden tulisi kulkea) koulumatkat joko kävelen tai pyöräillen”. Kaksitoista (12/68) vanhempaa oli kirjoittanut vastaukseen sa terveellisestä ravinnosta. Terveellinen ateria tulisi vanhempien mielestä tarjota niin koulussa kuin kotonakin. Ruokatottumuksista ja terveellisen ruoan merkityksestä toivottiin opetusta. Yksi vanhempi kirjoitti: ”Niin kotona kuin koulussa olisi hyvä painottaa terveellisen ravinnon merkitystä ja rauhoittumista ruokailussa.”.

Aikuisten toiminen esimerkkinä (6/68) nousi esiin terveyden edistämisen keinona. Yksi vanhempi kirjoitti: ”Olla esimerkkinä lapselle noudattamalla terveellistä ruokavaliota ja muutenkin terveellisiä elämäntapoja.”. Esimerkkinä toimimiseen liitettiin keskusteleminen (4/69) terveellisistä elämäntavoista: ” – – puhutaan terveysasioista ja ollaan itse esimerkkeinä”. Kuusi vanhempaa oli kirjoittanut riittävän yönunen takaamisesta lapselle. Yhdeksi keinoksi vastattiin myös lasten tietokonepelaamisen ja television katselun rajoittaminen (3/68). Terveyskasvatuksesta ja -opetuksesta koulussa mainitsi neljä (4/68) vastaajaa.

7.4 Yhteenvedot luokanopettajien ja vanhempien vastauksista

7.4.1 Luokanopettajien ja vanhempien näkemykset terveystiedosta oppiaineena

1.–6. luokan luokanopettajat määrittivät terveystiedon tiedoksi tai oppiaineeksi terveydestä, sen edistämisestä ja ylläpitämisestä. Muutamien vastauksissa tuli esiin myös tiedot ja taidot turvallisuuden ja toisten kanssa toimimiseen liittyen. Terveyden edistäminen koulussa määriteltiin tiedon jakamiseksi ja esimerkin antamiseksi. Terveyden edistämisen liitettiin kuuluvaksi osaksi arkipäivän tilanteita kuten välitunteja ja ruokailua. Myös asennekasvatus ja yhteistyö kouluterveydenhoitajan kanssa mainittiin vastauksissa.

Terveystiedon opetuksella luokanopettajat tavoittelivat, että oppilaat oppisivat terveellisiä elämäntapoja sekä perustietoja ja -taitoja itsestä huolehtimiseen. Vastauksissa terveellisiksi elämäntavoiksi nimettiin terveellinen ruoka, riittävä uni ja liikunta, leikki, puhtaus sekä päihhteettömyys. Fyysisen terveyden lisäksi oppiminen psyykkisen terveyden huolehtimisesta nousi esiin kolmen (3/18) vastauksessa. Yksittäisiä tavoitteita olivat taito tulla toimeen muiden ihmisten kanssa ja kyky hyväksyä itsensä sellaisena kuin on.

Vastauksissa terveystiedon opetussisällöistä luokanopettajat olivat listanneet opetussisältöjä, mutta perusteet aiheiden valinnalle olivat niukkoja. Yleisimmin vastauksissa mainittiin ravitsemuksesta opettaminen (14/18). Ravitsemukseen liittyen opettajat kirjoittivat ruokailuajoista, napostelusta ja valikoivasta syömisestä. Yhden opettajan perusteena opetukselle, että terveellinen ruoka on *”kasvun ja kehityksen kannalta olennaista”* ja *”jaksamisen kannalta ensiarvoisen tärkeää”*. Vastauksissa opettajat pohtivat myös, että *”periaatteessa (ravitsemuskasvatus) on kodin vastuulla, mutta ei kaikilla valitettavasti”*. Seuraavaksi yleisimmin luokanopettajien mielestä tulisi opettaa liikunnasta (6/18), unesta ja levosta (5/18) sekä hygieniasta (5/18). Kukaan vastaajista ei kuiten-

kaan ollut kirjoittanut perusteita näille opetussisällöille. Muita opetussisältöjä, jotka olivat saaneet enemmän kuin yhden maininnan olivat: sosiaaliset suhteet (4/18), liikennekasvatus (2/18), päihdekasvatus (2/18) ja murrosikä (2/18). Kahta viimeistä sisältöä oli perusteltu sillä, että ne *”molemmat liittyvät tähän ikäluokkaan (5.–6. luokka)”*.

Yleisin (9/18) terveystiedon opetukseen käytetty aika oli 1–2 tuntia kuukaudessa. Viisi opettajaa ilmoitti käyttävänsä opetukseen 3–4 tuntia kuukaudessa ja yksi 5–6 tuntia. Kaksi opettajaa oli lisäksi pohtinut, ettei tuntimäärän arvioiminen ole helppoa, koska terveystieto kuuluu moneen oppiaineeseen ja liittyy myös arkipäivän tilanteisiin. Vastaajista yksi kirjoitti, ettei osannut vastata kysymykseen, koska terveystieto *”kuuluu välillä esim. biologiaan”*. Yksi ilmoitti opettavansa yhden jaksokokonaisuuden lukuvuodessa.

1.–6. luokan oppilaiden vanhemmista suurin osa (153/188) oli sitä mieltä, että terveystiedon opetusta tarvitaan alakoulussa. Yleisin (23/188) peruste opetukselle voidaan tiivistää yhden vanhemman sanoin: *”Pienestä pitäen opitut asiat jäävät paremmin mieleen ja kehittyvät pikkuhiljaa tavaksi toimia”*. Perusteissaan vanhemmat pohtivat myös, että opetusta tarvitaan, koska kaikki lapset eivät saa kotoaan tarvittavaa tietoa. Terveystiedon opetuksen nähtiin luovan tasa-arvoa (16/188). Muutama (6/188) perusteli opetuksen tarpeellisuutta kirjoittamalla, että nykyaikana lapset kasvavat ja kehittyvät nopeammin kuin ennen.

Osa vanhemmista (29/188) ei ollut suoraan kirjoittanut, että terveystiedon opetusta tarvitaan alakoulussa, mutta suurimmassa osassa näistä vastauksista on luettavissa myönteinen kanta. Vain muutama oli epäröinyt opetuksen tarpeellisuutta kirjoittamalla esimerkiksi tyyliin: *”Ehkä, riippuu paljon, mitä siellä opetetaan”*. Kahden (2/188) vanhemman mielestä terveystiedon opetusta ei tarvita alakoulussa. Toisen mielestä alakoululaiset ovat liian nuoria ja toi-

nen perusteli vastaustaan kirjoittamalla, että heillä kotona puhutaan riittävästi terveystietoon liittyvistä asioista. Yksi (1/188) oli vastannut, ettei tiedä, tarvitaanko terveystiedon opetusta ja kolmetoista (13/188) oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

Kysyttäessä, milloin terveystietoa tulisi opettaa, 74/188 vanhempaa oli sitä mieltä, että opetus tulisi aloittaa jo ensimmäiseltä luokalta lähtien. Toisaalta lähes yhtä moni (66/188) oli sitä mieltä, että opetus tulisi aloittaa vasta myöhemmin alakoulun aikana. Opetuksen aloittamista ensimmäiseltä luokalta vanhemmat perustelivat sillä, että pienenä luodaan pohja terveellisille elämäntavoille. Vaikka vanhemmat suhtautuvat myönteisesti opetuksen aloittamiseen alakoulun alusta lähtien, painottivat he lapsen iän ja kehitystason huomioimista opetussisältöjen valinnassa. Myöhempää opetuksen aloittamisajankohtaa perusteltiin oppilaiden ymmärryksen kehittymisellä (26/188).

Kolmetoista (13/188) vanhempaa ei ollut määrittänyt vastauksessaan tarkkaa luokka-astetta opetukselle. Heistä osa oli listannut vastaukseensa opetussisältöjä, mitä milläkin luokalla tulisi opettaa. Toisten vastauksissa taas yleinen henki oli, että opetus tulisi aloittaa mieluummin mahdollisimman aikaisin kuin liian myöhään. Luokka-asteen lisäksi vanhemmat (21/188) ottivat kantaa vastauksissaan siihen, tulisiko terveystietoa opettaa itsenäisenä oppiaineena vai integroituna muihin oppiaineisiin. Molemmat vaihtoehdot saivat kannatusta.

7.4.2 Luokanopettajien ja vanhempien näkemykset terveystiedon opetussisällöistä ja -menetelmistä

Kysymyksiin opetussuunnitelmaan perehtymisestä ja lukuvuoden aikana opetetuista oppisisällöistä luokanopettajista kahdeksan oli miettinyt vastaustaan tarkemmin. Kolme ilmoitti, ettei ollut perehtynyt opetussuunnitelmaan ollenkaan. Nämä kolme eivät olleet kirjoittaneet opettamistaan sisällöistä.

Viiden muun vastaus oli ylimalkainen ja lyhyt. Yksi kirjoitti, että oli lukaisut opetussuunnitelman läpi, mutta käytännön työssä opetussuunnitelma jää vähemmälle. Oppikirjan sisällöt olivat ohjanneet yhden opettajan työtä. Yksi opettajista vastasi, että oli ollut tekemässä opetussuunnitelmia, mutta kyselylomakkeeseen hän ei ollut tarkemmin kirjoittanut opettamistaan sisällöistä. Vastauksissa tuli esille myös turhautumista kyselyä kohtaan. Yksi opettajista kirjoitti, ettei jaksaa vastata, koska sisällöt löytyvät opetussuunnitelmasta. *”Kaikki on suurin piirtein aina kahlattu läpi”* hän jatkoi.

Niiden kahdeksan luokanopettajan vastauksista, jotka olivat pohtineet vastausta tarkemmin, nousi esiin muutama yleisempi opetussisältö. Ravitsemuksesta oli opettanut seitsemän luokanopettajaa. Unta ja lepoa oli käsitellyt kuusi ja liikunnasta oli opettanut viisi luokanopettajaa. Turvallisuuksi oli käsitelty niin kodin, koulun kuin liikenteen näkökulmista. Luokissa oli opeteltu liikennesääntöjä, toimimista hätätilanteessa ja soittamista hätänumeroon. Muut luokanopettajien mainitsemat oppisisällöt olivat luokkakohtaisia.

Luokanopettajien yleisimmin käyttämä terveystiedon opetusmenetelmä oli opetuskeskustelu (15/18). Oppi- ja tehtäväkirjaa luokanopettajat olivat käyttäneet sekä opetusmenetelmänä (6/18) että oppimateriaalina (13/18). Opetusmenetelmänä ryhmä- tai paritöitä oli käyttänyt kolme (3/18), asiantuntija-apua kaksi (2/18), draamaa ja tietoisuuksi yksi (1/18) vastanneista. Oppimateriaaleina oppi- ja tehtäväkirjan lisäksi oli käytetty videoita (5/18), internetiä (4/18), kalvoja (3/18), infovihkoja (2/18) ja nuorten lehtiä (2/18).

Luokanopettajien kirjoittamien esimerkkien perusteella välitunteihin terveystietoa liitettiin kannustamalla oppilaita liikkumaan. Välitunneilla puhuttiin turvallisuudesta ja kaverisuhteista sekä selvitettiin ja ehkäistiin kiusaamistilanteita. Alemmilla luokilla puhuttiin myös sään mukaan pukeutumisesta. Ruokailun yhteydessä luokanopettajat kirjoittivat keskustelewansa monipuol-

lisen ruoan merkityksestä ja lautasmallista. Tottumusten lisäksi ruokailussa puhuttiin ruokatavoista ja ohjattiin käsien pesuun ennen ruokailua.

Muita oppiaineita, joiden yhteydessä terveystietoa opetettiin, opettajat luettelivat runsaasti. Yleisimmin oppiaineista mainittiin liikunta (6/18). Liikuntatuntien yhteydessä opettajat kirjoittivat muistuttavansa peseytymisestä ja vaatteiden vaihdosta. Muutaman vastauksen perusteella voidaan sanoa, että terveystiedon liittäminen osaksi välitunteja, muita oppiaineita tai koulupäivää yleensä tapahtuu aina, kun se vain luontevasti aiheeseen liittyy.

Yleisimmät vanhempien nimeämät opetussisällöt olivat ravitseminen (133/188), liikunta (107/188) ja päihdekasvatus (103/188). Perustelut opetussisältöjen valinnalle olivat vastauksissa jääneet niukoiksi. Suurin osa ei ollut perustellut vastaustaan ja ne, jotka olivat, kirjoittivat vastaukseen yleisen kommentin tyyliin: *”Ne ovat (uni, ruoka, liikunta ja hygienia) tärkeitä asioita kaikille”*. Seuraavaksi yleisimmät maininnat olivat kasvu, kehitys ja murrosikä (83/188), hygienia (69/188), uni ja lepo (59/188) sekä seksuaalikasvatus (29/188). Vaikka aineiston ryhmittelyvaiheessa opetussisällöistä muodostui yhteensä neljätoista ryhmää, eivät loput seitsemän erottuneet niin voimakkaasti kuin edellä mainitut seitsemän.

Opetussisältöjen lisäksi vanhemmilta kysyttiin, millä perusteella terveyden ja terveystietämiseen liittyvät asiat tulisi valita. Yleisin peruste valinnalle oli lapsen iän ja kehityksen huomioiminen (87/188). Ajankohtaisuus eli toisaalta aika, jossa elämme ja toisaalta aiheet, jotka liittyvät tietyn ikäisen oppilaan elämään oli toiseksi yleisin (27/188) peruste. Aiheiden valintaa perusteltiin myös niiden liittymisellä arkeen (9/188) ja oppilaiden kiinnostuksella (7/188).

Yleisin (48/188) vanhempien ehdottama terveystiedon opetusmenetelmä oli havainnollistamalla ja esimerkkejä käyttäen. Havainnollistamismateriaaleiksi vanhemmat nimesivät muun muassa videot, kuvat, internetin sekä tietokonepelit ja -ohjelmat. Toiseksi yleisimmäksi (27/188) opetusmenetelmäksi aineistosta nousi opettaminen yhdessä eri alojen ammattilaisten kanssa. Osa (22/188) vanhemmista oli vastannut kysymykseen määrittämällä, miten terveystietoa ei tulisi opettaa. Vastakohtaiseksi kielteisen ilmaisen määritelmille ovat vanhempien nimeämät menetelmät käytännönläheisesti ja toiminnallisesti (19/188) sekä itse kokeille ja tutkien (8/188). Opetusmenetelmiin liittyen vanhemmat painottivat myös, että terveystietoa tulisi opettaa lasten ikä huomioiden ja lasten omalla kielellä (22/188). Kahdeksan (8/188) vanhemman mielestä terveystietoa tulisi opettaa kuin mitä muuta tahansa oppiainetta. Osaksi muuta opetusta oppiaineen yhdistäisi kahdeksantoista (18/188) vanhempaa ja omana oppiaineena sitä opettaisi seitsemän (7/188) vanhempaa. Viiden (5/188) mielestä terveystietoa tulisi opettaa erikseen tytöille ja pojille.

7.4.3 Luokanopettajien ja vanhempien ehdottama kehitystyö

Terveystietoon liittyvää kehitystyötä luokanopettajat pohtivat opettajan, oppilaan sekä kodin ja koulun yhteistyön näkökulmista. Opettajan näkökulmasta pohdittuna luokanopettajien vastaukset käsittelivät oppimateriaaleja (4/18). Muutama myös toivoi, että opetuksessa voitaisiin hyödyntää eri alojen ammattilaisia. Yhden mielestä opetukseen tarvittaisiin lisää resursseja, kun taas kahden muun vastaus viesti, että nykyinen käytäntö on toimiva. Lisäkoulutusta toivoi yksi vastaajista. Oppilaan näkökulmasta pohdittuna luokanopettajien vastaukset käsittelivät opetusmenetelmiä. Opetusmenetelmien tulisi olla oppilasta innostavia ja motivoivia. Oppisisällöt tulisi olla konkreettisia ja lähellä oppilaan arkea. Kodin ja koulun yhteistyön näkökulmasta kehitystyöksi ehdotettiin vanhempainiltoja, joissa käsiteltäisiin terveystietoon

liittyviä asioita. Kolmen kehitysehdotus oli, että vanhemmat tulisi ottaa mukaan terveystietoon liittyvissä asioissa esimerkiksi yhdessä tehtävien kotitehtävien muodossa. Kodin ja koulun yhteistyön kehittämiseksi yleensä kirjoitti kaksi luokanopettajaa.

Vanhempien yleisin (43/188) vastaus kysymykseen, mitä koti ja koulu voisivat tehdä lapsen terveyden edistämiseksi, oli kannustaa lasta liikkumaan enemmän niin koulupäivän aikana kuin vapaa-ajalla. Keinoksi ehdotettiin koululiikunnan lisäämistä, mutta myös vanhempien merkitys tuli vastauksissa esiin. Vanhemmat muun muassa pohtivat, että perheet voisivat liikkua enemmän yhdessä ja, että lapsia tulisi kannustaa myös hyötyliikuntaan.

Toiseksi yleisimmin vanhemmat kirjoittivat kodin ja koulun yhteistyöstä (33/189). Yhteistyöksi vastauksissa määriteltiin tiedonkulku puolin ja toisin, sopiminen yhteisistä säännöistä ja vedetään yhtä köyttä -asenne. Osa vanhemmista oli kuitenkin varauksellisia yhteistyön onnistumista kohtaan. He pohtivat, pystytäänkö yhteistyöhön, *”koska meitä on niin monenlaisia”*. Yhteistyöksi liitettiin myös toiminta kouluterveydenhuollon kanssa.

Terveellisen ja monipuolisen ruoan tarjoamisesta niin koulussa kuin kotona kirjoitti 28/188 vanhempaa. Terveyden edistämisen keinoksi koulussa nimettiin opetus terveellisestä ravinnosta ja makeis- ja limsa-automaattien poistaminen koulun tiloista. Osassa (22/188) vastauksista terveyden edistämisen keinot oli eritelty kodin ja koulun osalta. Vastauksissa kodin osuutta painotettiin. Koulun tehtäväksi nähtiin vanhempien kasvatuksen tukeminen. Yhteiseksi terveyden edistämisen keinoksi mainittiin aikuisten toimiminen esimerkkinä terveellisten elämätapojen noudattamisesta (15/188). Toiminen esimerkkinä ja keskusteleminen (4/188) terveystietoon liittyvistä asioista liitettiin vastauksissa yhteen. Terveyden edistämiseksi ehdotettiin myös oppi-

laiden ja vanhempien yhteisesti tehtäviä kotitehtäviä terveystietoon liittyen (7/188).

8 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa selvitettiin 1.–6. luokan luokanopettajien ja oppilaiden vanhempien näkemyksiä terveystieto-oppiaineesta, sen opetussisällöistä ja -menetelmistä. Lisäksi kartoitettiin, millaista kehitystyötä terveystietoon liittyen tulisi tehdä. Lähestymistavaltaan tutkimus oli laadullinen, jossa aineiston analyysissä käytettiin sekä laadullista että määrällistä menetelmää. Tutkimuksen aineisto käsitti 18 luokanopettajaa ja 188 vanhempaa. Aineisto kerättiin huhti–toukokuussa 2008 yhteensä kolmelta koululta. Tutkimusmenetelmänä käytettiin kyselylomakkeita.

8.1 Tulosten tarkastelua

Terveyden edistämisen kannalta tarkasteltuna koulu on tärkeä elämän alue, koska se tavoittaa usean vuoden ajan ikäluokasta lähes jokaisen (Karvinen 2004, 22). Kouluun sovellettuna terveyden edistäminen tarkoittaa lapsen ja nuoren terveystietojen ja -taitojen, arvojen ja asenteiden eli terveystietosaamisen lisäämistä, jotta oppilas voi huolehtia terveydestään paremmin (Vertio 2005, 53). Tässä tutkimuksessa terveystietosaamisen lisääminen tuli esille luokanopettajien määritelmässä käsitettä koulun terveyden edistäminen. Vastauksissa luokanopettajat kirjoittivat tiedon jakamisesta, esimerkin näyttämisestä ja toimintamallien antamisesta. Vertion (2005) määritelmästä poiketen luokanopettajat eivät olleet pohtineet arvojen ja asenteiden opettamista. Tulosten perusteella voidaan todeta luokanopettajien näkemystiedon terveyden edistämiseen liittyvistä käsitteistä olevan vähäistä. Tämä on huolestuttavaa, sillä se, miten opettaja jäsentää käsitteet vaikuttaa myös siihen, miten hän suhtautuu opettamiinsa asioihin. Toisaalta asia on ymmärrettävä, sillä luul-

tavasti tutkittavissa kouluissa ei ole keskusteltu terveystietoon ja terveyden edistämiseen liittyvistä käsitteistä. Laajemmin tarkasteltuna terveyden edistäminen on toimintaa, jonka tavoitteena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia oman ja ympäristönsä terveydestä huolehtimisessa (Vertio 2003, 29). Luokanopettajien vastauksissa mahdollisuuksien parantamiseksi nimettiin virikkeellinen ja turvallinen koulupiha, joka tarjoaa monipuolisia liikunta- ja leikkipaikkoja. Lisäksi vastaukset monipuolisesta kouluruoasta, turvallisesta koulumatkasta ja terveestä koulurakennuksesta viestivät mahdollisuuksien parantamisesta. Luokanopettajien vastauksista voidaankin päätellä, että vaikka näkymystieto terveyteen ja terveyden edistämiseen liittyvistä käsitteistä oli vähäistä, on luokanopettajilla tietoa terveyden edistämisen arkikäytännöistä.

Terveystiedon opetuksella voidaan katsoa olevan erilaisia tavoitteita. Kannas (2005, 13–18) painottaa terveystiedon tietoperustan rakentumisessa näkemys-, elämäntapa-, menetelmä- ja kulttuuritietoa. Vertion (2005, 54) mukaan terveystiedon opetuksessa on neljä oppimistehtävää. Ensiksi oppilaan on opittava selviytymään itse monista tilanteista. Toiseksi on opittava toimimaan, kun itse ei jaksaa. Kolmanneksi oppilaan on opittava tietämään terveyttä edistävät ja kuluttavat seikat ja neljänneksi tiedettävä aikuisuuden ominaisuuksista ja toimintatavoista. Heikkinen (2005) taas hakee perustaa terveyskasvatukselle hyvän elämän ideasta. Hänen mielestään terveystiedon opetuksen tavoitteena ei ole terveys kapeasti ymmärrettynä, vaan ihmisen hyvän elämän edistäminen kokonaisvaltaisesti. (Heikkinen 2005, 19–21.)

Luokanopettajien vastauksissa terveystiedosta Kannaksen (2005) määrittämä laaja-alainen tietoperusta, Vertion (2005) asettamat eri oppimistehtävät tai Heikkisen (2005) ajatus hyvästä elämästä eivät tulleet tässä tutkimuksessa ilmi. Tulokset osoittavat luokanopettajien näkemysten niin oppiaineesta

kuin sen tavoitteista olevan hyvin kapea-alaisia. Luokanopettajat määrittivät terveystiedon yksinkertaisesti tiedoksi tai oppiaineeksi terveydestä, terveyden edistämisestä ja ylläpitämisestä. Terveys käsitteenä tuli esiin fyysiseen terveyteen painottuvana, sillä vain muutama kirjoitti psyykkisestä terveydestä oppimista. Opetuksen tavoitteissa luokanopettajat painottivat epidemiologista tietoa terveydestä ja aikuisten kokemia huonoja tottumuksia. Näkemykset vastaavat entisen kansalaistaidon tavoitteita. Nykyisessä terveystieto-oppiaineessa tärkeintä on lapsen arki, kasvu ja kehitys sekä ihmisen elämäntulkku. Näihin huolestuttaviin tuloksiin viitaten voi Heikkisen (2005) tapaa jäsentää terveystiedon opetusta hyvää elämään opettamisena pitää alakouluun soveltuvana lähtökohtana. Opetuksessa ei tulisi painottaa terveyden kapea-alaista olemusta, vaan pohtia laajemmin, mitä ihminen tarvitsee elääseen hyvää elämää. Terveystietojen ja -taitojen lisäksi oppilaat oppisivat pohtimaan myös terveyteen liittyviä arvoja ja asenteita.

Oppiaineena terveystieto muodostaa jatkumon esiopetuksesta toiselle asteelle. Opetussuunnitelman mukaan opetus tulee suunnitella siten, että perusopetuksen aikana oppilaalle muodostuu kokonaisvaltainen kuva terveystiedosta (Opetushallitus 2004, 200). Luokanopettajien vastauksissa opetuksen jatkumo ei tullut esiin. Vastaukset lukuvuoden aikana opetetuista sisällöistä antavat kuvan pikemminkin sirpaleisesta ja osittain epäjohdonmukaisesta opetuksesta. Vastauksista voidaan päätellä, ettei luokanopettajilla ole tarkkaa käsitystä siitä, mitä oppiaine sisältää. Tulokset osoittavat myös, että suurimmalla osalla luokanopettajista perehtyminen opetussuunnitelmaan oli jäänyt vähäiseksi tai puuttumaan kokonaan. Tulos on huolestuttava, sillä opetussuunnitelmaa laadittaessa on luotu kokonaiskäsite siitä, mitä oppilaan tulisi alakoulussa oppia. Voidaankin perustellusti kysyä toteutuvatko opetussuunnitelman terveyteen määrittävät sisällöt eri oppiaineiden ja aihekokonaisuuksien opetuksessa. Luokanopettajien vastaukset lukuvuoden aikana

opetetuista opetussisällöistä viestivät oppiaineen aliarvostuksesta. Vastauksen perusteella voisi sanoa, että terveystieto on vain koulun opetussuunnitelmaan kirjattu tavoite, joka ei koulun arjessa kuitenkaan toteudu. Yhtenäisen perusopetuksen periaatteen mukaisesti terveystietoon liittyvän ymmärryksen ja tiedon rakentuminen alakoulussa tulisi olla yhtä tärkeää kuin se on esimerkiksi kielissä tai matematiikassa. Systemaattisesti jatkuvana opetuksen tulisi toimia myös edellytyksenä ymmärtää terveystiedon oppisisältöjä yläkoulussa.

Tulokset osoittavat vanhempien pitävän alakoulun terveystiedon opetusta tarpeellisena. Vanhempien mielestä opetus toimii pohjana terveellisille elämäntavoille ja on erityisen tarpeellista niille, jotka eivät saa kyseisiä tietoja kotoa. Opetuksen ajankohdasta vanhemmat eivät olleet yhtä yksimielisiä. Kun 74/188 vanhempaa oli sitä mieltä, että terveystiedon opetus tulisi aloittaa jo ensimmäiseltä luokalta, oli lähes yhtä moni (66/188) sitä mielestä, että opetus tulisi aloittaa vasta myöhemmin alakoulun aikana. Vanhempien epäroivista vastauksista voi päätellä, etteivät he tiedä, mitä nykyinen terveystieto-oppiaine sisältää. Opetuksen ajankohdan lisäksi vanhemmat ottivat kantaa myös oppiaineen asemaan perusopetuksessa. Sekä itsenäisen oppiaineen asema että integrointi muihin oppiaineisiin saivat kannatusta.

Tulokset opetettavien sisältöjen osalta osoittavat sekä luokanopettajien että vanhempien painottavan terveystiedon opetuksessa terveyttä edistävien arkipäiväkäytäntöjen ja tottumusten opettamista. Vastauksissa esiin nousivat säännöllinen ruokailu, päivittäinen liikunta, riittävä uni ja lepo sekä hygienia. Tulosten perusteella voidaan todeta, että näitä aihealueita luokanopettajat käsittelevät myös oppituntien ulkopuolella koulun arkisissa tilanteissa. Vaikka edellä mainitut opetussisällöt nousivat voimakkaasti esiin, tulisi opetuksessa huomioida sisällöt monipuolisemmin lasten terveyden edistämiseksi.

si. Terveys tulisi ymmärtää fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti toimintakyvyksi (vrt. Opetushallitus 2004, 200). Tulokset osoittavat myös eroja luokanopettajien ja vanhempien painottamissa opetussisällöissä. Kun kasvuun ja kehitykseen liittyvästä opetuksesta kirjoitti vain kaksi luokanopettajaa, tuli vastaava sisältö esiin 83/188 vanhemman vastauksessa. Toisaalta opettamisen turvallisuuteen liittyen liikennesäännöistä, kiusaamisesta ja fyysisestä koskemattomuudesta nousi selvemmin esiin luokanopettajien kuin vanhempien vastauksissa. Yllättävää vanhempien vastauksissa oli päihde- (103/188) ja seksuaalikasvatuksen (29/188) korostuminen. Perusopetuksen opetus suunnitelmassa aiheet mainitaan vasta vuosiluokkien 7–9 terveystiedon keskeisissä sisällöissä.

Terveystiedon opetus pohjautuu monitieteiseen tietoperustaan (Opetushallitus 2004, 200). Alakoulussa velvoite tulee luonnollisesti toteutetuksi, koska terveystietoa opetetaan eri oppiaineiden yhteydessä nimeämättä sitä erikseen. Se, minkä oppiaineiden yhteydessä opetus tapahtuu, on koulukohtaisten ratkaisujen varassa, vaikka terveystiedolle nimetyt oppitunnit perusopetuksen tuntijaossa antavatkin kehukset opetuksen ytimelle (Vertio 2005, 54–55.) Tämän tutkimuksen luokanopettajan yhdistivät terveystiedon opetusta yleisimmin liikunnan ja toiseksi yleisimmin ympäristö- ja luonnontiedon opetukseen. Vastauksissaan luokanopettajat mainitsivat runsaasti myös muita oppiaineita. Tulosten perusteella voidaan todeta, että terveystiedon opetus integroituu osaksi muita oppiaineita aina, kun se aiheeseen luontevasti liittyy. Oppiaineen integroinnin vuoksi muutama luokanopettaja ei osannut vastata, kuinka monta tuntia kuukaudessa he opettavat terveystietoa. Yleisin opetukseen käytetty aika tämän tutkimuksen mukaan oli 1–2 tuntia kuukaudessa. Pohdittavaksi jää, voidaanko missään oppiaineessa saavuttaa opetukselle asetettuja tavoitteita näin vähäisellä määrällä opetusta. Perusopetuksen

tuntijaon mukaan terveystietoa opetetaan integroituna vuosiluokilla 1–6 ja kolme vuosiviikkotuntia vuosiluokilla 7–9.

Aihealueittain terveystiedon sisältöjen opettamiseen soveltuvat erilaiset menetelmät. Alakoulussa terveystiedon opetus tukeutuu tutkivaan ja ongelma-keskeiseen sekä kokemukselliseen ja elämykselliseen lähestymistapaan. Oppiaineena terveystieto on oppilaslähtöinen, toiminnallisuutta ja osallistavuutta tukeva. (Opetushallitus 2004, 170; 200.) Tutkimuksen tulokset osoittavat luokanopettajien käyttävän terveystiedon opetuksessa hyvin perinteisiä ja yksipuolisia opetusmenetelmiä. Tulos on huolestuttava, sillä opetusmenetelmien tulisi vastata opetussuunnitelman ohjaamia menetelmiä. Kuluvan lukuvuoden aikana luokanopettajat olivat käyttäneet yleisimpänä opetusmenetelmänä opetuskeskustelua. Vain muutama oli käyttänyt pari- ja ryhmätyöskentelyä tai asiantuntija-apua. Oppi- ja tehtäväkirjaa oli käytetty sekä opetusmenetelmänä että -materiaalina. Muut opetusmateriaalit olivat videot, internet, kalvot, infovihkot ja nuorten lehdet. Terveystietoon liittyvien opetusmenetelmien ja -materiaalien yksipuolisuus osoittaa, ettei oppiaineen kehittämistä ole otettu huomioon koulussa. Oppiaineen kehityksen kannalta tämä on selvä epäkohta. Jatkossa kouluissa tulisikin tehdä jatkuvaa työtä terveystiedon erityispiirteisen ainedidaktiikan kehittämiseksi opetussuunnitelman ohjaamien menetelmien suuntaan. Monipuolisten opetusmenetelmien voidaan myös katsoa lisäävän oppilaiden kiinnostusta aiheeseen ja estävän turhautumista.

Vanhempien vastaukset terveystiedon opetusmenetelmistä vastaavat perusopetuksen opetussuunnitelman määritelmiä, joita myös Tyrväinen (2005) avaa jäsentäessään oppiaineen olemusta. Oppilaslähtöisyyteen voidaan liittää vastaukset lasten iän ja kehitysvaiheen huomioimisesta. Toisaalta myös vastaukset oppilaiden mielenkiinnon, toiveiden ja kiinnostuksen kohteiden

huomioimisesta viestivät oppilaslähtöisyydestä. Vanhempien vastauksissa toiminnallisia menetelmiä ovat oppiminen käytännönläheisesti, itse tutkien, kokeillen ja testaten. Osallistavuuteen taas voidaan yhdistää opettaminen yhteistyössä eri alojen ammattilaisten kanssa. Yhteyden luominen sidosryhmiin tulikin toisiksi voimakkaimmin esille vastauksissa opetusmenetelmistä. Yhteistyökumppaneiksi vanhemmat nimesivät monipuolisesti eri alojen ammattilaisia. Vastauksissaan vanhemmat myös kuvasivat, miten terveystietoa ei tulisi opettaa. Näissä vastauksissa vanhemmat selvästi kritisoivat oman kouluaikinsa terveysopetusta, joka usein oli moralisoivaa sormenheistelyä. Tulokset vastausten osalta osoittavat, että terveystiedon opetusta tulee kehittää oppilaslähtöiseen, toiminnallisuutta ja osallistavuutta tukevaan suuntaan.

Vanhempien vastuu lapsen kehityksestä ja hyvinvoinnista on ensisijainen, sillä koti on lapsen tärkein terveysvaikuttaja (Jakonen 2005). Tutkimustulokset osoittavat lasten pitävän huolehtimista lapsen terveydestä ja hyvinvoinnista vanhempien perustehtävänä (Okkonen2004; Valkonen 2006). Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat myös vanhempien korostavan kotien merkitystä lasten terveyden edistämässä. Vastauksissa vanhemmat pohtivat kotien olevan vastuussa terveellisistä elämäntavoista, sillä aikuiset luovat kotona ympäristön, missä eletään. Terveystiedon opettamista ei kuitenkaan voida jättää pelkästään kotien vastuulle. Voisi pikemminkin ajatella, että opetus sekä kotona että koulussa lisää mahdollisuuksia lasten terveyden edistämässä ja vähentää tiedollista ja taidollista eriarvoisuutta.

Kodin ja koulun yhteiseksi terveyden edistämisen keinoksi vanhemmat nimesivät lapsen kannustamisen liikkumaan. Koululiikunnan määrää ehdotettiin lisättäväksi, mutta vanhemmat tiedostivat myös kotien vastuun. Vastauksissa kirjoitettiin vanhempien mallista ja hyötyliikuntaan innostamisesta

esimerkiksi koulumatkojen osalta. Vanhempien näkemys terveyden edistämistä on varsin suppea, sillä vanhempien vastuu ja velvollisuus on huolehtia myös terveelliseen ravitsemukseen, riittävään uneen ja lepoon sekä hygieniaan ohjaamisesta. Toisaalta ajatuksiin tulee kuitenkin suhtautua vakavasti, sillä tutkimustulokset osoittavat lapsien liikkuvan liian vähän. Nuori Suomen suosituksen mukaan 7–18-vuotiaiden tulisi liikkua vähintään 1–2 tuntia päivässä monipuolisesti ikään sopivalla tavalla. Kun tätä minimisuositusta verrataan WHO-Koululaistutkimuksen tuloksiin suomalaisten 11-vuotiaiden osalta, terveytensä kannalta riittävästi liikkuu pojista 48 prosenttia ja tytöistä 37 prosenttia (HBSC 2008, 106–107).

8.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeilla saatiin kerätyksi aineisto, joka koostui 18 luokanopettajan 188 vanhemman vastauksista. Aineiston keräämistä helpotti se, että yhdestä koulusta mukaan lähti vuosiluokat 2–6. Ensimmäisten luokkien osalta aineisto on kahdesta muusta koulusta. Tutkimuksen tuloksiin tulee suhtautua kriittisesti, sillä saatu tulos on kolmesta koulusta valikoituneen joukon näkemys terveystiedon nykytilasta tiettyinä aikana. Vanhempien osalta aineiston kattavuus lisää tutkimuksen luotettavuutta. Luokanopettajien kohdalla taas tuloksia ei voida yleistää koskemaan suurempaa joukkoa. Tämä ei kuitenkaan vähennä tutkimuksen arvoa, koska tulokset antavat arvokasta tietoa aiheesta, jota ei ole aiemmin tutkittu.

Tutkimusaineistoksi kyselylomakkeessa käytetyt avoimet kysymykset tuottivat sisällöltään erittäin kirjavan aineiston. Osa vastaajista oli paneutunut vastaamiseen, mutta suurin osa oli vastannut pinnallisen lyhyesti. Jatkossa vastaajia tulisi ohjeistaa vieläkin tarkemmin epätarkkojen vastausten välttämiseksi. Aineiston luotettavuutta olisi voinut lisätä haastatteluilla. Tässä tut-

kimuksessa tutkimusmittarin toimivuutta lisäsi tarkka vastausohje ja lomakkeiden esitestaus. Tutkimuksessa aineiston analyysissä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia, mutta aineistoa analysoitiin myös määrällisesti. Eri-
laiset analyysitapojen lisäksi tutkimuksen tulosten esittelyssä käytetyt suorat
lainaukset niin luokanopettajien kuin vanhempien vastauksista voidaan kat-
soa lisäävän tutkimuksen luotettavuutta ja johtopäätöksiä.

Joidenkin vanhempien kohdalla kysely aiheutti hämmennystä ja jopa ärty-
mystä. Avoimet kysymykset koettiin vaikeiksi ja liian laajoiksi. Yksi van-
hemmista kirjoitti: *”Kysymykset olivat todella vaikeita. Ei töistään väsynyt van-
hempi jaksa tällaisia mieltä. Kysymyksiin olisi voinut olla vaihtoehtoisia vastauksia,
joista olisi voinut valita – – Erityisesti perustelee vaatimukset tuntuivat turhilta.”*
Eräs toinen kritisoi kyselyä kirjoittamalla: *” – – tämä kysely vaikuttaa huonosti
suunnitellulta. Avoimiin, laajoihin kysymyksiin saa ympäröityä vastauksia, jota
voi tulkita haluamansa suuntaan. Meinasin jättää tämän vastaamatta, kun tuli niin
pikainen kuva noista kysymyksistä.”* Palautetta kyselystä tuli myös luokanopet-
tajien kautta. Yksi opettaja kirjoitti: *”Kyselystä tuli palautetta vanhemmilta: oli
liian vaikeita/laajoja kysymyksiä. Hankala vastattava tämä oli minullekin.”* Kyse-
lyssä käytetyt avoimet kysymykset ovatkin saattaneet vaikuttaa vastausak-
tiivisuuteen ja toisaalta myös aiheuttaneet vastausten pinnallisuutta. Avoin-
ten kysymysten käyttöä voidaan kuitenkin pitää perusteluna, kun halutaan
tietää, mitä ihmiset todella ajattelevat tutkimusaiheesta (Hirsjärvi & Remes
2009, 201).

8.3 Kehitysideat ja jatkotutkimusaiheet

Tämä tutkimus antoi tietoa terveystiedon nykytilasta alakoulusta luokan-
opettajien ja oppilaiden vanhempien näkökulmasta. Koska aihetta ei ole ai-
kaisemmin tutkittu, on tutkimus tarpeellinen ja merkittävä. Tavoitteenani oli

syventää tietämystäni alakoulun terveystiedon opettamiseen liittyen, mutta toivon, että tutkimuksesta on hyötyä myös muille alakoulun terveystiedon opetusta kehittäessä. Luokanopettajien ollessa ratkaisevassa asemassa terveysosaamisen rakentamisessa oppilaiden koulu-uran ensimmäisinä vuosina, on toivottavaa, että tulokset herättävät keskustelua oppiaineen asemasta alakoulussa. Oma tulevaa työtä ajatellen tutkimusprosessi on antanut tietoa ja näkemystä ottaa aihe esille työyhteisössä.

Tulokset terveystietoon liittyvästä kehitystyöstä osoittavat vanhempien kaipaavan lisää yhteistyötä kodin ja koulun välille. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa kodin ja koulun yhteistyössä korostetaan opettajien aktiivista aloitetta yhteistyössä. (Opetushallitus 2004, 22). Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että keskustelu ja tiedottaminen terveystiedon opetukseen liittyen ovat tarpeen. Verrattuna opetussuunnitelman määrittämiin keskeisiin sisältöihin vanhempien vastaukset oppisisällöistä osoittavat, etteivät vanhemmat ole tietoisia, mitä nykyinen terveystieto-oppiaine sisältää. Vanhempaintapaamisissa luokanopettajan tulisikin selvittää, mitä ja miten terveystietoa opetetaan eri vuosiluokilla perusopetuksen aikana. Tulosta vahvistaa vanhempien huolestuneet kommentit lapsen iän ja kehitystason huomioimisesta terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen liittyvien oppisisältöjen valinnassa. Perusopetuslain (PoL 3 §) periaatteen mukaisesti opetus tulee järjestää oppilaiden ikäkauden ja edellytysten mukaisesti. Terveystiedon opetukseen sovellettuna tämä tarkoittaa sitä, että sisällöllisesti yhtä aihealuetta käsitellään useampana vuonna eri yhteyksissä aihetta syventäen. Näin eri kehitysvaiheissa olevat oppilaat voidaan ottaa huomioon. (Tyrväinen 2005, 56.) Yhteistyön lähtökohtana koulussa tulee olla eri osapuolien kunnioitus, tasa-arvo ja yhdenvertaisuus (Opetushallitus 2004, 22).

Terveystietoon liittyvän tiedottamisen lisäksi yhteistyötä kodin ja koulun välillä tarvitaan myös lapsen terveyden edistämiseksi. Tutkimuksessa osa luokanopettajista ja vanhemmista ehdotti terveyden edistämisen keinoksi tehtäviä, joihin myös kodit osallistuisivat saatuaan ohjeet koulusta. Internet tarjoaakin jonkin verran valmista tietoa ja materiaalia tällaisiin harjoituksiin (esim. wellou.fi ja health.fi). Monipuolisten tehtävien avulla vanhemmat saivat myös tietoa terveystiedon sisällöistä. Toisena yhteistyön muotona vanhemmat ehdottivat luentoja lapsen terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen liittyen. Paikalle toivottiin eri alojen asiantuntijoita. Kouluissa näissä tilaisuuksissa voidaan hyödyntää oppilas- ja kouluterveydenhuollon asiantuntemusta. Vanhempaintapaamisissa luokanopettaja voi lisäksi hyödyntää tutkimustietoa lasten ja nuorten terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä. Hyödyllistä on myös selvittää, onko käytössä tutkimustuloksia oman koulun osalta.

Kouluissa terveystiedon opetussuunnitelman kehittämistyöhön ja opetuksen suunnitteluun kannattaa valjastaa ne opettajat, jotka ovat oppiaineesta aidosti kiinnostuneita. Kehittämistyötä tulee tehdä monialaisesti luokanopettajien, oppilas- ja kouluterveydenhuollon, vanhempien ja koulun sidosryhmien kanssa. Kouluissa oppiaineesta kiinnostuneille tulee antaa mahdollisuus osallistua alan koulutuksiin. Heidän vastuulleen voidaan laittaa esimerkiksi opetusmateriaalien hankinta. Osaamisen ei kuitenkaan tulisi rajoittua vain tiettyyn ydinryhmään, vaan oppiaineeseen tarkemmin perehtyneiden tulisi aktiivisesti kouluttaa myös koulun muuta henkilökuntaa esimerkiksi terveystiedon sisältöihin, menetelmiin ja uusimpaan tutkimustietoon liittyen.

Tutkimuksen tulokset nostavat esiin tarpeen luokanopettajien perus- ja täydennyskoulutukseen niin terveystiedon sisältöjen kuin opetusmenetelmien osalta. Opetussuunnitelmauudistuksen myötä terveystiedon merkitys alakoulussa on korostunut. Tämä nostaa esiin tarpeen kehittää opetusmenetel-

miä ja -materiaaleja (Esim. Kepler-Uotinen 2005.) Tällä hetkellä terveystiedon konkreettiseen ainedidaktiikkaan liittyvä kirjallisuus on vähäistä. Tässä tutkimuksessa on avattu ongelmakeskeisen ja elämyksellisen oppimisen käsitteitä. Jatkossa tutkimuksen tulisi keskittyä näiden menetelmien käyttöön ja soveltuvuuteen alakoulussa.

Mielenkiintoinen tutkimusaihe olisi myös selvittää, miten terveysasiat ja terveyden edistäminen ovat perheissä esillä osana arkista elämää. Halmesmäki ym. (2004) ovat tutkineet niitä tapoja, joilla terveyteen liittyviä asioita perheissä käsitellään. Tutkimuksessa haastatellut nuoret olivat murrosikäisiä, joten seuraavaksi tutkimus tulisi kohdistaa alakouluikäisiin lapsiin ja heidän vanhempiansa. Tutkimuksessa voisi esimerkiksi selvittää, millä tavalla vanhemmat sivistävät terveyteen liittyvissä asioissa ja keskustellaanko asioista pakosta vai tietoisesti. Koulukontekstissa tutkimusta voisi tehdä kodin ja koulun yhteistyöhön liittyen. Esimerkiksi arviointi- ja kasvat keskusteluja voisi tutkia siitä näkökulmasta, missä määrin terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät asiat ovat esillä keskusteluissa.

LÄHTEET

- Ahonen, S. 1995. Fenomenografinen tutkimus. Teoksessa Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. 1.–2. painos. Helsinki: Kirjayhtymä Oy, 113–160.
- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. 3. painos. Tampere: Vastapaino.
- Bardy, M. 2002. Huoli lapsuudesta ja vanhemmuudesta. Teoksessa Bardy, M., Salmi, M. & Heino, T. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Saarijärvi: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 13–19.
- Boud, D. & Feletti, G. 1999. Ongelmalähtöinen oppiminen. Uusi tapa oppia. Helsinki: Terra Cognita. Suomentaneet Birstedt, J., Hellgren, E., Hintsaanen, A., Ingalsuo, T., Kellomäki, V., Meriläinen, S., Saarinen, V-P., Suominen, M., Toivonen, M. & Viitanen, S.
- Denzin, N. K. 1978. The Research art. 2. painos. New York: McGraw-Hill. Teoksessa Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Tampere: Vastapaino.
- Greenberg, J.S. 1998. Health education. Learner-Centered Instructional Strategies. Boston: WBC McGraw-Hill.
- Haahtela, T. 2005. Allergia ja astma. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Duodecim, Stakes, KTL, 216–221.
- Hallituksen esitys eduskunnalle 142/2000
- HBSC. 2008. Inequalities in young people's health. Health behaviour in school-aged children. International report from the 2005/2006 survey. The university on Edinburg: Child and adolescent health research unit.
- Hakkarainen, K., Lonka, K., Lipponen, L. 1999. Tutkiva oppiminen. Älykkään toiminnan rajat ja niiden ylittäminen. Helsinki: WSOY. 1–4. painos.

- Hakkarainen, K., Lonka, K., Lipponen, L. 2004. Tutkiva oppiminen. Järki, tunteet ja kulttuuri oppimisen sytyttäjinä. Porvoo: WSOY. 6., uudistettu painos.
- Hakkarainen, K., Bollström-Huttunen, M., Pyysalo, R. & Lonka, K. 2005. Tutkiva oppiminen käytännössä. Matkaopas opettajille. Helsinki: WSOY.
- Halmesmäki, J., Hjelt, R. & Välimaa, R. 2004. Päivittäinsaarnausta vai huolenpitoa. Nuorten ja vanhempien näkemyksiä terveyden edistämisen käytännöistä. Jyväskylän yliopisto: Terveyden edistämisen tutkimuskeskus.
- Heikkinen, H. L.T. 2005. Terveys, identiteetti ja hyvä elämä. Teoksessa Kannas, L. & Tyrväinen, H. (toim.) Virikkeitä terveystiedon opettamiseen. Jyväskylän yliopisto: Terveyden edistämisen tutkimuskeskusten julkaisuja 3, 19–36.
- Honkala, S. & Honkala, E. 2004. Koululaisten suun terveystottumuksen vuosina 1984–2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys ja terveystottumusten muutos. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylän yliopisto: Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, 217–237.
- Hoppu, U., Kujala, J., Lehtisalo, J., Tapanainen, H. & Pietinen P. (toim.) 2008. Yläkoululaisten ravitsemus ja hyvinvointi. Lähtötilanne ja lukuvuonna 2007–2008 toteutetun interventiotutkimuksen tulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B30/2008. [Viitattu 2.12.2008] http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b30.pdf
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Jakonen, S. 2005. Terveyttä joka päivä. Itäsuomalaisen peruskoulun oppilaiden näkemyksiä ja kokemuksia terveyden oppimisesta. Kuopion yliopisto. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 121.
- Järventie, I. 1999. Syrjäytyvätkö lapset? Tutkimus 1990-luvun lasten perushoivasta, hyvinvoinnista ja lastensuojelupalvelujen käytöstä Helsingissä. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 1999:6.
- Kannas, L. 2005. Terveystieto-oppiaineen pedagogisia lähtökohtia. Teoksessa Terveystieto tutuksi. Ensiapua terveystiedon opettamiseen. Peltonen, H. & Kannas, L. (toim.). Helsinki: Opetushallitus, 9–36.

- Kannas, L. 2002. Terveyskasvatus terveyden edistämisen keinona. Teoksessa Terho, P. & Ala-Laurila, E-L. & Laakso, J. & Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 412–422.
- Kannas, L. 1994. Kolme arvoitusta – terveys, kasvatus, inhimillinen kasvu ja kehitys. Teoksessa Peltola, H. (toim.) Koulu terveyden arvoitusta pohdimassa. Helsinki: Opetushallitus, 49–65.
- Kannas, L. 1976. Liikunnanopettajat terveystiedon opettajina. Kuvaileva kartoitus terveystiedon opettamiseen liittyvistä asenteista, valmiuksista, täydennyskoulutustarpeesta sekä opetuksen toteuttamisesta. Jyväskylän yliopisto. Kansanterveystieteen laitoksen julkaisua 26/1976.
- Kansanterveyslaki 66/1972, 647/1998, 626/2007
- Karppinen, S. J. A. & Latomaa, T. 2007. Elämäyksestä ja kokemuksesta teoriaa ja käytäntöä. Teoksessa Karppinen, S. J. A. & Latomaa, T. (toim.) Seikkailun elämyksiä. Seikkailukasvatuksen teoriaa ja sovelluksia. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 11–20.
- Karppinen, S. J. A. 2007. Elämäyksestä kokemukseen ja oppimiseen. Teoksessa Karppinen, S. J. A. & Latomaa, T. (toim.) Seikkailun elämyksiä. Seikkailukasvatuksen teoriaa ja sovelluksia. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 75–97.
- Karppinen, S. J. A. 2005. Seikkailullinen vuosi haastavassa luokassa. Etnografinen tutkimus seikkailu- ja elämyspedagogiikasta. Oulun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Opettajankoulutuksen yksikkö.
- Karvinen, M. 2004. Koulu on terveyden edistämisen arena. *Promo* (34) 4, 22–23.
- Karvinen, M. 2003. Terveistä vauvoista sairasteleviksi nuoriksi. *Promo* (29) 4, 12–13.
- Karvonen, S., Hermanson, E., Sauli, H. & Harris, H. (toim.) 2000. Lasten ja nuorten hyvinvointi 1990-luvulla. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Kautiainen, S. 2008. Overweight and obesity in adolescence – secular trends and associations with perceived weight, sociodemographic factors and screen time. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos. [Viitattu 10.10.2008] <http://acta.uta.fi/teos.phtml?11118>

- Kepler-Uotinen, K. 2005. Terveystieto alaluokille: mitä, miksi ja miten? Teoksessa Kannas, L. & Tyrväinen, H. (toim.) Virikkeitä terveystiedon opettamiseen. Jyväskylän yliopisto: Terveystieteen tutkimuskeskuksen julkaisuja 3, 139–152.
- Kontula, O. 1997. Yläasteen sukupuolikasvatus lukuvuonna 1995–1996. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1997:3.
- Konu, A. 2002. Oppilaiden hyvinvointi koulussa. Tampereen yliopisto. Terveystieteen laitos.
- Koululaisten terveys. 2001. Konsensuslausuma. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen akatemia. Duodecim 117 (24), 2583–2594.
- Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. 2002. Saarijärvi: Sosiaali- ja terveysministeriö, Stakes.
- Koskinen-Ollonqist, P. 1993. Koulun alkoholiopetuksen kehittäminen: onnistumisen edellytykset. Helsinki: Terveyskasvatuksen keskus.
- Laatikainen, T. & Mäki, P. 2007. Lasten terveysseurannan kehittäminen. Kansanterveys-lehti 1, 20–21.
- Laatua kodin ja koulun yhteistyöhön. 2007. Helsinki: Opetushallitus ja Suomen Vanhempainliitto. [Viitattu 1.7.2009]
<http://www.edu.fi/julkaisut/laatuayht.pdf>
- Laki perusopetuslain muuttamisesta 477/2003
- Lastensuojelulaki 683/1983, 139/1990
- Launonen, L., Pohjola, K. & Holma, P. 2004. Kodin ja koulun yhteistyö voimavaraksi! Teoksessa Launonen, L. & Pulkkinen, L. (toim.) Koulu kasvuyhteisönä. Kohti uutta toimintakulttuuria. Juva: PS-kustannus.
- Lehtonen, T. 1998. Johdanto. Teoksessa Lehtonen, T. (toim.) Elämän seikkailu. Näkökulmia elämyksellisen ja kokemuksellisen oppimisen kysymyksiin Suomessa. Jyväskylä: Atena, 7–9.
- Lindström, A. 2004. Aihekokonaisuudet yhteiskunnallisen kehityksen näkökulmasta. Teoksessa Aihekokonaisuudet perusopetuksen opetussuunnitelmassa. Loukola, M-L. (toim.). Helsinki: Opetushallitus.
- Luopa, P., Pietikäinen, M. & Jokela, J. 2008. Kouluterveyskysely 1998–2007: Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Helsinki: Sosiaali- ja

terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin työpapereita 23/2008. [Viitattu 21.1.2009]
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R23-2008-VERKKO.pdf>

Luopa, P., Pietikäinen, M. & Jokela, J. 2006. Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996–2005. Kouluterveyskysely 2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin työpapereita 25/2006. [Viitattu 13.10.2008]
<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T25-2006-VERKKO.pdf>

Lyytikäinen, A. 2002. Ravitseminen ja kouluruoka. Teoksessa Terho, P., Ala-Laurila, E-L., Laakso, J., Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 376–384.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia-sarja 4. 3. uudistettu painos. Helsinki: International Methelp KY.

Metsämuuronen, J. (toim.) 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Helsinki: International Methelp KY.

Nuori Suomi ry. 2008. Fyysisen aktiivisuuden suositus kouluikäisille 7–18-vuotiaille. Helsinki: Opetusministeriö.

Nummelin, R., Rimpelä, M., Luopa, P., Stubbe, J. Jokela, J. 2000. Seksuaalikasvatus helsinkiläisten yläasteiden haasteena. Helsinki: Helsingin kaupungin opetusviraston julkaisusarja A9/2000.

Ojala, K. 2004. Nuorten ruokatottumusten muutoksia 1986–2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys ja terveystottumukset muutos- ja muutoksessa. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen tutkimuskeskus, 79–111.

Okkonen, T. Lapsen terveystietoisuudesta lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen. Kuopion yliopisto: Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 112.

Olkinuora, H. 1973. Kansakoulun raittiusopetus. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisuja 177/1973.

Opetushallitus. 2004. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. Helsinki: Opetushallitus.
http://www02.oph.fi/ops/perusopetus/pops_web.pdf

Peltonen, H. & Laitinen, K. 2006. Oppilashuolto. Teoksessa Peltonen, H. (toim.) Opiskelun tuki esi- ja perusopetuksessa. Virikkeitä ja toiminta-

malleja yleisen ja erityisen tuen järjestämiseksi. Saarijärvi: Opetushallitus, 65–110.

Peltonen, H. 2006. Kodin ja koulun yhteistyö. Teoksessa Peltonen, H. (toim.) Opiskelun tuki esi- ja perusopetuksessa. Virikkeitä ja toimintamalleja yleisen ja erityisen tuen järjestämiseksi. Saarijärvi: Opetushallitus, 16–39.

Peltonen, H. 2005. Terveystiedon opetusta ohjaava lainsäädäntö ja opetus-suunnitelman perusteet. Teoksessa Terveystieto tutuksi. Ensiapua terveystiedon opettamiseen. Peltonen, H. & Kannas, L. (toim.). Helsinki: Opetushallitus, 37–52.

Perusopetuksen ja toisen asteen koulutuksen oppilashuoltotyöryhmä 2002. Oppilaan hyvinvointi ja oppilashuolto. Opetusministeriön työryhmien muistioita 13:2002. Helsinki: Opetusministeriö.

Perusopetuslaki 628/1998

Pietikäinen, M. & Ala-Laurila, E-L. 2002. Oppilashuoltotyö. Teoksessa Terho, P. & Ala-Laurila, E-L. & Laakso, J. & Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 221–224.

Poikela, S. 1998. Ongelmaperustainen oppiminen. Uusi tapa oppia ja opettaa. Tampereen yliopisto. Opettajankoulutuslaitos.

Poikela, E. (toim.) 2004. Ongelmaperustainen pedagogiikka. Teoriaa ja käytäntöä. Tampere: Tampereen Yliopistopaino. 4. painos.

Pääkkönen, H. 2002. Mihinkö koululaisten aika kuluu? Hyvinvointikatsaus 4/2002. Tilastokeskus, 2–9. [Viitattu 7.1.2009] http://www.stat.fi/tup/hyvinvointikatsaus/hyv_024_paakkonen.pdf

Rahkonen, O. 1994. Terveystila ja terveyskäyttäytyminen. Sukupuoli- ja sosiaaliluokkaerot nuorissa ikäryhmissä. Helsingin yliopisto: Sosiaalipolitiikan laitos.

Reunanen, A. 2005. Diabetes. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Saarijärvi: Duodecim, Stakes, KTL, 222–225.

Rimpelä, M. 2008. Oppilashuolto kouluhyvinvoinnin ytimenä. Teoksessa Suortamo, M., Laaksola H. & Välijärvi, J. (toim.) Opettajan vuosi. Tee mana hyvinvointi. Juva: PS-kustannus, 13–54.

- Rimpelä, M., Kuusela, J., Rigoff, A-M., Saaristo, V. & Wiss, K. 2008. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa 2 – peruseräraportti kyselystä 1.–6. vuosiluokkien kouluille. Helsinki: Opetushallitus ja Stakes.
- Rimpelä, M., Luopa, P., Räsänen, M. & Jokela, J. 2007. Nuorten hyvinvointi 1996–2005. Eriytyvätkö hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin kehityssuunnat? Teoksessa Kautto, M. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Vaajakoski: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Rimpelä, A., Rainio, S., Pere, L., Saarni, L., Kautiainen, S., Kaltiala-Heini, R., Lintonen, T. & Rimpelä, M. 2004. Suomalaisten nuorten terveys 1997–2003. Suomen lääkärilehti 59 (44), 4229–4235.
- Rimpelä, M. 2002. Terveyttä edistävä koulutyö. Teoksessa Terho, P. & Alalaurila, E-L. & Laakso, J. & Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 86–93.
- Rimpelä, M. & Rimpelä, A. 2002. Kouluterveyskysely 2002: Myöhäinen nukkumaanmeno ja univaje lisäävät nuorten oireisuutta. Kouluterveys 2002 –tiedotuslehti n:o 15. Stakes, 24–25. [Viitattu 9.12.2008] <http://info.stakes.fi/NR/ronlyres/B4425A70-CF10-4990-A6BE-0CC4041903FE/0/ktl1502b.pdf>
- Seppälä, N. 2000. Perhebarometri 2000. Yhteisapelillä lapsen parhaaksi. Helsinki: Väestöliitto, Väestötutkimuslaitos E 9/2000.
- Shemeikka, S. 1984. Terveyskasvatus peruskoulun ala-asteella. Esimerkkinä kasvatus tupakoimattomuuteen. Kuopion yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Kuopion yliopiston julkaisuja. Alkuperäistutkimukset 2/1984.
- Simovska, V. 2000. Exploring student participation within health education and health promoting school. Teoksessa Jensen, B.B., Schnack, K., Simovska, V. (toim.) Critical Environmental and Health Education. Research Issues and Challenges. Publication from the research centre for environmental and health education no. 64. The Danish University of Education. Research Centre for Environmental and Health Education. Teoksessa Tyrväinen, H. 2005. Opetussuunnitelmasta oppitunniksi. Teoksessa Kannas, L. & Tyrväinen, H. (toim.) Virikkeitä terveystiedon opettamiseen. Jyväskylän yliopisto: Terveystiedon tutkimuskeskuksen julkaisuja 3, 51–64.
- Soininen, M., Merisuo-Storm, T., Ketola, O., Sihvonen, K. & Pärkö, K. 2007. Yhdessä kulkien – hyvä tulee. Koti koulu ja kouluterveydenhuolto op-

pilaan terveyden tukipilareina. Turun yliopisto. Rauman opettajankoulutuslaitos.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Lapsiasianvaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2006. Viitattu 14.10.2008
<http://www.lapsiasia.fi/Resource.phx/lapsiasia/perustietoa/toiminta/index.htx.i575.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö & Suomen kuntaliitto. 2004. Kouluterveydenhuollon laatusuositus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:8. [Viitattu 5.12.2008]
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/08/pr1092909444623/passthru.pdf>
- Strid, O. 2002. Terveystarkastukset ala-asteella (luokat 1–6). Teoksessa Terho, P. & Ala-Laurila, E-L. & Laakso, J. & Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 139–146.
- Syrjälä, L. & Numminen, M. 1988. Tapaustutkimus kasvatustieteessä. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 51/1988.
- Telemäki, M. 1998. Kurt Hahn ja elämyspedagogiikka. Teoksessa Lehtonen, T. (toim.) Elämän seikkailu. Näkökulmia elämyksellisen ja kokemuksellisen oppimisen kysymyksiin Suomessa. Jyväskylä: Atena, 11–25.
- Terho, P. 2002a. Terveyskasvatus. Teoksessa Terho, P. & Ala-Laurila, E-L. & Laakso, J. & Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 405–411.
- Terho, P. 2002b. Kouluterveydenhuollon historiaa. Teoksessa Terho, P. & Ala-Laurila, E-L. & Laakso, J. & Krogius, H. & Pietikäinen, M. (toim.) Kouluterveydenhuolto. Helsinki: Duodecim, 12–17.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Tynjälä, J. & Kannas, L. 2004. Koululaisten nukkumistottumukset, unen laatu ja väsyneisyys vuosina 1984–2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys ja terveystyötömyyden muutos. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylän yliopisto: Terveystyötömyyden tutkimuskeskus, 141–178.

- Tyrväinen, H. 1998. Mitä opettajien näkemykset ja kokemukset sekä opetussuunnitelma kertovat peruskoulun päihdeopetuksesta. Jyväskylä: Terveys ry.
- Tyrväinen, H. 2005. Opetussuunnitelmasta oppitunniksi. Teoksessa Kannas, L. & Tyrväinen, H. (toim.) Virikkeitä terveystiedon opettamiseen. Jyväskylän yliopisto: Terveystiedon tutkimuskeskuksen julkaisuja 3, 51–64.
- Urho, U-M. & Hasunen, K. 2004. Yläasteen kouluruokailu 2003. Selvitys 7–9 luokkien oppilaiden kouluruokailusta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003:17. Viitattu 2.12.2008 <http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/02/pr1075974689098/passthru.pdf>
- Valkonen, L. 2006. Millainen on hyvä äiti tai isä? Viides- ja kuudesluokkalaisten lasten vanhemmuuskäsitykset. Jyväskylän yliopisto: Jyväskylä studies in education, psychology and social research.
- Valtioneuvoston asetus perusopetuslaissa tarkoitetun opetuksen valtakunnallisista tavoitteista ja perusopetuksen tuntijaosta. 1435/2001.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2008. Kouluruokailusuositus. Helsinki: Valtion ravitsemusneuvottelukunta. [Viitattu 1.2.2009] http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Kouluruokailu_2008_kevyt_nettiin.pdf
- Vertio, H. 2005. Ensiapua terveystiedon opettamiseen. Teoksessa Terveystieto tutuksi. Ensiapua terveystiedon opettamiseen. Peltonen, H. & Kannas, L. (toim.). Helsinki: Opetushallitus, 53–64.
- Vertio, H. 2003. Terveystiedon edistäminen. Helsinki: Tammi.
- Vuori, M., Kannas, L. & Tynjälä, J. 2004. Nuorten liikuntaharrastuneisuuden muutoksia 1986–2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys ja terveystietämyksen muutos. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylän yliopisto: Terveystiedon tutkimuskeskus, 113–139.
- Välimaa, R. 2005. Terveystietämyksen rakentaminen. Teoksessa Kannas, L. & Tyrväinen, H. (toim.) Virikkeitä terveystiedon opettamiseen. Jyväskylän yliopisto: Terveystiedon tutkimuskeskuksen julkaisuja 3, 37–50.

- Välimaa, R. 2004. Nuorten itsearvioitu terveys ja toistuva oireilu 1984–2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen muutoksessa. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylän Yliopisto: Terveiden edistämisen tutkimuskeskus, 9–54.
- Välimaa, R. & Ojala, K. 2004. Nuorten paino, laihduttaminen ja painon kokeminen 1984–2002. Teoksessa Kannas, L. (toim.) Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen muutoksessa. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylän Yliopisto: Terveiden edistämisen tutkimuskeskus, 55–78.
- Välimaa, R. 2000. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 68
- WHO-Koululaistutkimus. [Viitattu 16.11.2008]
<http://www.jyu.fi/liikunta/tervtiede/tervty/who.htm>

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake luokanopettajille

Hei luokanopettaja!

Olen kolmannen vuoden luokanopettajaopiskelija Jyväskylän yliopistosta. Teen pro gradu -tutkielmaa aiheesta ”Terveystieto alakoulussa”. Työssä tutkin luokanopettajien ja 1.–6. luokan oppilaiden vanhempien käsityksiä terveystiedosta. Terveystiedon tilanteesta alakoulussa ei ole aikaisempaa tutkimustietoa, joten vastauksesi antavat arvokasta tietoa aiheesta.

Saamassasi kirjekuoressa on kyselylomakkeet sekä Sinulle että oppilaiden vanhemmille. Tehtävänäsi on jakaa vanhemmille tarkoitetut kyselylomakkeet oppilaille kotiin viemiseksi. Vanhempien kyselyt ovat avoimissa kirjekuorissa. Heidän tulee palauttaa täytetyt lomakkeet koululle kirjekuoreen suljettuina viimeistään perjantaihin 18.4.2008 mennessä. Olen kirjoittanut edelliset toimintaohjeet myös vanhemmille tarkoitettuun kyselylomakkeeseen.

Kerää vanhemmilta palautuneet vastaukset takaisin isoon kirjekuoreen ja liitä siihen myös kysely, johon olet itse vastannut. Sulje kuori ja palauta se rehtorin kansliaan viimeistään maanantaina 21.4.2008. Haen lomakkeet analysoitavaksi 21.4. alkavalla viikolla.

Jos Sinulla on kysyttävää, vastaan mielelläni. Minuun saa yhteyden puhelimitse p. 040–5191960 tai sähköpostitse jamavaar@cc.jyu.fi.

Yhteistyöstä kiittäen,
Jaana Väärämäki

TERVEYSTIETO ALAKOULUSSA: Kysely luokanopettajille

Ympyröi sopiva vaihtoehto tai kirjoita vastaus sille varattuun tilaan.

1. Olen

nainen mies

2. Opetan

1. luokkaa 2. luokkaa 3. luokkaa 4. luokkaa 5. luokkaa 6. luokkaa

3. Mitä tavoittelet terveystiedon opetuksella?

4. Oletko perehtynyt opetussuunnitelman määrittämiin terveystiedon sisältöihin? Mitä niistä olet opettanut? Pyri kirjoittamaan opettamistasi oppisisällöistä mahdollisimman tarkasti tyyliin: ”Ravintoaineista opetin proteiineista, hiilihydraateista ja rasvoista. Käsitelimme terveellisen ja epäterveellisen ruoan merkitystä... jne.”

5. Kuinka paljon käytät aikaa terveystiedon opettamiseen?

1–2 tuntia/kk

3–4 tuntia/kk

5–6 tuntia/kk

7–8 tuntia/kk

9-> tuntia/kk

6. Huomioiden tällä hetkellä opettamiesi oppilaiden ikätaso ja tarpeet, mitä terveystiedon sisältöjä tulisi mielestäsi ehdottomasti opettaa. Perustele miksi.**7. Millaisia opetusmenetelmiä ja oppimateriaaleja olet käyttänyt terveystiedon opetuksessa kuluvan lukuvuoden aikana? Mainitse kolme yleisimmin käyttämiäsi.**

Opetusmenetelmät 1
 2
 3

Oppimateriaalit 1
 2
 3

8. Käsitteletkö terveystiedon asioita oman luokkasi kanssa oppituntien ulkopuolella esimerkiksi välitunneilla, ruokailussa tai muiden oppiaineiden yhteydessä? Kirjoita esimerkkitilanteita.

a) välitunneilla

b) ruokailussa

c) muiden oppiaineiden yhteydessä

d) muulloin

9. Miten terveystiedon opetusta mielestäsi tulee kehittää? Pohdi vastausta opettajan, oppilaan sekä kodin ja koulun yhteistyön näkökulmista käsin.

a) opettajan näkökulmasta

b) oppilaan näkökulmasta

c) kodin ja koulun yhteistyön näkökulmasta

10. Määrittele itse, oman näkemyksesi mukaan, mitä tarkoittaa:

a) terveystieto

b) terveyden edistäminen koulussa

c) koulun hyvinvointi

11. Vapaa sana. Mitä muuta haluat sanoa terveystietoon liittyen?

Kiitos vastauksistasi!

Liite 2. Kyselylomake vanhemmille

TERVEYSTIETO ALAKOULUSSA: Kysely 1.–6. luokan oppilaiden vanhemmille

Hei Kotiväki!

Olen kolmannen vuoden luokanopettajaopiskelija Jyväskylän yliopistosta. Teen pro gradu -tutkielmaa aiheesta ”Terveystieto alakoulussa”. Työssä tutkin luokanopettajien ja 1.–6. luokan oppilaiden vanhempien käsityksiä terveystiedosta. Terveystiedon tilanteesta alakoulussa ei ole aikaisempaa tutkimustietoa, joten vastauksesi antavat arvokasta tietoa aiheesta.

Terveystieto oppiaineena on perusopetuksessa uusi. Se sai oman oppiaineen aseman vasta vuonna 2001. Ennen terveystietoa opetettiin kansalaistaidon ja muiden oppiaineiden kuten liikunnan yhteydessä. Nykyään terveystietoa opetetaan alakoulussa ensin osana ympäristö- ja luonnontietoa ja myöhemmin osana biologiaa ja maantietoa sekä fysiikkaa ja kemiaa.

Pyydän vastaamaan alla oleviin kysymyksiin terveystiedosta. Kirjoita vastaus sille varattuun tilaan. Palauta lomake koululle oppilaan mukana kirjekuoreen suljettuna **viimeistään tiistaina 6.5.2008.** Kiitos!

Ystävällisin terveisin,
Jaana Väärämäki, p. 040 519 1960, jamavaar@cc.jyu.fi

1. Mitä terveystiedon asioita tulisi mielestänne käsitellä alakoulussa? Miksi?

2. Millä perusteella terveyteen ja terveyskäyttämiseen liittyvät asiat tulisi valita?

3. Milloin terveystietoa tulisi opettaa? Perustele.

4. Miten terveystietoa tulisi opettaa?

5. Tarvitaanko terveystiedon opetusta alakoulussa? Perustele.

6. Mitä koulu ja koti voisivat tehdä lapsen terveyden edistämiseksi?

Kiitos vastauksistasi!