

TERVEYSTIEDON OPETUS TOISEN VUOSITUHANNEN VAIHTEESSA

- Liikunnanopettajien peruskoulun yläasteella ja lukiossa lukuvuonna 1999—2000 toteuttama terveystiedon opetus

Itkonen Leena

Summanen Anna-Mari

Terveyskasvatuksen
pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Syksy 2000

Itkonen Leena ja Summanen Anna-Mari: Terveystiedon opetus toisen vuosituhanen vaihteessa - Liikunnanopettajien peruskoulun yläasteella ja lukiossa lukuvuonna 1999—2000 toteuttama terveystiedon opetus
Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 134 sivua ja 23 liitettä
Syksy 2000

TIIVISTELMÄ

Terveystiedon nykyinen asema kouluissa, erityisesti peruskoulussa, on ollut esillä viime aikoina. On keskusteltu siitä, tuleeko terveystiedosta oma erillinen oppiaine peruskouluun ja kuka sitä saa opettaa, jos siitä tulee oma oppiaine. Perinteisesti liikunnanopettajat ovat useimmiten vastanneet terveystiedon opettamisesta. Miten he toteuttavat terveystiedon opetustaan? Tämän tutkimuksen tarkoituksena on etsiä vastaus tähän; mitä, miten ja missä määrin liikunnanopettajat opettavat terveystietoa peruskoulun yläasteella sekä lukiossa. Tätä selvitettiin survey -tyyppisen kyselyn avulla.

Aineisto tutkimukseen kerättiin postikyselyllä keväällä 2000. Tutkimuksen perusjoukon muodostivat maamme liikunnanopettajat. Otanta tehtiin Liikunnanopettajain liittoon keväällä 2000 kuuluneiden liikunnanopettajien joukosta. Kysely lähetettiin 600:lle liikunnanopettajalle. Kyselyyn vastasi 386 liikunnanopettajaa (vastausprosentti 64.3), joista 288 työskenteli peruskoulun yläasteella tai lukiossa. Nämä 288 (145 naista ja 143 miestä) liikunnanopettajaa otettiin mukaan tutkimuksemme.

Aineiston tilastollista kuvausta varten laskettiin SPSS for Windows 8.0 -ohjelmalla prosenttijakaumia, keskiarvoja ja keskihajontoja. Tuloksia analysoitiin t-testin, yksisuuntaisen varianssianalyysin (ANOVA) ja faktorianalyysin avulla.

Terveystiedon opetus oli toteutettu pääosin omana erillisenä kurssina sekä yläasteella että lukiossa. Liikunnanopettajat suhtautuivat terveystiedon opetukseen pääasiassa myönteisesti ja heidän mielestään terveyteen liittyviä asioita tulisi käsitellä nykyistä enemmän kaikissa koulumuodoissa. Terveystietoa tulisikin opettaa omana oppiaineena. Vaikka tutkimustulokset osoittavat, että terveystietoa opetetaan sekä yläasteella että lukiossa suhteellisen paljon, kokivat kyselyyn osallistuneet pääosin yläasteella tai lukiossa terveystietoa opettavat liikunnanopettajat kyseisen määrän pääosin riittämättömäksi.

Kyselyyn vastanneet pääasiassa yläasteella tai lukiossa terveystietoa opettavat liikunnanopettajat arvostivat terveystietoa oppiaineena äidinkielen, liikunnan ja matematiikan ohella. Terveystiedon opetuksessaan he painottivat erityisesti liikuntaan sekä terveyteen liittyviä asioita. Opettajat käyttivät paljon opettajajohtoisia opetusmuotoja ja -menetelmiä. Oppimateriaaleista ja -välineistä käytetyimmiksi osoittautuivat itse laaditut kalvot ja piirtoheittin.

Usea tutkimukseen osallistunut yläasteen tai lukion liikunnanopettaja arvioi peruskoulutuksesta saamansa terveystiedon opetusvalmiudet riittäviksi. Kuitenkin moni opettaja koki tarvitsevansa terveystiedollista täydennyskoulutusta asiantuntevamman opetuksen mahdollistamiseksi.

Avainsanat: liikunnanopettajat, terveystieto: opetus, peruskoulun yläaste, lukio

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	KESKEISTEN KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ: Terveystietoon.....	7
3	TERVEYSTIETO OPPIAINEENA PERUSKOULUN YLÄASTEELLA JA LUKIOSSA.	16
3.1	Koulussa annettavan terveystiedon opetuksen asema	16
3.1.1	Terveystiedon aseman kehittyminen yläasteella 1970-luvulta nykypäivään	16
3.1.2	Terveystiedon aseman kehittyminen lukiossa 1970-luvulta nykypäivään	20
3.1.3	Terveystiedon asema kansainvälisestä näkökulmasta.....	22
3.2	Terveystiedon tavoitteet ja oppisisällöt	25
3.3	Oppilasarviointi terveystiedon opetuksessa.....	30
3.4	Terveystiedolliset kurssit liikunnanopettajien koulutuksessa	33
3.4.1	Liikunnanopettajien peruskoulutus.....	33
3.4.2	Täydennyskoulutus.....	34
4	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA TERVEYSTIEDON OPETUKSESTA.....	36
4.1	Terveysopetus opettajan näkökulmasta	37
4.1.1	Opettajien asennoituminen ja koetut valmiudet terveysopetuk- sen toteuttamiseen	37
4.1.2	Terveysopetuksessa käytetyt opetusmuodot, työtavat ja oppi- materiaalit	38
4.1.3	Opettajien painotusalueet terveysopetuksessa	41
4.2	Terveysopetus oppilaan näkökulmasta	43
4.2.1	Oppilaiden suhtautuminen terveysopetukseen.....	43

4.2.2	Oppilaiden mielipiteitä terveystiedon opetuksessa käytetyistä opetusmuodoista ja oppimateriaaleista.....	45
4.2.3	Oppilaiden mielipiteitä terveystiedon opetuksessa käsitellyistä aiheista..	47
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	50
6	TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN	51
6.1	Perusjoukko ja otanta	51
6.2	Aineiston keruu	52
6.3	Käytetyt mittarit ja analyysimenetelmät	53
7	TULOKSET	56
7.1	Tutkimukseen osallistuneiden yläasteen ja lukion opettajien taustatiedot.....	56
7.2	Terveystiedon opetuksen toteutus.....	59
7.3	Oppiaineiden tärkeysjärjestys.....	63
7.4	Terveystiedon sisältöalueet	65
7.5	Opetusmuodot ja -menetelmät.....	74
7.6	Oppilasarviointi terveystiedossa	76
7.7	Oppimateriaali ja -välineet	79
7.8	Peruskoulutuksen antamat valmiudet opettaa terveystietoa	81
7.9	Koettu täydennyskoulutuksen tarve	83
7.10	Mielipiteitä ja näkemyksiä terveystiedon opettamisesta	86
7.11	Opettajien mielipiteitä ja näkemyksiä terveystiedollisista asioista	93
8	POHDINTA.....	97
8.1	Tutkimuksen luotettavuus; validiteetti, reliabiliteetti ja yleistettävyyys	97
8.2	Koulun terveystieto-oppiaine koetaan tärkeäksi	101
8.3	Terveystietoa opetetaan pääasiallisesti omana erillisenä kurssina	103
8.4	Liikunta ja terveys – liikunnanopettajien suosima terveystiedon sisältöalue	105

8.5 Opettajajohtoiset menetelmät suosiossa terveystiedon opetuksessa ...	107
8.6 Liikunnanopettajat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa peruskoulu- tukseen	111
8.7 Jatkotutkimusehdotuksia	112

LÄHTEET

LIITTEET

1 JOHDANTO

Viime aikoina on puhuttu paljon lasten ja nuorten hyvinvoinnista sekä terveystottumuksista. Nuorten terveystapatutkimuksesta käy muun muassa ilmi, että nuorten alkoholin säännöllinen käyttö on yleistynyt viime vuosina, ja samoin heidän asennoitumisensa päihteitä kohtaan on muuttunut myönteisemmäksi (Rimpelä, Vikat, Rimpelä, Lintonen, Ahlström & Huhtala 1999). Tästä herää monia kysymyksiä; mitä, milloin, miten ja missä määrin terveystiedon opetusta tulisi koulussa nuorille antaa, jotta se lisäisi terveyden tasa-arvoisuutta nuorten keskuudessa.

Huoli lasten ja nuorten terveydentilasta sekä terveystottumuksista on yksi oleellisimmista asioista, joka on nostanut terveystiedon aseman koulussa keskeiseksi puheenaiheeksi niin yleisön, tutkijoiden kuin päättäjienkin keskuudessa. Terveystiedon opetuksen tärkeys on tiedostettu. Lähiaikoina päätetään siitä, tuleeko terveystiedosta itsenäinen oppiaine peruskouluun. Pian siis nähdään, miten päättäjät arvostavat terveystietoa oppiaineena. Olisi hyvä muistaa, että riittävä investoiminen lasten ja nuorten koulutukseen sekä terveyden edistämiseen ja mahdollisten ongelmien varhaiseen puuttumiseen edistävät suurella todennäköisyydellä myös kuntien ja valtion talouden terveyttä (Rimpelä 2000d).

Liikunnanopettajat ovat perinteisesti opettaneet terveystietoa/-kasvatusta maassamme. Nyt, kun terveystieto-oppiaineen asema koulussa on erittäin ajankohtainen aihe, on mielenkiintoista tarkastella, missä määrin ja miten (mitä aiheita käsitellään sekä mitä opetusmenetelmiä ja oppimateriaaleja/-välineitä käytetään) liikunnanopettajat opettavat terveystietoa.

Tässä terveystietokasvatuksen pro gradu -tutkielmassamme keskitymme tarkastelemaan, miten terveystiedon opetus on peruskoulun yläasteella sekä lukiossa toteutettu liikunnanopettajien toimesta lukuvuonna 1999—2000. Tutkimuksemme avulla pyrimme saamaan lisää tietoa terveystiedon opetuksen nykytilasta, opetta-

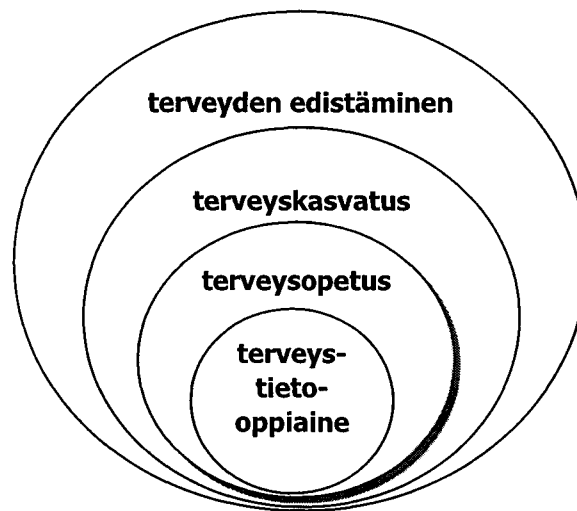
jien täydennyskoulutustarpeesta sekä heidän terveystiedon opetukseen liittyvistä näkemyksistä. Tutkimustuloksia voitaneen hyödyntää terveystiedon opetussuunnitelmien laadinnassa sekä terveystiedon opetuksen kehittämisessä. Tutkimustulosten myötä on myös mahdollisuus kehittää liikunnanopettajien peruskoulusta sekä täydennyskoulutusta.

Valitsemaamme aihetta ei ole viime vuosina tutkittu laajassa mittakaavassa. Tuoreimmat tutkimukset ovat keskittyneet yksittäisiin terveystiedon sisältöalueisiin, esimerkiksi seksuaali- tai päihdekasvatukseen (ks. esim. Valli 1995; Kontula 1997; Karekivi 1999). Mielestämme on kuitenkin oleellista tarkastella peruskoulun yläasteen sekä lukion terveystiedon opetusta kokonaisvaltaisesti.

Työmme kirjallisuuskatsaus etenee terveyden ja terveystiedon opetukseen liittyvien käsitteiden määrittelystä koulujen terveystiedon opetuksesta tehtyjen aikaisempien tutkimusten sekä toteutettujen koulun terveystiedon opetusohjelmien tarkasteluun. Sen jälkeen 'pureudumme' tarkemmin tutkimustuloksiimme. Tutkimuksemme empiirisen osan tavoitteena on kuvata liikunnanopettajien terveystiedon opetuksen toteutusta sekä heidän näkemyksiään ja mielipiteitään siitä.

2 KESKEISTEN KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELYÄ: Terveystä terveystietoon

Puhuessamme terveydestä, sen huolehtimisesta, ylläpitämisestä ja edistämisestä sekä terveyteen liittyvien asioiden opettamisesta, kohtaamme moninaisen terminologian. Kuviossa 1 on esitetty ne käsitteet, joita seuraavaksi tarkastelemme. Siitä ilmenee myös se, miten terveyden edistäminen käsitteenä on laajin ja terveystieto suppein käsittelemistämme termeistä. Terveysopetus (lähinnä terveystiedon opetus) on varjostettu, koska se on työmme kannalta keskeisin. Kuvassa olevien käsitteiden yläpuolelle sijoittuu terveyden käsite, jota ei ole sijoitettu alla olevaan kuvioon, sillä abstraktina ja moniulotteisena käsitteenä sen kategorioiminen alla olevan kaltaiseen kuvioon ei vaikuta järkevältä.



Kuvio 1 Terveysten edistämisestä terveystietoon – käsitteiden hierarkkinen suhde toisiinsa

Terveys on käsitteenä moniulotteinen sekä myös problemaattinen. Kukin meistä voi määritellä sekä kokea sen omalla tavallaan. Toisille se on hyvää oloa, toisille taas sairauden puuttumista, ja joku voi nähdä sen hyvinkin kokonaisvaltaisesti. Edellisestä lauseesta on löydettävissä muun muassa Naidoon ja Willsin (1998)

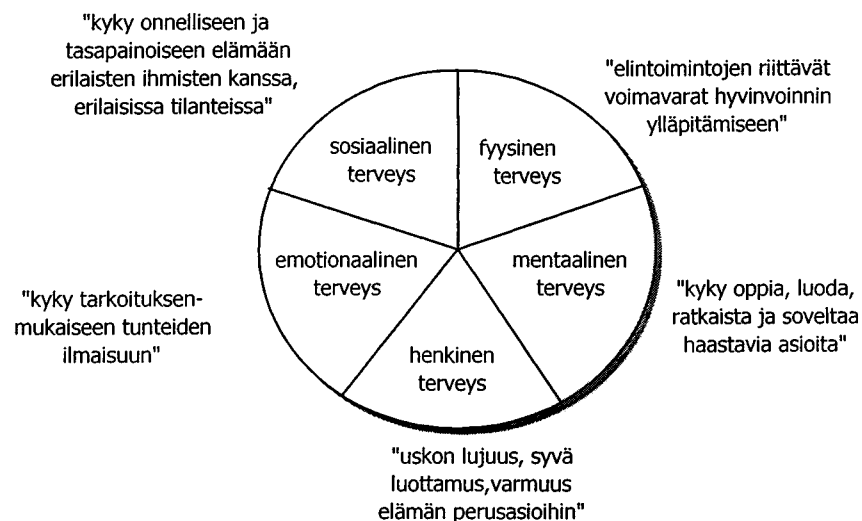
mainitsevat kaksi yleistä terveyden merkitystä; negatiivinen ja positiivinen. Negatiivinen terveys nähdään sairauden poissaolona. Tämä länsimaisessa yhteiskunnassa nähty lääketieteellinen terveyden malli on saanut kritiikkiä osakseen, sillä terveys voidaan ymmärtää myös positiiviselta kannalta. Tällöin korostuu hyvän olon tunne, eräänlainen sisäinen voima. (Naidoo & Wills 1998, 4, 9.)

Se, miten terveys arkielämässä ymmärretään, riippuu siitä, mistä näkökulmasta sitä kulloinkin tarkastellaan (Nupponen 1994, 4). Terveyskäsitteet voivat olla hyvinkin erilaisia eri kulttuureissa ja eri aikakausina (Naidoo & Wills 1998, 21; du Pré 2000, 157—158). Lisäksi terveyden määritelmät vaihtelevat sekä eri tieteenalojen että asiantuntijoiden välillä. Esimerkiksi lääketiede määrittelee, kuten edellä mainittiin, terveyden pitkälti sairauden puuttumisena, sosiologi kyvyksi selviytyä omista sosiaalisista rooleistaan, humanisti kyvyksi kohdata elämän ongelmat positiivisesti, ja idealistille terveys on lähinnä utopistinen tila. Psykologisesta näkökulmasta katsottuna terveydessä korostuu puolestaan kunkin henkilön subjektiiviset kokemukset. (Lehtimäki 1993, 16—19; Vertio 1993, 18—19.)

Terveyden korostaminen abstraktina käsitteenä on havaittavissa Maailman terveysjärjestö WHO:n vuodelta 1947 olevasta määritelmästä, jonka mukaan ”Terveys ei ole vain sairauden puuttumista, vaan se on kaikinpuolista fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia” (Nupponen 1994, 42). Edellä mainittu terveyden määritelmä on todella haastava, joka saattaa usein jäädä käytännön tasolla kaukaiseksi, jopa utopiaksi (Vertio 1993, 16; Nupponen 1994, 42). WHO:n määritelmästä voidaan löytää yhteneväisyyksiä muun muassa Antiikin Kreikan filosofien ajatuksiin. Esimerkiksi lääketieteen isä Hippokrates (n. 460 – n. 377 eKr.) korosti omana aikanaan terveyttä ihmisessä vallitsevana tasapainona (du Pré 2000, 21). Platon puolestaan painotti persoonallisuuden eri osa-alueiden keskinäistä harmoniaa terveyden edellytyksenä (Lehtimäki 1993, 11).

Platonin korostama holistinen terveystieteellinen näkemys on havaittavissa erinomaisesti Greenbergin (1998) laaja-alaisesta terveystieteestä; siinä edellä mainitut kolme

WHO:n määrittelemää terveyden osa-aluetta jaetaan viiteen ulottuvuuteen: mentaaliseen, henkiseen, emotionaaliseen, sosiaaliseen ja fyysiseen, kuten kuviosta 2 havaitaan. Mentaalisen terveyden voidaan sanoa sisältävän psyykkiseen toimintakykyyn liittyvät asiat (minäkuvan sekä älylliset kyvyt) ja emotionaalisen terveyden puolestaan tunteet sekä niiden ilmaisemisen. Henkisessä ulottuvuudessa on kyse koherenssin tunteesta eli elämän kokemisesta merkitykselliseksi ja kyvystä vaikuttaa sen kulkuun. Sosiaalinen kanssakäyminen kuuluu sosiaaliseen ja elimistön fysiologiset sekä biologiset ilmiöt fyysiseen terveyteen. Hyvinvointi kumpuaa edellä mainituista ulottuvuuksista ja on optimaalisimmillaan silloin, kun eri terveyden osatekijät ovat integroituneet toisiinsa sekä ovat tasapainoisessa suhteessa keskenään. (Greenberg 1998, 3–7, 14.)



Kuvio 2 Terveyden ulottuvuudet (mukailtu Greenberg 1998, 3–7; Vuori 1996, 12)

Greenbergin (1998) kanssa samansuuntaiseen terveystähtäykseen ovat päätyneet myös Schultz, Glass ja Kamholtz (1987) sekä Ewles ja Simnett (1995). Edellä mainittuihin viiteen ulottuvuuteen on joissakin yhteyksissä liitetty lisäksi seksuaalisen terveyden dimensio (Ewles & Simnett 1995, 7). Nämä kaikki kuusi ulottuvuutta muodostavat yksilön oman terveystähtäyksen. Lisäksi on huomioitava, että

”Ihmisten terveys on sidoksissa kulttuurimme, yhteiskuntamme, fyysisen ympäristömme ja lähipiirimme muodostamaan kokonaisuuteen” (Laitakari 2000). Edellä on mainittu useita terveystähtämyksiä, mutta Naidoota ja Willsiä (1998, 21) lainaten on kuitenkin hyvä muistaa, ettei ole olemassa yhtä oikeaa terveyden määritelmää.

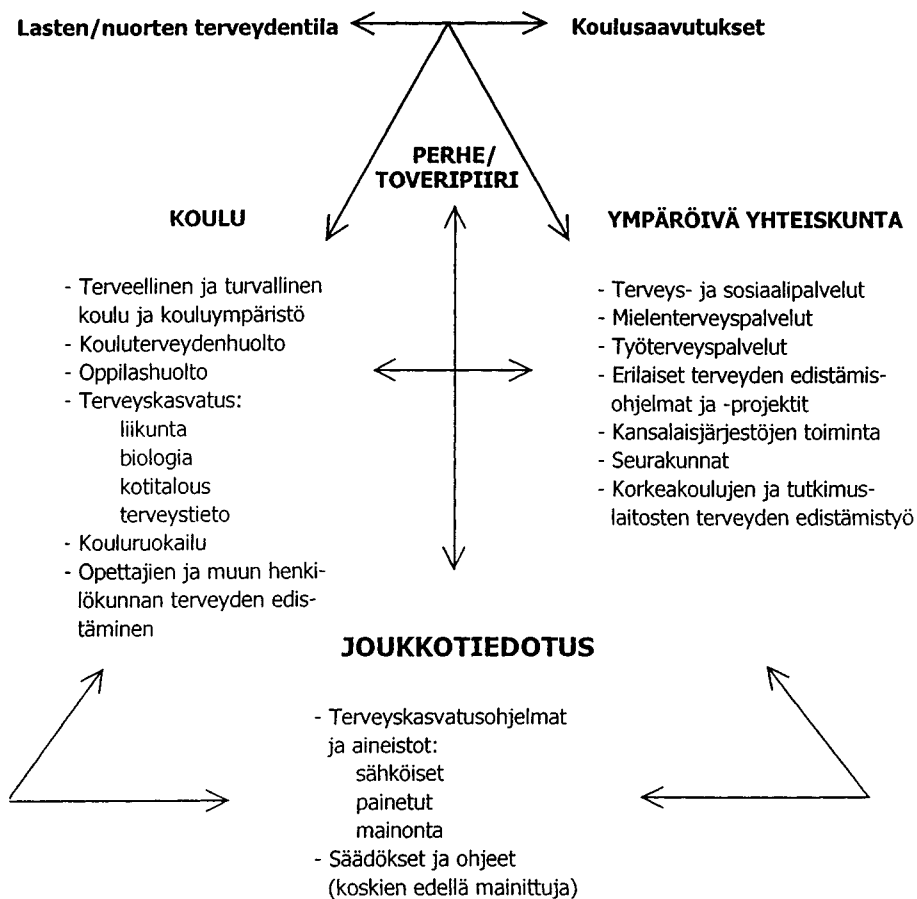
Terveyden edistäminen on eräänlainen ideologinen sateenvarjo, jonka yhtenä aläkäsitteenä pidetään terveystähtäystä. Kansainvälisestä näkökulmasta terveyden edistäminen koetaan erittäin arvokkaana sijoituksena; Jakartan julistuksen (1997) mukaisesti terveyden edistämistoimintoihin tulee panostaa alati niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin terveyttä ja elämänlaatua parannettaessa.

Terveyden edistäminen nähdään prosessina, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen (Ottawa Charter for Health Promotion 1986). ”Terveyden edistäminen sitoutuu aikaan ja ihmisiin, mutta erityisesti yhteisöihin, kuten kouluun, kaupunkiin, asumiseen ja ympäristöihin. Terveyden edistämisen virrat vievät fyysisestä terveydestä kohti sosiaalista, nostavat koetun merkityksen objektiivisen tiedon rinnalle ja painottavat selviytymistä riskien sijasta”, kirjoittaa Vertio (1993, takakansi) kirjassaan *Terveyden edistäminen – valintojen virta*. Edelleen Vertio (1998) huomauttaa, etteivät terveyden edistämisen periaatteet voi olla kiveen hakattuja, vaan tarkoituksena on huomioida kulloisetkin yhteiskunnalliset muutokset.

Terveyden edistämisen katsotaan olevan kokonaisvaltainen toimintastrategia, joka koostuu niin yhteiskunnallisten, ympäristöön liittyvien kuin kasvatuksellistenkin edellytysten luomisesta (Kannas 1992). Hahmoteltaessa terveyden edistämistä laaja-alaisena toimintana, huomataan sen ulottuvan monille eri tasoille aina yksilöistä yhteiskuntaan poliittisia ja kansainvälisiä ulottuvuuksia unohtamatta (Spruijt-Metz 1999, 22). WHO:n terveyden edistämisen pääperiaatteissakin kuvastuu terveyden edistämisen laaja-alaisuus, sillä WHO:n mukaan terveyttä edistävän politiikan rinnalla tulee huomioida terveyttä tukevan ympäristön luominen, yhteisöjen

osallistumisen lisääminen, yksilöllisten taitojen kehittäminen sekä terveyspalvelujen uudelleen järjestäminen (World Health Organization 1997, 16). Myös koulu-yhteisön terveyden edistäminen nähdään tänä päivänä hyvin kokonaisvaltaisena toimintana (Korhonen 1998, 4). Kannaksen (1998) mukaan terveyttä edistävään kouluun kuuluu seuraavien asioiden huomioiminen: terveyttä edistävien tottumusten sekä terveystietojen ja -taitojen opettaminen eli opetussuunnitelmallinen toiminta, koulun fyysinen ympäristö, koulun eetos (mm. koulun ihmissuhteet, työskentelytavat, säännöt ja viihtyvyys), yhteistyö oppilaiden vanhempien sekä ympäröivän yhteiskunnan kanssa, koulun terveys- ja hyvinvointipalvelut sekä koulu-yhteisön johtaminen terveyttä ja hyvinvointia edistävästi. Lisäksi Kannas (1998) toteaa terveyttä edistävän koulun vahvistavan opettajien ja oppilaiden terveysvoimavaroja, joilla on oma osuutensa työvireisyyden, työkuoron ja laadukkaiden oppimistulosten kehittymiseen.

Kokonaisvaltaista lähestymistapaa ovat kuvanneet myös muun muassa Kolbe (1986), Nader (1990) sekä McKenzie ja Richmond (1998). Edellä mainitun Kannaksen (1998) terveyttä edistävän koulun määritelmän lisäksi Kolben (1986) mukaan koulun terveyden edistämisessä tulisi huomioida koululiikunta, kouluruokailu, koulun mielenterveyspalvelut, koulun henkilökunnan terveyden edistäminen sekä koulun ja yhteisöjen yhteistyö oppilaiden terveyden edistämiseksi. Nader (1990) täydentää Kolben (1986) luetteloa joukkotiedotuksen osuudella sekä tarkentamalla ympäröivän yhteiskunnan roolia koulun terveyden edistämisessä. Naderin (1990) kehittämässä mallissa, jota Korhonen (1998) on muokannut Suomen olosuhteisiin (kuvio 3), lasten ja nuorten terveyttä sekä koulussa edistymistä pyritään edesauttamaan koulun, perheen, ympäröivän yhteiskunnan ja joukkotiedotuksen monipuolisella yhteistyöllä. Samankaltaista holistista lähestymistapaa koulun terveyden edistämiseen tukee myös Maailman terveysjärjestö WHO, joka mainitsee, että terveyttä edistävä koulu on käsitteenä paljon itse toteutusta edellä (World Health Organization 1997, 8, 55, 63).



Kuvio 3 Kokonaisvaltainen lähestymistapa koulun terveyden edistämiseen Naderin (1990) mukaan (mukailtu Korhonen 1998, 5)

Edellä mainittu koulun terveyden edistämisen kokonaisvaltainen lähestymistapa voidaan huomioida suunniteltaessa ja toteutettaessa koulun terveysohjelmia (Korhonen 1998, 4; Korhonen 1999a; Korhonen 2000c). Koulu nähdään tärkeänä terveyden edistämisen paikkana, koska se tavoittaa suuren osan väestöstä (Tones & Tilford 1995, 121; Naidoo & Wills 1998, 240). Suomessa, kuten muuallakin maailmassa, on toteutettu lukuisia terveystasvatusohjelmia ja lyhyempiä terveystasvatusprojekteja. Näistä esimerkkejä ovat 1980-luvulla pohjoismaissa toteutettu SPIN -projekti (Hätönen & Mäkelä 1986; Hätönen & Mäkelä 1987) sekä Itä-Suomen nuorisoprojekti (Tossavainen 1993), ja ulkomaisista Healthy Schools, Healthy Communities -ohjelma Yhdysvalloissa vuodesta 1994 alkaen (Martin, Gaston, Heppel, Horrigan & Stinson 1998). 1990-luvulla yksi keskeisimmistä kou-

lun terveystkasvatusprojekteista oli Euroopan Terveet Koulut -projekti, jota toteutetaan edelleen monissa maamme kouluissa (Tossavainen, Vartiainen & Paavola 1996). Terveystkasvatukseen liittyviä projekteja on myös järjestetty koulukohtaisesti, kuten Helsingin normaalikoulussa järjestetty "Teemana terveys" -aihekokonaisuus (Pousi 1995) sekä terveyteen liittyvät teemaviikot Jyväskylän Normaalikoulussa (Eloranta & Lemmetyinen 1994). Liitteeseen 1 olemme koonneet kuvauksen kolmesta toteutetusta terveysohjelmasta tavoitteineen ja toteutumisineen.

Terveyden edistämisen yksi väline on *terveyskasvatus*, joka on luonteeltaan viestinnällistä ja kasvatuksellista. Sen perustana on toisaalta terveys arvona tai yleisenä hyvinvointina ja toisaalta yleinen sivistysintressi. (Korhonen 1998, 6, 27; Korhonen 2000a.) Terveystkasvatuksen neuvottelukunnan asettaman jaoksen muistiossa (1993, 11) mainitaan terveyskasvatuksen tavoitteiksi ihmisen terveen kasvun ja selviytymisen tukeminen, sivistyksellisen terveyspääoman välittäminen, terveyttä edistävien muutostoiveiden virittäminen sekä näiden muutospyrkimysten ja terveyttä edistävän käyttäytymisen tukeminen. Lisäksi ihmisen tulisi pystyä tietoisesti ottamaan kantaa omaan ja toisten terveyteen liittyviin kysymyksiin sekä toimimaan terveyden hyväksi (Kannas 1992; Terveystkasvatuksen neuvottelukunta 1995).

Maailman terveysjärjestö WHO (1992) tähdentää koulun terveyskasvatuksen tavoitteissaan puolestaan käytännön toimenpiteitä, jotka mahdollistavat lasten ja nuorten terveyteen liittyvien tietojen ja käytänteiden sekä terveyttä edistävien arvojen kehittämisen. Edellisen ohella WHO korostaa kasvatuksen terveyteen olevan jokaisen lapsen perusoikeus. (World Health Organization 1992, 1, 10.)

Terveystkasvatukseen sisältyy terveyteen liittyvien asioiden monipuolinen ja laaja-alainen käsittely eri yhteyksissä. Terveystkasvatus nähdään läpi elämän ja kautta koko terveydenhuollon sekä koulujärjestelmän ulottuvana toimintana. Sen tehtävänä katsotaan olevan ihmisen oman vastuun, kiinnostuksen ja valmiuksien tuke-

minen sekä herättäminen mahdollisimman hyvään huolehtimiseen omasta ja läheisten hyvinvoinnista. Koulun tulisi osaltaan antaa oppilaille valmiudet sekä motiivoida heitä toimimaan tavoilla, jotka ylläpitävät ja edistävät niin henkilökohtaista, perheen, yhteisön kuin ympäristönkin terveyttä. (Korhonen 1999a.)

Koulun terveystieteiden opetuksella on neljä laajaa tehtäväaluetta – mielenterveyttä tukeva, sivistävä, virittävä ja muutosta avustava. Näiden kautta nuoren tulisi oppia perustiedot, -taidot ja toimintavalmiudet sekä oman että ympäristönsä hyvinvoinnin kannalta ja kyetä hyödyntämään opittuja valmiuksia elämän eri vaiheissa. Kunkin osa-alueen tavoitteet selviävät taulukosta 1. (Kannas 1992; Kannas 1994, 58–62.)

Taulukko 1 Terveystieteiden opetuksen tehtävät (Kannas 1992; Kannas 1994, 58–64)

TEHTÄVÄ	TAVOITE
Sivistävä	Tarpeellisten terveystietojen ja -taitojen antaminen osaksi yksilön yleissivistystä
Virittävä	Herättää kiinnostus ja tarve pohtia terveyttä sekä terveystietoisuuteen liittyviä tekijöitä omista lähtökohdista käsin
Mielenterveyttä tukeva	Psyykkisen energian tuottaminen ja vapauttaminen sekä psyykkisten voimavarojen lisääminen
Muutosta avustava	Terveystietoisuuden ja terveystottumusten, asenteiden ja erilaisten tietojen sekä taitojen muuttaminen terveyttä edistävään suuntaan

Opettajien ja oppilaiden käsityksiä terveystieteiden opetuksesta on tutkittu jonkin verran viime vuosina. Esimerkiksi Terveystieteiden opetuksen keskuksen järjestämän 2-vuotisen alkoholiopetuksen kehittämiskokeilun yhteydessä Koskinen-Ollonqvist (1993) selvitti kyselyin ja haastatteluin, mitkä olivat koulun ja muun henkilöstön käsitykset terveystieteiden opetuksesta. Vastanneet olivat sitä mieltä, että koulun terveystieteiden opetuksen tulee selvittää oppilaille terveyttä arvona, auttaa heitä sisäistämään terveellisiä elämäntapoja sekä tunnistamaan ja käyttämään terveyttä edistäviä voimavaroja. Lisäksi mainittiin muun muassa kodin ja vanhempien laiminlyöntien korjaa-

minen sekä sairauksien ehkäiseminen. Oppilailta tiedusteltaessa samaa, he olivat sitä mieltä, että koulun terveystietämyksen tulisi opettaa hyvinvoinnin ylläpitoa ja kertoa terveydelle haitallisista sekä suotuisista tekijöistä. (Koskinen-Ollonqvist 1993, 41—42, 52.)

Terveysopetus määritellään koulussa tapahtuvaksi terveyteen liittyvien asioiden opetuksiksi. Se voi toteutua useiden eri oppiaineiden oppitunneilla. Terveysopetuksessa oppilaiden pitäisi oppia erilaista terveystietämystä. (Korhonen 1998, 6, 29.) Korhonen (1998) ei teoksessaan huomioi terveystietämyksen määrittelyn yhteydessä terveystietämykseen liittyviä asioita, jotka ovat kuitenkin oleellisia opetuksen tavoitteista puhuttaessa. Myöhemmin Korhonen (1999b; 2000c) on täydentänyt terveystietämyksen määrittelyä korostamalla opetussuunnitelmaan pohjautuvaa suunnitelmallista opetusta.

Käsite *terveystieto* voidaan ymmärtää eri tavoin. Se voidaan nähdä esimerkiksi ihmisten yleisenä terveystietämyksenä tai koulun oppiaineena, johon liittyy tietyt terveystietämyksen ja -osaamisen tavoitteet sekä tietorakenteet (Korhonen 1998, 6; Korhonen 1999b). Koulun oppiaineena terveystieto voidaan luokitella sekä yleisivistäviin että reaaliaineisiin kuuluvaksi. Terveystieto-oppiaineen keskeisenä tavoitteena on terveystietämykseen ja -osaamiseen liittyvien tietojen, taitojen sekä muiden valmiuksien omaksumisen mahdollistaminen. Tähdättäessä edellä mainittuun päämäärään katsotaan opetuksen koostuvan ”— — niistä hyvinvointiin sekä yksilön ja ympäristön terveyteen liittyvistä tavoitteista ja sisällöistä, joita pidetään edellytyksinä lasten, nuorten ja aikuisiän fyysisten, psyykkisten ja sosiaalisten voimavarojen tasapainoiselle kehitykselle”. (Korhonen 2000a; Korhonen 2000b.)

Käsitteiden määrittelyminen vaihtelee useissa kirjoituksissa ja niin maiden sisällä kuin välilläkin. Puhuessamme tässä työssä terveystietämyksestä, -opetuksesta tai -tiedosta tarkoitamme edellä olevia määrittelyjä.

3 TERVEYSTIETO OPPIAINEENA PERUSKOULUN YLÄASTEELLA JA LUKIOSSA

3.1 Koulussa annettavan terveystiedon opetuksen asema

3.1.1 Terveystiedon aseman kehittyminen yläasteella 1970-luvulta nykypäivään

Terveystiedon rooli peruskoulun opetussuunnitelmissa on muuttunut viimeisten vuosikymmenten aikana. Vuosina 1970, 1985 ja 1994 säädetyissä valtakunnallisissa peruskoulun opetussuunnitelmissa ei terveystietoa ole ollut erikseen itsenäisenä oppiaineena, vaan se on sisällytetty eri oppiaineiden yhteyteen. Vuoden 1970 peruskoulun opetussuunnitelmakomitean mietinnössä terveystieto on sijoitettu lähinnä kansalaistaito-nimisen oppiaineen terveystietokasvatuksen osa-alueeseen. Myös monista muista kansalaistaidon osa-alueista, esimerkiksi perhekasvatuksesta, raittiuskasvatuksesta, tapaturmantorjunnasta ja ensiavusta sekä väestönsuojelusta ja palotorjunnasta, on löydettävissä terveystietokasvatukseen liittyviä asioita. Terveystiedollisia aineksia sisältyy muihinkin peruskoulun oppiaineisiin, esimerkiksi biologiaan, kotitalouteen, liikuntaan, oppilaanohjaukseen ja uskontoon. (Peruskoulun opetussuunnitelmakomitean mietintö II 1970; Kouluhallitus 1985a; Opetushallitus 1994a.)

Opetussuunnitelmakomitea määritteli peruskoulun yleisten tavoitteiden lähtökohdaksi vuodesta 1970 alkaen sen, että koulun tulee ensisijaisesti tarjota oppiaineita sekä virikkeitä oppilaan yksilöllisen persoonan kokonaiskehitykselle ja auttaa oppilasta löytämään paikkansa yhteiskunnan jäsenenä. Tavoitteiden määrittelyssä on alati huomioitava tasapainoisen kehityksen ohella yksilön terveys, ja tavoitteet tuleekin johtaa kunkin elinympäristöstä sekä biologisista elämäntarpeista käsin. Komitea kirjoittaa vielä, että "Oppilaiden on koulussa omaksuttava sellaisia tietoja, taitoja ja asenteita, että niiden pohjalta voi syntyä pysyviä liikunta- ja terveystot-

tumuksia, omavastuinen huolenpito henkilökohtaisesta terveydestä ja kunnosta — —.” (Peruskoulun opetussuunnitelmakomitean mietintö I 1970, 23—26.)

Vuoden 1985 peruskoulun opetussuunnitelman perusteiden yleisissä tavoitteissa terveystietoon liittyviä asioita ovat muun muassa oppilaan persoonallisuuden monipuolinen kehittäminen, ympäristökasvatuksellisten asioiden opettaminen sekä yhteisvastuullisuuteen ja ihmisten väliseen tasa-arvoon kasvattaminen. Vuoden 1985 peruskoulun opetussuunnitelman perusteiden mukaan terveystieteiden ja liikennekasvatusta tulisi opettaa nuorille vähintään 30 tuntia koko yläasteen aikana. (Kouluhallitus 1985a, 10—14.) Vuoden 1994 peruskoulun opetussuunnitelman perusteissa puolestaan katsotaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen tietoineen, taitoineen sekä asenteineen sinänsä arvokkaaksi, mutta merkitykselliseksi myös osana yksilön tasapainoista kehitystä ja yleissivistystä (Opetushallitus 1994a, 14).

Vuoden 1994 peruskoulun opetussuunnitelman perusteissa terveystietoon liittyvät asiat sisältyvät terveystieteiden ja liikennekasvatusta sisältävän aihekokonaisuuden piiriin. Terveystieteiden ja liikennekasvatusta määritellään peruskoulussa keskeiseksi valinnaiseksi aihekokonaisuudeksi. Aihekokonaisuudet ovat usein oppiainerajoja ylittäviä tärkeitä ja ajankohtaiseksi arvioituja teemoja. (Opetushallitus 1994a, 32.) Uusimmassa perusopetuslaissa ei ole mitään erityistä mainintaa terveystiedosta tai -kasvatuksesta. Perusopetuksen tavoitteiden mukaan opetuksessa tulisi toteutua muun muassa oppilaiden kasvun tukeminen ihmisyyteen sekä eettisesti vastuukykyiseen yhteiskunnan jäsenyyteen. Lisäksi opetuksen tavoitteena on antaa oppilaille elämässä tarvittavia tarpeellisia tietoja ja taitoja sekä edistää sivistystä. (Uusi koululainsäädäntö 1.1.1999, 1999a.) Nykyisellään myöhemmässä elämässä tarvittavien valmiuksien antaminen ei toteutune peruskoulussa (Terveystietoseminaari päätöksentekijöille 13.6.2000).

Nykyään puhutaan koulukohtaisista opetussuunnitelmista; jokainen koulu kehittää valtakunnallisen opetussuunnitelman perusteisiin nojaten omaleimaisen, koulun omista tarpeista lähtevän sekä mahdolliseen koulun terveysohjelmaan liittyvän

opetussuunnitelman. Näin koulukohtaisilla opetussuunnitelmissa on suuri merkitys myös terveystiedon asemalle koulussa, sillä ne mahdollistavat koulun oman panoksen terveystiedon opetuksen toteutumiseksi. Tämän seurauksena eri kouluissa voidaan panostaa terveystiedon opettamiseen hyvinkin eri tavoin. Joillakin peruskoulun yläasteilla terveystieto voi olla pakollisena tai valinnaisena kurssina ja joissakin toisissa kouluissa puolestaan integroituna eri oppiaineisiin. Terveystiedollisia tavoitteita on selkeästi kirjattu muun muassa liikunta-oppiaineen tavoitteisiin peruskoulun opetussuunnitelman perusteissa (Opetushallitus 1994a, 107–111). Löytyy myös kouluja, joissa terveystiedon asema jää opetussuunnitelmissa lähes huomiotta. Kahden viime vuoden aikana terveystiedon asema peruskoulussa onkin noussut yhdeksi keskeiseksi puheenaiheeksi niin yleisön, tutkijoiden kuin päättäjienkin keskuudessa (ks. esim. Helin 1999; Laaksola 1999; Reinboth 1999; Hannula 2000).

Kesällä 1999 opetusministeri Maija Rask otti julkisuudessa esille peruskoulun terveystiedon asemassa ja opetuksessa ilmenneet puutteet. Hän katsoi, että terveystiedollisia aineksia varten tulisi olla oma erillinen oppiaine peruskouluissa. Sitten opetusministeriön koulutus- ja tiedepolitiikan osastolla erityisessä terveystietotyöryhmässä on valmisteltu terveystiedon saamista peruskoulun oppiaineeksi. Terveystietotyöryhmä ei kuitenkaan esittänyt ensimmäisessä luonnoksessaan opetusministerin toimeksiannon mukaan omaa terveystieto-oppiainetta peruskouluihin, vaan terveystietoa ehdotettiin osaksi kansalaistaito-oppiainetta. Suunnitelmien mukaan kansalaistaidon kolme keskeisintä osa-aluetta olisivat terveystieto ja terveyden edistäminen, sosiaaliset taidot ja yleiset kansalaistaidot sekä turvallisuustaidot ja -valmiudet. (Rimpelä 2000a.) Terveystietotyöryhmän ehdotukseen antoivat oman kannanottonsa muun muassa Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, Opetushallitus, Suomen Liikunnanopettajain Liitto, Kotitalousopettajien liitto sekä Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes.

Kaikki edellä mainitut tahot korostavat terveystiedon ja terveyden edistämisen tärkeyttä. Sen sijaan näkemys terveystieto-oppiaineen asemasta peruskoulussa saa eriäviä kannanottoja. Opetushallitus (1999a) sekä Kotitalousopettajien liitto (1999) puoltavat terveystietotyöryhmän ehdotusta ollessaan kansalaistaito-oppiaineen kannalla. Esimerkiksi Kotitalousopettajien liitto (1999) korostaa terveystietokasvatusta koko kouluyhteisön yhteisenä tehtävänä todeten terveystieto-oppiaineen olevan näin epätarkoituksenmukainen ratkaisu. Terveystiedon integroimista kansalaistaitoon puoltavat tuovat esiin oppiaineen laaja-alaisuuden sekä usean opettajaryhmän osallistumismahdollisuuden opetukseen. Stakes (1999), Suomen Liikunnanopettajain Liitto (1999) sekä Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta (1999) ovat näkemyksissään päinvastaisella linjalla. Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan (1999) kannanotossa nostetaan esiin kansalaistaito-oppiaineen aiempi historia; kokemusten mukaan oppiaineen liiallinen moniaineisuus ja opettajien puutteellinen sisällönhallinta heikentävät oppiaineen kehittymistä. Erillisen terveystieto-oppiaineen kannalla olevat korostavat terveystieto-oppiaineen tiedollista sisältöä sekä riittävää terveystiedon opettajapätevyyttä, ja lisäksi he näkevät kansalaistaidon laaja-alaisuuden haittana. (Rimpelä 2000a.)

Terveystiedon aseman parantamista peruskoulussa haluaa omalta osaltaan edistää myös Terveys ry, joka järjesti terveystietoseminaarin päätöksentekijöille kesäkuussa 2000. Seminaarin keskeisenä tarkoituksena oli viestittää kansanedustajille niitä tärkeitä perusteita, joiden vuoksi terveystieto-oppiaine tarvitaan peruskouluun. Kyseisessä seminaarissa tuotiin näkökantoja molempien esitettyjen ratkaisujen (terveystieto osana kansalaistaitoa ja terveystieto itsenäisenä oppiaineena) puolesta. Esimerkiksi eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan puheenjohtaja Marjatta Vehkaoja puolusti terveystiedon integrointiperiaatetta. Opetusministeri Maija Rask puolestaan korosti terveystiedon opetusta laaja-alaisessa viitekehyksessä omana oppiaineenaan. Erityistä huolta aiheutti terveystietoa varten tarvittavat tuntimäärät – mistä ne otetaan? Seminaarin pääsanomaksi voidaan kiteyttää yksimielinen näkemys terveystiedon opetuksen tarpeesta myös peruskoulussa.

Syksyllä 2000 hallitus antoi lakiesityksen, jossa terveystietoa ehdotetaan kaikille oppilaille yhteiseksi oppiaineeksi. Ehdotuksen mukaan terveystietoa opetettaisiin perusopetuksen aikana yhteensä seitsemän vuosiviikkotuntia. Tästä määrästä varataan vuosiluokille 7—9 kolme vuosiviikkotuntia. Nyt terveystiedon aseman parantaminen peruskoulussa etenee eduskunnan käsittelyyn syysistuntokaudella 2000. Mikäli päätös on myönteinen, voi terveystiedon opiskelu peruskouluissa alkaa näillä näkymin aikaisintaan syyslukukauden 2002 alusta. (Hallituksen ehdotus Eduskunnalle laeiksi perusopetuslain 11 §:n, lukiolain 7 §:n ja ammatillisesta koulutuksesta annetun lain 12 ja 17 §:n muuttamisesta 2000; Terveystietoseminaari päätöksentekijöille 13.6.2000.)

3.1.2 Terveystiedon aseman kehittyminen lukiossa 1970-luvulta nykypäivään

Lukiolla on suomalaisessa koulujärjestelmässä pitkät perinteet, sillä maamme ensimmäinen lukio perustettiin Turkuun jo vuonna 1630 (Väljärvi 1990). Terveystieto, josta käytettiin aiemmin nimitystä terveysoppi, ulottaa historiansa myös 1600-luvulle, sillä vuoden 1649 oppikoulun koulujärjestyksessä opin ihmisruumiista sekä terveydenhoidosta katsottiin niveltävän fysiikan opetukseen. Virallisesti terveys- ja raittiusopin opetus osana voimistelun opetusta aloitettiin vuonna 1913. Sittemmin terveystiedon asema opetussuunnitelmissa on parantunut. (Lukion opetussuunnitelmatoimikunnan mietintö II E 1977, 1267.) Parannusta tapahtui erityisesti vuoden 1977 opetussuunnitelmien pohjalta, ja niinpä tässä yhteydessä tarkastellaankin lähemmin terveystiedon aseman kehittymistä lukiossa 1970-luvulta nykypäivään.

1970-luvulla toimi lukion opetussuunnitelmatoimikunnassa erityinen terveystiedon jaosto, jonka tehtävänä oli lukion terveystiedon oppimääräsuunnitelman laatiminen. Vuoden 1977 lukion opetussuunnitelmakomitean mietinnössä liikunta ja terveystieto nähdään keskeisenä oppiaineena, jonka tehtävänä on ihmisen kaikinpuolisesta terveydentilasta huolehtiminen. Tämän lisäksi monipuolisen terveystietokasvatuksen todetaan olevan tärkeä osa myös koko lukion opetussuunnitelmaa ja kou-

lun toimintaa. Lukion yleisissä tavoitteissa vuodelta 1977 toivotaan muun muassa oppilaiden saavan riittävät tiedot ihmisestä sekä ihmisen ja luonnon välisestä suhteesta. Lisäksi tavoitteena on antaa oppilaille sellaisia perustietoja, -taitoja ja -valmiuksia, joita heillä on mahdollisuus hyödyntää myöhemmässä elämässään. Tärkeää on myös oppilaiden kokonaispersoonallisuuden kehittäminen. Erityinen korostus yleisissä tavoitteissa annetaan oppilaiden mielenterveyden edistämiselle. (Lukion opetussuunnitelmatoimikunnan mietintö I 1977, XIX, 82—84, 99; Lukion opetussuunnitelmatoimikunnan mietintö II A 1977, IX, XIII; Lukion opetussuunnitelmatoimikunnan mietintö II E 1977, 1205.)

Vuonna 1981 kouluhallituksen antamien uusien kurssimuotoisen lukion määräysten myötä terveystiedosta muodostettiin oma kurssinsa. Aiemmin terveystietoa oli opetettu liikuntaan varattujen tuntien puitteissa. (Korhonen 1998, 40.) Kouluhallituksen vuonna 1981 antamissa yleisissä lukio-opintojen tavoitteissa terveyskasvatuksellisia ulottuvuuksia ovat muun muassa myöhemmän elämän kannalta hyödynnettävien tietojen ja taitojen antaminen sekä ihmisen arvoon ja oikeuksiin perehdyttäminen (Kouluhallitus 1981). Vuoden 1985 lukion opetussuunnitelman perusteiden yleisissä tavoitteissa lukion tehtäväksi nähdään puolestaan muun muassa pyrkimys kasvattaa oppilaita tasapainoisiksi, hyväkuntoisiksi, vastuuntuntoisiksi ja itsenäisiksi ihmisiksi (Kouluhallitus 1985b, 12).

Vuoden 1994 lukion opetussuunnitelman perusteiden yleisissä tavoitteissa tuodaan voimakkaasti esille arvoihin liittyvien asioiden pohtiminen. Oleellista on myös eettisen ja esteettisen herkkyyden kehittyminen sekä kasvaminen vastuuseen niin itsestä kuin lähimmäisistä sekä ympäristöstä. Oman korostuksensa saa myös terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Lisäksi koululla katsotaan olevan merkittävä rooli yksilön psyykkisen ja sosiaalisen kasvun tukijana. (Opetushallitus 1994b, 10—18.)

Tänä päivänä terveystieto on yksi kolmesta lukion liikunnan pakollisesta kurssista. (Opetushallitus 1994b, 107). Uusimmassa lukiolaissa terveystieto mainitaan yh-

deksi lukion oppimäärään sisältyväksi opetettavaksi aineeksi. Lukiokoulutuksen yleisissä tavoitteissa korostetaan muun muassa persoonallisuuden monipuolista kehittämistä erilaisten opetettavien tietojen ja taitojen avulla. (Uusi koululainsäädäntö 1.1.1999, 1999b) Keväällä 1999 tehdyn päätöksen mukaan terveystieto arvioidaan osana liikunnan arvosanaa. Tämä menettelytapa ei ole saanut kovin suurta suosiota (ks. esim. Pakkanen 1999). Useat tahot ovat puuttuneet kyseiseen päätökseen (mm. Opetushallitus 1999a), ja asiaan odotellaankin parannusta.

Pakollisen kurssin lisäksi lukioilla on mahdollisuus järjestää erilaisia terveystietoon liittyviä valinnaiskursseja. Oman lisänsä lukion terveystiedon opetukseen antavat myös oppiainerajoja ylittävät soveltavat kurssit, joita voidaan rakentaa useamman oppiaineen yhteisinä kursseina (esimerkiksi terveystieto + biologia + psykologia) (Korhonen 1998, 40). Lisäksi terveystiedollisia aineksia on mahdollista integroida myös moneen muuhun oppiaineeseen, niin kemiaan, yhteiskuntaoppiin, uskontoon kuin eri kieltenkin opetukseen.

3.1.3 Terveystiedon asema kansainvälisestä näkökulmasta

Monissa maissa terveystiedolla/-kasvatuksella on koulutasolla samankaltainen asema kuin Suomen peruskoulujärjestelmässä. Wuolio (2000) sai terveyden edistämisen asiantuntijoita (mm. Lasse Kannas ja Juho Korhonen) haastatellessaan selville, että Suomessa lukion terveystiedon opetuksen tilannetta voidaan pitää ainutlaatuisena etuoikeutena, sillä tiettävästi missään muussa Euroopan maassa terveystietoa ei opeteta lukiotasolla omana oppiaineenaan.

Ruotsissa on yhdeksänvuotinen peruskoulujärjestelmä, jonka valtakunnallinen yhteneväisyys on turvattu yhteisellä kansallisella opetussuunnitelmalla. Viimeisin valtakunnallinen opetussuunnitelma on vuodelta 1994, jonka jälkeen sitä on joiltakin osin hieman täsmennetty. Siinä on hahmoteltu kansalliset tavoitteet ja sisällölliset suuntaviivat. Lisäksi kouluilla on mahdollisuus täydentää valtakunnallisia ohjeita koulukohtaisesti ottaen huomioon esimerkiksi koulun ja ympäröivän yhteis-

kunnan erityispiirteet sekä tarpeet. Peruskoulun kokonaistuntimäärä on 6 665. Tästä tuntimäärästä on idrott och hälsa -oppiaineelle varattu 500 tuntia. (Skolverket 2000.) Vuoden 1994 opetussuunnitelmassa kyseinen tuntimäärä oli 460 (Gran 1994a, 9). Lisäystä tuntimäärissä on siis tullut jonkin verran viimeisen kuuden vuoden aikana. Ruotsin peruskoulun idrott och hälsa -oppiaineen tavoitteissa mainitaan muun muassa omaan terveyteen vaikuttavien tekijöiden tunnistaminen, ympäristön ja terveyden yhtenevyyden ymmärtäminen, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin kehittäminen, ergonomia-asioihin paneutuminen, positiivisen minäkuvan muodostaminen sekä hätä- ja katastrofitilanteissa toimimisen kehittäminen ensiaputaitoja harjaannuttamalla. (Skolverket 2000.) Lisäksi valtakunnallisessa opetussuunnitelman perusteiden yleisosassa mainitaan terveystiedollisia tavoitteita, esimerkiksi kiusaamisen ehkäiseminen ja arkipäivän taitojen hallinnan opettelu (Gran 1994a, 6, 8).

Ruotsin lukiossa tilanne on hieman toisenlainen. Lukiossa oppilaat voivat suorittaa ammatillisen tutkinnon tai valmentautua korkeakouluopintoihin. Yleiset linjat annetaan valtion taholta (esim. koulutuksen tavoitteet ja suuntaviivat). Koulukohtaisesti suunnitellaan tarkemmat opetussuunnitelmat. Viimeisin valtakunnallinen opetussuunnitelma on vuodelta 1994. Sen jälkeen siihen on tehty joitakin muutoksia. Uusimmat muutokset ovat syyskuulta 2000. Lukiossa on kaikille yhteisiä oppiaineita, joista yksi on idrott och hälsa. Sen tavoitteet ovat samansuuntaisia peruskoulun vastaavan oppiaineen kanssa. Lisäksi lukion valtakunnallisessa opetussuunnitelmassa on joitakin terveyskasvatuksellisia tavoitteita, jotka liittyvät muun muassa seksuaalisuuteen ja yhdessäoloon sekä moraalisiin ja eettisiin asioihin. (Gran 1994b, 5—9; Skolverket 2000.)

Tanskassa terveyskasvatukseen liittyviä asioita integroidaan muun muassa biologiaan, historiaan, liikuntaan ja kotitalouteen (Hansen & Kofoed 1991; World Health Organization 1992, 22). Englannissa ja Walesissa terveystieto/-kasvatus ei ole myöskään itsenäisen oppiaineen asemassa, vaikkakin sillä on ollut siellä oma merkittävä osansa opetussuunnitelmissa jo reilun 20 vuoden ajan. Hieman yli kymme-

nen vuotta sitten Englannissa ja Walesissa alettiin paneutua koulussa toteutettavaan terveystietoon laajemmassa mittakaavassa, ja sen seurauksena laadittiin oma opetussuunnitelmaopas terveystietoon. Tänä päivänä terveystieto on yksi viidestä läpäisyaiheesta (cross curricular theme) Englannissa ja Walesissa. Läpäisyaiheita suositellaan integroitavan perusoppiaineisiin. Terveystietoon oppaassa annetaankin runsaasti vinkkejä terveystietokellisten aiheiden integroinnista pakollisten aineiden opetukseen. Terveystietokellisia asioita suositellaan käsiteltävän muun muassa liikunnan ja monien tiedeaineiden yhteydessä. Skotlannissa terveystieto/-kasvatus on osana niin biologiaa, kotitaloutta kuin liikuntaakin. Yhdysvalloissa terveystiedon/-kasvatuksen asema vaihtelee osavaltioittain; toisissa osavaltioissa siihen panostetaan enemmän kuin toisissa. (Curriculum Guidance 5 – five – Health Education 1990; World Health Organization 1992, 24, 26, 41, 49.)

Useissa valtioissa (esim. Unkarissa ja Uudessa Seelannissa) on viime vuosina keskitytty koulun terveystietoon kehittämiseen. Terveystiedon/-kasvatuksen asema oli vielä muutama vuosi sitten lähes kehittämätön Unkarissa. Englantilaisien avustuksella maassa edistettiin, ja nyttemmin terveystietokellalla pitäisi olla oma asemansa opetussuunnitelmissa; oppilaat (10–14 v.) saavat 40–45 minuuttia terveystiedollista opetusta viikoittain (McWhirter, Wetton & Williams 1996.) Myös Uudessa Seelannissa ymmärrettiin vihdoin koulun olevan yksi keskeisimmistä lasten ja nuorten terveystietoon toteutumispaikeista, ja niin terveystietokellasta tuli osa varsinaista opetussuunnitelmaa. Terveystiedolle/-kasvatukselle ei kuitenkaan annettu erillisen oppiaineen asemaa, vaan siihen liittyvien tietojen ja taitojen opettaminen katsottiin liikunnan opetuksen piiriin. Keskustelua käytiin siitä, miksi terveystietoa/-kasvatusta ei yhdistetty sosiaalisiin oppiaineisiin, joihin sen katsottiin soveltuvan paremmin kuin liikunnan yhteyteen muun muassa samansuuntaisten päämäärien vuoksi. (Scratchley 1999.)

3.2 Terveystiedon tavoitteet ja oppisisällöt

Peruskoulun yläasteen terveystiedon opetuksen tavoitteena on, että oppilas omaksuu terveyttä ylläpitävän ja edistävän käyttäytymisen osaksi jokapäiväistä elämäänsä sekä tiedostaa yhteydet ympäristön ja terveyden sekä oman käyttäytymisen ja terveyden välillä. Lisäksi päämääränä on oppilaan omaan kasvuun ja kehitykseen liittyvien asioiden tiedostaminen. (Korhonen, Kopra, Tuominen & Wahlroos 1999, 29.) Peruskoulun yläasteella terveystiedollisia tavoitteita on havaittavissa muun muassa liikunnan, biologian ja kotitalouden opetussuunnitelmien tavoitteista. Liikunnan oppiainekohtaisista päämääristä kaksi sopii erityisen hyvin terveystietoon. Näiden tavoitteena on, että oppilas

- ❖ *”tuntee terveyteen vaikuttavat tekijät ja omaksuu opiskeluvireyttä ja terveyttä edistäviä arkikäytäntöjä ja elämäntaitoja sekä*
- ❖ *oppii turvalliset liikuntatavat ja uimataidon, osaa toimia hengenpelastus- ja ensiaputilanteissa sekä liikkua turvallisesti maaliikenteessä ja vesillä”. (Opetushallitus 1994a, 107.)*

Ehdotuksia yläasteen terveystiedon kurssin tavoitteista on tehty lukuisia (esim. Peltonen 1994; Korhonen ym. 1999; Terho 2000). Viralliset tavoitteet laatii opetushallitus. Kouluhallituksen julkaisemassa terveystiedon oppaassa terveystiedon yleistavoitteena on ”pyrkii kehittämään yksilössä valmiuksia selviytyä elämänkaaren eri vaiheisiin liittyvistä haasteista ja ongelmista terveyttä vaarantamatta ja sitä tarkoituksenmukaisesti voimavarana käyttäen” (Terveystiedon oppas 1990, 56). Terho (2000) korostaa yläasteen terveystiedon tavoitteissaan terveiden elintapojen juurruttamista nuoreen sekä nuoren oman päätöksenteon ja oman elämän hallinnan edistämistä. Peltosen (1994) mukaan tavoitteena on terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen liittyvien perustietojen, -taitojen ja -valmiuksien oppiminen, arvostaminen ja käyttäminen voimavarana elämän eri vai-

heissa. Korhosen ym. (1999, 29) kirjassa terveystiedon opetuksen pääperiaatteena on, että oppilas

- ❖ "omaksuu tietoja kasvusta ja kehityksestä, oman käyttäytymisen vaikutuksista terveyteen, ympäristön ja terveyden välisistä yhteyksistä sekä
- ❖ on motivoitunut noudattamaan terveyttä ylläpitäviä ja edistäviä tottumuksia jokapäiväisessä elämässään".

Peruskoulun yläasteen terveystiedon opetuksen tavoitteet ja päämäärät ohjannevat oppilasta kriittisyyteen, tietojen ja taitojen itsenäiseen hankintaan sekä tutkiwaan ajatteluun. Näihin asioihin ja koulukohtaisiin tavoitteisiin nojautuen rakentuvat terveystiedon oppisisällöt. Opetuksen tulee tutustuttaa oppilaat Suomen kansanterveyteen ja terveydenhuolto-organisaatioon maailmanlaajuisten terveystieteiden ohella sekä auttaa oppilaita tiedostamaan ne tekijät, jotka vaikuttavat terveyteen yksilön, yhteiskunnan ja ympäristön kannalta. (Korhonen 1998, 35—36.) Peruskoulun yläasteen terveystiedon opetuksen yleisten tavoitteiden lisäksi on olemassa myös erillinen kirjanen peruskoulun liikennekasvatuksesta tavoitteineen ja toteutusehdotuksineen (Kouluhallitus 1987). Lisäksi liikenneturva on antanut omat ehdotuksensa peruskoulun liikennekasvatuksen tavoitteista (Liikenneturva 1994).

Peruskoulun yläasteelle suunniteltuja terveystiedon oppisisältöjä on monia (ks. esim. Terveyskasvatuksen opas 1990; Korhonen ym. 1999; Rimpelä 2000c). Pääpiirteissään eri tahojen suunnittelemat oppisisältöehdotukset ovat samansuuntaisia. Eroja löytyy lähinnä siinä, miten yksityiskohtaisesti oppisisällöt on määritelty, ja tietysti uudemmissa oppisisältöehdotuksissa on otettu huomioon ajankohtaiset aiheet. Korhosen ym. (1999, 30—32) ehdotuksessa keskeisimmiksi oppisisällöiksi peruskoulun yläasteelle suositellaan seuraavia: ihmisen fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen elinkaari, mielenterveys ja elämänhallinta, sukupuolinen kehitys ja seksuaalinen käyttäytyminen, sairauksien ennaltaehkäisy ja tarttuvien tautien leviämisen ehkäisy, tapaturmat ja ensiapu, terveystottumukset, ympäristö

ja terveys sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä. Ehdotukset ovat vain suosituksia, joita voidaan käyttää sellaisenaan tai muokata koulukohtaiset tarpeet huomioiden.

Lukion terveystiedon tavoitteet ja oppisisällöt ovat paljon monipuolisemmat ja yksityiskohtaisemmat kuin peruskoulun yläasteella, johtuen terveystiedon lakisääteisestä asemasta lukiossa. Siirryttäessä 1970-luvulta 1990-luvulle huomataan, miten opetussuunnitelmapolitiikka on muuttunut maassamme. Tämä näkyy erityisesti valtakunnallisten opetussuunnitelmien sivu- ja tietomäärän merkittävänä vähene-
misenä. Ollaan siirrytty tietynlaisesta valtion 'holhousjärjestelmästä' pois, ja sen myötä vastuuta on tullut yhä enemmän kunnille ja kouluille.

Uusimman lukion opetussuunnitelman mukaan terveystiedon opetuksen tavoitteena on, että opiskelija

- ❖ "arvostaa terveyttä ja tuntee elämäntapojen ja terveyden väliset yhteydet nuoruudessa ja elämän myöhemmissä vaiheissa,
- ❖ ymmärtää ihmisen terveyden riippuvuuden fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä ja pyrkii niiden terveyden edistämiseen,
- ❖ omaksuu arkikäytännöt ja elämäntavat, jotka vastaavat opiskelun ja työelämän vaatimuksia ja
- ❖ tuntee maamme terveydenhuoltojärjestelmän sekä osaa käyttää sitä tarkoituksenmukaisesti" (Opetushallitus 1994b, 107).

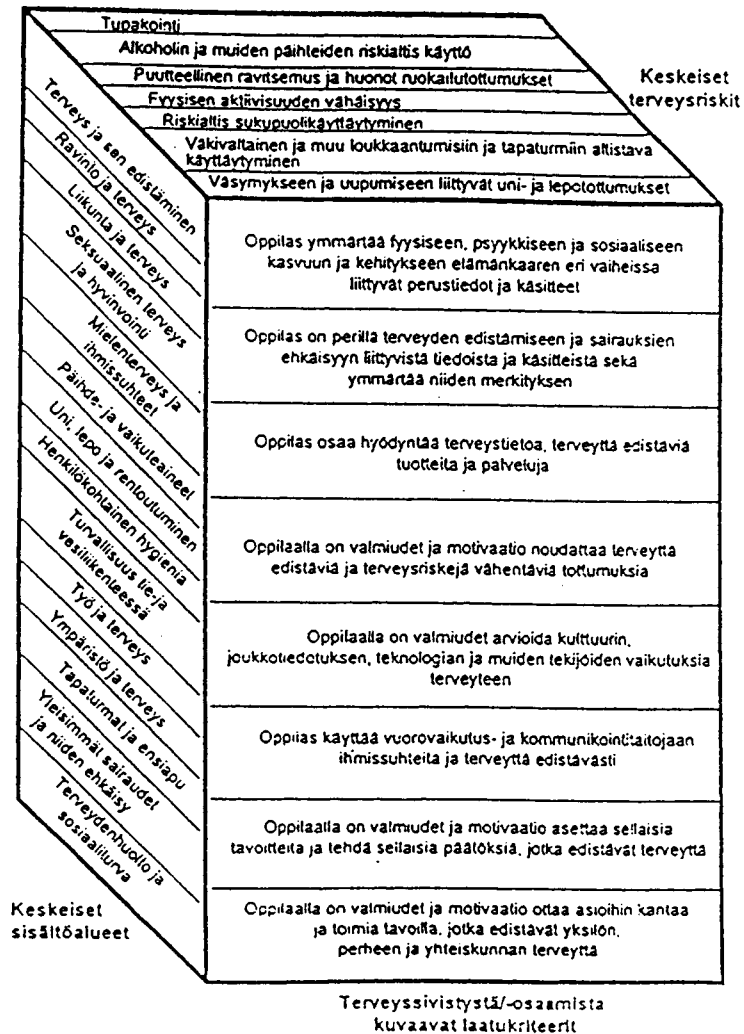
Edelliseen Korhonen ym. (1999, 32) lisäävät, että lukioikäisten olisi tärkeää pystyä muodostamaan kokonaiskuva terveyteen yhteydessä olevista tekijöistä ylläpitääkseen ja edistääkseen elämänlaatuaan sekä terveyttään myös tulevaisuudessa. Kun laaditaan koulukohtaisia terveystiedon tavoitteita ja oppisisältöjä, on huomioitava oppilaiden iän mukainen kehitys. Esimerkiksi lukiossa voitaisiin huomioida oppilaiden mahdollinen suuntautuminen terveydenhuolto- ja sosiaalialalle (Korhonen ym. 1999, 32).

Terveystiedon oppisisällöt voidaan määritellä erilaisista lähtökohdista, esimerkiksi terveystiedon opetuksen laatuksiteereiden pohjalta, terveystiedon opetuksen tavoitteiden pohjalta (Korhonen 2000b). Lukion keskeisiksi oppisisällöiksi Korhonen ym. (1999, 32–39) mainitsevat seuraavat aiheet: terveys ja sen edistäminen, liikunta ja terveys, ravinto ja terveys, seksuaalinen terveys ja hyvinvointi, mielenterveys ja ihmissuhteet, päihde- ja vaikuteaineet, yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy, tapaturmat ja ensiapu, turvallisuus tie- ja vesiliikenteessä, työ ja terveys, ympäristö ja terveys sekä terveydenhuolto ja sosiaaliturva. Oppisisältöjä on monia (ks. esim. Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1993 sekä Korhonen 1999b), mutta kuten Korhonen (2000b) toteaa, erilaisia tavoitteita ja sisältöjä voidaan yhdistellä ja käyttää toisiaan täydentävinä.

Terveystiedon tavoitteita ja oppisisältöjä on mahdollista tarkastella myös *kansainvälisestä näkökulmasta*. Keskeiset tavoitteet ja sisältöalueet vaihtelevat maiden välillä, samoin kuin terveystiedon asema koulujärjestelmässä. Useissa maissa korostuvat kuitenkin samat keskeiset terveystiedolliset aiheet – liikunta, ravitsemus, päihteen ja seksuaalisuus (World Health Organization 1992; McWhirter ym. 1996; Scratchley 1999). Edellisten lisäksi on toki muitakin asioita, joihin terveystiedon/kasvatuksen puitteissa suositellaan paneuduttavan. Esimerkiksi Englannin terveystiedon opetuksen opetussuunnitelmassa (Curriculum Guidance 5 1990) mainitaan muun muassa perhekasvatus, turvallisuus ja ympäristöterveys.

Yhdysvaltalaiset Lohrmann ja Wooley (1998) ovat laatineet erittäin yksityiskohtaisen 'terveystietolaatikon' keskeisistä terveystiedon sisältöalueista ottaen samalla huomioon keskeiset terveystiedon riskit sekä terveystiedon opetuksen tavoitteet, joita he kutsuvat terveystiedon laatuksiteereiksi. Korhonen (1999a) on muokannut Lohrmannin ja Wooleyn laatimaa 'terveystietolaatikkoo' Suomen olosuhteisiin soveltuvaksi lisäämällä yhdeksi keskeiseksi terveystiedon riskiksi vielä väsymykseen ja uupumiseen liittyvät uni- ja lepotottumukset sekä terveystiedon opetuksen tavoitteeksi seuraavan kriteerin: "Oppilas ymmärtää fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen kasvuun ja kehitykseen elämänkaaren eri vaiheissa liittyvät perustiedot ja

käsitteet”. Kuviosta 4 voidaan havaita ‘terveystietolaatikon’ kattavuus ja laaja-alaisuus.



Kuvio 4 Terveystiedon keskeiset sisältöalueet ja terveysriskit sekä terveystietolaatikon sisältö ja laatuksiteerit Lohrmannin ja Wooleyn (1998) sekä Korhosen (1999b) mukaan

Koulujen terveystietolaatikon ja opetussuunnitelmien vaikuttavuudesta on tehty tutkimuksia lähinnä Yhdysvalloissa. Tutkimukset osoittavat positiivisten vaikutusten terveystiedoissa, -asenteissa ja -tottumuksissa asettuvan pysyväksi vasta sitten, kun terveystiedolliseen opetukseen on käytetty aikaa noin 50 tuntia. Jos halutaan saada aikaan merkittäviä muutoksia terveystiedoissa ja -taidoissa, niin muutamalla oppitunnilla niihin ei päästä. Pienet tiedolliset vaikutukset

set alkavat näkyä viiden oppitunnin jälkeen, samoin pienet muutokset tottumuksissa. Mutta jos tunnit ovat spesifisti kohdistettu johonkin tiettyyn aiheeseen, niin suurempia tiedollisia muutoksia voidaan saada aikaan jo noin 20:n oppitunnin jälkeen. Asenteisiin on kaikkein vaikein vaikuttaa. Jotta asenteissa päästäisiin edes pieneen muutokseen, tarvitaan vähintään 40 oppituntia. (Connell, Turner & Mason 1985.) Oppituntimäärien vaikuttavuutta pohditaan myös Yhdysvaltalaisissa terveyskasvatuksen standardeissa. Niiden mukaan muutokset terveystiedoissa, -asenteissa ja -tottumuksissa mahdollistuvat parhaiten 60:n oppitunnin jälkeen. (National Health Education Standards: Achieving Health Literacy 1995, 69.)

3.3 Oppilasarviointi terveystiedon opetuksessa

Peruskoulun opetussuunnitelman perusteissa 1994 ja lukion opetussuunnitelman perusteissa 1994 ei ole erityisiä ohjeita terveyskasvatuksen/-tiedon arviointiin. Joitakin opetushallituksen antamia ohjeita on kirjattu perusopetuksen päättöarvioinnin kriteereihin. Liikunnan kriteereistä voidaan soveltaa terveyskasvatukseen/-tietoon muun muassa seuraavia: vastuuntuntoisuus ja toisten huomioon ottaminen toiminnassa, terveyttä ja turvallisuutta edistävä toiminta, harrastuneisuus sekä keskeisten liikenneturvallisuuteen liittyvien asioiden tiedostaminen. (Opetushallitus 1999b.)

Kun suoritetaan oppilasarviointia terveystieto-oppiaineen puitteissa, otetaan huomioon yleiset oppilasarviointiin tehdyt suositukset. Niitä tarkastellaan seuraavaksi. Koulutusta koskevan päätöksenteon lisääntyessä paikalliselle tasolle, on kouluilla ja kunnilla entistä suurempi vastuu opetuksen ja oppimisen arvioinnissa. Valtakunnallinen vertailu koulujen välillä on hankalaa, koska eri kouluilla ja opettajilla voi olla erilaiset arvioinnin vaatimustasot. (Kanaoja 1999, 3; Virta 1999, 93–94.) Opetushallitus (1999d) julkaisi yhteisissä aineissa oppiainekohtaiset perusopetuksen päättöarvioinnin kriteerit keväällä 1999 arviointikäytäntöjen yhtenäistämiseksi

peruskoulussa. Lukion osalta valtakunnallinen vertailu tapahtuu lähinnä ylioppilas-kirjoitusten puitteissa.

Oppilasarvioinnin tulisi olla oleellinen osa opetus- ja kasvatustyön kokonaisuutta. Arviointi onkin nimetty yhdeksi koulun kehittämisen painopistealueeksi. (Kanaoja 1999, 3.) Sen tehtävänä on toimia lapsen ja nuoren kehityksen seurannan väli-
neenä sekä tukea oppilaan kehitystä itsensä tuntevaksi ja hyväksyväksi ihmiseksi. Arvioinnin tulee olla yksilöllistä, totuudenmukaista ja monipuolista. Oppilasarvioin-
nissa tulee kiinnittää huomiota oppimistulosten ja työskentelyn lisäksi oppimispro-
sessiin. (Opetushallitus 1999c, 7–9.) Valtakunnallisten opetussuunnitelman pe-
rusteiden mukaan oppilailla tulisi olla keskeinen rooli oppimisen arvioinnissa
(Norris, Aspland, MacDonald, Schostak & Zamorski 1996, 24). Itsearviointitaitojen
korostamista painotetaan sekä perusopetuksen että lukion arvioinnissa (Ope-
tushallitus 1999c, 12; Opetushallitus 1999d, 8).

Oppilasarvioinnin otaksutaan nojaavan pääsääntöisesti humanistiseen ihmiskäsi-
tykseen. Tällöin korostetaan positiivista minäkäsitystä, vahvaa itsetuntoa sekä su-
vaitsevaisuutta. Arvioinnin taustalla ovat myös erilaiset oppimis- ja tiedonkäsityk-
set. Tänä päivänä painotetaan konstruktivistista näkemystä, mutta edelleen beha-
vioristisen näkemyksen katsotaan ohjaavan nykypäivän arviointikäytänteitä ja -
käsityksiä suhteellisen paljon. (Lahdes 1991; Räisänen & Frisk 1996.)

Uusikylä ja Atjonen (2000) esittävät tiettyjä kriteerejä siitä, milloin opetuksen arvi-
ointi on järkevää. Heidän mukaan arvioinnin taustalla olevat arvot sekä arvioinnin
tavoitteet on ilmaistava selkeästi. Kaikkien arvioinnin osapuolten on ymmärrettävä
ja hyväksyttävä arvioinnin perusteet sekä pidettävä niitä oikeina ja tasapuolisina.
Lisäksi arviointimenetelmiä tulee tarkistaa ja uudistaa määräajoin. (Uusikylä & At-
jonen 2000, 165.) Kokonaisvaltaisuus on yksi oleellisimmista tekijöistä arvioinnis-
sa, sillä sen katsotaan edistävän oppijan persoonallista kasvua ja tiedollista oppi-
mista sekä tukevan oppijan itsenäistymistä (Leppilampi & Kohonen 1994, 168).

Oppimisen arviointi jaetaan monesti opiskelijaa koskevan arviointitiedon diagnostiiseen (oppimisedellytysten arviointi), formatiiviseen (oppimisprosessin arviointi) ja summatiiviseen (tuotoksen arviointi) arviointiin (Korpinen 1996; Tynjälä 1999, 169). Arviointimenetelmät voivat korostaa oppimisen määrää tai laatua. Arviointi voidaan suorittaa perinteisten koetehtävien (esim. essee- eli kirjoitelmatehtävät, täydennystehtävät, vaihtoehtotehtävät ja monivalintatehtävät) tai hieman uudempien arviointimenetelmien avulla (Åhlberg 1992, 63–72). Näitä ovat muun muassa itsearviointi, prosessiarviointi, ryhmätentti, oppimispäiväkirja, portfolio, näyttökoe ja esitykset (Uusikylä & Atjonen 2000, 175–177). Arvostelupainotteisista menetelmistä (esim. summatiiviset kokeet ja numeroarvostelu) ollaan siirtymässä arviointipainotteisiin, esimerkiksi laadullista ja autenttista arviointia painottaviin menetelmiin (Kanaoja 1999, 6; Virta 1999, 23). Autenttisella arvioinnilla tarkoitetaan elämänläheistä, ongelmanratkaisua ja soveltamista painottavaa arviointia. Arviointimenetelmistä tulevat tällöin kyseeseen laajahkot oppijan omaa tiedonrakentamista tukevat tuotostehtävät, esimerkiksi projektit, näyttelyt ja portfoliot. (Linna-kylä & Kupari 1996; Virta 1999, 56–58.) Usein portfolio käyttö nähdään keskeisenä itsearvioinnin menetelmänä (Opetushallitus 1999c, 12).

Tällä hetkellä lukiossa liikunta ja terveystieto katsotaan yhdeksi oppiaineeksi. Siitä annetaan numeromerkintä todistukseen oppilaan sitä pyytäessä, muutoin annetaan suorituserkintä. (Opetushallitus 1999d, 13.) Lukiossa arviointikulttuuri nähdään traditionalisempaan peruskouluun verrattuna. Syitä tähän on löydettävissä erityisesti ylioppilaskirjoituksista, jotka ovat pitkälti ohjanneet lukioiden arviointikäytäntöjä, esimerkiksi kokeiden samankaltaisuutta ylioppilaskirjoituksiin nähden. (Räisänen & Frisk 1996.) Oppilasarvioinnista puhutaan paljon, mutta on muistettava, että oman oppimisen pohtiminen on tärkeää opettajallekin (Leppilampi & Kohonen 1994, 189).

3.4 Terveystiedolliset kurssit liikunnanopettajien koulutuksessa

3.4.1 Liikunnanopettajien peruskoulutus

Tällä hetkellä liikunnan aineenopettajaksi opiskelevat suorittavat kaikille yhteisissä opinnoissa yhdeksän opintoviikon laajuiset terveystietoon ja terveystieteiden opintoihin liittyvät opinnot. Nämä opinnot ovat seuraavat:

TER.050	Terveystieteen perusteet	2 ov
TER.113	Terveystieteiden perusteet	2 ov
TER.114	Terveystieteiden viestinnän ja didaktiikan perusteet	2 ov
LLT.112	Terveystieteen edistävän liikunnan perusteet	2 ov
LTK.011	Turvallisuus ja ensiapu	1 ov

Ne opiskelijat, jotka suorittavat liikunnasta sivuainekokonaisuuden (44 ov), lukevat opinnoissaan terveystietoon ja terveystieteiden opintoihin liittyviä kursseja kahdeksan opintoviikon verran. Opinnot ovat muutoin samat kuin liikuntapedagogiikan pääaineopiskelijoilla, mutta terveystieteen perusteet -kurssin laajuus on liikunnan sivuaineopiskelijoilla yksi opintoviikko, kun sama kurssi on liikuntapedagogiikan pääaineopiskelijoilla kahden opintoviikon laajuinen. (Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan liikunta- ja terveystieteiden opinto-opas 2000, 21, 24.) Lisäksi liikuntapedagogiikkaa pääaineena opiskelevilla on liikunnan yhteisissä opinnoissa yhdeksän opintoviikkoa sellaisia opintoja (mm. anatomian perusteet sekä biologian perusteet ja ihmisen fysiologia), jotka ovat relevantteja terveystiedon opetusta ajatellen. Liikunnan sivuaineopiskelijoilla näitä opintoja on viiden opintoviikon verran. (Korhonen 1999c.)

Liikunnanopettajiksi opiskelevilla on mahdollisuus suorittaa oman mielenkiintonsa ja innostuksensa mukaan terveystieteiden opintoihin enemmänkin kursseja kuin edellä mainitut, liikunnan yhteisiin opintoihin kuuluvat terveystieteelliset ja -

tiedolliset opinnot. Niiden liikuntapedagogiikan pääaineopiskelijoiden lukumäärä, jotka suorittavat sivuaineena terveystieteiden 15 opintoviikon perusopintokokonaisuuden, on vaihdellut viime vuosina 30:sta 50:een. Muutamit (vuosittain noin 5 henkilöä) liikuntapedagogiikan pääaineopiskelijat ovat jatkaneet terveystieteiden opiskelua suorittamalla myös aineopinnot. (Korhonen 1999c.)

3.4.2 Täydennyskoulutus

Elinikäisen oppimisen periaatteesta puhutaan paljon. Kouluttautuminen nähdään merkittävänä tekijänä ammattitaidon ja itsensä kehittämisen kannalta. Vaikka koulutusta korostetaan tänä päivänä hyvin paljon, niin on se saanut osakseen myös paljon kritiikkiä. Koulutuksella ei ole pystytty löytämään ratkaisuja todellisessa elämässä kohdattaviin yhä vaikeampiin ongelmiin ja haasteisiin. Yleensä täydennyskoulutuksen tarve tajutaan vasta sitten, kun ulkopäin tulevat vaatimukset sitä edellyttävät. Tällä hetkellä täydennyskoulutuksessa edetään murrosvaihetta; peruskoulutuksesta saadut valmiudet eivät riitä kovin pitkälle, sillä työelämä muuttuu nopeasti. Opettajien ammattitaidon parantaminen nähdään tärkeänä, ja siihen pyritään muun muassa täydennyskoulutuksella. Täydennyskoulutusta pidetään yhtenä yhteiskunnallisena mekanismina, jonka tehtävänä on ohjata henkilöstön osaamista ja siten myös yhteiskunnallista muutosta. (Korkeakoski 1999, 14–15, 22.)

Opettajien täydennyskoulutuksesta on tehty joitakin selvityksiä. Erityisesti viime aikoina se on ollut mielenkiinnon kohteena. Laman myötä mahdollisuudet täydennyskoulutukseen niukentuivat. Samanaikaisesti oppilaitosten toimintaan vaikuttivat monet uudistukset (esim. opetussuunnitelmauudistus, integroinnin korostaminen ja kurssimuotoisuuden lisääntyminen), jotka olisivat edellyttäneet täydennyskoulutusta. (Jakku-Sihvonen & Rusanen 1999, 13.)

Laajassa täydennyskoulutusta koskevassa tutkimuksessa opettajat (N=2613) kokivat kaikkein tärkeimmäksi koulutustarvealueeksi aine- ja alakohtaiset tiedot. Oleel-

lisiksi täydennyskoulutustarpeiksi koettiin myös tietotekniikkaan ja tietoliikennevalmiuksiin, oppilasarviointiin sekä oppilaitosten sisäiseen yhteistyöhön liittyvät asiat. (Jakku-Sihvonen & Rusanen 1999, 66.) Liikunnanopettajien terveystiedollisia täydennyskoulutustarpeita on myös tutkittu. Aarron (1988) tutkimuksessa liikunnanopettajat (N=534) kokivat terveystiedollisen täydennyskoulutuksen välttämättömänä. Täydennyskoulutusta toivottiin erityisesti terveystiedon eri sisältöalueista sekä oppikirjan ulkopuolisesta materiaalista. (Aarto 1988, 36–39.) Noposen (1988) tutkimus antaa samansuuntaisia tuloksia. Aarron tutkimuksessa ilmenneiden asioiden lisäksi Noposen tutkimukseen osallistuneet liikunnanopettajat (N=81) kokivat tarvitsevansa lisätietoa myös opetusmenetelmällisistä asioista. (Noponen 1988, 64–65.) Yleensä täydennyskoulutuksessa on huomioitu hyvin ajankohtaiset aiheet ja asiat. Erään tutkimuksen (N=600) mukaan lyhyemmissä koulutusohjelmissä (5 ov tai alle) nähtiin vähemmän puutteita kuin pidemmissä koulutusohjelmissä (6–20 ov). Lisäksi työnantajilta saatiin enemmän tukea lyhyempiin koulutusohjelmiin. Täydennyskoulutus koettiin hyödyllisenä erityisesti oman opetuksen kannalta. (Korkeakoski 1999, 108–109, 114.)

Kaikkiaan aikavälillä 1.6.1996–31.12.1998 opetusalan täydennyskoulutustarjonnasta on laskettavissa 4 135 koulumaailmaan liittyvää kurssia/ohjelmaa. Nämä kurssit jakautuivat sisällöllisesti hyvin laajasti koulua koskeviin asioihin. Taide- ja taitoaineisiin, joihin liikunta ja terveystieto kuuluvat yhdessä musiikin, kuvaamataidon, käsitöiden ja kotitalouden kanssa, liittyviä täydennyskoulutuskursseja/ohjelmia tarjottiin 344 kappaletta. (Hakala, Kiviniemi & Teinilä 1999, 17.) Tarkempaa erittelyä ei ole siitä, kuinka moni edellä mainituista kursseista liittyi terveystietoon/-kasvatukseen. Korhonen (1999c) esittää näkemyksiä siitä, miten terveystiedollista täydennyskoulutusta voitaisiin toteuttaa Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnassa yhteistyössä keskeisten opettaja- ja kansanterveysjärjestöjen kanssa. Tarkempia suunnitelmia ei ole toistaiseksi tehty siitä, mitä, miten, milloin ja missä terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta toteutettaisiin.

4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA KOULUN TERVEYSTIEDON OPETUKSESTA

Koulun terveysopetusta ei ole juuri tutkittu laajassa mittakaavassa, mutta yksittäisiä opinnäytteitä on kyllä tehty. 1970-luvulla Olkinuora (1973) ja Kannas (1976) olivat Suomessa ensimmäisiä, jotka tarkastelivat terveysopetuksen toteutumista laajasti. Näistä Olkinuoran tutkimus kohdistui erityisesti alkoholikasvatukseen. 1980-luku oli terveysopetuksen tutkimisen rintamalla hiljaista aikaa. Muutamia tutkimuksia kuitenkin julkaistiin, muun muassa Shemeikan (1984) ala-asteen terveyskasvatusta (lähinnä kasvatusta tupakoimattomuuteen) käsittelevä tutkimus sekä Korhosen ja Myllymäen (1987a) tutkimus, jossa tarkastelun kohteena oli luki- on terveystiedon opetus. Viimeisten vuosien aikana on taas kiinnostus aiheeseen kasvanut, mikä näkyy opinnäytetöiden ja valtakunnallisten tutkimusten määrässä.

Lukiessa terveysopetuksesta tehtyjä tutkimuksia 1970-luvulta tähän päivään on huomioitava tutkimuksen aikainen konteksti, kuten teknologian kehittyminen terveysopetuksen roolin ohella. Seuraavaksi käsittelemme terveysopetusta opettajan ja oppilaiden näkökulmasta joidenkin tehtyjen tutkimusten valossa. Tarkastelemme rajautuu opetussuunnitelmien puitteissa peruskoulun yläasteella sekä luki- ossa toteutettuun terveysopetukseen. Tarkastelemamme tutkimukset ovat luonteeltaan erilaisia. Esimerkiksi Kannaksen (1976) sekä Vartiaisen ja Tossavaisen (1992) tutkimukset ovat laajahkoja koko maata koskevia kyselytutkimuksia, kun taas Niemisen ja Vikströmin (1997) tutkimus pohjautuu Joensuun yläasteiden liikunnanopettajien haastatteluihin. Turnerin, Öbergin ja Unnerstadin (1999) tutkimus on kyselyyn pohjautuva laadullinen tutkimus. Koskinen-Ollonqvist (1993) on puolestaan käyttänyt sekä kysely- että haastattelumenetelmää tarkastellessaan viiden pääkaupunkiseudun koulun opettajia. Joissakin tutkimuksissa vastaajina ovat ainoastaan liikunnanopettajat, kun taas joissakin useat eri opettajaryhmät.

4.1 Terveysopetus opettajan näkökulmasta

4.1.1 Opettajien asennoituminen ja koetut valmiudet terveystiedon opettamiseen

Tutkiessaan liikunnanopettajia (N=201) terveystiedon opettajina Kannas (1976, 61) havaitsi, että opettajat suhtautuvat terveystiedon opettamiseen myönteisesti. He kokivat voivansa terveystiedon avulla edistää oppilaiden terveellisten elintapojen muotoutumista, mikä lisäsi heidän opetusmotivaatiotaan. Myös muut tutkimukset osoittavat opettajien kokevan terveystiedon opettamista tärkeäksi, esimerkiksi Vartiainen ja Tossavainen (1992, 12) tupakkaterveystiedon opettamisesta koskevassa tutkimuksessa (N=502) 97 % kyselyyn vastanneista yläasteen opettajista piti terveystiedon opettamista vähintään tärkeänä. Opettajat ovat myös ilmaisseet huolensa terveystiedon heikosta asemasta peruskoulussa, ja he ovatkin sitä mieltä, että sen asema ei saisi enää heikentyä (Nieminen & Vikström 1997, 44; Väisänen & Tyrväinen 1999, 13).

Vaikka opettajat kokevat terveystiedon opettamista tärkeäksi, niin he kritisoivat kuitenkin opettajankoulutuksen antamia valmiuksia sen toteuttamiseksi. Esimerkiksi Vartiainen ja Tossavainen (1992, 39) toteuttamasta kyselystä ilmeni, että 29 % kyselyyn vastanneista opettajista koki opettajankoulutuksessa saadut valmiudet toteuttaa tupakkaterveystiedon opettamista täysin riittämättömiksi ja 27 % melko riittämättömiksi. Kannas (1976, 61–63) sai samansuuntaisia tuloksia omassa tutkimuksessaan. 1980-luvulla liikunnanopettajien terveystiedon opettamista kuvattiin 'liukkailla jäällä liikkumiseksi'; oltiin epävarmoja siitä, miten tulisi edetä ja mitä tulisi tehdä. Syinä tähän nähtiin lähinnä selkeiden suunnitelmien puute kouluhallituksen tasolla sekä asioista tiedottamisen vähyys. (Virkkunen 1987.)

4.1.2 Terveysopetuksessa käytetyt opetusmuodot, työtavat ja oppimateriaalit

Opetus on monitahoinen ilmiö, johon kuuluvat tavoitteet edellyttävät aina erilaisien opetusmenetelmien, -välineiden ja oppimateriaalien käyttöä (Uusikylä & Atjonen 2000, 21). Erilaisia opetusmuotoja ja työtapoja on runsaasti vaihdellen vastaanottavasta oppimisesta (esim. esittävä opetus) omatoimiseen oppimiseen (esim. yksilöllinen työskentely). Kaikilla erilaisilla opetusmuodoilla ja työtavoilla on omat merkityksensä ja tarpeellisuutensa, mutta tänä päivänä oppilaskeskeisiä menetelmiä korostetaan enemmän opettajajohtoisten sijaan. (Nöjd 1991; Lahdes 1997, 151–174.) Käytäntö osoittaa kuitenkin päinvastaista: aina 2000-luvun alkuun asti opetus on ollut pitkälti opettajakeskeistä, sillä opettaja on ollut lähes 70 % luokkaopetukseen käytetystä ajasta äänessä. Vaikka opettajajohtoista menetelmää pidetään 'tylsistytävänä', niin hyvän opettajan luento voi olla myös avartavaa, oivaltavaa, innostavaa ja kiinnostavaa. (Uusikylä & Atjonen 2000, 8–9.)

Opetusvälineiden ja oppimateriaalien valinnan perustana pitäisi olla ensisijaisesti käsitys siitä, että niiden avulla voidaan toteuttaa opetukselle ja oppimiselle asetetut tavoitteet mahdollisimman hyvin. Opetusvälineiden ja oppimateriaalien käytössä on myös huomioitava se, että ne antavat mahdollisuuden erilaisten opetuksellisten periaatteiden (esim. kokonaisopetus tai integraatio) toteuttamiseen (Nöjd 1991.)

Terveysopetuksessa on mahdollisuus käyttää monenlaisia opetusmuotoja (ks. esim. Korhonen ym. 1999, 39, 41). Niiden valintaan vaikuttavat pitkälti opettajan käsitykset oppimisesta ja opetuksen etenemisestä. Oppilaan kannalta tuloksellinen terveystieteiden opetus edellyttää menettelyjä, jotka kehittävät oppilaan terveyteen liittyviä päätöksentekotaitoja sekä taitoja omien arvojen selkeyttämiseen (Terveystieteiden opetus 1990, 87; Dunn & Brown 1997). Päätöksenteko- ja vuorovaikutustaidot sekä muut terveystieteiden opetukseen liittyvät taidot omaksutaan oman toiminnan kautta. Näin ollen terveystieteiden opetuksen pitäisi olla muutakin kuin autoritaarista tiedon jakamista. "Tärkeää on myös pyrkimys oppilaan itsetunnon järjestelmälli-

seen vahvistamiseen. — — Selviytymiskokemuksia ja subjektiivista hyvinvointia lisäämällä voidaan tehostaa tiedollisen aineksen hyväksikäyttöä.” (Terveyskasvatuksen opas 1990, 87).

WHO:n mukaan terveystietämisen taitoja harjoiteltaessa suositeltavia menetelmiä ovat muun muassa roolipelit ja avoimet keskustelut sekä harjoitukset, joissa kehitetään sosiaalisia taitoja vastata vertaisryhmien paineeseen ja vaikutukseen (World Health Organization 1997, 54). Jääskeläinen (1987) painottaa jokaista terveystiedon tuntia kokemuksena, jonka tarkoituksena on koskettaa lasten ja nuorten elämismailmaa, laittaa ajattelemaan asioita sekä ohjata uusiin ulottuvuuksiin. Itse koetut, eletyt, nähdyt ja keksityt asiat tuottavat parhaimmat oppimistulokset. Suositeltavia ja hyväksi havaittuja menetelmiä terveystietämisen opetuksessa ovat muun muassa keskustelut, väittelyt, ongelmanratkaisuharjoitukset, tutustumiskäynnit, haastattelut ja draamaharjoitukset. (Jääskeläinen 1987.) Vaikka oppilaskeskeiset opetusmenetelmät ovat oppilaan oppimisen kannalta suositeltavia, niin käytännössä opettajajohtoiset menetelmät ovat kuitenkin käytetyimpiä oppilaskeskeisten työtapojen jäädessä vähemmälle huomiolle (Kannas 1976, 65; Kannas 1983, 154—155; Korhonen & Myllymäki 1987a, 48—50; Vartiainen & Tossavainen 1992, 24; Kontula 1997, 47; Nieminen & Vikström 1997, 51, 68; Väisänen & Tyrväinen 1999, 18; Aaltola 2000, 50). Opettajajohtoisia työskentelytapoja ovat niin sanotut perinteiset luokkaopetusmenetelmät, kuten kyselevä opetus, esittävä opetus ja opetuskeskustelu. Vaikka opettajat tuntevat eri opetusmuodot ja tiedostavat eri opetusmenetelmien käytön tärkeyden, niin niiden yhdistäminen opetukseen ei kuitenkaan käytännössä toteudu (Korhonen & Myllymäki 1986a).

Niemisen ja Vikströmin (1997) tutkimuksesta ilmenee, että opettajien (N=6) työtapojen valintaan vaikuttaa myös käytettävissä oleva aika. Tutkimuksessa haastatellut opettajat käyttivät suhteellisen perinteisiä opetusmuotoja, mutta osa opettajista kuitenkin ilmaisi halunsa käyttää enemmän tehokkaaksi kokemiaan työtapoja (esim. ryhmätyöskentely). Se ei kuitenkaan ollut mahdollista ajan vähyyden vuoksi. (Nieminen & Vikström 1997, 49.) Koskinen-Ollonqvist (1993, 55) havaitsi kaksi-

vuotisessa alkoholiopetuksen kehittämiskokeilussaan (N=86), että koulun säännöt, perinteet ja sisäiset rakenteet vaikuttavat siihen, että opetusmenetelmiä on vaikea uudistaa, vaikka uudistaminen koetaankin tarpeelliseksi.

Opetusmenetelmien valintaan voi vaikuttaa opetuksessa käytettävät oppimateriaalit ja -välineet sekä niiden saatavuus (Norris ym. 1996, 64; Lahdes 1997, 234). Oppimateriaalilla tarkoitetaan oppiainesta sisältävää tietolähdettä (esim. kirja). Oppiväline on puolestaan esine tai laite, jonka avulla oppimateriaalia käytetään (esim. piirtoheitin). (Lahdes 1997, 234.) Opetustapahtuman näkökulmasta katsottaessa oppimateriaalin tulisi olla aktivoivaa ja motivoivaa. On kuitenkin huomattava, että opettajalla on suuri vaikutus siihen, millaiseen rooliin oppimateriaali asettuu opetustapahtumassa. Innostunut, luova ja laaja-alaisen käsityksen oppimateriaalista omaava opettaja saa aikaan monipuolisia ulottuvuuksia oppimateriaalista. Jos opettaja nojaa lähes kirjaimellisesti oppimateriaalin laatijan antamaan ideaan, voivat oppimiskokemukset köyhtyä. (Uusikylä & Atjonen 2000, 144–145.) Se, miten opettaja käyttää oppimateriaalia, vaikuttaa siis merkittävästi oppimiskokemuksiin.

Oppimateriaalia on monenlaista ja laadultaan vaihtelevaa, joten siihen tulee tarkoin tutustua etukäteen huomioiden niin oppilaiden ikä kuin tietotaitotasokin. Opetustyön tehoon ja sen toteuttamismotivaatioon vaikuttaa käytettävissä olevan oppimateriaalin laatu ja määrä (Kannas 1976, 66). Korhonen ja Harju-Kivinen (1998) korostavat aktiivisen tiedon etsimisen ja uutisten seuraamisen olevan erityisen tärkeää terveyskasvatuksen alalla, koska sen oppisisällöt liittyvät moneen tieteenalaan ja lisäksi terveystiedollisen tiedon määrä lisääntyy nopeasti. Terveystiedon opetukseen kaivataan lisää monipuolista oppimateriaalia, sillä esimerkiksi opetuksessa hyödynnettäviä tietokoneohjelmia on vain muutama (Korhonen & Harju-Kivinen 1998).

Kannaksen (1976, 64) tutkimuksessa puolet opettajista valmisteli terveysopetuksensa huolellisesti käyttäen hyväkseen runsaasti oppikirjan ulkopuolista materiaa-

lia. Nuorten ja koulujen terveystiedon kehittämissuunnitelmassa (Väisänen & Tyrväinen 1999, 19) havaittiin käytetyimmiksi oppimateriaaleiksi kalvosarjat ja videot, jotka liitutaulun ohella olivat käytetyimmät oppimateriaalit myös tupakkaterveystiedon opetuksessa (Vartiainen & Tossavainen 1992, 23). Korhosen ja Myllymäen (1987a, 53–56) lukion terveystiedon opetusta käsittelevässä tutkimuksessa (N=534) piirtoheitinkalvojen ja liitutaulun ohella käytettyjä oppimateriaaleja olivat myös erilaiset lehdet ja kirjat. Liitutaulu ja lehtiset olivat käytetyimpiä opetusvälineistä ja oppimateriaaleista myös Kannaksen (1983, 156–157) tupakointia koskevassa terveystiedon tutkimuksessa (N=799). Korhosen ja Myllymäen (1987b) tutkimustulosten mukaan naiset käyttivät sekä terveystiedon tunneilla että tuntien valmistelussa erilaisia oppimateriaaleja ja -välineitä sekä eri tietolähteitä yleisimmin ja useammin kuin miehet.

Tutkiessaan ravitsemusopetuksen toteutumista peruskoulun ala-asteella (N=87) Aaltola (2000) havaitsi opettajien suosivan oppimateriaaleista eniten lehtiä sekä lehtiartikkeleita (n. 25 % vastanneista). Aaltolan tutkimustulos eroaa aiemmista tutkimuksista (esim. Kannas 1973; Väisänen & Tyrväinen 1999). Aaltolan tutkimuskyselyyn vastanneista opettajista vain joka kymmenes käytti opetuksessaan jonkin verran tai runsaasti piirtoheitinkalvoja. Valtaosa opettajista (n. 70 %) koki, ettei opetusmateriaalia ole käytettävissä riittävästi, ja että sitä on vaikeasti saatavilla. Aaltolan (2000, 63) mukaan ravitsemusmateriaalitalanne on heikohko, sillä peruskoulun ala-asteen opettajat katsoivat opetusmateriaalin olevan vanhanai-kaista sekä oppilaita kiinnostamatonta. Opettajat kaipasivatkin enemmän ajan-kohtaista ja kohderyhmälle soveltuvaa opetusmateriaalia.

4.1.3 Opettajien painotusalueet terveystiedon opetuksessa

Sitä, mitä sisältöjä opettajat painottavat terveystiedon opetuksessaan, on tutkittu suhteellisen vähän. Tarkasteltaessa painotusalueita ei riitä, että tutkitaan vain kirjoitettuja opetussuunnitelmia, sillä todellisuus oppitunneilla opetettavista terveystiedon sisällöistä voi olla aivan erilainen. Saattaa jopa olla niin, etteivät opetta-

jat ole tietoisia siitä, mitä ja mihin oppiaineisiin terveystiedon sisältöjä on integroitu. Tämä käy ilmi esimerkiksi Niemisen ja Vikströmin tutkimuksesta (1997, 47), jossa mainitaan, että saman koulun "miesopettaja perusteli painotusalueitaan sillä, että niitä ei käsitellä muissa aineissa, ja naisopettaja kertoi jättävänsä ne pois juuri siitä syystä, että oppilaille oli näistä alueista jo aiempaa tietoa". Samansuuntaisen havainnon tekivät myös sekä Koskinen-Ollonqvist (1993, 44) että Tyrväinen (1997, 53).

Liikunnanopettajien terveystiedon painotusalueita tutkiessaan Nieminen ja Vikström (1997) havaitsivat niiden muodostuneen omien kokemusten kautta. Opettajat korostivat opetuksessaan oppilaille tärkeiksi katsomiaan asioita. Heidän painotusalueita olivat terveyteen välittömästi liittyvät asiat (esim. sairauksien hoito ja ennaltaehkäisy) sekä asiat, jotka olivat oleellisia terveellisen elämän kannalta. Lisäksi tupakka ja päihde- ja alkoholi-temaa pidettiin erittäin tärkeänä. Eri aihepiireistä koulu- ja työterveys, ympäristö ja terveys, terveydenhuoltopalvelujen käyttö sekä mielenterveyteen liittyvät asiat sitä vastoin jäivät vähemmälle huomiolle opetuksessa. (Nieminen & Vikström 1997, 47–48.) Korhonen ja Myllymäki (1986b; 1987a) havaitsivat omassa tutkimuksessaan lukion terveystiedon opetuksen painotusalueita olevan aihepiirit, jotka liittyivät kansanterveystyöhön, liikuntaan ja terveyteen sekä päihde- ja vaivatauteihin. Opetuksessa vähiten aikaa jäi työterveyshuoltoon sekä ympäristöterveydenhuoltoon liittyvien asioiden käsittelyyn. Korhonen ja Myllymäen tutkimuksesta on havaittavissa sukupuolikohtaisia eroja terveystiedon eri sisältöalueiden painotuksissa; naiset käyttivät eniten aikaa mielenterveyttä ja kansanterveyttä käsitteleviin aiheisiin. Miehet taas painottivat opetuksessaan enemmän ravintoon, ympäristöön sekä päihde- ja vaivatauteihin liittyviä asioita kuin naiset. (Korhonen ja Myllymäki 1986b; 1987a, 35–38.)

Päihde- ja vaivataudit sekä erilaisia sairauksia käsittelevät asiat olivat merkityksellisiä aihealueita sekä ruotsalaisten että englantilaisten biologian opetusharjoittelijoiden (N=12) mielestä (kvalitatiivinen tutkimus). Muita suosittuja aiheita terve-

ysopetuksessa olivat muun muassa seksuaalikasvatus sekä liikunta ja ravitseminen. (Turner, Öberg ja Unnerstad 1999).

Varsinaisten aihealueiden painotusten lisäksi on selvitetty myös sitä, mihin opettajat haluavat opetuksellaan vaikuttaa. Kannaksen (1976) tutkimustuloksista ilmenee, että liikunnanopettajat pyrkivät terveystiedonopetuksellaan ensisijaisesti vaikuttamaan lähinnä oppilaiden asenteisiin (58 %). Seuraavaksi he pyrkivät lisäämään oppilaiden tietopääomaa (38 %), kun taas ilmiä käyttäytymiseen vaikuttaminen oli vähäisempää (8 %). (Kannas 1976, 64.) Kontulan (1997) yläasteen sukupuolikasvatustutkimuksesta puolestaan ilmenee, että ”opettajat haluavat välttää moraalista puuttumista nuorten omiin valintoihin”. Sen sijaan opettajat (N=421) korostivat sukupuolikasvatuksen arvotavoitteissaan vastuuseen kasvattamista sekä oikeiden asiatietojen välittämistä. (Kontula 1997, 26–27.) Alkoholiopetusta tutkiessaan (N=76) Valli (1995, 118) havaitsi, että opetus painottuu pitkälti sekä terveyteen liittyvien että yhteiskunnallisten haittojen ja vaarojen korostamiseen.

4.2 Terveysopetus oppilaan näkökulmasta

4.2.1 Oppilaiden suhtautuminen terveystietoon

Yli puolet (66 %) kyselyyn vastanneista oppilaista (N=279) koki terveystietouden tunnit vähintään tärkeiksi, kun Ahlvik ja Murto (1994) tutkivat sekä peruskoulun yläasteen että lukion oppilaiden terveyteen liittyviä kiinnostuksen kohteita. Tyttöillä suhtautuminen terveystietoon oli hiukan positiivisempaa kuin pojilla. Oppilaat sijoittivat terveystietouden keskipäiväille vertaillessaan eri oppiaineiden tärkeyttä jokapäiväisen elämän kannalta. (Ahlvik & Murto 1994, 65–66.) Oppilaiden (N=96) positiivinen suhtautuminen terveystietoon ilmenee myös Heinosen ja Heinosen tutkimuksessa (1996, 41). Vaikka terveystietouden koettiin oppilaiden kohdalla pääosin myönteiseksi, niin joidenkin oppiainekokien osalta (esim. päihde- ja vaikutusaineet sekä seksuaalikasvatus) toivottiin, että

opetus aloitettaisiin mieluiten jo peruskoulun ala-asteella (Kannas & Heinonen 1993; Valli 1995, 118).

Kartoittaessaan peruskoulun yhdeksäsluokkalaisten (N=133) kokemuksia ja käsityksiä toteutetuista terveystieteiden oppitunneista Björklund (1995) havaitsi, että terveystieteen oppitunneissa käsiteltävien asioiden opiskelu oli koettu tarpeelliseksi, mutta merkitykseltään oppiaineena terveystieto oli tyydyttävä, kuten edellä mainitussa Ahlvin ja Murtojärven (1994) tutkimuksessa. Oppilaat katsoivat kuitenkin koulun olevan tärkeä terveystieteen informaatiolähde (tyttöillä kolmanneksi ja pojilla toiseksi tärkein) vanhempien ollessa molemmilla sukupuolilla avainasemassa. Oppilaat olivat myös sitä mieltä, että terveystieteen tulisi pääasiassa opettaa omaa aineenaan. (Björklund 1995, 69, 74.) Koulun merkittävää roolia terveystieteen asioiden 'tietolähteenä' nuorelle puoltaa myös Ormen ja Starkeyn (1999) tutkimus (N=575).

Itä-Suomen Nuorisoprojektiin liittyvässä vuoden 1995 kartoituksessa pohjoiskarjalaiset nuoret (N=1230) totesivat terveyteen liittyviä asioita opettavan koulussa sopivasti. Vajaa neljännes oppilaista kuitenkin totesi opetusta olevan liian vähän. (Vartiainen, Forsman, Tossavainen, Paavola & Puska 1996, 107.) Samansuuntaisia tuloksia ilmenee myös Kouluterveys 1998 -kyselystä (Rimpelä, Jokela & Luopa 1999).

Nieminen ja Vikström (1997) havaitsivat omassa tutkimuksessaan, että oppilaiden (N=141) suhtautuminen terveystieteen oppitunneihin vaihteli huomattavasti. Osa oppilaista piti terveystieteen oppituntien tunteja monipuolisina ja mielenkiintoisina, kun taas osa mainitsi oppitunnit tylsiksi ja kaavamaisiksi. Monet oppilaat kokivat terveystieteen oppituntien pitkästä terveyshaittojen valistamisena. Tästä esimerkkinä erään oppilaan mielipide terveystieteen oppitunneista: " — — mielestäni se oli kuivan puun jauhamista ja opettaja yritti vain saada jokaiselle huonon omantunnon — — ". Suurin osa oppilaista (n. 75 %) koki kuitenkin terveystieteen oppituntien tärkeiksi. Tärkeyttä perusteltiin muun muassa sillä, että terveystieteen oppitunneihin liittyvistä asioista on vai-

kea saada tietoa muualta. Ne, jotka totesivat terveystietotunneiden tarpeettomaksi, totesivat, että tietoa terveysasioista tulee muutenkin. (Nieminen & Vikström 1997, 52, 56—59.) Myös Karekiven terveystietotunneiden väitöskirja ylivieskalaisten nuorten (N=498) päihteidenkäytöstä sekä tupakoinnista ja sen muuttumisesta elinkaaren aikana antaa viitteitä siitä, että nuoret saavat terveyttä koskevaa tietoa monista eri lähteistä. Yläasteella olevat saavat eniten tietoa terveydestä joukkoviestimien välityksellä sekä raittiussihteeriltä. Seuraavaksi tärkeimmät tietolähteet ovat liikunta- ja terveystietotunnit sekä viimeisenä kaverit. (Karekivi 1999, 94—95.)

4.2.2 Oppilaiden mielipiteitä terveystietotunneissa käytetyistä opetusmuodoista ja oppimateriaaleista

Tutkimukset osoittavat opetuksen olevan aikalailla opettajajohtoista, kuten edellä on mainittu. Tutkiessaan kysely- ja haastattelumenetelmin (N=227) 7—9-luokkalaisilta käsityksiä seksuaalikasvatuksesta sekä heidän toiveitaan opetuksen sisällöstä ja opetusmenetelmistä Nykänen ja Sironen (1995) havaitsivat, että oppilaat kaipaavat terveystietotunneeseen enemmän rehellistä ja syvällistä keskustelua eri sukupuolten välillä. Samaisessa tutkimuksessa etenkin tytöt kokivat ilmapiirin tunneilla olevan jännittyneenä. (Nykänen & Sironen 1995, 51—52.)

Nykäsen ja Sironen (1995, 50—55) tutkimuksessa ilmenee myös, että ”video on hyvä väline, koska monista asioista ei uskalleta puhua”. Sen laadinnassa tulisi ottaa nuorten mielipiteitä ja tarpeita enemmän huomioon, ja videon tulisi perustua uusimpaan tietoon. Opetusvideon sisällöksi oppilaat halusivat tosielämään pohjautuvan näytelmän tai samanikäisten nuorten haastatteluja, kun taas opettajat suosivat asiantuntijoiden sekä vanhempien oppilaiden haastatteluja (Nykänen & Sironen 1995, 42). Filmien suosio oppimateriaalina tuli esille myös Kannaksen (1983, 137—140) tutkimuksesta, jossa oli mukana sekä ala- että yläasteikäisiä nuoria (N=1664).

Nuorten tarpeiden huomioimista suunniteltaessa terveystietoa tuo esiin myös Karekivi (1999). Hänen mielestään on tärkeää kartoittaa ja tiedostaa ne tavat, joiden kautta nuoret haluavat tietoa sekä oppia; vain siten voidaan oppilaiden tarpeet ja toiveet huomioida. Karekiven tupakointia ja päihteitä koskevasta tutkimuksesta ilmenee, että oppilaat haluaisivat tietää enemmän päihdeaineiden terveydellisistä vaaroista, toiseksi keskustella asioista ja kolmanneksi harjoitella taitoja hallita sosiaalisia paineita, eli miten selvitä tilanteista, joissa 'tyrkytetään' päihdeaineita, mutta niitä ei haluta ottaa. Taitojen harjoittaminen on tärkeää, sillä pelkkä tieto ei ole tie raittiuteen tai tupakoimattomuuteen. (Karekivi 1999, 94—96.)

Opetusmateriaaleista ja -menetelmistä Björklundin (1995) tutkimuksessa saivat eniten kannatusta vihkotyöskentely, ulkopuolisten asiantuntijoiden ja luennoitsijoiden käyttö, uudet opetusvideot ja filmit sekä mukaansa saatavat oppimateriaalit. Eniten kaivattiin kuitenkin rennossa ilmapiirissä tapahtuvia keskusteluja pienryhmissä ja koko luokan välillä. 'Saarnaavan' opetuksen sijaan toivottiin lisäksi havainnollisempaa opettamista, tekemällä oppimista ja vierailukäyntejä. Yleisesti ottaen oppilaat esittivät kokemastaan terveystietokasvatuksen sisältöjen opettamisesta enemmän huonoja puolia kuin hyviä. Terveystietokasvatusta tulisi heidän mielestään arvioida tuntityöskentelyn perusteella. (Björklund 1995, 67, 73, 81—82.)

Niemisen ja Vikströmin (1997) tutkimuksessa oppilaat kritisoivat käytettyjä opetusmuotoja liian kaavamaisiksi. Oppilaat toivoivat enemmän oppilaskeskeisiä työtapoja. Osa oppilaista toivoi myös ulkopuolisten asiantuntijoiden vierailuja, kuten seuraavasta erään oppilaan mielipiteestä ilmenee: "Seksistäkin olisi saanut hauskan tunnin, jos olisi keskusteltu, eikä vain kirjoitettu käsi paskana. Tunneilla voisi vieraila asiantuntijoita ja erilaisia vierailijoita ja tehdä tunneista mielenkiintoisempia — — ". (Niemi & Vikström 1997, 51, 59.)

Oppilaat toivoivat asiantuntijoiden vierailuita myös Vallin (1995, 116) tutkimuksessa (N=1315). Kontulan (1997) tutkimuksesta puolestaan ilmenee, että opettajat olivat myönteisiä asiantuntijoiden vierailuihin. He totesivat oppilaiden kuun-

televan paremmin ulkopuolisia vierailijoita, joiden avulla viestitiin menevän tehokkaammin perille. Ormen ja Starkeyn (1999) tutkimuksen perusteella oppilaat katsoivat vähemmän mielenkiintoisiksi terveystiedon tunneiksi sellaiset, joissa opettaja oli liian paljon äänessä, oppimateriaalit tai opetusmenetelmät olivat vanhahkavia ('liitutaulu ja puhe' -menetelmä ei toiminut), opettaja ei hallinnut opettamaansa asiaa tai opettajan opetusote oli liian holhoava. Tietokilpailut, roolileikit, keskustelu, erilaiset interaktiiviset opetusmenetelmät, opetuksen sitominen todelliseen elämään sekä edellisten tutkimusten tapaan asiantuntijavierailut olivat oppilaiden suosiossa koulun huumeopetuksessa (Orme & Starkey 1999).

4.2.3 Oppilaiden mielipiteitä terveysopetuksessa käsitellyistä aiheista

Oppilaiden terveyteen liittyviä kiinnostuksenkohteita tutkiessaan Ahlvik ja Murtomäki (1994) havaitsivat oppilaiden olevan kiinnostuneita sisältöalueista liikenne ja ensiapu, päihde- ja vaikuteaineet sekä sukupuolinen kehitys ja käyttäytyminen. Vähiten kiinnostuneita oppilaat olivat ympäristöön ja terveyteen, kansanterveystyöhön sekä työhön ja terveyteen liittyvistä asioista. (Ahlvik & Murtomäki 1994, 50.)

Oppilaat toivoivat enemmän opetusta ensiavusta sekä sairauksien ehkäisystä Björklundin (1995) tekemän tutkimuksen perusteella, kun taas päihde- ja vaikuteaineita fyysisen kunnon ohella oli opetettu oppilaiden mielestä riittävästi. Tunneilla käsiteltävien asioiden tulisi olla ajankohtaisia. Oppilaat ehdottivat, että heitä tulisi ottaa sisältöjen rakentamiseen mukaan, jotta opetus vastaisi juuri heidän tarpeitaan ja olisi toteutukseltaan motivoivaa. Valinnaiskurssien sisällöiksi he toivoivat pääasiallisesti (80 %) opetusta päihde- ja vaikuteaineista (vaikka olivat kokeneet sitä opetettaneen jo sopivasti), ensiavusta sekä seksuaalisuudesta. Verrattaessa opetussuunnitelmaa ja koettua opetusta havaittiin erilaisuuksia: "oppilaiden kokema eli eletty opetussuunnitelma oli erilainen kuin kirjoitettu opetussuunnitelma." (Björklund 1995, 56, 73, 79.)

Heinonen ja Heinonen (1996) ovat myös tutkineet yläasteen oppilaiden terveyteen liittyviä kiinnostuksen kohteita. Heidän tutkimuksen mukaan oppilaita kiinnostivat päihde- ja vaikuteaineiden lisäksi kuoleman kohtaamiseen liittyvät asiat. Sitä vastoin ensiapu ja sairaan hoitaminen sekä mielenterveyteen liittyvät asiat eivät juuriakaan kiinnostaneet oppilaita. (Heinonen & Heinonen 1996, 34.)

Nieminen ja Vikström (1997) tutkivat yläasteella tapahtuvaa terveystasvatusta sekä opettajien että yhdeksäsluokkalaisten oppilaiden (N=141) näkökulmasta. Heidän tutkimuksen mukaan kiinnostaviksi sisältöalueiksi nousivat seksuaalikasvatus sekä edellisten tapaan päihde- ja vaikuteaineet. Toisaalta monissa vastauksissa oli tullut esille se, että kyseisiä asioita painotetaan liikaa opetuksessa. Oppilaat halusivat opetuksen sisältävän enemmän käytännönläheisiä asioita, esimerkiksi ensiaputaitojen tai kondomin käytön opettamista, sekä tietoa terveellisestä ruokavaliosta. (Nieminen & Vikström 1997, 56.) Samansuuntaisia tuloksia sai myös Markkanen (1998, 62—63) tutkimuksessaan ”Terveystasvatus osana liikuntakasvatusta peruskoulun yläasteella” (N=86).

Turner ym. (1999) ovat tutkineet biologian opetukseen liittyvää terveystasvatusta biologian opetusharjoittelua suorittavien opiskelijoiden keskuudessa sekä Lontoossa että Tukholmassa. Heidän tutkimuksensa kuuluu WHO:n Euroopan terveyttä edistävästä koulut -projektiin. Opetusharjoittelijat olivat haastattelujen kautta ottaneet selville, mitä terveystasvatukseen liittyviä asioita oppilaat (11—14-vuotiaat) halusivat käsiteltävän oppitunneilla. Tulosten mukaan oppilaat ovat kiinnostuneita huumeisiin, kiusaamiseen sekä erilaisiin sairauksiin (mm. sydänsairaudet, syövät ja periytyvät sairaudet) ja sairauksien ehkäisyyn liittyvistä asioista. Lisäksi oppilaat toivoivat oleellisia ja käytännöllisiä neuvoja terveyteen liittyvistä asioista pikkutarkkojen yksityiskohtien painottamisen sijaan. (Turner ym. 1999.)

Eri tutkimuksissa oppilaiden mielenkiinnon kohteet terveyteen liittyvissä asioissa vaihtelevat. Osaltaan tähän vaikuttaa oppilaiden erilaiset mielipiteet ja käsitykset asioista, mutta oma osuutensa on myös tutkimuksilla, lähinnä sillä, miten oppilailta

on kysytty mielipiteitä terveystiedon sisältöalueista, esimerkiksi miten tutkija on terveystiedon sisältöalueet jakanut ja esittänyt. Edellisistä tutkimuksista Heinonen ja Heinonen (1996), Nieminen ja Vikström (1997) sekä Markkanen (1998) ovat analysoineet tuloksensa oppilaiden kirjoittamista aineista. Ahlvin ja Murto-Mäen (1994), Björklundin (1995) sekä Ormen ja Starkeyn (1999) tulokset perustuvat puolestaan oppilaille järjestettyyn kyselyyn. Turner, Öberg ja Unnerstad (1999) ovat käyttäneet tutkimuksessaan haastattelumenetelmää. Nykäsen ja Sirosen (1995) tutkimus pohjautuu sitä vastoin sekä kyselyyn että haastatteluun. Luokkaobservointiin perustuvia tutkimuksia terveystiedon toteuttamisesta tai opetuksen tuloksellisuudesta ei ole sitä vastoin juurikaan tehty.

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksemme tavoitteena on kuvata liikunnanopettajien peruskoulun yläasteella sekä lukiossa toteuttamaa terveystiedon opetusta. Tutkimuksemme kohdistuu lukuvuoteen 1999—2000. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa kattava kuva sekä yläasteen että lukion terveystiedon opetuksen asemasta, laadusta, toimivuudesta ja mahdollisista ongelmista. Edellä mainittuun tavoitteeseen pyritään vastaamalla seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Millaiseksi liikunnanopettajat kokevat terveystiedon aseman kouluissa?
2. Miten liikunnanopettajat toteuttavat terveystiedon opetuksen peruskoulun yläasteella ja lukiossa sisältöalueiden osalta?
 - 2.1 Missä määrin terveystiedon eri sisältöalueita opetetaan?
 - 2.2 Mitkä terveystiedon sisältöalueista koetaan tärkeiksi opettaa?
 - 2.3 Mitkä terveystiedon sisältöalueista koetaan vaikeiksi opettaa?
3. Mitä opetusmuotoja ja -menetelmiä liikunnanopettajat käyttävät terveystiedon opetuksessaan peruskoulun yläasteella ja lukiossa?
4. Millaista oppilasarviointia liikunnanopettajat käyttävät terveystiedon opetuksessaan?
5. Millaista oppimateriaalia ja -välineistöä liikunnanopettajat käyttävät valmis-
tellessaan sekä toteuttaessaan terveystiedon oppitunteja?
6. Miten liikunnanopettajat kokevat peruskoulutuksen antamat valmiudet terveystiedon opettamiseen?
7. Miten liikunnanopettajat kokevat täydennyskoulutuksen tarpeellisuuden?
8. Miten liikunnanopettajat kokevat terveystiedon opettamisen?

6 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

6.1 Perusjoukko ja otanta

Tutkimuksen perusjoukon muodostivat kaikki koulussa toimivat liikunnanopettajat. Otanta tehtiin Liikunnanopettajain liittoon keväällä 2000 kuuluvien liikunnanopettajien joukosta. Liikunnanopettajain liitosta saimme 818:n nais- ja 413:n miesliikunnanopettajan nimi- ja osoitetiedot. Saamastamme nimiluettelosta piti olla poistettu eläkeläis- ja opiskelijajäsenet. Lähempi tarkastelu kuitenkin osoitti, että joukossa oli sekä opiskelijajäseniä että liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan henkilökuntaa. Liikuntakasvatuksen laitoksen kansliasta saadun opiskelijanimilistan sekä liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan toimistosta saadun henkilökunnan nimilistan perusteella perusjoukosta poistettiin 41 nais- ja 27 miesliikunnanopettajaopiskelijaa sekä kahdeksan tiedekunnan henkilökuntaan kuuluvaa naista ja neljä henkilökuntaan kuuluvaa miestä.

Saamamme aineisto oli valmiiksi jaettu sukupuolten mukaan, joten meidän ei tarvinnut tehdä ositettua otantaa jakamaan perusjoukkoa. Systemaattista otantaa (nimilistat olivat aakkosjärjestyksessä) käyttäen tutkimukseen otettiin 300:n nais- ja 300:n miesliikunnanopettajan otos. Otanta tapahtui tarkemmin seuraavasti. Rekisteristä poistettujen opiskelija- sekä liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan henkilöstöjäsenten jälkeen naisia oli mukana 769. Ensin näistä poistettiin joka toinen, ja sen jälkeen vielä joka neljäs. Näin jäljelle oli jäänyt 289 naisopettajaa. Puuttuvat 11 naisopettajaa arvottiin satunnaisotantaa käyttämällä jo poistettujen muiden kuin opiskelija- tai tiedekunnan henkilökuntajäsenten keskuudesta. Miesten kohdalla nimilistaan jäi 382 nimeä opiskelija- ja tiedekunnan jäsenten poistamisen jälkeen. Näistä poistettiin joka neljäs. Jäljelle jäi 287 miesopettajaa, ja

puuttuvat 13 miesliikunnanopettajaa arvottiin satunnaisotannalla, kuten naisliikunnanopettajien kohdalla.

6.2 Aineiston keruu

Aineiston keruumenetelmänä käytettiin postikyselyä (liite 2). Kyselylomake postitettiin otokseen valituille liikunnanopettajille toukokuussa 2000 (viikolla 20). Kirjeisiin oli liitetty mukaan palautuskuori, jonka postimaksu oli valmiiksi maksettu. Lisäksi kirjeet oli numeroitu uusintakyselyn varalta, jottemme vaivaisi myöhemmin turhaan jo vastanneita liikunnanopettajia. Opettajille annettiin kaksi viikkoa vastausaikaa. Viittä otokseen valittua liikunnanopettajaa ei tavoitettu virheellisten osoitetietojen vuoksi. Vastausajan umpeuduttua toukokuun viimeisenä päivänä, oli vastauksia palautettu 289 (48.2 %). Kesäkuun 2000 toisella viikolla kyselyyn vastaamattomille opettajille lähetettiin 'karhukirje' (liite 3), jolla yritettiin vielä aktivoida kesälomalle siirtyneitä liikunnanopettajia vastaamaan tutkimuskyselyyn. Uusintakysely tuotti hieman lisää vastauksia, ja vastanneiden osuus nousi 64.3 %:iin (N=386). Tutkimuksen perusjoukon otoskoko ja vastausten lukumäärä ilmenevät taulukosta 2.

Taulukko 2 Tutkimuksen otoskoko ja palautettujen vastausten määrä sekä prosenttiosuus sukupuolittain

Naiset				Miehet				Kaikki			
Otos (N)	Vastanneet (n1/%)	Yläaste/ lukio (n2)	Muut kou- lumuodot (n3)	Otos (N)	Vastanneet (n1/%)	Yläaste/ lukio (n2)	Muut kou- lumuodot (n3)	Otos (N)	Vastanneet (n1/%)	Yläaste/ lukio (n2)	Muut kou- lumuodot (n3)
300	205/ 68.3 %	145	60	300	181/ 60.3 %	143	38	600	386/64.3 %	288	98

Palautettujen kyselyiden joukosta otimme mukaan omaan tutkimukseemme kaikki pääsääntöisesti yläasteella tai lukiossa terveystietoa opettavat liikunnanopettajat.

Tutkimuksemme aineistoksi muodostui näin 288 liikunnanopettajaa. Oman tutkimuksemme kohdalta emme tiedä vastausprosenttia, sillä meillä ei ollut tiedossa, kuinka moni tutkimukseen valituista 600:sta liikunnanopettajasta työskenteli pääsääntöisesti yläasteella tai lukiossa.

6.3 Käytetyt mittarit ja analyysimenetelmät

Kyselylomakkeen laatiminen. Lomakkeen rakentamisessa käytettiin hyväksi aiempia tutkimuskyselyjä (mm. Kannas 1976; Korhonen & Myllymäki 1987a). Terveystiedon opetukseen liittyviä näkemyksiä ja mielipiteitä koskevan mittarin tutkijat laativat pitkälti itse.

Kyselylomakkeen esitestaus. Kyselylomakkeen esitestaus tapahtui huhtikuussa 2000, jolloin kaksi virassa toimivaa liikunnanopettajaa tutustui kyselylomakkeemme 'raakaversioon'. Esitestaukseen osallistuville liikunnanopettajille annettiin pari päivää aikaa syventyä kyselylomakkeeseen ennen palautekeskustelua. Kyselylomakkeen esitestauksessa pyydettiin antamaan palautetta jokaisen kysymyksen kohdalla seuraavista asioista: selkeys, ymmärrettävyys, yksiselitteisyys ja tarpeellisuus. Lisäksi opettajilta pyydettiin palautetta kyselyn ulkoasusta, pituudesta ja kattavuudesta sekä ohjeiden selkeydestä. Kyselylomakkeen esitestaus osoittautui hyödylliseksi, ja sen jälkeen joitakin kysymyksiä sekä ohjeita muokattiin ymmärrettävämpään muotoon. Kyselylomakkeesta poistettiin myös muutama kysymys, ja vastaavasti mukaan otettiin aivan uusia kysymyksiä.

Kyselylomakkeen lopullisen version (liite 2) ensimmäisen osan kysymyksillä pyrittiin saamaan tietoja vastaajien taustatekijöistä (sukupuoli, ikä ja opettajana toimimiseen liittyvät asiat) sekä terveystiedon asemasta vastaajien kouluissa. Opettajien mielipiteitä eri oppiaineiden merkityksestä nuorelle tiedusteltiin kyselyn toisessa osassa, jossa kysyttiin myös terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen tärkeyttä ja vaikeutta. Lisäksi kartoitettiin terveystiedon eri sisältöalueisiin käytet-

tyjä oppituntimääriä. Kyselyn osissa kolme ja neljä paneuduttiin terveystiedon opetuksen toteutumiseen käytettyjen opetusmuotojen ja -menetelmien, koetyyppien, arviointitapojen sekä oppimateriaalien ja -välineiden osalta.

Tutkimuskyselyn osassa viisi kysyttiin opettajien mielipiteitä saamastaan peruskoulutuksesta sekä halukkuudesta terveystiedolliseen täydennyskoulutukseen. Opettajien asennoitumista terveystiedon opetukseen selvitettiin kyselyn kuudennessa osassa olevilla väittämillä. Näillä väittämillä tiedusteltiin terveystiedon merkitystä ja arvostusta, opettajien terveystiedon opetuksen ammattitaitoisuutta, suunnitelmallisuutta ja toteutumista sekä motivoituneisuutta terveystiedon opettamiseen. Kyselylomakkeen lopussa opettajille annettiin mahdollisuus tuoda ilmi ajatuksiaan ja mielipiteitään kyselystä sekä terveystiedon opetuksesta.

Aineiston tilastollinen kuvaus. Aineiston tilastollista kuvausta varten laskettiin SPSS for Windows 8.0 -ohjelmalla prosenttijakaumia, keskiarvoja sekä keskihajontoja. Tulokset esitetään koko aineiston osalta sekä erikseen naisten ja miesten osalta kuin myös koulumuodoittain. Lisäksi suoritettiin opettajien ikä- ja työvuosiryhmittäisiä vertailuja terveystiedon eri sisältöalueisiin käytettyjen oppituntimäärien sekä opetuksessa hyödynnettyjen oppimateriaalien ja -välineiden kuin myös opetusmuotojen ja -menetelmienkin osalta. Edellä mainittuja ryhmävertailuja tehtiin vielä koulutukseen (kyselylomakkeen osa 5) liittyvistä väittämistä.

Ristiintaulukoinnin avulla tarkasteltiin eri opettajaryhmien vastauksien jakaumien eroja ja niiden merkitsevyyksiä χ^2 -testillä. Kahden ryhmän keskiarvojen erojen testauksiin käytettiin t-testiä. Tutkittaessa ryhmäkeskiarvojen vaihtelua, käytettiin yksisuuntaista varianssianalyysiä (ANOVA), joka soveltuu ryhmäkeskiarvojen väliin vertailuun, jos muuttujia on enemmän kuin kaksi (Kanniainen 1999, 48). Ennen t-testien ja varianssianalyysien suorittamista tarkastettiin normaalijakaumaoletusten voimassaolo. Varianssianalyysin yhtenä oletuksena on selittävän muuttujan välimatka-asteikollisuus, mutta kuitenkin useissa lähteissä todetaan Likert-asteikollisia muuttujia voitavan käsitellä välimatka-asteikollisina (Erätuuli, Leino &

Yli-Luoma 1994, 40; Nummenmaa, Konttinen, Kuusinen & Leskinen 1997; 179), kuten mekin teimme joidenkin varianssianalyysien kohdalla.

Terveystiedon opetukseen liittyviä asenteita ja mielipiteitä kysyttiin 27:lla väittämällä, joissa oli 5-luokkaiset Likert-tyyppiset vastausvaihtoehdot. Näistä asennoista toteutettiin faktorointi asenneulottuvuuksien nimeämiseksi, informaation tiivistämiseksi sekä jatkoanalyysia varten. Faktoriratkaisu muunnettiin sisällöllisesti tulkinnalliseen muotoon suorakulmaisen Varimax-rotatiomenetelmän avulla.

7 TULOKSET

7.1 Tutkimukseen osallistuneiden yläasteen ja lukion opettajien taustatiedot

Sosiodemografiset tekijät. Kyselyyn vastanneista pääsääntöisesti yläasteella terveystietoa opettavista opettajista naisia oli noin 48 % ja miehiä noin 52 %. Vastaavat osuudet lukion kohdalla olivat noin 53 % ja noin 47 %. Iältään yläasteen opettajat jakautuivat aikalailta tasan ikäluokkiin 25—34-vuotiaat (28.4 %), 35—44-vuotiaat (25.2 %) ja 45—54-vuotiaat (29.7 %). Sen sijaan alle 25-vuotiaita ei ollut yhtään ja yli 55-vuotiaiden osuus jäi alle 20 %:n. Lukion opettajista suurin osa, hieman reilu kolmannes, sijoittui iältään 45:n ja 54:n ikävuoden väliin. Vastanneista lukiossa toimi keskimäärin vanhempia opettajia yläasteeseen verrattuna, sillä lähes kaksi kolmasosaa lukion opettajista oli saavuttanut 45 vuoden rajapyykin. Yläasteen opettajista vastaavasti noin 45 % oli iältään 45-vuotiaita tai vanhempia.

Koulutusta ja työkokemusta kuvaavat taustatekijät. Tutkimuskyselyyn vastanneista pääsääntöisesti yläasteella tai lukiossa terveystietoa opettavista opettajista yli puolet molempien koulumuotojen osalta oli toiminut opettajana vähintään 16 vuotta. Niitä, joilla oli opettajana toimimisen kokemusta alle kaksi vuotta, oli vain muutama. Enin osa vastaajista, yläasteen osalta reilu 50 % ja lukion osalta noin 40 %, oli koulutukseltaan liikuntatieteiden maistereita (LitM). Voimistelunopettajan koulutuksen saaneita oli yläasteen opettajista noin 17 % ja lukion opettajista runsas 20 %. Kyselyyn vastasi myös kuusi yläasteella tai lukiossa terveystietoa opettavaa opettajaa, jotka olivat koulutukseltaan luokanopettajia.

Vakinaisessa työsuhteessa oli kyselyyn vastanneista yläasteella tai lukiossa terveystietoa opettavista opettajista molempien koulumuotojen osalta noin 80 %. Vi-

ransijaisia oli yläasteen opettajista neljä ja puoli prosenttia sekä lukion opettajista kolme prosenttia. Tuntiopettajana tai jossakin muussa työsuhteessa toimi yläasteen opettajista reilu 17 %. Vastaava osuus lukion osalta oli hieman yli 14 %.

Kyselyyn vastanneista pääsääntöisesti lukiossa terveystietoa opettavista opettajista lähes 77 % toimi opettajana myös yläasteella. Yläasteen opettajista puolestaan hieman yli 35 % oli sellaisia, jotka toimivat opettajina myös lukiossa. Pelkästään yläasteella terveystietoa opettavia opettajia kyselyyn vastanneista yläasteen opettajista oli yli 50 %. Vastanneiden joukossa oli myös muutama opettaja, jotka toimivat joko yläasteen ja/tai lukion lisäksi opettajana myös ammattikorkeakoulussa ja/tai ala-asteella.

Runsaalla 60 %:lla kyselyyn vastanneista yläasteen ja lukion opettajista oli työpaikka kaupungissa. Yläasteen osalta kyselyyn vastanneista opettajista 80 % työskenteli yläasteella, joka sijaitsi yli 10 000 asukkaan kunnassa. Lukion kohdalla vastaava osuus oli hieman yli 65 %.

Lähes 60 % yläasteen osalta ja noin 40 % lukion osalta vastanneista opettajista työskenteli kouluissa, joiden oppilasmäärä oli 251—500. Pääosin lukiossa terveystietoa opettavien opettajien työpaikat olivat oppilasmääriltään pienempiä verrattuna yläasteella toimiviin opettajiin; lähes 40 % lukion opettajista työskenteli kouluissa, joissa oli oppilaita alle 250. Vastaava osuus yläasteen osalta oli vajaa 20 %. Sama suuntaus oli havaittavissa myös koulun opettajamäärien suhteen, sillä tutkimuskyselyyn vastanneista pääsääntöisesti lukiossa terveystietoa opettavista opettajista yli 40 % työskenteli kouluissa, joissa opettajamäärä oli alle 20. Yläasteen opettajista alle 20:n opettajan kouluissa toimi noin kahdeksan prosenttia.

Seuraavalla sivulla olevaan taulukkoon 3 on koottuna keskeisimmät taustatekijät niiden kyselyyn vastanneiden opettajien osalta, jotka toimivat opettajina joko yläasteella tai lukiossa.

Taulukko 3 Tutkimuskyselyyn osallistuneiden yläasteen ja lukion opettajien keskeiset taustatekijät sen koulumuodon mukaan, jonka osalta he vastasivat tutkimuskyselyyn

Muuttuja:	TYÖPAIKKA				p
	Yläaste		Lukio		
	f	(%)	f	(%)	
Sukupuoli					0.473
Naiset	75	48.4	70	52.6	
Miehet	80	51.6	63	47.4	
Ikä					0.245
24 v. tai alle	0	0.0	0	0.0	
25-34 v.	44	28.4	32	24.4	
35-44 v.	39	25.2	23	17.6	
45-54 v.	46	29.7	49	37.4	
55 v. tai yli	26	16.7	27	20.6	
Opetusaika					0.266
alle 2 v.	6	3.9	4	3.0	
2-5 v.	24	15.6	19	14.4	
6-15 v.	46	29.9	26	19.7	
16-30 v.	56	36.4	57	43.2	
yli 30 v.	22	14.4	26	19.7	
Koulutus					0.196
LitM	85	54.8	55	41.4	
LitK	11	7.1	10	7.5	
LiK	31	20.0	37	27.8	
VO	26	16.8	27	20.3	
Luokanopettaja	2	1.3	4	3.0	
Työsuhde					0.786
Vakinainen virka	121	78.1	110	82.7	
Viransijaisuus	7	4.5	4	3.0	
Tuntiopettaja	24	15.5	17	12.8	
Jokin muu	3	1.9	2	1.5	
Opetuspaikat					0.000
Yläaste	84	54.2	0	0.0	
Lukio	0	0.0	25	18.8	
Yläaste + lukio	56	36.1	102	76.7	
Yläaste + ala-aste	5	3.2	0	0.0	
Yläaste + ala-aste + lukio	8	5.2	4	2.9	
yläaste + lukio + ala-aste + AMK	0	0.0	1	0.8	
Jokin muu	2	1.3	1	0.8	
Kunta					0.638
Kaupunki	102	65.8	91	68.4	
Maalaiskunta	53	34.2	42	31.6	
Kunnan asukasluku					0.066
alle 10 000	34	21.9	44	33.6	
10 000 - 50 000	65	41.9	42	32.1	
yli 50 000	56	36.2	45	34.3	
Koulun koko (oppilasmäärä)					0.001
alle 250	28	18.3	51	38.6	
251-500	88	57.5	54	40.9	
501 ja enemmän	37	24.2	27	20.5	
Koulun koko (opettajamäärä)					0.000
alle 20	11	8.2	47	42.7	
21-40	86	64.2	46	41.8	
41 ja enemmän	37	27.6	17	15.5	
	(N=134-155)		(N=110-133)		

7.2 Terveystiedon opetuksen toteutus

Terveystiedon opetuksen järjestämistä kouluissa selvitettiin kysymällä opettajilta, miten terveystiedon opetus oli käytännössä toteutettu lukuvuoden 1999—2000 aikana; millainen asema terveystiedolle oli annettu kouluissa (itsenäinen kurssi, integrointi muihin oppiaineisiin vai jokin muu järjestelytapa). Lisäksi selvitettiin kyselyyn vastanneiden yläasteen ja lukion opettajien osalta, miten he olivat opettaneet terveystietoa (pakolliset ja/tai valinnaiset kurssit, yksittäiset oppitunnit vai ei laisinkaan terveystiedon opetusta lukuvuonna 1999—2000). Opettajilta kysyttiin myös opetusryhmien lukumäärää sekä sitä, miten moni liikunnanopettaja tai muu opettaja heidän kouluissaan toteutti terveystiedon opetusta.

Yläasteella toimivista opettajista lähes 57 % ilmoitti, että heidän koulussaan terveystiedon opetus oli toteutettu omana erillisenä kurssina (taulukko 4). Vastaava osuus lukion osalta oli melkein 98 %. Yläasteella terveystietoa oli integroitu moniin eri oppiaineisiin; 28 % yläasteen opettajista ilmoitti, että heidän koulussaan terveystietoa integroitiin liikuntaan. Lähes 21 % yläasteella opettavista opettajista mainitsi terveystiedollista integrointia tapahtuvan biologian opetukseen ja noin 20 % opettajista kertoi integrointia tapahtuvan kotitalouden opetukseen. Lukiossa terveystiedon sisältöalueiden integrointi muihin oppiaineisiin oli huomattavasti vähäisempää; 4 % opettajista ilmoitti, että heidän koulussaan terveystiedon integrointia tapahtui liikuntaan. Hieman vajaa kaksi prosenttia lukion opettajista mainitsi terveystiedon integrointia tapahtuvan biologiaan. Prosenttiosuus oli lähes sama (2 %) terveystiedon integroinnissa kotitalouteen. Koulumuotojen väliset eroavuudet terveystiedon opetuksen toteutumisessa (oma erillinen kurssi, integroitu liikuntaan, integroitu biologiaan ja integroitu kotitalouteen) olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p=.000$).

Terveystiedon opetuksen toteutumista käsittelevässä avoimessa kysymyksessä opettajilla oli mahdollisuus kertoa muita järjestelytapoja, joita heidän kouluissaan

oli käytetty terveystiedon opetuksessa lukuvuonna 1999–2000. Näitä järjestelytapoja olivat yläasteella muun muassa seuraavat: terveystiedon teemapäivät/-viikot, integrointi elämisen taitoja -kurssiin, oppilaanohjaukseen, kansalaistaitoon, fysiikkaan, kemiaan, historiaan, uskontoon tai perhekasvatukseen. Noin joka viidennellä yläasteella oli käytetty jotakin muuta terveystiedon toteuttamistapaa, samaisen osuuden ollessa lukion osalta puolitoista prosenttia. Tässäkin yhteydessä oli koulumuotojen välinen ero tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p=.000$).

Taulukko 4 Terveystiedon opetuksen toteutus opettajien työpaikan (missä opetettu eniten terveystietoa lukuvuonna 1999–2000) sekä sukupuolen mukaan

	TYÖPAIKKA		p	SUKUPUOLI		p
	yläaste %	lukio %		nainen %	mies %	
Terveystieto omana erillisenä kurssina			0.000			0.678
kyllä	56.9	97.7		76.9	74.8	
ei	43.1	2.3		23.1	25.2	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
Terveystieto integroitu liikuntaan			0.000			0.752
kyllä	28.1	3.8		17.5	16.1	
ei	71.9	96.2		82.5	83.9	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
Terveystieto integroitu biologiaan			0.000			0.715
kyllä	20.9	1.5		12.6	11.2	
ei	79.1	98.5		87.4	88.8	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
Terveystieto integroitu kotitalouteen			0.000			0.355
kyllä	20.3	1.5		13.3	9.8	
ei	79.7	98.5		86.7	90.2	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
Muu terveystiedon opetus			0.000			0.285
kyllä	22.2	1.5		14.7	10.5	
ei	77.8	98.5		85.3	89.5	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	153	133		143	143	

Kyselyyn vastanneista yläasteen opettajista noin puolet oli opettanut kaikille yhteisiä terveystiedon kursseja. Vastaava osuus lukion opettajilla oli lähes 90 %. Valinnaisia terveystiedon kursseja oli yläasteen ja lukion opettajista opettanut vain

hieman reilu viisi prosenttia. Vertailtaessa yksittäisten terveystiedon oppituntien järjestämistä koulumuodoittain, huomataan taulukosta 5, että ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$); yksittäisiä oppitunteja yläasteen opettajista oli pitänyt yli 27 % vastaavan osuuden lukion kohdalla ollessa alle 13 %. Niitä opettajia, jotka eivät olleet opettaneet terveystietoa lukuvuonna 1999–2000, oli vastaajista yläasteen osalta noin 23 % ja lukion osalta vajaa neljä prosenttia.

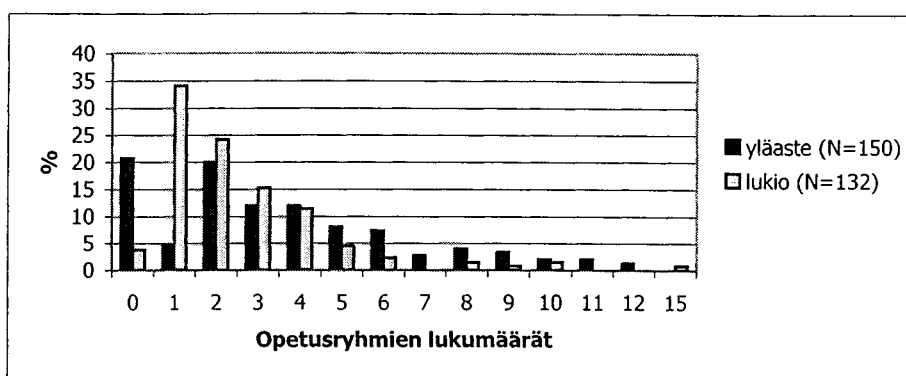
Taulukko 5 Terveystiedon erilaisten kurssien opetus opettajien kouluasteen (yläaste/lukio) sekä sukupuolen mukaan

	TYÖPAIKKA		p-arvo	SUKUPUOLI		p-arvo
	yläaste %	lukio %		nainen %	mies %	
Kaikille yhteiset terveystiedon kurssit			0,000			0,119
kyllä	50,6	88,0		72,2	63,6	
ei	49,4	12,0		27,8	36,4	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
Valinnaiset terveystiedon kurssit			0,763			0,041
kyllä	5,2	6,0		8,3	2,8	
ei	94,8	94,0		91,7	97,2	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
Kaikille yhteiset + valinnaiset terveystiedon kurssit			0,204			0,066
kyllä	5,2	9,0		9,7	4,2	
ei	94,8	91,0		90,3	95,8	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
Yksittäiset terveystiedon oppitunnit			0,002			0,031
kyllä	27,3	12,8		25,7	15,6	
ei	72,7	87,2		74,3	84,4	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
Ei terveystiedon opetusta lv. 1999-2000			0,000			0,000
kyllä	23,2	3,8		6,9	21,7	
ei	76,8	96,2		93,1	78,3	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
N	154	133		144	143	

Kun tarkastellaan terveystiedon erilaisten kurssien opetuksen toteutumista sukupuolittain, huomataan naisten pitäneen sekä kaikille yhteisiä että valinnaisia terveystiedon kursseja kuin myös yksittäisiä oppitunteja hieman miehiä enemmän. Tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p = .000$) oli siinä, oliko terveystietoa opetettu

vai ei; kyselyyn vastanneista pääosin yläasteella tai lukiossa terveystietoa opettavista naisopettajista vajaa seitsemän prosenttia ei ollut opettanut terveystietoa lukuvuonna 1999–2000 vastaavan osuuden ollessa miesten kohdalla lähes 22 %.

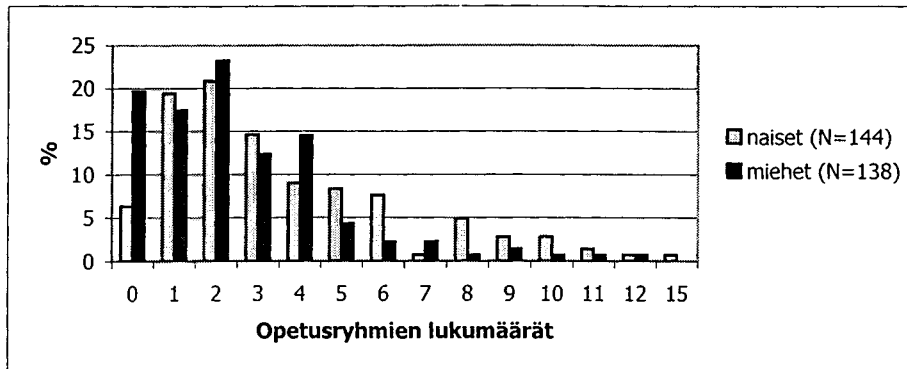
Kyselyyn vastanneista yläasteen opettajista noin viidenneksellä ei ollut lukuvuoden 1999–2000 aikana terveystiedon opetusryhmiä lainkaan. Muutoin opetusryhmien lukumäärät yhtä opettajaa kohden vaihtelivat yhdestä kahteentoista. Lukion opettajat olivat opettaneet terveystietoa enimmäkseen yhdelle tai kahdelle opetusryhmälle (kuva 1).



Koulumuotojen välinen ero $p=.000$

Kuva 1 Terveystiedon opetusryhmien lukumäärät kouluasteen (yläaste/lukio) mukaan

Tarkasteltaessa terveystiedon opetusryhmien lukumääriä opettajien sukupuolen mukaan (kuva 2), huomataan selkeän eron olleen siinä, oliko opetusryhmiä ollut lainkaan. Naisista hieman yli kuusi prosenttia oli sellaisia, joilla ei ollut terveystiedon opetusryhmiä ollenkaan lukuvuonna 1999–2000. Miesten osalta vastaava osuus oli vajaa 20 %. Liitteeseen 4 on koottuna tarkempi terveystiedon opetusryhmiä kuvaava taulukko.



Sukupuoliero $p=,012$

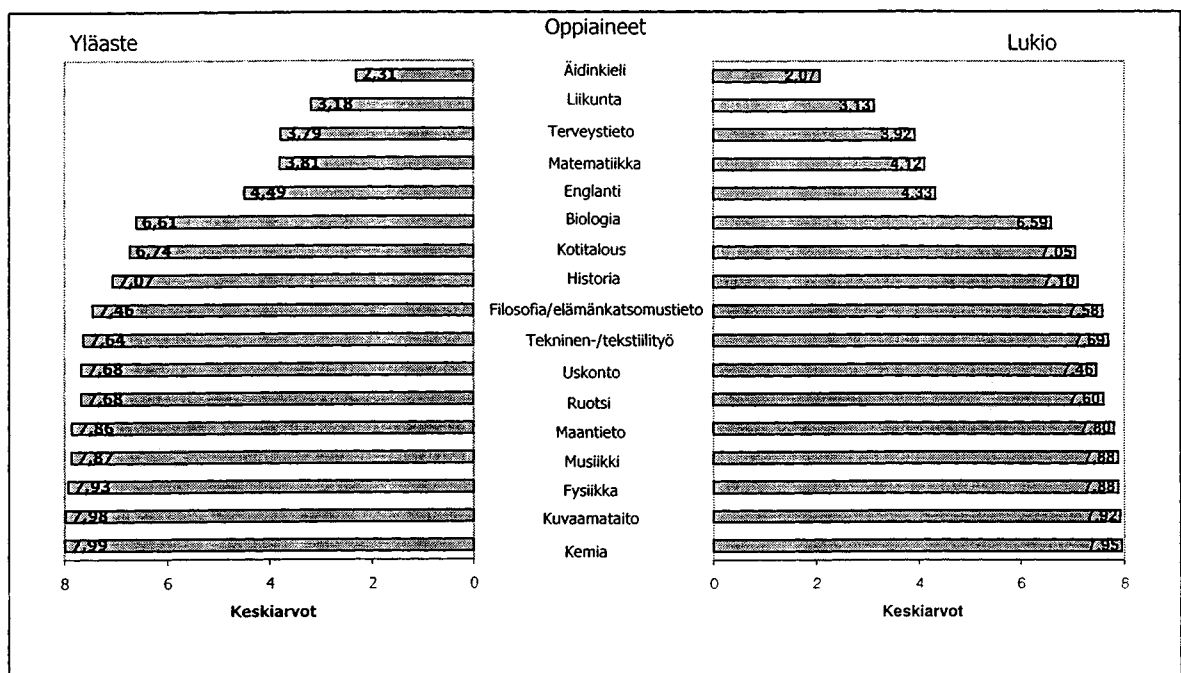
Kuva 2 Terveystiedon opetusryhmien lukumäärät opettajien sukupuolen mukaan

Noin 50 % yläasteella ja hieman runsas 60 % lukiossa toimivista opettajista mainitsi, että heidän koulussaan toimi kaksi terveystietoa opettavaa liikunnanopettajaa. Tutkimuskyselyyn vastanneista yläasteen opettajista lähes kymmenen prosenttia ilmoitti, ettei heidän koulussaan toiminut yhtään terveystietoa opettavaa liikunnanopettajaa. Toisaalta oli myös kouluja, joissa toimi jopa kuusi liikunnanopettajaa, joiden työsarkaan kuului myös terveystiedon opettaminen. Kouluissa toimi lisäksi muitakin terveystiedon opettamiseen osallistuvia opettajia kuin liikunnanopettajat. Näitä opettajia oli yleisimmin yksi opettaja koulua kohden niin lukioidissa (noin 5 %:lla lukioista) kuin yläasteillakin (noin 15 %:lla yläasteista). Liitteeseen 5 on taulukoituna lukumäärät ja prosentuaaliset osuudet liikunnanopettajista sekä muista opettajista, jotka tutkimukseen osallistuneiden yläasteen ja lukion opettajien työpaikoilla opettivat terveystietoa.

7.3 Oppiaineiden tärkeysjärjestys

Opettajia pyydettiin arvioimaan eri oppiaineiden tärkeyttä nuorelle elämässä pärjäämisen kannalta. Kyselylomakkeessa annetuista 17:stä oppiaineesta opettajien tuli laittaa seitsemän oleellisimmaksi katsomaansa oppiainetta tärkeysjärjestykseen. Tärkeimmälle valinnalle annettiin arvo yksi, toiseksi tärkeimmälle arvo kaksi

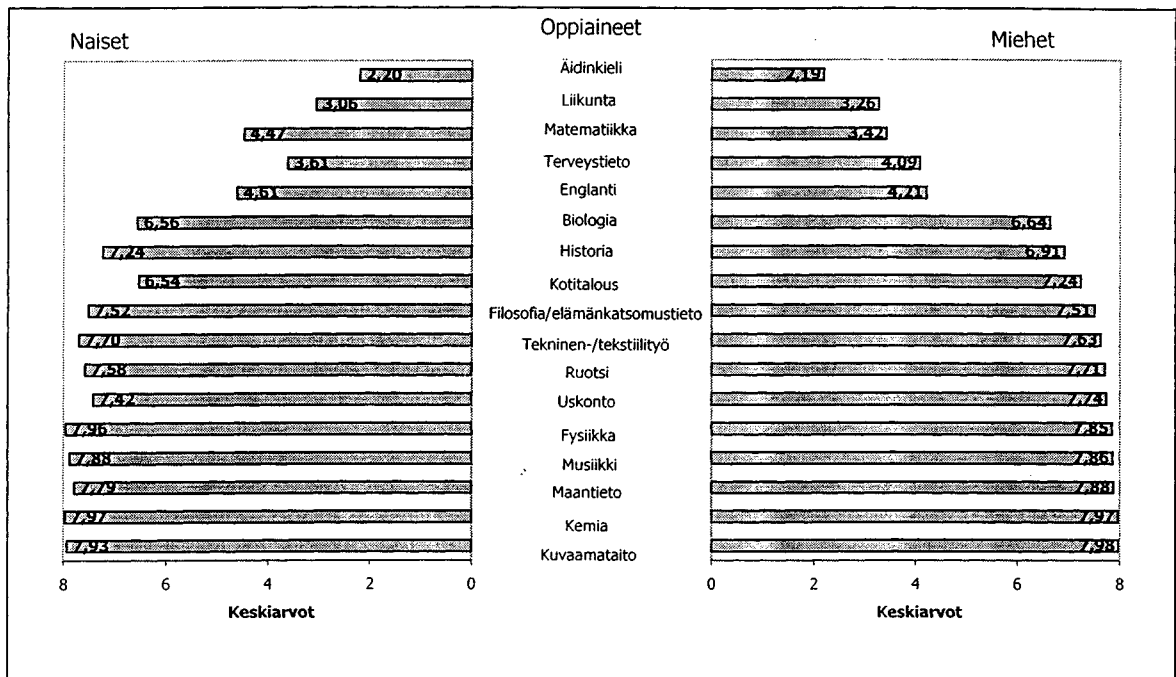
edeten näin seitsemänneksi tärkeimpään, joka sai arvon seitsemän. Ne aineet, joita ei oltu valittu seitsemän tärkeimmän joukkoon, saivat aineiston käsittelyssä arvon kahdeksan. Sekä lukion että yläasteen osalta opettajat arvioivat tärkeimmäksi oppiaineeksi äidinkielen, toiseksi tärkeimmäksi liikunnan ja kolmanneksi tärkeimmäksi terveystiedon. Kuvasta 3 on havaittavissa eri oppiaineiden tärkeyttä kuvaavat keskiarvot. Mitä pienempi keskiarvo, sitä tärkeämmäksi nuoren kannalta oppiaine arvioitiin. Koulumuotojen välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja eri oppiaineiden tärkeyksiä arvioitaessa.



Kuva 3 Oppiaineiden tärkeys nuorelle elämässä pärjäämisen kannalta liikunnanopettajien arvioimina koulumuodon mukaan

Oppiaineiden tärkeysjärjestyksissä löytyi selviä eroja sukupuolten välillä (kuva 4). Kärkiviisikon muodostivat molemmilla sukupuolilla äidinkieli, liikunta, matematiikka, terveystieto ja englanti. Näiden kaikkien osalta keskiarvot jäivät alle viiden. Tarkasteltaessa sukupuolten välisiä eroja oppiaineiden tärkeysjärjestyksen suhteen t-testillä, havaittiin tilastollisesti erittäin merkitsevä ero ($p \leq .001$) matematiikan ja kotitalouden kohdalla sekä tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p < .05$) uskonnon,

historian, fysiikan ja terveystiedon osalta. Edellä mainituista oppiaineista miehet arvostivat enemmän matematiikkaa, historiaa ja fysiikkaa kuin naiset, jotka puolestaan näkivät kotitalouden, uskonnon ja terveystiedon tärkeämpinä oppiaineina kuin miehet (ks. liite 6). Liitteestä 7 on nähtävissä prosentuaaliset jakaumat kunkin oppiaineen osalta.

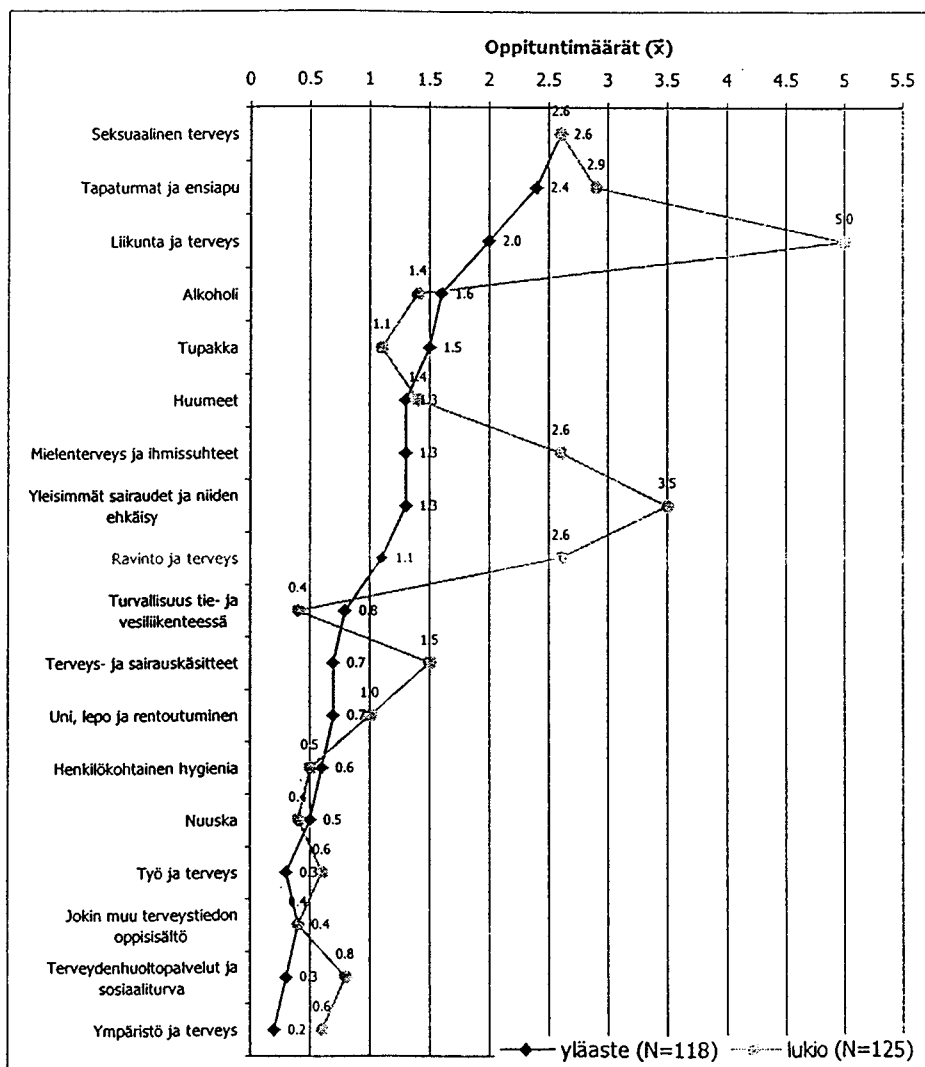


Kuva 4 Oppiaineiden tärkeys nuorelle elämässä pärjäämisen kannalta kyselyyn osallistuneiden terveystietoa pääosin yläasteella tai lukiossa opettavien opettajien sukupuolen mukaan

7.4 Terveystiedon sisältöalueet

Tutkimuskyselyssä kartoitettiin tietoja siitä, kuinka monella oppitunnilla opettajat olivat käsitelleet terveystiedon eri sisältöalueita yhdessä opetusryhmässä lukuvoonna 1999–2000. Lisäksi opettajilta tiedusteltiin, mitkä terveystiedon sisältöalueet he kokivat tärkeimmiksi sekä mitkä vaikeimmiksi opettaa. Kuvasta 5 on nähtävissä, että lukioissa käytettiin enemmän aikaa lähes kaikkien sisältöalueiden kä-

sittelyyn yläasteeseen verrattuna. Lukiossa terveystiedon sisältöalueiden opettamiseen käytettiin keskimäärin 29 oppituntia lukuvuonna 1999–2000, kun taas yläasteella keskimääräinen terveystiedon opetus jäi 19.6 oppituntiin (ks. liite 8). Yläasteella opetettiin eniten seksuaaliseen terveyteen (2.6 oppituntia), tapaturmiin ja ensiapuun (2.4 oppituntia) sekä liikuntaan ja terveyteen (2.0 oppituntia) liittyvissä asioissa. Samat sisältöalueet painottuivat myös lukiossa (liikunta ja terveys 5.0 oppituntia, tapaturmat ja ensiapu 2.9 oppituntia sekä seksuaalinen terveys 2.6 oppituntia). Lisäksi lukion terveystiedon opetuksessa oltiin käsitelty keskimäärin kolmen ja puolen oppitunnin verran yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy - sisältöaluetta.



Kuva 5 Terveystiedon eri sisältöalueisiin käytettyjen oppituntimäärien keskiarvot koulumuodoittain

Yläasteella käytettiin vähiten aikaa (0.2 oppituntia) ympäristöä ja terveyttä käsitteleviin asioihin. Lukion osalta vähiten oppitunteja jäi nuuskan (0.4) sekä tie- ja vesiliikenneturvallisuuden (0.4) käsittelyyn.

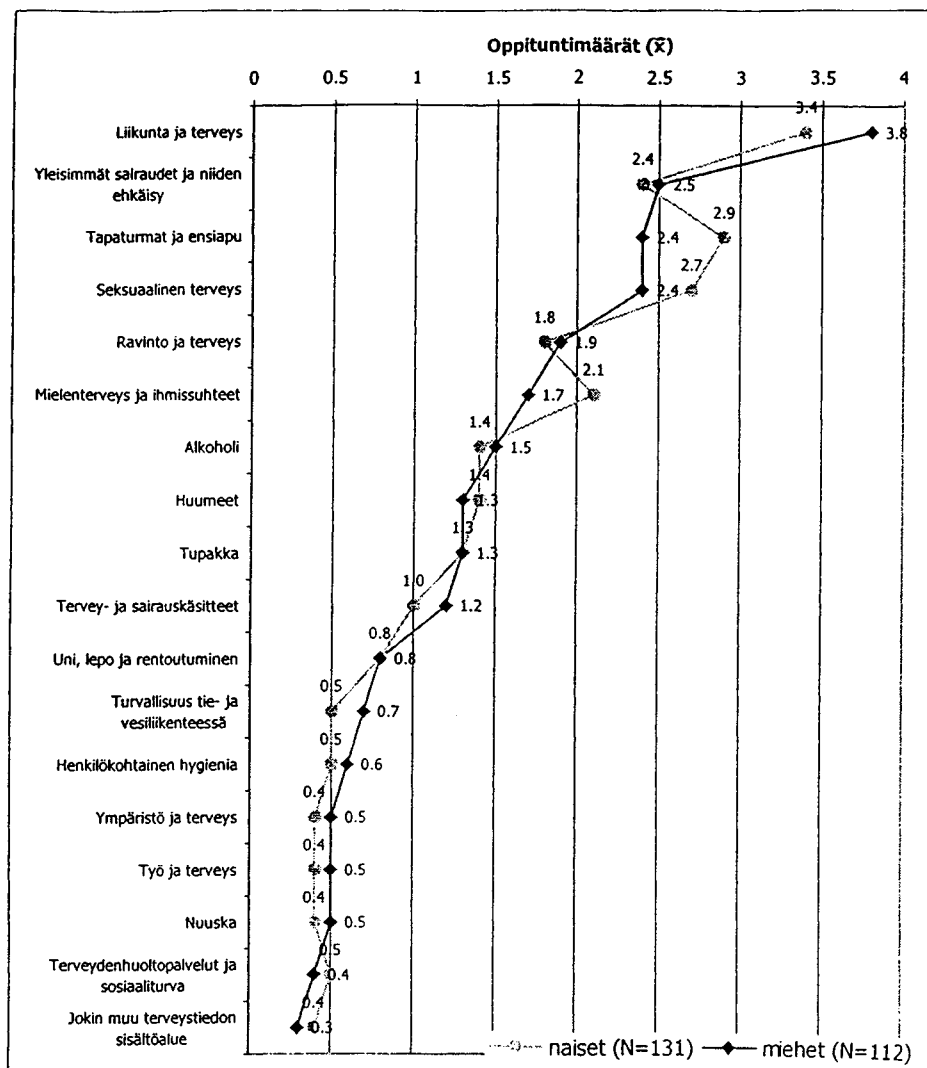
Kyselylomakkeessa opettajilla oli mahdollisuus tuoda esiin muitakin opettamiaan terveystiedon sisältöalueita, joita ei ollut annettu valmiissa sisältöaluelistassa. Liitteeseen 9 on taulukoituna muut terveystiedon sisältöalueet, joita opettajat olivat käsitelleet tunneillaan. Näitä sisältöalueita olivat muun muassa elämän arvot, maailman terveystilanne, media ja terveys sekä perhesuunnittelu.

Eri koulumuotojen terveystiedon sisältöalueiden opetukseen käytettyjen oppituntimäärien keskiarvojen eroja testattiin t-testillä. Testi osoitti, että yläasteen ja lukion oppituntimäärien keskiarvoissa oli usean oppisisällön osalta (terveys- ja sairauskäsitteet, ravinto ja terveys, liikunta ja terveys, mielenterveys ja ihmissuhteet, uni, lepo ja rentoutuminen, työ ja terveys, ympäristö ja terveys, yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy sekä terveydenhuoltopalvelut ja sosiaaliturva) tilastollisesti erittäin merkitsevää eroa ($p \leq .001$). Tupakan, tie- ja vesiliikenneturvallisuuden sekä ympäristö ja terveys -sisältöalueen osalta koulumuotojen välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$). Edellä mainituista sisältöalueista kaikkia muita paitsi tupakkaa sekä tie- ja vesiturvallisuutta käsitteleviä aiheita opetettiin lukiossa keskimäärin enemmän kuin yläasteella (ks. liite 8).

Terveystiedon eri sisältöalueisiin käytettyjä keskimääräisten oppituntien eroavuuksia tarkasteltiin myös sukupuolittain (kuva 6). Sekä naiset (3.4 oppituntia) että miehet (3.8 oppituntia) olivat opettaneet eniten liikuntaa ja terveyttä käsitteleviä asioita. Molemmilla sukupuolilla kärkipäähän opetetuista sisältöalueista sijoittuivat myös seksuaalinen terveys, tapaturmat ja ensiapu sekä yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy. Vähiten aikaa saivat sekä naisten että miesten osalta oppisisällöt nuuska, työ ja terveys, ympäristö ja terveys sekä terveydenhuoltopalvelut ja sosiaaliturva. Molemmat sukupuolet olivat käyttäneet saman verran aikaa (reilu 24 oppituntia) yhteensä terveystiedon eri sisältöalueiden käsittelyyn lukuvuonna

1999—2000. Naisten ja miesten opetukseen käytettyjen oppituntimäärien keskiarvoissa ei ollut yhdenkään sisältöalueen kohdalla tilastollista merkitsevyyttä (ks. liite 8).

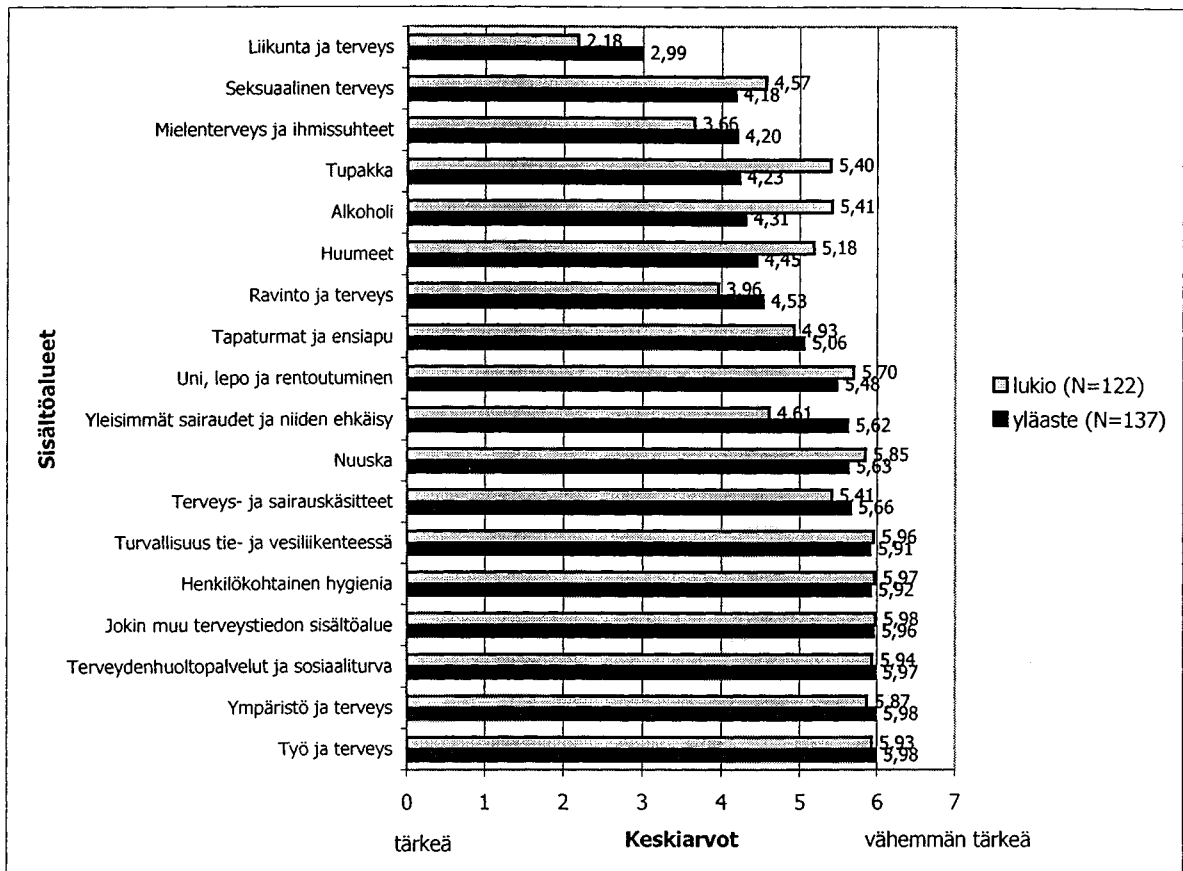
Terveystiedon eri sisältöalueiden oppituntimäärien keskiarvoja tarkasteltiin myös ryhmäkohtaisesti opettajien ikäryhmien sekä opetusvuosien mukaan. Ryhmäkeskiarvojen vertailu suoritettiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ks. liite 10). Scheffen parivertailutesti osoitti ikäryhmien 25—34-vuotiaat ja 45—54-vuotiaat eroavan toisistaan kolmen sisältöalueen oppituntimäärien keskiarvojen suhteen. Ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$) terveys- ja sairauskäsitteisiin sekä yleisimpiin sairauksiin ja niiden ehkäisyyn sekä tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$) liikuntaan ja terveyteen käytetyissä oppituntimäärissä. Vanhempi ikäryhmä oli käyttänyt enemmän oppitunteja edellä mainittujen kolmen terveystiedon sisältöalueen käsittelyyn kuin ikäryhmä 25—34-vuotiaat. Työssäolovuosien mukaan eroavuutta löytyi 2—5 vuotta ja 16—30 vuotta työskennelleiden välillä terveys- ja sairauskäsitteisiin käytetyissä oppituntimäärissä ($p < .05$) sekä alle kaksi vuotta ja 16—30 vuotta työskennelleiden välillä yleisempiin sairauksiin ja niiden ehkäisyyn käytettyjen oppituntimäärien suhteen ($p < .05$). 16—30 vuotta työskennelleet olivat käyttäneet enemmän oppitunteja molempien mainittujen sisältöalueiden opetukseen.



Kuva 6 Terveystiedon eri sisältöalueisiin käytettyjen oppituntimäärien keskiarvot opettajien sukupuolen mukaan

Käytettyjen tuntimäärien arvioinnin ohessa opettajia pyydettiin listaamaan viisi tärkeintä opetettavaa terveystiedon sisältöaluetta. Sekä yläasteen että lukion osalta tärkeimmäksi sisältöalueeksi opettajat katsoivat liikunta ja terveys -aihekokonaisuuden (ks. kuva 7; mitä pienempi keskiarvo, sitä tärkeämmäksi sen opettaminen koettiin). Kärkipäähän molempien koulumuotojen osalta sijoittuivat myös seuraavat sisältöalueet: mielenterveys ja ihmissuhteet, ravinto ja terveys sekä seksuaalinen terveys. t-testin mukaan koulumuotojen välisten sisältöalueiden keskiarvoissa oli tilastollisesti erittäin merkitsevää eroa ($p < .001$) liikunta ja terveys-, alkoholi-, tupakka-, huumeet- sekä yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy-sisältöalueissa. Yläasteella toimivat opettajat kokivat päihteisiin liittyvän opetuksen

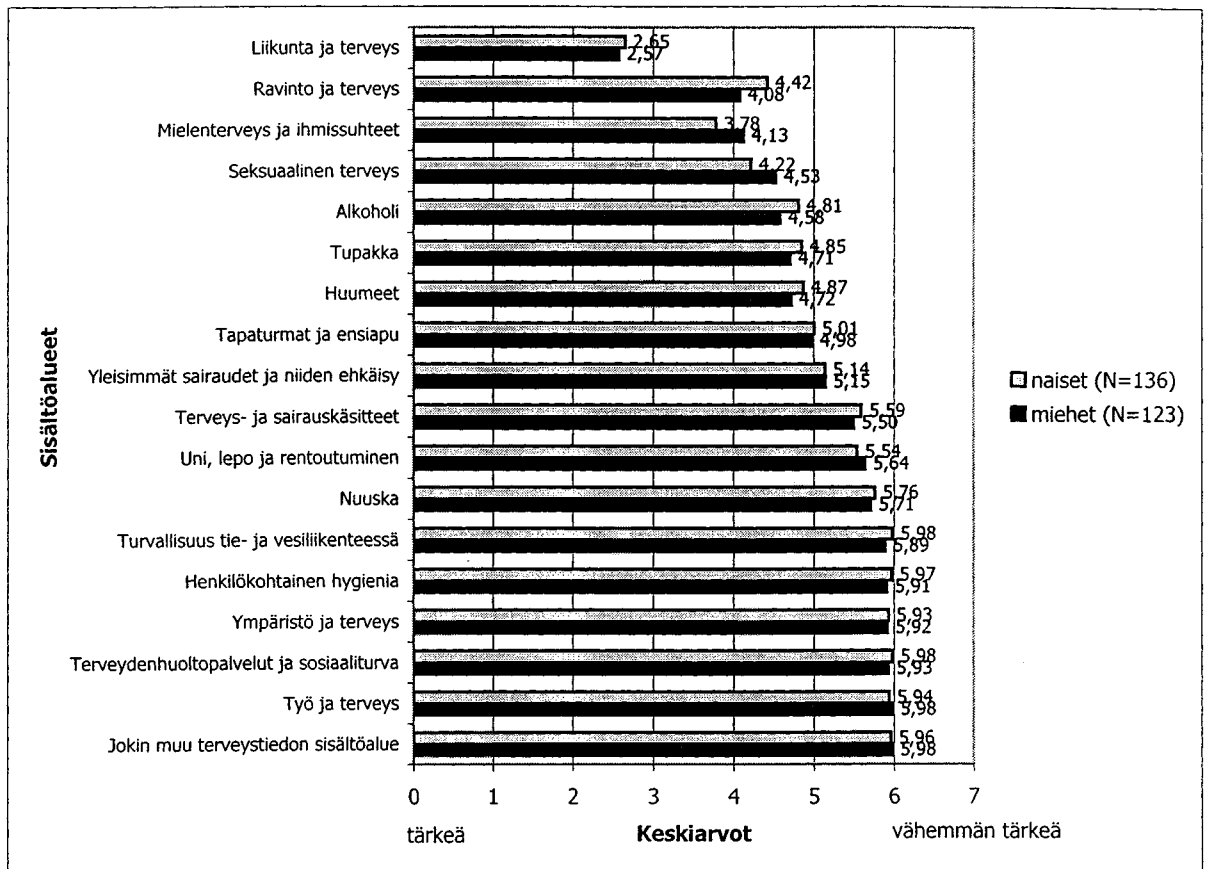
tärkeämmäksi verrattuna pääosin lukiossa terveystietoa opettaviin opettajiin (ks. liite 11).



Kuva 7 Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen tärkeys koulumuodoittain

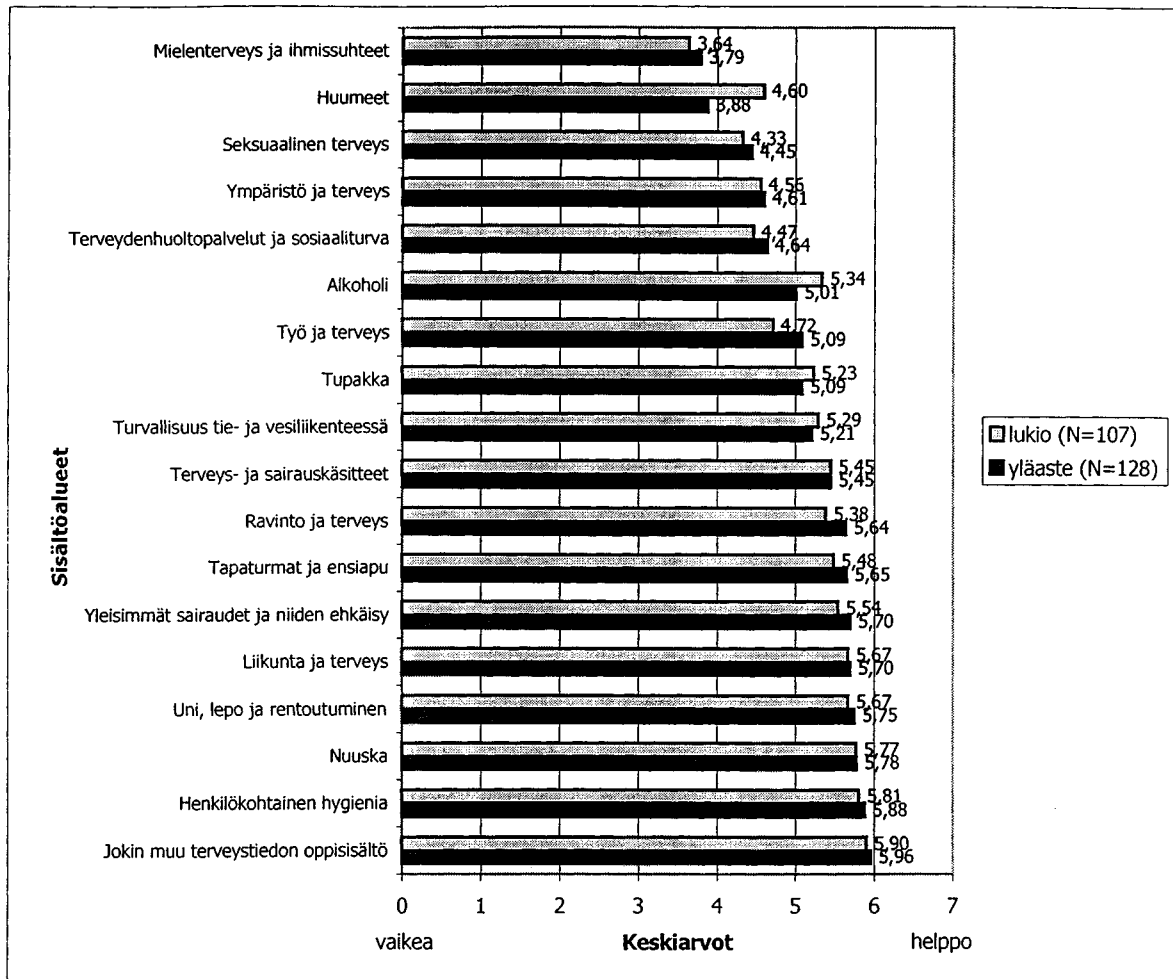
Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen tärkeyttä tarkasteltiin lisäksi sukupuolittain (kuva 8). Sekä naisten että miesten mielestä oli tärkeintä paneutua liikuntaa ja terveyttä käsitteleviin asioihin. Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen tärkeyden suhteen naiset ja miehet olivat lähes samoilla linjoilla, sillä yhdenkään sisältöalueen osalta ei ilmennyt tilastollisesti merkitsevää eroa sukupuolten välillä (ks. liite 11). Liitteeseen 12 on koottu kunkin terveystiedon sisältöalueen eri vastausvaihtoehtojen saamat prosentuaaliset osuudet sekä koulumuodoittain että sukupuolittain eriteltynä. Opettajilla oli mahdollisuus kertoa myös jokin muu tai joitakin muita tärkeiksi katsomiaan terveystiedon sisältöalueita valmiiksi annettujen sisältöalueiden lisäksi. Mainintoja tuli kaksi (molemmat yläasteen osalta);

tärkeiksi todettiin opettaa myös erilaiset perhekasvatusaiheet sekä kulutustottumukset.



Kuva 8 Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen tärkeys opettajien sukupuolen mukaan

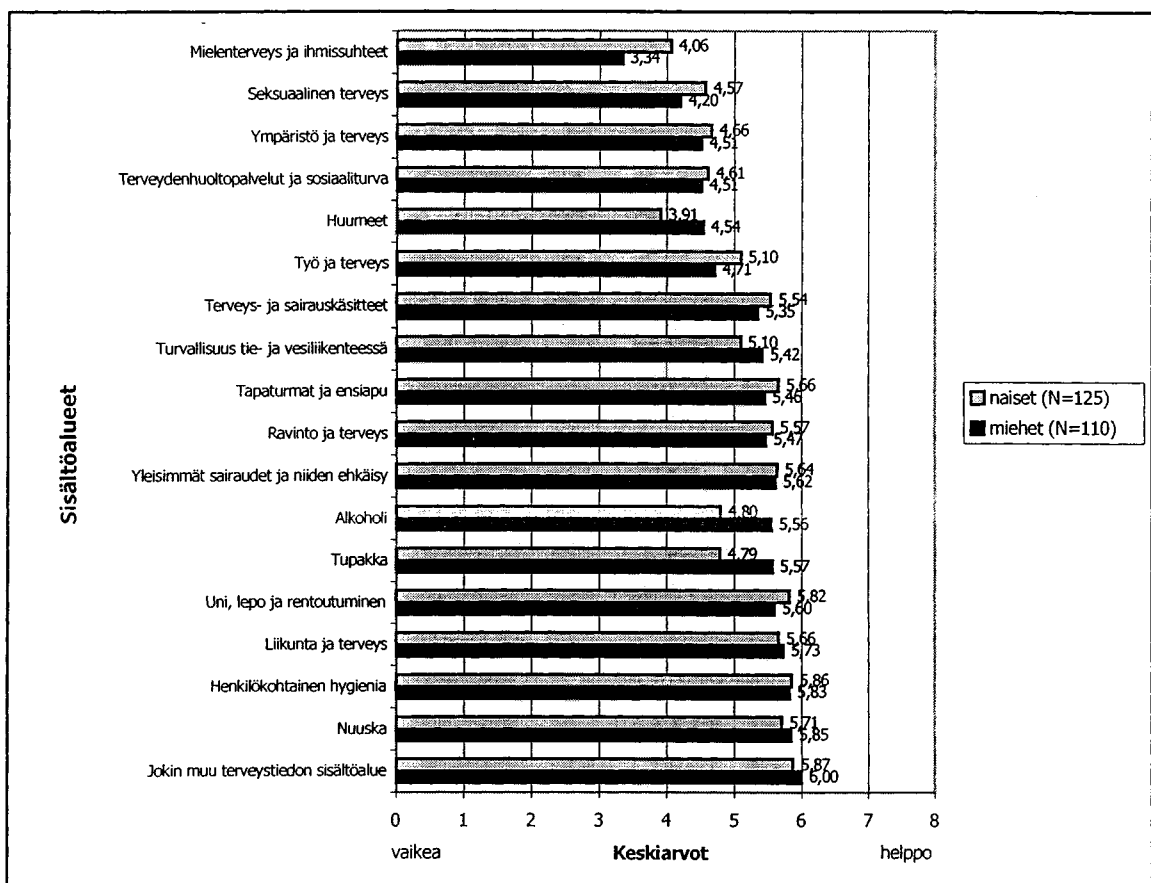
Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen tärkeyden lisäksi kartoitettiin sitä, mitkä terveystiedon oppisisällöistä opettajat kokivat vaikeina opettaa. Kuvasta 9 huomataan yläasteen ja lukion liikunnanopettajien kokemat vaikeudet terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisessa.



Kuva 9 Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen vaikeus koulumuodoittain

Lukion osalta vaikeimmiksi koettiin opettaa mielenterveys ja ihmissuhteet-, seksuaalinen terveys- sekä terveydenhuoltopalvelut ja sosiaaliturva- sisältöalueet. Kaikkien edellä mainittujen keskiarvot jäivät alle neljän ja puolen (mitä pienempi keskiarvo, sitä vaikeammaksi sisältöalueen opetus koettiin). Yläasteen osalta vaikeimpia opetettavia sisältöalueita näyttivät olleen mielenterveys ja ihmissuhteet, huumeet sekä seksuaaliseen terveyteen liittyvät asiat. Vähiten vaikeita opetettavia sisältöalueita olivat sekä yläasteen että lukion osalta henkilökohtaista hygieniaa sekä nuuskaa käsittelevät aiheet. Koulumuotojen välisten terveystiedon eri sisältöalueiden keskiarvojen eroja tarkasteltiin t-testillä. Sillä saatiin huumeiden vaikeuden opettamisessa tilastollisesti merkitsevää eroa ($p < .01$).

Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen vaikeuden arviointeja vertailtiin edelleen sukupuolittain (kuva 10). Naiset kokivat vaikeimmaksi opetettavaksi terveystiedon sisältöalueista huumeet. Miehet puolestaan pitivät vaikeimpana opettaa mielenterveyttä ja ihmissuhteita käsitteleviä asioita (ks. liite 13). Katsottaessa terveystiedon eri sisältöalueiden keskiarvojen eroja opettamisen vaikeudesta sukupuolten välillä, nähdään tilastollisesti merkitsevää eroa ($p < .01$) mielenterveys ja ihmissuhteet -sisältöalueessa (miehet kokivat sen vaikeampana opettaa kuin naiset) sekä tilastollisesti erittäin merkitsevää eroa ($p < .001$) alkoholi- ja tupakka-sisältöalueiden osalta. Naiset pitivät näitä sisältöalueita vaikeampina opettaa kuin miehet (ks. liite 14).



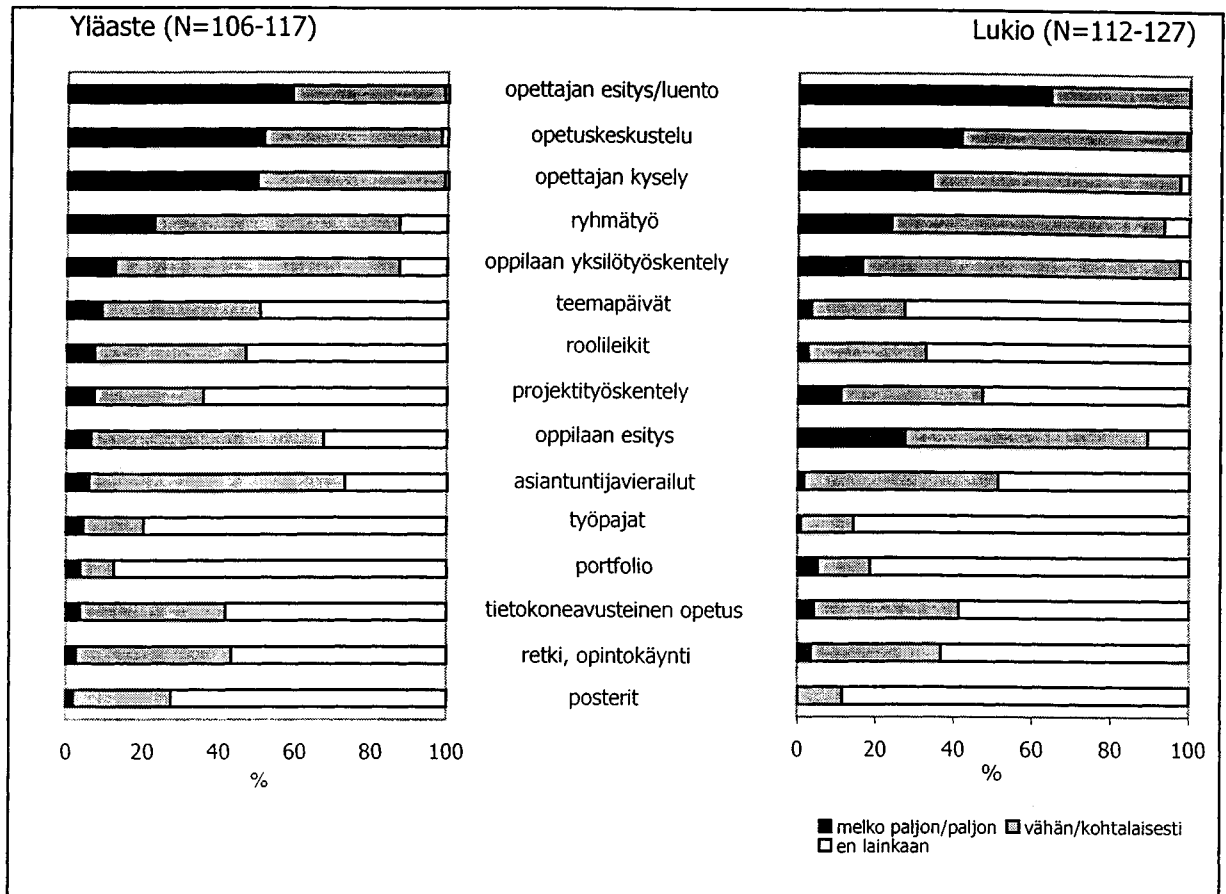
Kuva 10 Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen vaikeus opettajien sukupuolten mukaan

7.5 Opetusmuodot ja -menetelmät

Kyselyssä opettajilta tiedusteltiin 5-luokkaisella Likert-tyyppisellä asteikolla, missä määrin he sovelsivat terveystiedon oppitunneillaan erilaisia opetusmuotoja ja -menetelmiä. Tuloksien tarkastelussa olivat mukana vain terveystietoa lukuvuonna 1999-2000 opettaneiden vastaukset. Liitteessä 15 on kuvattuna opetuksen eri muoto- ja menetelmävaihtoehdot sekä niiden käyttöuseudet eri koulumuotojen sekä sukupuolten välillä. 5-luokkaisesta Likert-asteikosta muodostettiin kolmiluokkainen: 1) ei käyttänyt lainkaan, 2) käytti vähän tai kohtalaisesti ja 3) käytti melko paljon tai paljon kyseistä opetusmuotoa ja -menetelmää.

Opetusmuodoista ja -menetelmistä yleisimmäksi nousi opettajan esitys tai luento, jota 60 % kyselyyn vastanneista yläasteen ja lukion liikunnanopettajista oli käyttänyt melko paljon tai paljon. Seuraavaksi käytetyimmäksi osoittautui opettajan kysely terveystiedon tunneilla (40 % vastanneista yläasteen ja lukion opettajista). Opettajat olivat käyttäneet opetuksessaan vähiten portfolioita, työpajoja sekä postereita.

Koulumuotojen välisiä eroja tarkasteltaessa havaittiin, että lukiossa käytettiin opettajan esitystä ($p < .001$) sekä oppilaan yksilötyöskentelyä ($p < .05$) enemmän kuin yläasteella (kuva 11). Yläasteen opettajien terveystiedon oppitunneilla teemapäivien ($p < .01$), postereiden ($p < .01$) ja opettajan kyselyn ($p < .05$) käyttö opetusmuotona oli yleisempää lukioon verrattuna. Sukupuolten väliltäkin eroja löydettiin. Naiset käyttivät opetusmuotoina ja -menetelminä oppilaan yksilötyöskentelyä ($p < .01$), ryhmitöitä ($p < .05$) sekä postereita ($p < .01$) yleisemmin kuin miehet. Vain perinteiselle opettajajohtoiselle opetustavalle ominaista opettajan esitystä tai luentoja hyödynsivät miehet tilastollisesti merkitsevästi ($p < .01$) enemmän kuin naiset. Muissa tapauksissa ei tilastollisesti merkitseviä eroja havaittu niin koulumuodon kuin sukupuolenkaan osalta.



Kuva 11 Eri opetusmuotojen ja -menetelmien käyttö eri koulumuotojen mukaan

Kuvailevien ja prosentuaalisten vertailujen lisäksi suoritettiin yksisuuntaiset varianssianalyysit (ANOVA) mahdollisten ikään sekä työvuosien lukumäärän liittyvien eroavaisuuksien löytämiseksi (liite 16). Analyysi tehtiin 5-luokkaisesta Likert -asteikosta, koska muuttujat olivat jakautuneet siinä normaalimmin verrattuna 3-luokkaiseen. Ikäryhmien väliltä eroja havaittiin ainoastaan opettajan kysely -opetusmenetelmän kohdalla; nuorimmat liikunnanopettajat (25–34-vuotiaat) käyttivät menetelmää 45–54-vuotiaita ($p < .05$) sekä yli 54-vuotiaita ($p = .001$) yleisemmin. Tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$), saman suuntainen, tulos ilmeni myös 35–44-vuotiaiden sekä yli 54-vuotiaiden välillä.

Opettajan kyselyyn opetusmuotona liittyvät tulokset osoittivat tilastollisesti merkitseviä eroja myös työvuosien lukumääriä tarkasteltaessa. Yli 30 vuotta liikun-

nanopettajana toimineet käyttivät kyseistä opetusmenetelmää vähemmän kuin 2—5 vuotta ($p < .05$) sekä 6—15 vuotta ($p < .01$) opettajana työskennelleet. Yli 30 vuotta tai alle kaksi vuotta opettajana toimineiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja kyselymenetelmän käytössä opetusmuotona. Sen sijaan tarkasteltaessa työpajojen käytön useutta opetusmenetelmänä, osoitti yksisuuntainen varianssianalyysi poikkeamaa ($p < .05$) ryhmien välillä; alle kaksi työvuotta omaavat käyttivät tätä opetusmuotoa useammin kuin 2—5, 6—15 tai 16—30 vuotta opettajana työskennelleet. Alle kaksi vuotta ja yli 30 vuotta opettaneiden väliltä ei eroavaisuuksia löydetty.

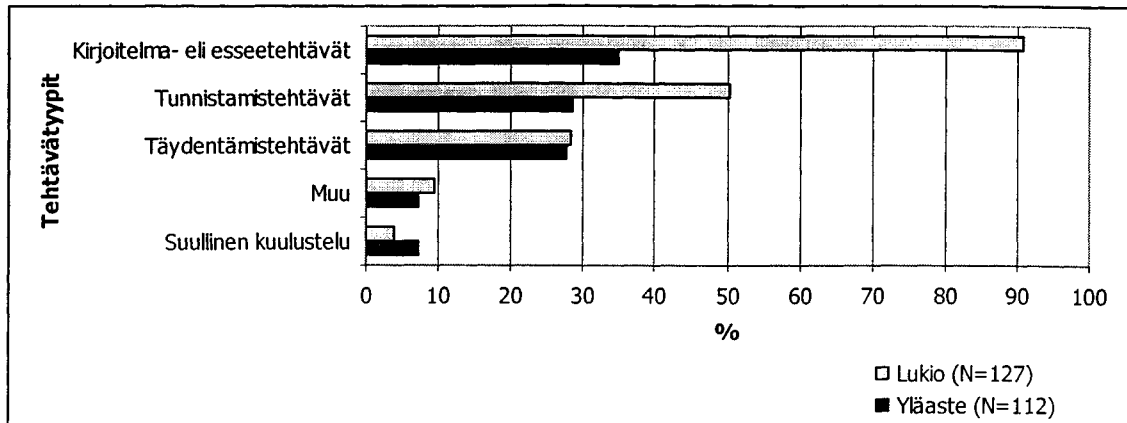
7.6 Oppilasarviointi terveystiedossa

Tarkasteltaessa kysymystä terveystiedon kokeiden lukumäärästä kuluneen lukuvuoden aikana, havaittiin yläasteen ja lukion välillä tilastollisesti erittäin merkitsevä eroavaisuus ($p < .001$); lukiossa kokeita pidettiin huomattavasti useammin. Kuten taulukosta 6 havaitaan, terveystietoa opettaneista yläasteen liikunnanopettajista yli 50 % ei järjestänyt lainkaan oppilasarviointiin liittyviä kokeita lukuvuonna 1999—2000, kun taas lukion vastaava prosenttiosuus oli vain noin kuusi. Lukiossa terveystietoa opettavat liikunnanopettajat pitivät pääsääntöisesti yhden kokeen (71.4 %) kyselyä edeltäneenä lukuvuonna. Sukupuolten välillä ei eroavaisuuksia havaittu ($p > .05$).

Taulukko 6 Oppilasarviointiin liittyvien kokeiden lukumäärä lukuvuoden 1999—2000 aikana koulumuodoittain .

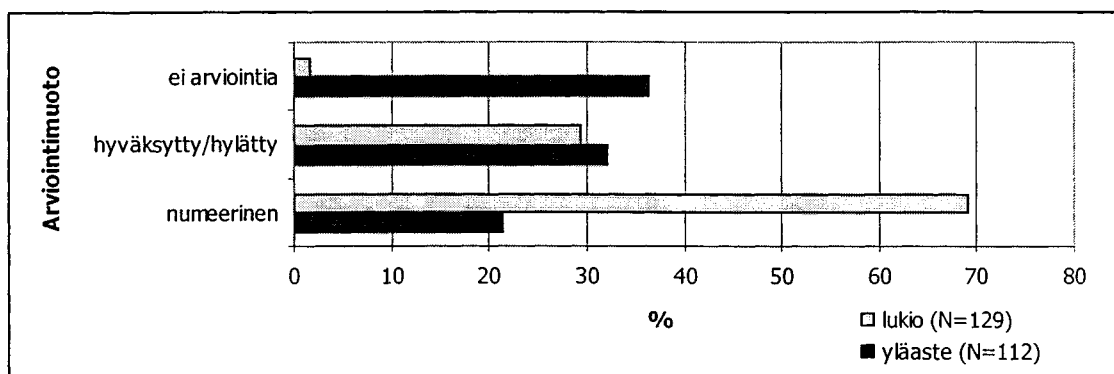
LUKUMÄÄRÄ	TYÖPAIKKA		p	SUKUPUOLI		p
	yläaste %	lukio %		nainen %	mies %	
0	52,7	5,5	0,000	28,5	26,9	0,491
1	34,8	71,4		55,5	52,8	
2	8,9	18,3		12,4	15,6	
3	2,7	2,4		3,2	1,9	
4	0,9	0,0		0,0	0,9	
5	0,0	1,6		0,0	1,9	
6	0,0	0,8		0,4	0,0	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
N	112	126		130	108	

Terveystiedon osaamista arvioivaa koetta tarkasteltiin sen luonteen mukaan. Valtaosa opettajista käytti koemuotona kirjoitelma- ja esseetehtäviä (yläasteen opettajista kolmasosa ja lukion opettajista yhdeksän kymmenestä). Tässä yhteydessä ero koulumuotojen välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < .001$). Seuraavaksi yleisimpiä olivat niin yläasteella kuin lukiossakin tunnistamis- eli monivalinta-, vaihtoehto- ja yhdistämistehtävät (ero tilastollisesti erittäin merkitsevä, $p = .001$) ja täydentämistehtävät, kuten kuva 12 osoittaa. Naiset ja miehet järjestivät luonteeltaan samankaltaisia kokeita. Vain muiden koetyyppien käytössä havaittiin tilastollisesti melkein merkitsevää eroa ($p < .05$); naiset käyttivät enemmän erilaisia tehtävätyyppejä, joista suosituimmaksi nousi yläasteella työvihko sekä sanaristikot, ja lukion opettajilla termien määritelmät. Tarkemmat jakaumatiedot terveystiedon kokeiden luonteesta ovat liitteessä 17.



Kuva 12 Terveystiedon kokeiden tehtävät koulumuodon mukaan

Terveystiedon kurssin arviointitapa vaihteli koulumuodosta riippuen, kuten kuvasta 13 sekä liitteestä 17 saatetaan havaita. Lukiossa terveystiedon kurssi arvioitiin pääsääntöisesti numeerisesti (noin 70 %), kun taas yläasteella numeron oli antanut vain joka viides liikunnanopettaja niistä, jotka olivat opettaneet terveystietoa lukuvuonna 1999—2000; ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < .001$). Yläasteella ei joka toisessa koulussa arvioitu terveystietoa lainkaan. Kolmasosassa kouluista molempien koulumuotojen osalta arvioitiin terveystiedon kurssi hyväksytty/hylätty -periaatteella.



Kuva 13 Terveystiedon kurssin arviointi koulumuodoittain

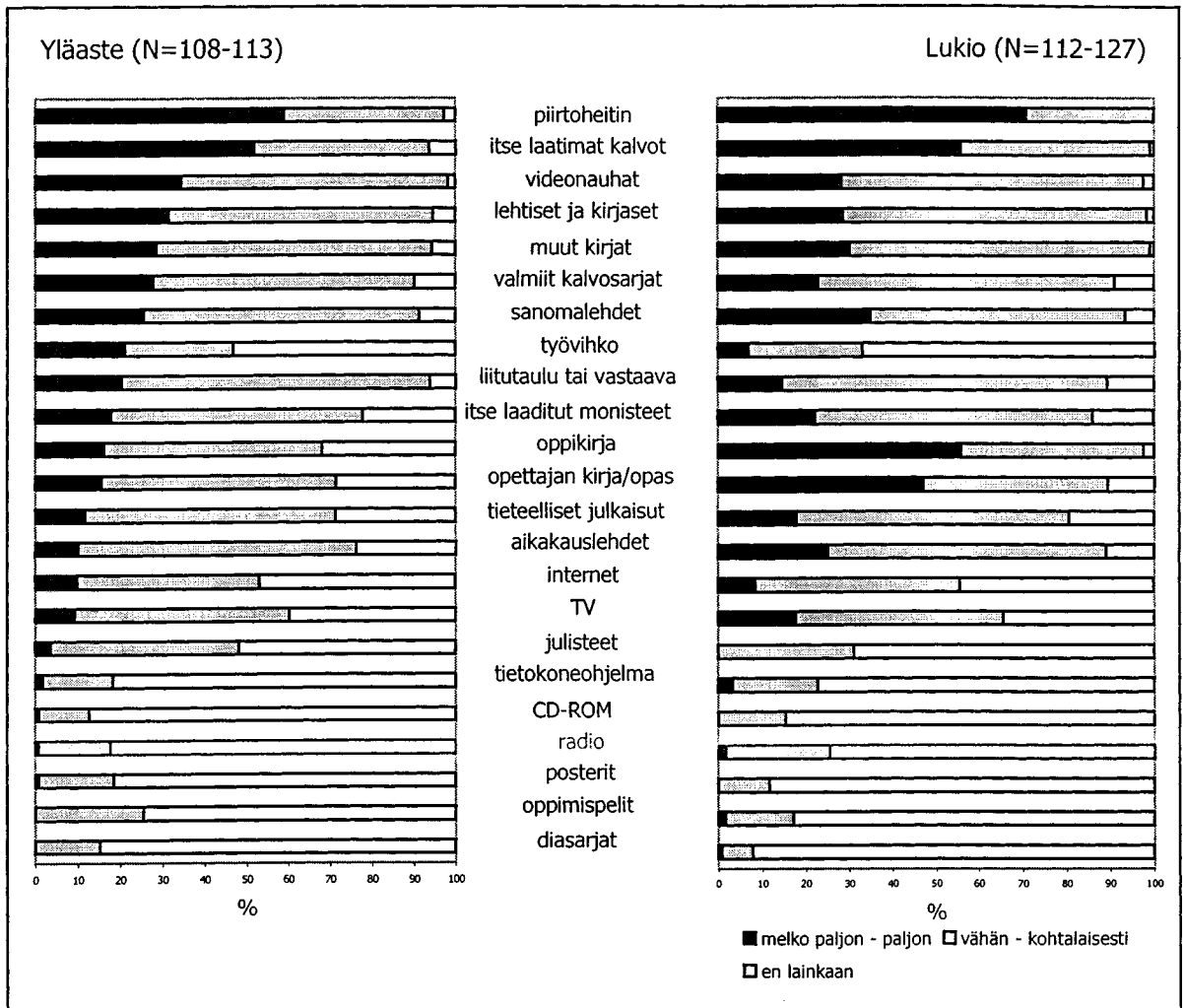
7.7 Oppimateriaali ja -välineet

Annettujen vastausvaihtoehtojen mukaisesti liikunnanopettajia pyydettiin arvioimaan Likert -asteikolla (1-5), missä määrin he käyttivät erilaista terveystietoon liittyvää oppimateriaalia ja -välineistöä opetuksessaan. Oppimateriaalia ja -välineitä koskevaan kyselylomakkeen kysymykseen oli jäänyt korjaamaton versio kysymyksen asettelussa. Kysymys kuului ”Kuinka monella oppitunnilla — — ?” ja annetut vastausvaihtoehdot (ei lainkaan, vähän, kohtalaisesti, melko paljon ja paljon) soveltuivat pikemminkin kysymykseen ”Missä määrin — — ?” Vastausvaihtoehdot olivat oikeat. Tässä yhteydessä kysymystä tarkastellaan vastausvaihtoehtojen mukaisesti. Liitteestä 18 selviää jokaisen vastausvaihtoehdon tarkat prosentuaaliset osuudet kunkin materiaalin ja välineen osalta eri koulumuotojen sekä sukupuolten välillä (mukana ne opettajat, jotka olivat opettaneet terveystietoa lukuvuonna 1999—2000). Kyselyn Likert -asteikosta muodostettiin kolmiluokkainen tiedon tiivistämistä varten: 1) ei käyttänyt lainkaan, 2) käytti vähän tai kohtalaisesti ja 3) käytti melko paljon tai paljon kyseistä oppimateriaalia ja -välinettä.

Oppimateriaaleista ja -välineistä oli käytetty eniten piirtoheitintä. Kyselyyn vastanneista pääosin yläasteella terveystietoa opettavista liikunnanopettajista noin 60 % oli niitä, jotka olivat käyttäneet opetuksensa tukena melko paljon tai paljon piirtoheitintä. Lukion opettajien kohdalla vastaava osuus oli hieman yli 70 %. Sekä yläasteen että lukion liikunnanopettajista hieman runsas 50 % oli käyttänyt melko paljon tai paljon itse laadittuja kalvoja terveystiedon opetuksessa. Vähiten käytetyiksi oppimateriaaleiksi ja -välineiksi sekä yläasteen että lukion terveystiedon tunneilla osoittautuivat diasarjat, CD-romit, posterit, radio, tietokoneohjelmat ja oppimispelit.

Lukion liikunnanopettajien terveystiedon tunneilla käytettiin yläasteella järjestettävää opetusta enemmän oppikirjaa: lukiossa sitä käytti yli 50 % opettajista yläasteen noin 15 %:iin verrattuna ($p < .001$). Samansuuntaisia tuloksia havaittiin myös

opettajan kirjan/oppaan ($p < .001$) sekä aikakauslehtien kohdalla ($p < .01$). Lisäksi piirtoheitintä, joka oli molemmissa koulumuodoissa käytetyin kaikista oppimateriaaleista ja -välineistä, hyödynnettiin lukiossa tilastollisesti melkein merkitsevästi ($p < .05$) enemmän. Vain julisteiden ja työvihon käyttöä esiintyi yläasteella enemmän ($p < .01$). Kuvassa 14 on tiivistettynä saadut vertailutulokset koulumuotojen väliltä.



Kuva 14 Oppimateriaalien ja -välineiden käytön yleisyys eri koulumuotojen välillä

Naiset käyttivät terveystiedon opetuksessaan monia oppimateriaaleja ja -välineitä enemmän kuin miehet. Kyseisiä välineitä sekä materiaaleja olivat muut kirjat ($p < .05$), posterit ($p < .05$), aikakauslehdet ($p < .001$), tiedelehdet ($p < .05$), televisio ($p = .001$) sekä radio ($p < .01$). Myös lehtisiä ja kirjasia sekä sanomalehtiä hyö-

dynnettiin enemmän naisten kuin miesten keskuudessa; kun naisista noin 40 % hyödynsi niitä, oli vastaava osuus miehillä vain noin 15 %. Tulokset olivat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < .001$). Ainoastaan diojen ($p < .05$) ja tietokoneohjelmien ($p < .01$) käyttöä esiintyi miehillä enemmän, joskin niiden käytön määrä oli heiläkin vähäistä.

Yksisuuntainen varianssianalyysi 5-luokkaisesta muuttujasta ei osoittanut yhtä poikkeamaa lukuun ottamatta ryhmien välillä olevan eroa oppimateriaalien ja -välineiden käytössä opettajien ikää tai työvuosien lukumäärää verrattaessa (liite 19). Vain ikään liittyen havaittiin tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p < .05$); 25–34-vuotiaat käyttivät internetiä enemmän kuin yli 55-vuotiaat opettajat.

7.8 Peruskoulutuksen antamat valmiudet opettaa terveystietoa

Opettajia pyydettiin arvioimaan, oliko koulutus antanut heille riittäviä valmiuksia toimimaan terveystiedon opettajana. Valtaosa sekä yläasteen että lukion liikunnanopettajista oli sitä mieltä, että koulutus oli varustanut heidät riittävällä terveyteen liittyvällä tietopääomalla (noin 75 %) ja valmiuksilla (noin 60 %) toimimaan terveystiedollisissa opetustilanteissa (taulukko 7). Suunnilleen 40 % vastanneista sekä yläasteen että lukion nais- ja miesopettajista koki saaneensa terveystiedon opettamiseen vaadittavat valmiudet opetusmenetelmien ja oppimateriaalien käytöstä. Niin koulumuodon kuin sukupuolenkaan väliltä ei eroja havaittu edellä mainittujen kysymysten osalta.

Kysyttäessä mielipidettä siitä, oliko koulutus antanut virikkeitä oppilaiden motivointiin terveystiedollisissa asioissa, havaittiin sekä koulumuotojen että sukupuolen välillä eroavaisuuksia. Suurempi osa miehistä kuin naisista ($p < .01$) oli sitä mieltä, että koulutus antoi virikkeitä oppilaiden motivointiin terveystiedollisissa asioissa. Miehistä 35 % oli väittämän kanssa jokseenkin samaa mieltä tai samaa mieltä.

Naisten kohdalla vastaava osuus oli noin 30 %. Saman väittämän kohdalla havaittiin eroa myös koulumuotojen välillä. Pääasiassa yläasteella terveystietoa opettavat liikunnanopettajat kokivat koulutuksen antaneen virikkeitä oppilaiden motiivointiin enemmän kuin lukiossa toimivat liikunnanopettajat. Ero oli tilastollisesti melkein merkitsevä ($p < .05$).

Taulukko 7 Peruskoulutuksen antamien terveystiedon opetukseen liittyvien valmiuksien kokeminen

	TYÖPAIKKA		p	SUKUPUOLI		p
	yläaste %	lukio %		nainen %	mies %	
Koulutus antoi riittävät valmiudet terveystiedon tietosisällön hallintaan.			0.860			0.272
eri mieltä	3.9	3.8		5.6	2.1	
jokseenkin eri mieltä	17.0	16.0		19.4	13.6	
en osaa sanoa	2.6	6.9		4.9	4.3	
jokseenkin samaa mieltä	45.1	54.2		47.9	50.7	
samaa mieltä	31.4	19.1		22.2	29.3	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	153	131		144	140	
Koulutus antoi riittävät valmiudet erilaisten opetusmenetelmien käyttöön.			0.507			0.402
eri mieltä	7.8	9.9		10.4	7.1	
jokseenkin eri mieltä	31.4	33.6		35.4	29.3	
en osaa sanoa	13.1	16.0		11.8	17.1	
jokseenkin samaa mieltä	34.0	32.8		30.6	36.4	
samaa mieltä	13.7	7.6		11.8	10.0	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	153	131		144	140	
Koulutus antoi riittävästi tietoa erilaisten oppimateriaalien käytöstä.			0.216			0.465
eri mieltä	6.5	6.2		8.3	4.3	
jokseenkin eri mieltä	27.5	38.5		31.3	33.8	
en osaa sanoa	20.9	21.5		23.6	18.7	
jokseenkin samaa mieltä	33.3	27.7		27.8	33.8	
samaa mieltä	11.8	6.2		9.0	9.4	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	153	131		144	140	
Koulutus antoi virikkeitä oppilaiden motiivointiin terveystiedollisissa asioissa.			0.020			0.002
eri mieltä	8.5	17.6		16.0	9.3	
jokseenkin eri mieltä	37.3	33.6		42.4	28.6	
en osaa sanoa	15.7	22.9		11.1	27.1	
jokseenkin samaa mieltä	30.1	22.9		24.3	29.3	
samaa mieltä	8.5	3.1		6.3	5.7	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	153	131		144	140	
Koulutus antoi riittävät valmiudet toimimaan terveystiedollisissa opetustilanteissa.			0.287			0.061
eri mieltä	4.6	7.6		8.3	3.6	
jokseenkin eri mieltä	13.1	13.7		17.4	9.3	
en osaa sanoa	14.4	22.1		16.0	20.0	
jokseenkin samaa mieltä	47.1	39.7		38.2	49.3	
samaa mieltä	20.9	16.8		20.1	17.9	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	153	131		144	140	

Yksisuuntainen varianssianalyysi tehtiin haluttaessa tarkastella vaikuttaako opettajan ikä tai työvuosien lukumäärä peruskoulutuksen antamien valmiuksien kokeamiseen (liite 20). Nuorimmassa ikäryhmässä (25—34-vuotiaat) useammat kuin muissa ikäryhmissä ilmoittivat saaneensa riittävät valmiudet koulutuksestaan erilaisten opetusmenetelmien hyödyntämiseen; tilastollisesti merkitsevä tulos ($p < .01$) saatiin suhteessa 35—44-vuotiaisiin ja erittäin merkitsevä tulos ($p < .001$) verrattuna yli 45-vuotiaisiin opettajiin.

Useampi 2—5 vuotta liikunnanopettajana toimineista opettajista verrattuna sekä 16—30 vuotta ($p < .001$) että yli 30 vuotta ($p < .05$) toimineisiin opettajiin nähden koki peruskoulutuksen varustaneen heidät riittävällä kykytasolla opetusmenetelmien hyödyntämistä ajatellen. Tilastollisesti merkitsevä ($p < .01$) samansuuntainen tulos havaittiin myös 6—15 vuotta sekä 16—30 vuotta liikunnanopettajana olleiden välillä. Yksisuuntainen varianssianalyysi kertoi myös, että 2—5 vuotta opettaneet kokivat saaneensa koulutuksestaan enemmän tarvittavaa tietopääomaa oppimateriaalin hyödyntämiseen kuin yli 16 vuotta opettaneet ($p < .05$). Muissa peruskoulutukseen liittyvissä väittämässä ei havaittu ikäryhmien eikä työvuosien välillä eroavaisuuksia.

7.9 Koettu täydennyskoulutuksen tarve

Peruskoulutuksen antamien valmiuksien ohella tiedusteltiin myös mielipiteitä terveystiedon opetukseen liittyvästä täydennyskoulutuksen tarpeesta. Kaiken kaikkiaan kyselyyn vastanneet liikunnanopettajat olivat hyvinkin samaa mieltä täydennyskoulutuskysymyksistä riippumatta sukupuolesta tai siitä, antoivatko he terveystiedon opetusta peruskoulun yläasteella vai lukiossa (taulukko 8). Yli kolme viidesosaa opettajista toivoi lisäkoulutusta, voidakseen antaa asiantuntevaa opetusta. Samansuuntaisia tuloksia havaittiin myös terveystiedon sisältöalueiden, opetusmenetelmien sekä oppimateriaalin ja -välineiden hallinnan osalta. Opetus-

menetelmien ja oppimateriaalien sekä -välineiden osalta täydenniskoulutustarve koettiin suuremmaksi kuin terveystiedon sisältökysymysten osalta.

Taulukko 8 Täydenniskoulutuksen tarpeellisuuden kokeminen

	TYÖPAIKKA		p	SUKUPUOLI		p
	yläaste %	lukio %		nainen %	mies %	
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydenniskoulutusta, jotta voisin opettaa terveystietoa riittävän asiantuntevasti.						
			0,621			0,549
eri mieltä	8,4	6,1		7,6	7,1	
jokseenkin eri mieltä	16,9	18,3		17,4	17,7	
en osaa sanoa	7,1	11,5		8,3	9,9	
jokseenkin samaa mieltä	37,7	38,9		34,7	41,8	
samaa mieltä	29,9	25,2		31,9	23,4	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
N	154	131		144	141	
Olen saanut riittävästi tietoa terveystietoon Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydenniskoulutusta erityisesti terveystiedon oppisisällöistä (sisällön hallinta).						
			0,663			0,863
eri mieltä	11,2	9,2		9,8	10,8	
jokseenkin eri mieltä	23,0	30,8		25,9	27,3	
en osaa sanoa	15,8	13,8		14,0	15,8	
jokseenkin samaa mieltä	34,2	33,1		33,6	33,8	
samaa mieltä	15,8	13,1		16,8	12,2	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
N	152	130		143	139	
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydenniskoulutusta erityisesti terveystiedon opetusmenetelmistä (opetusmenetelmien hallinta).						
			0,909			0,260
eri mieltä	5,9	3,8		3,5	6,4	
jokseenkin eri mieltä	20,9	21,4		17,4	25,0	
en osaa sanoa	9,8	9,2		11,1	7,9	
jokseenkin samaa mieltä	41,8	45,8		47,9	39,3	
samaa mieltä	21,6	19,8		20,1	21,4	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
N	153	131		144	140	
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydenniskoulutusta erityisesti oppimateriaaleista ja -välineistä (materiaalin sekä välineiden hallinta)						
			0,894			0,249
eri mieltä	3,3	3,1		4,2	2,2	
jokseenkin eri mieltä	22,4	26,9		22,2	26,8	
en osaa sanoa	15,1	14,6		12,5	17,4	
jokseenkin samaa mieltä	42,1	41,5		41,7	42,0	
samaa mieltä	17,1	13,8		19,4	11,6	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
N	152	130		144	138	
Olen kiinnostunut osallistumaan 3-5 opintoviikon laajuiseen terveystiedon jatkokoulutukseen.						
			0,019			0,000
eri mieltä	12,4	10,7		9,0	14,3	
jokseenkin eri mieltä	11,1	7,6		4,9	14,3	
en osaa sanoa	11,1	20,6		10,4	20,7	
jokseenkin samaa mieltä	18,3	28,2		20,8	25,0	
samaa mieltä	47,1	32,8		54,9	25,7	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
N	153	131		144	140	
Olen kiinnostunut osallistumaan liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan järjestämille syvemmälle meneville (15-35 ov) terveyskasvatuksen arvosanaopintoihin.						
			0,060			0,000
eri mieltä	28,2	33,8		26,1	35,8	
jokseenkin eri mieltä	23,5	18,5		13,4	29,2	
en osaa sanoa	12,8	20,8		18,3	14,6	
jokseenkin samaa mieltä	18,1	8,5		15,5	11,7	
samaa mieltä	17,4	18,5		26,8	8,8	
Yht.	100,0	100,0		100,0	100,0	
N	149	130		142	137	

Valtaosa vastanneista koki siis täydennyskoulutuksen olevan työnsä kehityksen kannalta oleellista. Kun kysyttiin kiinnostusta terveystiedon jatkokoulutukseen osallistumisesta, havaittiin tilastollisesti merkitseviä eroja tuloksissa niin koulumuotojen kuin sukupuoltenkin välillä. Lyhyemmän 3—5 opintoviikon jatkokoulutuksen kokivat yläasteen opettajat lukion opettajiin nähden ($p < .05$) sekä naisopettajat miesopettajiin nähden ($p < .001$) tarpeellisemmaksi; sekä yläasteen opettajista että naisopettajista lähes joka toinen vastasi olevansa samaa mieltä jatkokoulutukseen osallistumisesta. Naiset kokivat enemmän kuin miehet tarvitsevänsä myös syvemmälle meneviä opintoja ($p < .001$). Tässä yhteydessä yläasteen ja lukion liikunnanopettajien väliltä ei tilastollisesti merkitsevää eroa havaittu.

Yksisuuntainen varianssianalyysi suoritettiin tarkasteltaessa vastaajan iän ja työvuosien lukumäärän vaikutusta koettuun täydennyskoulutuksen tarpeellisuuteen. Pienempi osa alle 35-vuotiaista (ryhmät alle 25 v. ja 25—34 v.) katsoi muita ikäryhmiä vähemmän tarvitsevänsä terveystiedon opetusmenetelmiin liittyvää täydennyskoulutusta ($p < .05$). Muuten ei eroja havaittu lukuun ottamatta mielipiteitä, joissa tiedusteltiin tarpeellisuutta lisäkoulutukseen osallistumisesta. 3—5 opintoviikon pituiseen jatkokoulutukseen kokivat yli 55-vuotiaat liikunnanopettajat vähemmän tarvetta osallistua kuin nuoremmat ikäryhmät ($p = .001$). Syvemmälle meneviä opintoja kokivat 45—54-vuotiaat tarvitsevänsä vähemmän kuin 25—43-vuotiaat. Saman suuntainen, tilastollisesti erittäin merkitsevä ero saatiin myös yli 55-vuotiaiden sekä muiden kuin ryhmän 45—54-vuotiaat välillä (liite 21).

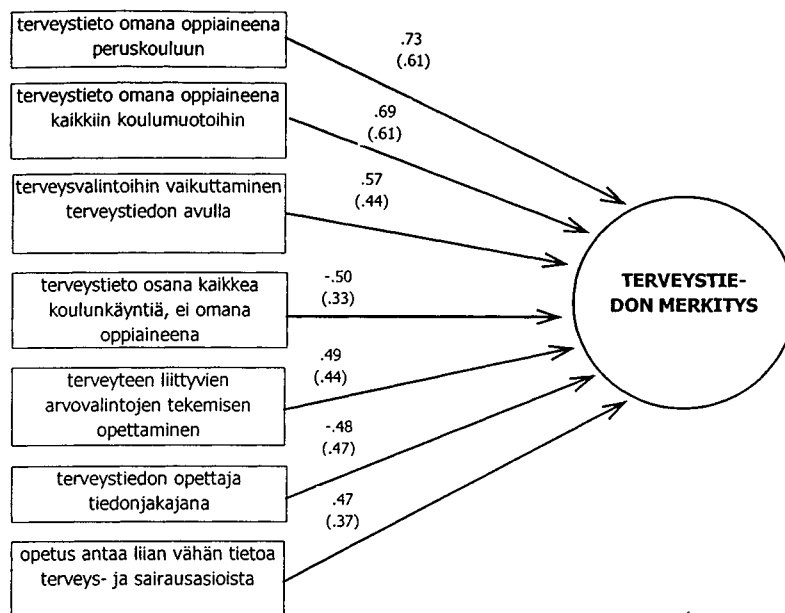
Varianssianalyysin mukaan havaittiin eroja ryhmien välillä työvuosien lukumäärän vaikutuksesta koettuun täydennyskoulutuksen tarpeellisuuteen. Ryhmien välisiä eroja havaittiin sekä opetuksen asiantuntevuutta ($p < .01$), oppisisältöjä ($p < .05$), opetusmenetelmiä ($p = .001$) että jatkokoulutukseen osallistumisen tarpeellisuutta kuvaavissa väittämissä ($p < .001$). Nuorista pienempi osa kuin vanhemmista opettajista koki tarvitsevänsä täydennyskoulutusta, mutta nuoret olivat kuitenkin halukkaampia osallistumaan järjestettävään täydennyskoulutukseen vanhempiin ikäryhmiin verrattuna.

7.10 Mielipiteitä ja näkemyksiä terveystiedon opettamisesta

Kyselyssä tiedusteltiin 27 väittämän avulla opettajien näkemyksiä ja mielipiteitä terveystiedon opettamisesta. Väittämiin vastasivat miltei kaikki (N=273—287) vastauslomakkeen täyttäneistä ja takaisin postittaneista liikunnanopettajista. Liitteessä 22 on kuvattu eri vastausvaihtoehtojen saamat prosentuaaliset osuudet sekä kuvailevat tiedot kustakin väittämästä peruskoulun yläasteen ja lukion liikunnanopettajien osalta.

Saatu tieto opettamiseen asennoitumisesta tiivistettiin faktorianalyttisesti. Faktoriin lukumäärän arvioimisessa käytettiin pääkomponenttianalyysiä sekä Kaiserin kriteeriä, jonka mukaan ratkaisuun valitaan ominaisarvoltaan ykköistä suuremmat faktorit (Erätuuli, Leino & Yli-Luoma 1994, 53; Nummenmaa ym. 1997, 230—232, 243). Tämän mukaan olisi muodostunut kymmenen faktoria, mutta faktorin tulkinnan selkeyden kannalta päädyttiin seitsemään faktoriin. Ensimmäinen pääkomponenttianalyysi osoitti kahden muuttujan latautuvan eri faktoreiden kesken niin tasaisesti, että ne tiputettiin seuraavasta faktoroinnista pois.

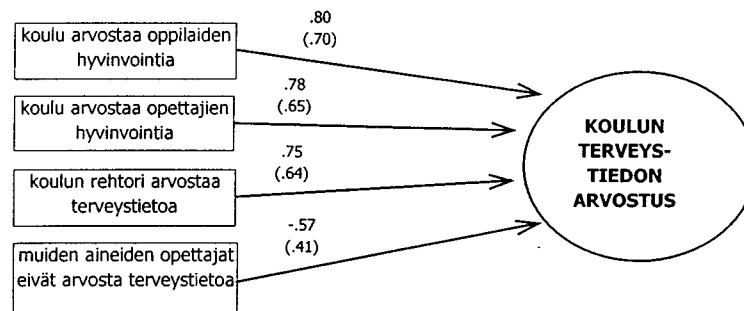
Ensimmäinen faktori nimettiin **terveystiedon merkitykseksi**. Parhaiten latautui muuttuja "Kannatan sitä, että terveystiedosta tulee uusi oma oppiaine myös peruskouluun" (lataus .73). Muita terveystiedon merkitykselle latautuneita muuttujia olivat "Terveystietoa tulisi opettaa omana itsenäisenä oppiaineenaan kaikissa koulumuodoissa", "Terveystiedon avulla pystyn vaikuttamaan oppilaiden terveysvalintoihin", "Terveystieto toteutuu parhaiten osana kaikkea koulunkäyntiä, ei missään yksittäisessä oppiaineessa", "Jotta oppilaat kykenisivät tekemään terveyteensä liittyviä arvovalintoja, tulee heitä siihen koulussa opettaa", "Koen terveystiedon opettajana olevani enemmän tiedonjakaja kuin asennemuokkaaja sekä "Kouluopetus välittää liian vähän tietoa terveydestä ja sairauksista ja niihin vaikuttavista tekijöistä" (kuviot 5).



Kuvio 5 Terveystiedon merkitys -faktoriin latautuneet muuttujat ja niiden lataukset (suluissa kommunaliteetti)

Kuvailevat ja prosentuaaliset tulokset faktorin muuttujista osoittivat, että lähes kaikki kyselyyn vastanneet yläasteen ja lukion liikunnanopettajat (>90 %) olivat sitä mieltä, että terveystietoa tulisi opettaa omana oppiaineenaan niin peruskoulussa kuin muissakin koulumuodoissa. Vain noin 5 % kannatti terveystiedon sisällyttämistä osaksi kaikkea koulunkäyntiä sen sijaan, että se olisi oma oppiaineensa. Opettajat olivat jokseenkin samaa tai samaa mieltä (>80 %) siitä, että koulun tulisi antaa enemmän tietoa terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä opettaa terveystiedon avulla oppilaita tekemään itsenäisesti terveyteensä liittyviä arvovalintoja. Tiedusteltaessa, kokivatko liikunnanopettajat terveystiedon opettajina olevansa asenteen muokkaajia vai tiedonjakajia, havaittiin näkemyksissä jonkin asteista polarisoitumista; yli puolet koki olevansa asenteen muokkaajia, kun taas yksi neljästä lähinnä tiedonjakajia. Yli 80 % opettajista katsoi voivansa terveystiedon opetuksen avulla vaikuttaa oppilaiden tekemiin terveysvalintoihin.

Toinen faktori kuvastaa **koulun hyvinvoinnin ja terveystiedon arvostusta** (kuvio 6). Kärkimuuttujaksi nousi ”Koulussamme arvostetaan oppilaiden hyvinvointia” (.80). ”Koulussamme arvostetaan opettajien hyvinvointia”, ”Koulun rehtori arvostaa terveystietoa” sekä ”Koulun muiden aineiden opettajat eivät arvosta terveystietoa” olivat niin ikään kyseiselle faktorille painavimmin latautuneita ominaispiirteitä.

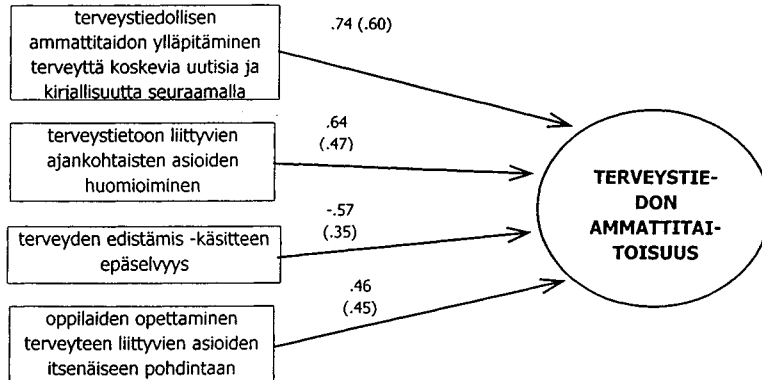


Kuvio 6 Koulun hyvinvoinnin ja terveystiedon arvostus -faktoriin latautuneet muuttujat ja niiden lataukset (suluissa kommunaliteetti)

Opettajien mielipiteet terveystiedon arvostamisesta jakaantuivat jonkin verran, kun tarkasteltiin väittämien prosentuaalisia sekä kuvailevia tuloksia. Opettajat kokivat samassa määrin, etteivät koulun muut opettajat arvosta terveystietoa (40 %) ja toisaalta arvostavat sitä (40 %). Siinä missä kolme viidestä liikunnanopettajasta katsoi koulun ja sen rehtorin arvostavan terveystietoa, yksi viidestä oli vastakaista mieltä. Kyselyyn vastanneet liikunnanopettajat kokivat koulun arvostavan enemmän oppilaiden kuin opettajien hyvinvointia; 80 % opettajista koki koulun arvostavan oppilaiden hyvinvointia, kun vastaava osuus opettajien hyvinvoinnin arvostamisen osalta oli alle 70 %. Lähes yksi viidestä opettajista oli sitä mieltä, ettei arvostusta opettajien hyvinvointia kohtaan juuri ilmene.

Terveystiedollinen ammattitaito -faktorille latautuivat parhaiten neljä muuttujaa (kuvio 7): ”Ylläpidän terveystiedollista ammattitaitoani seuraamalla aktiivisesti terveyttä koskevia uutisia ja kirjallisuutta” (.74), ”Huomioin opetuksessani

terveystietoon liittyvät ajankohtaiset asiat" (.64), "Terveysten edistäminen on minulle käsitteenä epäselvä" (-.57) sekä "Terveystiedon tulisi opettaa oppilaita ajattelemaan itsenäisesti terveyteen liittyviä asioita" (.46).

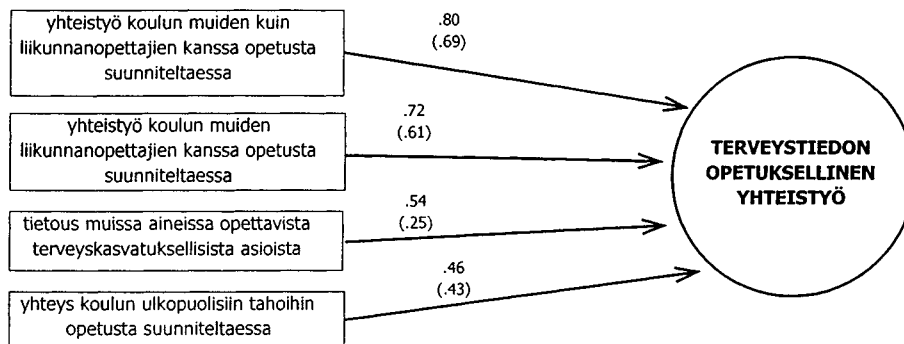


Kuvio 7 Terveystiedollinen ammattitaito -faktoriin latautuneet muuttujat ja niiden lataukset (suluissa kommunaliteetti)

Faktorin terveystiedollinen ammattitaito taustalla olevien väittämien tulokset kertoivat lähes kaikkien opettajien (>95 %) huomioivan oppisisältöjen ajankohtaisuuden sen ohella, että he seurasivat aktiivisesti, mitä terveystiedon ajankohtaisrintamalla tapahtuu. Yläasteen ja lukion liikunnanopettajat (99 %) katsoivat, että terveystiedon tulee opettaa oppilaita ajattelemaan elämäänsä liittyviä terveysasioita itsenäisesti. Tiedusteltaessa terveyden edistämiskäsitteen epäselvyydestä, vain 2 % koki sen olevan epäselvä, kun taas yli 95 %:lle vastaajista se oli käsitteenä selvä.

Liikunnanopettajien terveystiedon oppituntien suunnittelemista kuvasi muuttujista parhaiten "Suunnitellessani terveystiedon opetusta olen yhteydessä koulun muiden kuin liikunnanopettajien kanssa" (.80). Tämä muuttuja toimikin kärkimuuttujana faktorille **terveystiedon opetuksellinen yhteistyö**. Loput faktorille latautuneet muuttujat kertoivat nekin yhteistyöstä muiden opettajien ja ulkopuolisten tahojen kanssa sekä tietoisuudesta, mitä terveyskasvatuksellisia asioita muissa oppiaineissa käsitellään (kuvio 8). Liitteeseen 23 on koottu ne ulkopuoliset tahot, joiden

kanssa liikunnanopettajat olivat olleet yhteistyössä terveystiedon oppitunteja suunnitellessaan.

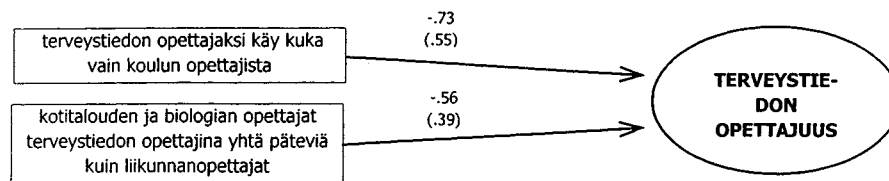


Kuvio 8 Terveystiedon opetuksellinen yhteistyö -faktoriin latautuneet muuttujat ja niiden lataukset (suluissa kommunaliteetti)

Terveystiedon opetuksellinen yhteistyö -faktorin muuttujissa havaittiin mielipiteiden polarisoitumista. Tiedusteltaessa yhteistyöstä ulkopuolisten tahojen kanssa oppitunteja suunniteltaessa, vastasi kolmasosa yläasteen ja lukion liikunnanopettajista, ettei ollut tehnyt yhteistyötä koulun ulkopuolisten tahojen kanssa. Samalla noin 60 % vastaajista oli ollut kontaktissa eri tahoihin. Samansuuntaisia tuloksia havaittiin myös mielipiteiden "Teen yhteistyötä koulun muiden kuin liikunnanopettajien kanssa" sekä "Tiedän, mitä muissa oppiaineissa opetetaan terveyskasvatuksellisista asioista". Tiedusteltaessa yhteistyön tekemisestä koulun muiden liikunnanopettajien kanssa, kertoi 80 % kyselyyn vastanneista liikunnanopettajista olleen yhteydessä kollegoihin. Vaikka valtaosa oli suunnitellut terveystiedon tuntejaan ottamalla huomioon muiden liikunnanopettajien mielipiteitä, niin vastaavasti viidennes ei ollut juurikaan ottanut liikunnanopettajakollegojensa mielipiteitä huomioon terveystiedon tuntiensa suunnittelussa. Eniten tehtiin siis terveystiedon oppitunteja suunniteltaessa yhteistyötä liikunnanopettajakollegoiden kanssa.

"Kuka vain koulun opettajista voisi opettaa terveystietoa" sekä "Terveystiedon opettajina kotitalouden sekä biologian opettajat ovat yhtä päteviä kuin liikunnan-

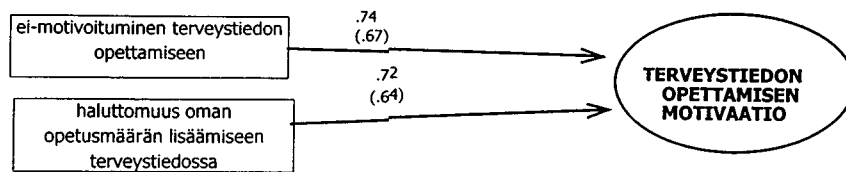
opettajat” muodostivat viidennen faktorin, joka nimettiin **terveystiedon opettajuudeksi** (kuvio 9).



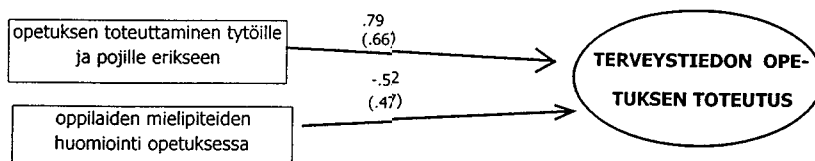
Kuvio 9 Terveystiedon opettajuus -faktoriin latautuneet muuttujat ja niiden lataukset (suluissa kommunaliteetti)

Yli 95 % liikunnanopettajista vastasi, ettei ole sama, kuka koulun terveystietoa opettaa. Tiedusteltaessa mielipidettä terveystiedon opettajuuden pätevydestä, kolme neljästä kyselyyn vastanneesta yläasteen sekä lukion liikunnanopettajista oli sitä mieltä, että kotitalouden ja biologian opettajat eivät ole yhtä päteviä opettamaan terveystietoa kuin liikunnanopettajat. 15 % opettajista ei osannut sanoa mielipidettään asiasta.

Kaksi viimeisintä faktoria olivat **terveystiedon opettamisen motivaatio** (kuvio 10) sekä **terveystiedon opettamisen toteutus** (kuvio 11). Edelliseen latautuivat väittämät ”En ole kovin motivoitunut opettamaan terveystietoa” ja ”En ole erityisen innostunut opettamaan nykyistä enemmän terveystietoa”, kun taas jälkimmäiseen latautuivat väittämät ”Terveystiedon opetus tulisi toteuttaa pojille ja tytöille erikseen” sekä ”Huomioin terveystiedon opetuksessa oppilaiden mielipiteet”. Faktoreiden kuvioista 10 ja 11 selviävät niitä kuvaavat muuttujat sekä latautuneen että kommunaliteetteineen.



Kuvio 10 Terveystiedon opettamisen motivaatio -faktoriin latautuneet muuttujat ja niiden lataukset (suluissa kommunaliteetti)



Kuvio 11 Terveystiedon opetuksen toteutus -faktoriin latautuneet muuttujat ja niiden lataukset (suluissa kommunaliteetti)

Vain 8 % liikunnanopettajista ei ollut motivoitunut opettamaan terveystietoa ja 20 % ei ollut puolestaan halukas lisäämään terveystiedon opettamisen tuntimäärää. Opettajat olivat kuitenkin pääsääntöisesti (>80 %) motivoituneita opettamaan terveystietoa, ja jopa 70 % opettajista oli valmis lisäämään terveystiedon opetusmäärää. Puolet heistä halusi järjestää terveystiedon opetuksen sekä tytöille että pojille samanaikaisesti, kun taas 40 % oli opetuksen erikseen toteuttamisen kannalla. Miltei 100 % sanoi huomioivansa oppilaiden mielipiteet terveystiedon opetuksessaan.

Faktorianalyysistä poistetun väittämän "Haluaisin työssäni keskittyä enemmän terveystiedon opettamiseen" kanssa lähes 45 % opettajista oli jokseenkin samaa mieltä tai samaa mieltä. Toiselle faktorianalyysin ulkopuolelle jätetylle väittämälle "Olen tietoinen, että opetusministeriössä on valmisteltu viime kuukausina esitystä terveystiedon oppiaineen vahvistamisesta kaikissa koulumuodoissa" saadusta tuloksesta ilmeni, että opettajat (noin 90 %) olivat hyvin tietoisia asiasta.

7.11 Opettajien mielipiteitä ja näkemyksiä terveystiedollisista asioista

Kyselylomakkeen lopussa opettajille annettiin mahdollisuus kertoa vapaasti mielipiteitään ja näkemyksiään terveystiedollisista asioista sekä kyselystä. Kaikkiaan 161 pääsääntöisesti yläasteella tai lukiossa terveystietoa opettavaa liikunnanopettajaa kertoi näkemyksiään. Palautetta tuli muun muassa terveystiedon opetuksen toteutuksesta ja asemasta, terveystiedon sisältöalueista, opetusmuodoista ja -menetelmistä, oppimateriaalista, terveystiedon arvioinnista, peruskoulutuksen antamista valmiuksista opettaa terveystietoa sekä täydennyskoulutuksen tarpeellisuudesta. Lisäksi kommentoitiin kyselyä ja eri oppiaineiden tärkeyttä nuorelle elämässä pärjäämisen kannalta. Alle on koottu muutamia opettajien näkemyksiä, käsityksiä ja kokemuksia, joita he toivat esille kyselyssä. Joitakin opettajien kommentteja käsitellään pohdinnan yhteydessä.

Moni terveystiedollisia mielipiteitään ja näkemyksiään kirjoittanut opettaja ilmaisi huolensa **terveystiedon nykyisestä asemasta**. Useista vastauksista heijastui 'hätähuuto' päättäjille terveystiedon heikosta asemasta, ja monet tähän asiaan kantaa ottaneet toivoivat terveystiedon sisällyttämistä opetussuunnitelmaan omalla oppiaineena, joka myös **arvioitaisiin** erillään liikunnasta. Lisäksi toivottiin läpi koko kouluajan ulottuvaa terveystiedon opetusta.

"— — Terv.tiedon arvostus olisi kuultava mielellään myös muilta tahoilta: päättäjät, rehtorit, vanhemmat." (mies/yläaste)

"— — Mua ärsyttää tää yhtäkkinen 'oivallus' terveystiedon tärkeydestä. Kuka kysyi opettajilta, kun terveystieto poistettiin oppiaineista vain muutama vuosi sitten, juuri, kun arvot oppilailla olivat muutenkin hukassa? Nyt sitten muka on 'keksitty', että terveystieto onkin tärkeää, eikä edes myönnä, että sen poistaminen oli suuri virhe. Meillä on opettajakunta kyllä myöntänyt sen tarpeen ja sitä on opetettu koko ajan, joskin liikaa 'kuka sattuu' -periaatteella. — — " (nainen/yläaste)

"— — Itse saan onneksi opettaa terveystietoa myös yläasteella. Näin pitäisi olla kaikkialla maassamme. Oppilaat ovat kiinnostuneita heihin liittyvistä terveysasi-

oista. 7. ja 8. luokkalaiset ovat hyvä maaperä muokattavaksi. — — Toivottavasti terveystieto saadaan myös ala-asteella omaksi aineeksi — —." (nainen/yläaste)

"Terveystiedon ja liikunnan arviointi pitää ehdottomasti erottaa toisistaan!! (nainen/lukio)

Terveystieto-oppiaineen tärkeyttä perusteltiin muun muassa kansanterveydellisillä ja yksilöön liittyvillä asioilla. Alla muutamia esimerkkejä niistä.

"— — Terveystiedon taloudellinen merkitys pitäisi konkreettisemmin tiedostaa, tiedottaa, vaikuttaa ammattikunnassamme. Kansanterveyden taloudellisen merkityksen pitäisi jo sinänsä puoltaa oppiaineemme merkitystä." (nainen/lukio)

"Varmaan 50 % lapsiperheistä laiminlyövät ns terveystiedon "opetusta" omille lapsille, siksi koulun terveystieto-ohjelma on suinkin tärkeä!! — — Elät tässä ja nyt - no time to lose!!" (mies/yläaste)

"Olen erityisen kiitollinen, että vihdoinkin tajutaan koulumaailmassa, että ensin on ihmisen osattava hoitaa itseään (tiedetään syy- ja seuraussuhteet), ja itsestä ja muista on otettava vastuu. Sitten sopii opetella muutakin, kun perusasiat ovat kunnossa." (nainen/yläaste)

Vaikka useimmat terveystiedon asemaa kommentoineet opettajat olivat oman oppiaineen muodostamisen kannalla, niin muutamalla heistä oli huoli siitä, minkä oppiaineen kustannuksella se tapahtuisi; mistä otettaisiin tuntimäärät terveystiedon opettamiseen? Lisäksi muutama opettaja toi ilmi aikaresurssipulan omalla kohdallaan.

"Terveystieto on tosi tärkeä aine, mutta mistä aika työläisten tuntien pitämiseen, kun muutenkin on paljon tunteja." (nainen/yläaste)

"Mistä otetaan tunnit terveystieto-oppiaineelle? Missään tapauksessa ei liikunnasta. Eihän?" (nainen/yläaste)

"Ongelma: Jos terveystieto nostetaan oppiaineeksi, niin minkä oppiaineen kustannuksella se tapahtuu? → katkeruus" (mies/lukio)

Terveystiedollisten asioiden integrointi muihin oppiaineisiin koettiin tärkeäksi sen ohella, että terveystieto olisi oma itsenäinen oppiaineensa. Terveystiedon pelkkää integroimista eri oppiaineisiin kritisoitiin muutamissa kannanotoissa.

"Mielestäni terveystieto tarvitaan omana oppiaineena, mutta se ei saisi olla 'erillinen saareke' vaan yhteys muihin oppiaineisiin tulisi säilyä ja toisaalta on oppiaineita, joissa on luonnollista käsitellä terveysasioita (kotitalous, biologia, fysiikka...). Tulee tarkistaa sisältöjä ja ajoituksia." (nainen/lukio)

"— — Terveystieto pitäisi rinnastaa biologiaan ja tehdä heidän kanssaan yhteistyötä tai päinvastoin. — —." (nainen/lukio)

"— — Meidän koulullamme on laadittu terveystiedon OPS, missä terv.kasv. on hajautettu tietyiltä osin eri oppiaineisiin. Toimiiko tämä eli opettaako kaikki opettajat kyseiset terv.kasv. sisällöt omilla tunneillaan...en osaa sanoa. — —." (nainen/yläaste)

Terveystiedon sisältöalueista laajuuksineen kommentoitiin useissa vastauksissa. Terveystiedon sisältöalueita koettiin olevan liikaa nykyisten oppituntimäärien puitteissa käsiteltäväksi. Yhteistyö opettajakollegoiden kanssa koettiin muutamassa vastauksessa tärkeäksi, jotta voitaisiin välttää samojen asioiden päällekkäistä opetusta.

"— — Ajan kanssa stressaa, koska joutuu jättämään monta tärkeää aihepiiriä pois. — —" (nainen/yläaste)

"— — Myös sisältöalueiden painotusta opetuksessa eri luokka-asteilla on mietittävä uudelleen. Yhdellä kurssilla opetan enemmän muutaman asian hyvin kuin kaikki kirjan asiat pintapuolisesti. — —" (nainen/yläaste)

"Jos terveystieto tulee myös peruskouluun, niin pitäisi suunnitella hyvin tarkkaan mitä asioita opetetaan milläkin luokka-asteella. Oppilaat tympääntyvät, jos joka vuosi käsitellään samoja asioita. Spiraalisysteemiä ei ole helppo toteuttaa." (nainen/lukio)

"Lukion terv.tiedon pakoll. kurssiin ympätty liikaa asiaa! Sitä tulee karsia ja pohtia, mitkä ovat tärkeimmät sisällöt yleisemmällä tasolla. Nyt jokainen opettaja tekee valintaa oman arvomaailman pohjalta, eikä yhteistyö koulun sisällä suju niin hyvin kuin kuvitellaan!" (nainen/lukio)

Koulun opettajien välisen yhteistyön lisäksi avoimeen kysymykseen vastanneet opettajat nostivat esille yhteistyön oppilaiden kanssa. **Opetusmuodoista ja -menetelmistä** toiminnalliset, oppilaista lähtevät menetelmät koettiin toimiviksi haluttaessa vaikuttaa terveyteen liittyviin arvoihin ja asenteisiin. Lisäksi opettajat toivoivat uutta **oppimateriaalia** terveystietoon.

"— — Opettajien on helppo kerätä ja jakaa tietoa, mutta menetelmiä vaikuttaa asenteisiin ja arvojen muodostumiseen on hankalampaa kehittää. Opetuksen tulisi lähteä oppilaista. Pelkkä tiedon jakaminen ei riitä! — —" (nainen/lukio)

"— — Tuntimäärien pieneneminen yksipuolista ainakin minun opetustani. Ryhmytyöt ja oppilaiden oma tiedonhaku väheni dramaattisesti. Tuli kiire ehtiä kaikkia aiheita edes jotenkin. Eli asenteisiin vaikuttaminen väheni tiedonjaon kustannuksella. — —" (nainen/yläaste)

"— — Suurin ongelma ja vaikeus lie opettamisen tavat terveystiedossa. Pakkosyötön maku pois ja tunteihin tekemisen meininki. Katedraaliopetus on aikansa elänyt. — —" (mies/yläaste)

"— — terveystiedon opetus vaatii hyvän 'touch`in' kuulijoihin ja rohkeutta sanoa asiat rehellisesti. Oppilaita on kuunneltava 'nöyrästi' eikä 'tuomiten' heidän käsityksiään. Keskustelu ja käsitykset arvoista ja moraalista tärkeimmät. — —" (mies/lukio)

"— — Hyvä, mielenkiintoinen oppikirja yläasteikäisille olisi tarpeen. Sellaista ei ole tällä hetkellä. — —" (nainen/yläaste)

Opettajien kokemat **valmiudet opettaa terveystietoa** eivät sinällään herättäneet pohdintaa, mutta liikunnanopettajien peruskoulutukseen kaivattiin terveystiedon aseman korostamisen ohella konkreettisempaa opetusta, joka olisi arjen todellisuuteen sovellettavissa. Tähän toivottiin ratkaisua **täydennyskoulutuksesta**. Usea vastaaja toi esille täydennyskoulutustarpeensa ja -halukkuutensa.

"Koulutus antoi valmiuksia aikanaan, mutta muutoksen vaatima täydennyskoulutus on jäänyt liian vähäiseksi. — —" (nainen/yläaste)

"80-luvun terveystiedon opetus liikuntatieteellisessä on kyllä 'valovuoden' päässä tästä päivästä. — — LISÄÄ KOULUTUSTA TERVEYSTIEDOSSA – KIITOS! — —" (nainen/yläaste)

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus; validiteetti, reliabiliteetti ja yleistettävyys

Erätuulen ym. (1994, 17) mukaan tutkimuksen tulee täyttää sille asetettavat tietyt laatuksiteerit, jotta sen antama tutkimustieto olisi hyödynnettävissä. Tällöin on oltava tietoinen siitä, mitä tutkimustieto kuvaa (yleistettävyys) sekä miten luotettavaa saatu tieto on (validiteetti ja reliabiliteetti).

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella sen pätevyuden eli validiteetin ja pysyvyyden eli reliabiliteetin kannalta. Validiteetti kuvaa sitä, tutkitaanko juuri haluttua asiaa. (Erätuuli ym. 1994, 17–20.) Validiteetti voidaan jakaa teoreettiseen eli loogiseen validiteettiin ja empiiriseen eli tilastolliseen validiteettiin. Teoreettista validiteettia arvioivia menetelmiä ovat ilmeis-, näennäis- ja käsitevaliditeetti sekä sisällön validiteetti. Ilmeisvaliditeetilla tarkoitetaan itsestään selvää validiteettia eli mitataan sitä, mitä on tarkoituskin. Joissakin yhteyksissä ilmeisvaliditeetti voi muuttua näennäisvaliditeetiksi. Tällöin esimerkiksi kyselyn tehtävät voivat mitata hieman eri asiaa kuin varsinainen mittaaminen. Käsitevaliditeetti osoittaa, kuvaako mittari todella tavoiteltua teoreettista konstruktiota. Sisältöön liittyvä validiteetti kertoo, missä määrin mittarit kattavat sisältöalueen, jota on tarkoitus mitata. Tilastollista validiteettia tarkastellaan lähinnä eri mittausmenetelmien empiirisen vastaavuuden estimoinnissa. (Soininen 1997, 62–64.)

Tutkimuksen validiteettia pyrittiin parantamaan paneutumalla aikaisempiin tutkimuksiin, jotka olivat samansuuntaisia oman aiheemme kanssa. Lisäksi validiteettia haluttiin parantaa kyselylomakkeen esitutkimuksella sekä hyödyntämällä alan asiantuntijoiden mielipiteitä ja näkemyksiä kyselyn sisällöstä sekä rakenteesta.

Tutkimuksemme aineiston keruu tehtiin postikyselyllä. Hirsjärvi, Remes ja Saja-vaara (1998, 191) toteavat kyselytutkimuksen eduksi muun muassa, että sen avulla mahdollistuu laajan tutkimusaineiston keruu. Tutkimusaiheemme olikin sen tyyppinen, että kattavan kuvan saamiseksi terveystiedon opetuksen toteutumisesta peruskoulun yläasteella sekä lukiossa monet muut tutkimusmenetelmät (esim. haastattelu tai havainnointi) olisivat vaatineet kohtuuttoman paljon niin aika- kuin raharesursseja.

Peruskoulun yläasteen ja lukion liikunnanopettajat toimivat tutkimuksemme kohderyhmänä. Joukko koostui suhteellisen tasaisesti naisista ja miehistä sekä eri ikäryhmien edustajista. Lisäksi opettajat työskentelivät joko maaseutukunnissa tai kaupungeissa samassa määrin. Näiltä osin tutkimus on yleistettävissä perusjoukkoon (terveystietoa opettaviin yläasteen ja lukion liikunnanopettajiin). Yleistettävyyttä heikentää kuitenkin se, että perusjoukon jokaisella yksilöllä ei ollut samaa todennäköisyyttä tulla valituksi tutkimukseen; kaikki yläasteella tai lukiossa terveystietoa opettavat liikunnanopettajat eivät kuulu Suomen Liikunnanopettajain liittoon, josta saimme liikunnanopettajien yhteystiedot. Näin tutkimuksemme yleistettävyyden kannalta saamamme nimi- ja osoiterekisteri ei ollut paras mahdollinen, sillä emme pystyneet lähettämään kyselyä pelkästään yläasteen ja lukion liikunnanopettajille, eli varsinaiselle kohderyhmällemme.

On lisäksi huomioitava, että saimme nimi- ja osoitetiedot niistä liikunnanopettajista, jotka olivat aktiivisesti maksaneet liiton jäsenmaksun. Tällöin herää kysymys, että ovatko he aktiivisia muutoinkin, esimerkiksi kyselyihin vastaamisen tai terveystiedon opetuksen suhteen? Näin tutkimus ei täytä kaikkia satunnaistamisen perusehtoja. Jos tutkimuksemme olisi lähetetty suoraan peruskoulun yläasteille sekä lukioihin, olisi tutkimus kohdistunut kokonaisuudessaan halutulle kohderyhmälle, ja tällöin olisi täytynyt tulosten yleistettyden kannalta yksi oleellisimmista kriteereistä.

Toinen otoksen edustavuuden kannalta merkittävä kriteeri eli vastausten lukumäärä oli tutkimuksessa suhteellisen hyvä. Uusintakyselyn jälkeen koko tutkimukseen vastanneiden osuus nousi 64.3 %:iin. Tätä voidaan pitää kohtuullisena, sillä esimerkiksi Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (1998, 192) toteavat 'karhuamisen' myötä vastausprosentin nousevan parhaimmillaan 70—80 prosenttiin.

Vastausten luotettavuuden parantamiseksi pyrittiin kysymysten selkeyteen ja yksiselitteisyyteen. Validiteetin parantamiseksi määrittelimme kyselylomakkeen kannalta oleellisen käsitteen, terveystiedon, jo heti saatekirjeessä, jotta se ymmärrettäisiin yhtäläisesti. Tutkimuksen validiteettia paransi se, että tutkimuslomakkeeseen oli suhteellisen helppo vastata; lähes kaikki kysymykset olivat sellaisia, joihin saattoi vastata ympyröimällä oikean vastausvaihtoehdon. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että opettajat vastasivat tutkimukseen nimettöminä.

Kyselylomakkeen validiteettia heikensi joidenkin kysymysten tulkittavuus; kysymykset oli ymmärretty joissakin tapauksissa eri tavoin. Tutkimuksen validiteettiin vaikuttaa myös se, että osa kysymyksistä pohjautui muistamista vaativiin asioihin (mitä, miten ja missä määrin terveystietoa oli opetettu lukuvuonna 1999—2000). Tällaisiin tutkittavista johtuviin mahdollisiin virheisiin emme juurikaan pystyneet vaikuttamaan. Kyselylomakkeen pätevyyttä parantaneekin se, ettei siinä tiedusteltu arkaluonteisia asioita.

Kyselylomakkeen kysymys, jossa tiedusteltiin terveystiedon oppituntien valmistelussa ja toteutuksessa käytettyjä oppimateriaaleja ja -välineitä, on sellainen, joka heikentää tutkimuksen validiteettia. Kysymyksen asettelun (Kuinka monella terveystiedon oppitunnilla...?) ja annettujen vastausvaihtoehtojen (en lainkaan, vähän, kohtalaisesti, melko paljon ja paljon) välillä on ristiriita. Annetut vastausvaihtoehdot vastaavat pikemminkin kysymykseen missä määrin kuin kuinka paljon. Kysymyksen olisi todellisuudessa pitänyt kuuluakin "Missä määrin...?". Esitestausvaiheen jälkeen kyseiseen kysymykseen oli jäänyt kysymyksen asettelun suhteen väärä kysymys. Kyselylomakkeen tarkistusvaihe olisi vaatinut enemmän aikaa ja

huolellisuutta. Sitä on vaikea arvioida, miten vastaajat ovat mieltäneet kysymyksen. Yhtäkään kommenttia ei tullut siitä, että kysymys olisi ollut vaikeasti ymmärrettävä. Voi olla, että asiaa auttoi jonkin verran se, että tätä kysymystä edeltävä kysymys oli samantyyppinen; siinä oli samanlaiset vastausvaihtoehdot ja kysymyksen asettelu oikeassa muodossa.

Reliabiliteetilla eli pysyvyydellä tarkoitetaan mittausvälineiden johdonmukaisuutta sekä mittauksen toistettavuutta. Reliabiliteettiin vaikuttaa sekä tutkijan että tutkittavan mahdolliset virheet, kuten validiteetissakin. (Berger & Patchner 1988, 55–69; Erätuuli ym. 1994, 17–20.) Reliabiliteettia eli mittausvirheettömyyttä tarkasteltaessa voidaan kiinnittää huomiota yhtäpitävyyteen, pysyvyyteen ja sisäiseen johdonmukaisuuteen (Soininen 1997, 55). Sisäisellä reliabiliteetilla tarkoitetaan sitä, että usealla mittauskerralla saadaan samankaltaiset tulokset. Ulkoinen reliabiliteetti kuvastaa puolestaan sitä, miten hyvin mittaus on toistettavissa muissa tutkimuksissa ja tilanteissa. Reliabiliteettia voidaan parantaa muun muassa virheiden minimoinnilla, selvillä ja yksiselitteisillä sanavalinnoilla, riittävän pitkällä kyselylomakkeella, standardisoiduilla lomakkeilla ja tarkoilla ohjeilla. (Berger & Patchner 1988, 59.)

Reliabiliteettia pyrittiin lisäämään kyselylomakkeen rakenteella (selkeys, pituus). Kyselylomake oli standardoitu, mikä parantaa reliabiliteettia. Toisaalta emme tiedustelleet samoja asioita kontrollikysymyksillä, mikä heikentänee tutkimuksen reliabiliteettia.

Tutkimuksen taustamuuttajätietojen reliabiliteettia voidaan pitää hyvänä. Sen sijaan kyselylomakkeen kaksi viimeistä osiota koostuivat mielipidekysymyksistä, joiden vastaamiseen saattaa vaikuttaa erilaiset satunnaiset tekijät. Kaikkiaan suurin osa palautetuista kyselylomakkeista oli huolellisesti täytetty. Tämä osoittaa opettajien positiivista asennetta kyselyyn ja antaa samalla lisätukea sille, että tutkitut asiat on pystytty mittaamaan riittävän reliabelisti.

Tutkimuksen reliabiliutta tarkasteltaessa, on huomioitava kyselyn ajankohta. Kevät saattaa olla useimmille opettajille raskasta ja kiireistä aikaa, jolloin ollaan jo valmistauduttu henkisesti kesäloman viettoon. Tällöin millekään 'ylimääräiselle' ei välttämättä löydy energiaa. Kevät ajankohtana sisältää monia sekoittavia tekijöitä, jotka ovat yksilöstä riippuvaisia ja joita on vaikea ennalta tiedostaa sekä eliminoida. Kyselymme luonteesta johtuen (tutkimus kuluneesta lukuvuodesta) sen toteuttaminen olisi kuitenkin ollut hankalaa muina ajankohtina.

8.2 Koulun terveystieto-oppiaine koetaan tärkeäksi

"Terveystieto on erittäin tärkeä aine nykyajan nuorelle opettamaan hyvinvointiin ja elämänhallintaan liittyviä asioita; perhe ei tunnu tähän enää monen nuoren kohdalla riittävästi pystyvän! → yhteiskunnan muutos sekä elämän arvot ovat muuttuneet negatiiviseen suuntaan." (mies, yläaste)

Tutkimustulokset osoittivat kyselyyn vastanneiden yläasteen ja lukion liikunnanopettajien arvostavan terveystietoa oppiaineena. Saadut tulokset ovat yhteneväisiä muun muassa Vartiaisen ja Tossavaisen (1992), Niemisen ja Vikströmin (1997) sekä Väisäsen ja Tyrväisen (1999) tutkimustulosten kanssa. Toisaalta on huomioitava, että kyselyyn vastanneet opettajat ovat niin sanotusti 'alan ammattilaisia' (puhutaan heidän 'omasta' oppiaineestaan), joten tulokset eivät ole sinällään yleistettävissä koulun muiden oppiaineiden opettajiin. On kuitenkin tutkimustuloksia, jotka osoittavat muun muassa luokanopettajien nostavan terveystiedon arvostuksen korkealle (Pesola & Rättyä 1995, 53). Käsillä oleva tutkimus toisaalta osoitti yläasteen ja lukion liikunnanopettajien arvioivan muiden opettajien terveystiedon arvostuksen ristiriitaisesti; lähes puolet oli sitä mieltä, että muut opettajat eivät juurikaan arvosta terveystietoa, mutta vastaavasti reilu 40 % koki heidän arvostavan. Lisäksi koululaisten vanhemmat ovat kokeneet koulun terveyteen liit-

tyvän opetuksen tärkeäksi uskoessaan sen vaikuttavan positiivisesti terveysongelmien ehkäisyyn lasten ja nuorten kohdalla (Torabi & Crowe 1995).

Tarkasteltaessa peruskoulun yläasteen ja lukion liikunnanopettajien oppiaineiden tärkeysjärjestyksiä muiden kuin terveystiedon osalta, havaitaan yhteneväisyyksiä muihin tutkimuksiin. Liikuntaa opettaviksi luokanopettajiksi opiskelevat arvioivat tärkeimmiksi oppiaineiksi äidinkielen, matematiikan sekä kielet (Penttinen 1999, 30). Tilastokeskuksen koko maata kattavan puhelinhaastattelun tulokset osoittavat 'suuren yleisön' arvioivan nuorelle tärkeimmiksi peruskoulun oppiaineiksi myös vieraat kielet, matematiikan ja äidinkielen. Kyseisessä tutkimuksessa liikunta- ja terveystieteiden opetus arvioitiin viidenneksi tärkeimmäksi oppiaineeksi, mutta sen opetuksen tasosta ei oltu kovin vakuuttuneita. (Clarkson 1995.)

Yläasteen ja lukion liikunnanopettajista suurin osa oli motivoituneita opettamaan terveystietoa, kuten aiemmat tulokset jo 1970-luvulta ovat osoittaneet (ks. Kannas 1976). Motivoituminen on tärkeää opetukseen sitoutumisen kannalta (Pateman, Grunbaum & Kann 1999). On myös oleellista, että terveystietoa antava opettaja arvostaa terveyden korkealle; opettajat, jotka arvostavat terveyttä, panostanevat opetuksen laatuun enemmän kuin vähemmän terveyttä arvostavat opettajat (Carter & Lee 1992).

Opettajan motivoitumiseen sekä terveyden arvostamiseen vaikuttanee koko koulun terveyttä edistävä eetos, jossa heijastuu muun muassa koulun ihmissuhteet (esim. oppilaiden, opettajien sekä koulun muun henkilökunnan väliset). Ne osaltaan vahvistavat ja lisäävät työvireisyyttä sekä -kuntoa. E erityisen tärkeäksi koetaan sekä koulun rehtorin että kollegojen antama sosiaalinen tuki (Rasku & Kinnunen 1999). Tutkimuksemme osoitti liikunnanopettajien kokevan, että pääosassa kouluja rehtori arvostaa terveystietoa oppiaineena. Tämä onkin tärkeää sekä terveystieto-oppiaineen vahvistamiseksi koulukohtaisissa opetussuunnitelmissa että terveyttä edistävän koulun kehittämistä ajatellen (Cullen, Baranowski, Baranowski, Herbert, deMoor, Hearn & Resnocow 1999; Pateman ym. 1999).

Kokonaisvaltainen terveystiedon opetus koulussa edellyttää myös hyvää oppimis- ja opettamisilmastoa. Niin oppilailla kuin opettajillakin tulee olla motivoiva ja tukea-antava ympäristö, sillä opettajien työn rasittavuuden kokeminen heijastunee opetustilanteissa. Terveyttä edistävä oppimisympäristö voi saada aikaan sisäisen motivaation, keskinäisen luottamuksen ja kunnioittamisen sekä sitoutumisen syntymisen oppimisprosessiin. Koulun positiivinen terveystiedollinen ilmapiiri on merkittävä terveystiedon opettajien kannalta, jotta he pystyisivät ajamaan tärkeää asiaa eteenpäin. Ei tulisi olla alla olevan esimerkin kaltaisia tilanteita.

“— — en jaksa kohta enää taistella yksin omassa koulussa terveystiedon puolesta.” (nainen, yläaste)

8.3 Terveystietoa opetetaan pääasiallisesti omana erillisenä kurssina

Tänä päivänä koulukohtaiset opetussuunnitelmat peruskoulussa mahdollistavat sen, että on kouluja, joissa on terveystiedon opetusta, mutta toisaalta on myös kouluja, joissa sen asema on aivan “lapsen kengissä”. Tämä ei suo lapsille ja nuorille tasavertaista lähtökohtaa terveystavoitteiselle elämälle. Peruskoulu on kuitenkin ainoa instituutio, joka tavoittaa kaikki sen ikäiset nuoret, jolloin terveystietoon panostamisen koulussa tulisi olla itsestäänselvyys. Herääkin kysymys, että erilais- tuuko oppilaiden terveystavoitteisuus koulujen differentioituessa valtakunnallisten peruskoulun opetussuunnitelmien löystymisen myötä? Terveystieto on nuoren kannalta tärkeä oppiaine, ja Rimpelä vertaakin sitä äidinkieleen: “kaikki tarvitsevat sitä ja ilman sitä on vaikea tulla toimeen” (Rimpelä 2000b).

Lukiossa tilanne on toisin, sillä siellä terveystieto on oppiaineena kaikille pakollinen. Vaikka peruskoulun yläasteen terveystiedon asemaa on pidetty heikkona (ks. esim. Helin 1997), tutkimuksemme osoitti positiivisen yllättävästi, että melkein 60 %:lla yläasteista se oli toteutettu omana erillisenä kurssina. Rimpelän, Liinamon, Luopan ja Jokelan (2000) mukaan terveystiedon erilliset kurssit sekä teemapäivät

ovat lisääntyneet yläasteella viimeisten neljän vuoden aikana. Toisaalta tutkimuksemme tulos kuvaa myös sitä, että lähes joka toisessa peruskoulussa ei anneta säännöllistä opetusta terveyteen vaikuttavista asioista. Tutkimustuloksen myötä ei kuitenkaan pitäisi ummistaa silmiä vallitsevalta tosiasialta, vaan sen tulisi pikemminkin herättää huolta terveyteen liittyvän tietopääoman epätasaisesta jakautumisesta nuorten keskuudessa. Rimpelän, Jokelan ja Luopan (1999) tutkimus osoittaa, että on myös nuoria, jotka eivät ole saaneet lainkaan terveystiedollista opetusta.

Jotta terveystiedon opetus voitaisiin mahdollisimman hyvin vastaanottaa sekä omaksua osaksi jokapäiväistä elämää, tulisi terveystiedon olla oma itsenäinen oppiaine sekä yläasteella että lukiossa sen ohella, että siihen liittyviä asioita sisällytetään muihin oppiaineisiin (Pateman ym. 1999). ”Terveystieto on liian tärkeä ja vaativa asia liitettäväksi pelkästään muihin aineisiin.”, toteaa Wuolio (2000) terveystiedon opettajien haastattelujen antia pohtiessaan. Tutkimukseemme osallistuneet niin yläasteen kuin lukionkin terveystiedon opettajat olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että terveystiedon tulisi olla oma oppiaine kaikissa koulumuodoissa. Tätä kuvaa hyvin seuraava, erään yläasteen naisopettajan kirjoittama kommentti:

”Ehdottomasti terveystieto pakolliseksi yläasteelle, eikä sitä osaa opettaa muut kuin liikunnanopettajat. Meillä vastuu on jaettu monelle → kukaan ei ota vastuuta! — — .”

Edellisestä mielipiteestä heijastuu myös tutkimuksestamme yleisestikin ilmennyt tulos: liikunnanopettajat kokivat itsensä muita opettajia pätevimmiksi opettaa terveystietoa. Terveystieto on sisällöltään valtavan laaja, jonka moninaisia ulottuvuuksia harva liikunnanopettaja yksin hallitsee. Onnistunut ja mielekäs terveystiedon opetuksen integrointi useisiin eri oppiaineisiin edellyttäneenä tiivistä yhteistyötä yhteisine terveystavoitteineen muiden opettajakollegoiden ja ulkopuolisten tahojen kanssa. Näin se kattanee kokonaisvaltaisesti lasten ja nuorten tarpeet. Koulun tulisi johtaa ja oppilaiden vanhempia myöten kokoontua miettimään, mitkä ovat koulun arvot ja tässä tapauksessa nimenomaan terveyteen liittyvät arvot.

Kyselyymme vastanneista yläasteen ja lukion liikunnanopettajista lähes 80 % oli ollut koulun muihin liikunnanopettajiin yhteydessä suunnitellessaan terveystiedon opetustaan. Koulun ulkopuolisiin tahoihin sekä koulun muihin opettajiin kuin liikunnanopettajiin yhteistyö oli ollut vähäisempää. Tarvittaisiin tutkimusta koulussa tehtävien terveyteen liittyvien interventioiden sekä niiden 'järjestäjätahojen' vaikuttavuudesta, jotta terveyttä edistävä opetussuunnitelma voitaisiin ulottaa koskemaan terveystiedon ohella muidenkin oppiaineiden opetussuunnitelmia (Leger & Nutbeam 2000). Ehkäpä tätä kautta saataisiin muun muassa koulujen opettajien välistä vuorovaikutusta ja yhteistyötä lisättyä sekä kehitettyä.

8.4 Liikunta ja terveys – liikunnanopettajien suosima terveystiedon sisältöalue

Tutkimuksestamme ilmeni liikunta ja terveys -oppisisällön olleen suosituin ja tärkein sisältöalue. Samalla se koettiin suhteellisen helpoksi opettaa. Sama tulos on todettu aikaisemmissakin tutkimuksissa (esim. Korhonen & Myllymäki 1987a). Millainen vaikutus tähän on sillä, että opetusta antaa nimen omaan liikunnanopettaja? On vaikea verrata tutkimuksemme antamia tuloksia oppisisältöjen painotuksista aiempiin tutkimuksiin, sillä oppisisällöt on jaoteltu tehdyissä tutkimuksissa eri tavoin.

Yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy oli lukion terveystiedon oppisisällöistä toiseksi suosituin siihen käytettyjen tuntimäärien mukaan. Peruskoulussa siihen oli käytetty huomattavasti vähemmän aikaa. Rimpelä (2000c) toteaa terveyden ja sairauden perustietoihin ja -taitoihin panostamisen olevan oleellista opetuksessa, jotta välttyttäisiin turhilta ja epätarkoituksenmukaisilta terveystietopalvelujen käytöiltä. Tutkimustuloksistamme havaittiin, että opettajat katsoivat koulun välittävän liian vähän tietoa terveydestä ja sairauksista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Tätä tietotaitoa tulee kuitenkin opettaa jo peruskoulussa – etenkin ala-asteella – sillä varhaisessa nuoruudessa omaksutut tiedot ja taidot juurtuvat parhaiten elämänta-

voiksi (Tones & Tilford 1995, 121). Yhtenä tavoitteena olisikin hyvä olla se, että peruskoulun aikana lapset sekä nuoret oppisivat ymmärtämään niitä terveysasioita, jotka auttavat heitä tekemään positiivisia terveyteen liittyviä päätöksiä (Turunen, Tossavainen, Jakonen, Salomäki & Vertio 1999). Miltei 100 % kyselyyn vastanneista yläasteen ja lukio liikunnanopettajista tuki edellistä tavoitetta.

Naiset kokivat päihde- ja vaikuteaineiden opettamisen keskimäärin vaikeammiksi opettaa, kun taas vastaavasti miehillä mielenterveys ja ihmissuhteet -teema osoittautui hankalimmaksi opetettavaksi terveystiedon sisältöalueeksi. Olisi mielenkiintoista tietää, mistä vaikeaksi opettamisen tuntemukset johtuvat, jotta ne pystyttäisiin huomioimaan esimerkiksi peruskoulutuksessa. Kyseiset aiheet ovat lasten ja nuorten kannalta oleellisia, koska päihteiden käyttö sekä erilaiset psykosomaattiset oireet ovat nuorten keskuudessa yleisiä (Aromaa, Koskinen & Huttunen 1997, 172—177). Täten opettajan omat asenteet opetettavaa sisältöaluetta kohtaan eivät saisi häiritä edellä mainittujen tärkeiden asioiden käsittelyä.

Jotta oppilaat saataisiin aktivoitua osallistumaan terveystiedon opetuksen toteuttamiseen, tulisi heidän tarpeet ja toiveet ottaa huomioon. Suurin osa yläasteen ja lukion liikunnanopettajista oli ottanut huomioon oppilaittensa mielipiteitä terveystiedon oppitunteja suunnitellessaan. Toisaalta tarkasteltaessa yleisesti lukio-opetusta, oppilaat ovat aivan päinvastaista mieltä; heitä ei juuri kuunnella opetusta suunniteltaessa (Väljjarvi & Tuomi 1994). Oppilaat tulisi ottaa mukaan jo heti suunnitteluvaiheessa, mietittäessä, mitä tulevana lukuvuotena tultaisiin käsittelemään. Oppisisältöjen tarkistamista olisi tehtävä vuosittain, sillä maailma on jatkuvassa muutoksessa eikä eilisen kaltaista ole (Dorris 1995). Dorris (1995) toteaa vielä, että "Uusi sivilisaatio on syntynyt; uudet ongelmat ovat edessämme; päivän nuoret omaavat eri standardeja, eri ideoita, eri tavoitteita."

Verrattaessa tutkimuksestamme saatuja tuloksia sisältöalueiden painotuksen suhteen aiempiin tutkimuksiin, joissa on tutkittu nuorten mielipiteitä terveystiedon sisältöalueista havaitaan osittaista yhtäläisyyttä opettajien painotusalueiden ja op-

pilaiden toivomien sisältöalueiden osalta. Oppilaita kiinnostavat muun muassa seksuaalisuuteen ja päihdeaineisiin liittyvä opetus (esim. Ahlvik & Murtomäki 1994; Björklund 1995; Heinonen & Heinonen 1996 sekä Nieminen ja Vikström 1997). Tutkimuksemme mukaan opettajat olivat panostaneet näihin aiheisiin. Kun alkoholiin, tupakkaan ja huumeisiin käytetyt keskimääräiset ajat lasketaan yhteen, huomataan päihdeaineisiin käytetyn toiseksi eniten tuntimääriä terveystiedon opetuksessa. Mistä tämä opettajien ja oppilaiden vastausten yhdenmukaisuus johtuu? Ottavatko opettajat huomioon oppilaiden toiveet ja tarpeet tuntien suunnittelussa ja toteutuksessa? Vai kokevatko sekä opettajat että oppilaat seksuaalisuuteen ja päihdeaineisiin liittyvät asiat tärkeiksi? On tosin huomioitava, että opettajat painottivat eniten liikuntaan ja terveyteen liittyviä asioita opetuksessaan, ja tätä aihealuetta oppilaat eivät ole juurikaan pitäneet tärkeänä.

Jotta oppisisältöjen opettaminen olisi mielekästä, tulisi terveystiedon olla osa lapsen koulunkäyntiä sekä oppiaineena että integroituna muihin opetettaviin aineisiin; näin voitaisiin huomioida lasten ja nuorten kehitysvaiheiden edellytykset ja tarpeet, sekä välttyttäisiin yritykseltä mahduttaa kaikki sisältöalueet liian vähäiseen tuntimäärään. Ei saakaan olla itseisarvo, että opetetaan mahdollisimman paljon irrallisia asioita sitomatta niitä oppilaan sen hetkiseen elämään.

8.5 Opettajajohtoiset menetelmät suosiossa terveystiedon opetuksessa

Opettajalla on pääasiallinen vastuu oppimisympäristön luomisessa. Tähän vaikuttavat muun muassa niin opettajan asennoituminen opettavaan aiheeseen kuin hänen käyttämänsä opetusmuodot ja oppimateriaalitkin. Kun halutaan sitouttaa oppilaat oppimisprosessiin ja luoda sille otollinen oppimisilmasto, tulee oppilaiden tarpeet, toiveet ja lähtökohdat huomioida. Terveysopetuksen tavoitteena on terveyteen liittyvään arvomaailmaan ja käyttäytymiseen vaikuttaminen tiedon ohella. Tutkimustuloksistammekin ilmeni, että kyselyyn vastanneet niin yläasteen kuin

lukionkin liikunnanopettajat olivat sitä mieltä, että koulun terveystiedon avulla tulisi ohjata nuoria tekemään terveyteensä liittyviä arvovalintoja.

Vaikka opettajat kokivat arvovalintojen tekemiseen opettamisen tärkeäksi ja katsoivat pääsääntöisesti olevan pikemminkin asenteen muokkaajia kuin tiedonjakajia, käyttivät he eniten opettajajohtoisia opetusmenetelmiä, jotka eivät välttämättä tue parhaalla mahdollisella tavalla kyseisiä tavoitteita. Edellisiin tutkimuksiin verrattuna ei ole juurikaan tapahtunut muutosta viimeisen 20 vuoden aikana opetusmenetelmien osalta (ks. esim. Kannas 1976, Korhonen & Myllymäki 1987a, Heikkinen & Kontula 1992, Vartiainen & Tossavainen 1992, Tyrväinen 1997) – ‘ope puhuu’ -periaate on voimassa edelleen! Opettajajohtoiset menetelmät ovat tyypillisiä opetuksessa (Uusikylä & Atjonen 2000, 8–9).

Tyrväisen (1997) tutkimuksesta on havaittavissa, että opettajat tiedostavat opettajajohtoisesta opetuksen riittämättömyyden ja vanhanaikaisuuden, mutta kuitenkin hyödyntävät sitä opetuksessaan eniten. Behavioristinen opetustyyli antaneekin mahdollisuuden sille, että ”ehditään käsittelemään kaikki ennalta suunniteltu aines”. Sen osuutta opetustilanteessa ei tule konstruktivismiin nimessä vähätellä, sillä on asioita ja hetkiä oppituntien aikana, jolloin se voi olla ainoa toimiva menetelmä. Miten muuten opettajajohtoisia opetusmenetelmiä perustellaan? Naidoo ja Wills (1998, 241) toteavat koulun terveystiedon opetuksen perustavan tietoa-antaviin opettajakeskeisiin menetelmiin syystä, että ihmisten kuvitellaan muuttavan käyttäytymistään helpommin, jos heillä on enemmän tietoa siitä, miten elää terveemmin. Mutta halutessa kehittää oppilaiden terveyteen liittyvää päätöksentekoa ja käyttäytymistä sekä antaa mahdollisuuksia omien ideoiden luomiselle ja kokemiselle, tarvitaan oppilaan omaa aktiivista osallistumista oppimisen ja käsiteltävien aiheiden rajoissa (Kolehmainen 1993). Opettajajohtoisuuteen liittyen Jääskeläinen (1987) toteaa ‘verhotun’ autoritaarisuuden aiheuttavan oppimisvaikeuksia. Hän painottaakin terveystiedon opettamista henkisenä haasteena.

Opettajajohtoisten menetelmien suosioon on esitetty joitakin arvioita. Yksi niistä pohjautuu vanhaan opetussuunnitelmaan, jonka katsotaan voimistaneen opettajajohtoisten menetelmien käyttöä. Aiemmin 'korkeammalta taholta' määrättiin selkeästi opetuksen peruseriaatteen. Useat opettajat hyväksyvät opetussuunnitelmaudistuksen, mutta muutoksen tarpeellisuus herätti heissä eniten epäilyksiä, kun kyse oli uusien opetus- ja oppimismenetelmien kehittämisestä. Monet eivät tunteneet omakseen uusia ajatuksia opetusmenetelmistä (esim. oppijakeskeisyys, yhteistoiminnallinen oppiminen ja yksilölliset ohjelmat). (Norris ym. 1996, 41.) Uuteen sopeutuminen vie aina oman aikansa. Muutosta kuitenkin tapahtuu. Osaltaan tähän vaikuttaa teknologinen kehitys. Yhä laajenevat ja nopeutuvat tietoliikenneverkot sekä integroituneet opusteknologiat haastavat perinteiset oppimisympäristöt. (Enkenberg 1998.) Vaikka näin on, niin tutkimuksestamme on havaittavissa vasta vähän teknologiseen kehitykseen mukaan menneitä liikunnanopettajia terveystiedon opetuksen suhteen. Ehkä opettajilta puuttuu tarvittava rohkeus rajan ylittämiseen, mikä tarvitaan siirryttäessä perinteisistä opetustavoista nykyaikaisiin menetelmiin (Kolehmainen 1993).

Terveystietoon liittyvien asenteiden ja käyttäytymistapojen omaksumisessa erilaisten ongelmanratkaisukeinojen oppiminen on oleellista. Tietopääoman kartoittaminen onkin vain pieni osa siitä, mihin terveystiedon opettamisella pyritään. Toisaalta se on lähes ainoa alue, jota kontrolloidaan oppilasarviointilla. Tutkimuksemme osallistuneista yläasteen ja lukion liikunnanopettajista suhteellisen harva oli perustanut oppilasarviointinsa oppilaiden itsearviointiin tai itse oppimisprosessin arviointiin. Suurin osa opettajista tukeutui arvioinnissaan niin sanottuun perinteiseen kirjalliseen kokeeseen. Pirie (1999) korostaa terveystiedon arvioinnin osalta, että sen tulisi kattaa oppimisprosessia laajemminkin. Oman oppimisprosessin sekä itsensä kehittymisen arviointia korostetaan tänä päivänä aina valtakunnan taholta lähtien (ks. esim. Opetushallitus 1999c, 1999d).

On syytä miettiä, voidaanko terveystiedon opetuksen tavoitteena olevaan terveystiedolliseen käyttäytymiseen ja asennoitumiseen liittyviä asioita arvioida? Tai onko

se edes tarpeellista? Onko järkevää laittaa oppilaita elämäntapojen ja asenteiden mukaan järjestykseen? Voidaanko edes arvioida, mikä on nimen omaan terveystiedon opetuksen vaikuttavuus edellä mainittuihin asioihin? Oppimisen arvioimisen ongelmat on yleisesti tiedostettu. Hyvönen ja Wass (1998) mainitsevat kokonaisvaltaisen arvioinnin olevan tärkeää, mutta samalla he toteavat siihen siirtymisen vievän aikaa ja vaativan koulutusta.

Onnistuneeseen oppimisprosessiin vaikuttanee myös käytetty oppimateriaali, jonka käyttö edellyttää opettajalta taitoja hyödyntää sitä oikein ja tarkoituksenmukaisella tavalla. Kyselyyn vastanneet yläasteen sekä lukion liikunnanopettajat käyttivät useimmiten opetuksessaan perinteisiä oppimateriaaleja ja -välineitä (piirtoheitin, videot ja kirjat). Se, että useampi opettaja lukiossa verrattuna yläasteeseen käytti oppikirjaa, ei yllätä, sillä yläasteen oppilaille ei omaa terveystiedon ajankohtaista kirjaa olekaan. Yksi kirja yläasteelle on, mutta sitä tulisi muokata ajankohtaisemmaksi. Olikin opettajia, jotka toivoivat terveystiedon oppikirjan tekemistä peruskouluun. Uudempia – esimerkiksi tietotekniikkaan liittyviä oppivälineitä – ei juuri oltu edellisen lukuvuoden 1999-2000 terveystiedon opetuksessa käytetty, vaikka niiden hyödyntämisestä on saatu myönteisiä tuloksia (Kolehmainen 1993; Dorman 1997; Evans, Rees, Okagbue & Tripp 1998).

Naisopettajat käyttivät monipuolisemmin hyödykseen eri opetusmenetelmiä sekä oppimateriaalia ja -välineistöä kuin miesopettajat, jotka olivat opetuksessaan enempi opettajajohtoisia. Mistä tämä mahtanee johtua? Eräs yläasteen naisliikunnanopettaja arveli tästä asiasta seuraavasti:

“— — Jos miehet joutuvat opettamaan terveystietoa, se tapahtuu videoiden ja oppilaiden esitelmien avulla.” (nainen/lukio)

Molemmissa koulumuodoissa uudempien opetusmenetelmien sekä oppimateriaalien ja -välineiden käyttö oli vähäistä riippumatta sukupuolesta tai työvuosien lukumäärästä. Vaikka lähes puolet opettajista koki saaneensa tarpeelliset valmiudet

peruskoulutuksesta erilaisten opetusmenetelmien ja oppimateriaalien hyödyntämiseen, niin siitä huolimatta niiden käyttö jäi suhteellisen yksipuoliseksi. Jakku-Sihvosen ja Salmensuun (1994) tutkimuksesta ilmenee koulun heikohkon opetusvälineistön heikentävän monipuolisten opetusmenetelmien käyttöä. Saman toteaa myös Kokkonen (1996).

Kyselyn lopussa opettajilla oli mahdollisuus tuoda mielipiteitään esiin terveystiedon opetukseen liittyvistä asioista. Joistakin vastauksista heijastui huoli oppimateriaalien ja -välineiden tilasta. Myös Pateman ym. (1999) kirjoittavat terveystiedon materiaalin olevan vanhaa ja epätarkoituksenmukaista, joka ei myöskään vastaa oppilaiden tarpeita. Hyväkään materiaali ei kuitenkaan itseksensä rakenna opetustilanteesta ja -ilmastosta toimivaa ja vuorovaikutuksellista, vaan kaikki on kiinni opettajasta, hänen taidoistaan, tiedoistaan sekä asenteistaan opetettavaa asiaa kohtaan. Tärkeintä tunnilla on kuitenkin oppilaan kohtaaminen, ei asettuminen oppimateriaalin tai työpöydän taakse.

Opetusmenetelmiä ja oppimateriaaleja suunniteltaessa tulisi huomioida sekä oppilaiden tietotaitotaso että käsiteltävät asiat. Kaikki ei välttämättä sovellu kaikkeen. Korhonen (2000b) mainitseekin aiempaan tietoon nivomisen ja kokonaisvaltaisuuden olevan 'valttia' terveystiedon opetuksessa.

8.6 Liikunnanopettajat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa peruskoulutukseen

Toisin kuin aiemmat tutkimukset (mm. Kannas 1976; Vartiainen & Tossavainen 1992) osoittavat, tutkimuksemme mukaan liikunnanopettajat olivat suhteellisen tyytyväisiä saamaansa peruskoulutukseen terveystiedon opettamisen osalta. Opettajien selvä halukkuus terveystiedolliseen täydennyskoulutukseen oli myös nähtävissä tutkimuksestamme. Tulos on yhtäläinen aikaisempien tutkimusten kanssa (ks. esim. Aarto 1988; Heikkinen & Kontula 1992; Lahdenperä & Outila 1992). Opettajien innostus ja kiinnostus ei yksinään kuitenkaan riitä, vaan kouluilla

tulee olla halua ja resursseja opettajien täydennyskoulutuksen järjestämiselle. Näin ei välttämättä tänä päivänä ole (Jakku-Sihvonen & Salmensuu 1994), kuten alla olevasta mielipiteestä havaitaan:

“Kuntien nykyinen taloudellinen ahdinko tekee kouluttautumisesta täysin mahdotoman. Koulutusmäärärahoja ei yksinkertaisesti ole. Melkein kaikki pitäisi maksaa omasta pussista.” (nainen, yläaste)

Nähtäväksi jää, tapahtuuko täydennyskoulutuksen tiimoilta parannusta. Keskustelua aiheesta on käyty (Rimpelä 2000c; Wuolio 2000), mutta se ei vielä riitä käytännön toteutumiseen; on siirryttävä sanoista tekoihin. Täydennyskoulutuksen suunnitteluun on syytä satsata todenteolla, jotta opettajat hyötyisivät siitä mahdollisimman paljon. Esimerkiksi workshop-tyyppisen täydennyskoulutuksen on todettu olleen tehokasta ala-asteella terveystiedon opettaville opettajille (Telljohann & Everett 1996).

8.7 Jatkotutkimusehdotuksia

Tutkimuksemme osoitti koulun terveystiedollisen tutkimussaran olevan äärettömän laaja. Vaikka tutkimuksesta saatiin irti paljon uutta ja hyödyllistä informaatiota, niin vielä on paljon koulussa tapahtuvaa terveyden edistämiseen, koulun terveysohjelmiin ja koulun terveystietoon liittyviä asioita, joiden parissa riittää tulevaisuudessa tutkimista.

Pohdittaessa edellä mainittuja koulussa toteutettuja terveysohjelmia (ks. kappale 2 ja liite 1) kiinnitimme huomion siihen, kuinka terveystiedon opettamiseen liittyvissä lehdistössä on paljon kirjoituksia toteutetuista terveysohjelmista, mutta vain vähän oli niitä, joissa tarkasti kuvattiin, mitä oli tehty, miksi ja miten. Suurimmat puutokset olivat ohjelmien arviointiosuuksissa; useimmissa tapauksissa ne olivat joko hyvin-

kin suppeita tai sitten niitä ei ollut ollenkaan. Lisäksi oli vain niukasti arvioitu oppilaiden mielipiteitä ohjelmien toteutuksesta. Jatkossa olisikin mielenkiintoista tutkia, miten terveysohjelmia voitaisiin hyödyntää 'normituntien' puitteissa. Tämä on varmasti suuri haaste koulun opettajille, sillä opettajilta edellytettäneen opetukseen liittyvien uskomusten mahdollista muuttamista, halua kokeilla uusia opetusmenetelmiä ja myös kiinnostusta siihen, miten terveysopetus integroituu muihin oppiaineisiin; terveyttä edistävä koulu vaatii toimiakseen sitoutumista kaikilta koulun tahoilta.

Lisäksi olisi antoisaa tarkastella, miten peruskoulun terveysopetus todella toteutuu. Miten kirjoitettu ja eletty opetussuunnitelma eroavat toisistaan? Millaisia koulun terveystiedon opetussuunnitelmat ovat (toimivuus, kattavuus)? Mitä oppimateriaalia (kirjojen nimet ym.) käytetään? Entä, millaiset ovat opettajien ja koko koulu-yhteisön terveyskäsitykset? Nyt saatiin selville, miten yläasteen ja lukion liikunnanopettajat suhtautuvat terveystietoon; entä millainen tulos olisi, jos tarkastelunäkökulma siirtyisi muihin aineenopettajiin tai rehtoreihin? Nähdäänkö koulun terveyden edistäminen kokonaisvaltaisena ja kaikkia osapuolia sitovana toimintana? Miten terveystiedollista yhteistyötä toteutetaan koulun sisällä, koulun ulkopuolisten tahojen sekä kotien kanssa, ja millaisia kokemuksia erilaisista yhteistyöprojekteista on saatu? Peltonen (2000) toteaa osuvasti terveyttä edistävän koulun vision olevan suhteellisen helpon luoda, mutta miten suunnitelman toteuttaminen onnistuu?

Oman tutkimusalueensa muodostavat lasten ja nuorten vanhemmat – millaisia käsityksiä ja toiveita heillä on koulun terveystiedon opetuksesta? Lisäksi nuorten omista terveystiedollisista tiedoista, taidoista ja asenteista sekä nuorten koulun terveystiedon opetusta koskevista mielipiteistä riittäisi varmasti tarkasteltavaa.

On käyty keskustelua siitä, ketkä saisivat opettaa terveystietoa, jos se tulee omaksi oppiaineeksi. Olisi mielenkiintoista tarkastella, miten muiden aineiden opettajat (esim. biologia, kotitalous ja psykologia) suhtautuvat terveystiedon opettamiseen.

Tai jos he ovat jo opettaneet sitä, niin miten opetus on toteutettu heidän toimesta ja millaisia kokemuksia heillä on ollut?

Tutkittavaa siis riittää. Tutkimuksemme, kuten useimmat muutkin samaan aiheeseen liittyvät tutkimukset (esim. Korhonen & Myllymäki 1987a), oli kyselytutkimus. Olisi varmasti antoisaa kartoittaa terveystiedon opetuksen toteutusta muunkinlaisilla menetelmillä, esimerkiksi osallistuvan havainnoinnin avulla. Käsillä olevassa tutkimuksessa ollaan paneuduttu peruskoulun yläasteen ja lukion liikunnanopettajien terveystiedon opettamiseen lukuvuonna 1999—2000. Nyt ollaan kartoitettu pieni osa laajasta terveystiedon tutkimussarasta. Olemme vastanneet muun muassa muutamaan Korhosen (1998, 80—82) esille nostamaan terveystiedon tutkimushaasteeseen; tutkimuksen myötä saatiin selville yläasteen ja lukion liikunnanopettajien terveystiedon opettamiseen liittyviä asenteita, mielipiteitä, valmiuksia ja arvomaailmaa, täydennyskoulutushalukkuutta sekä tietoja käytetyistä oppimateriaaleista. Edellisten lisäksi moni muukin terveystiedon opetukseen liittyvä asia sai syvempää tietoa. Toivottavasti tutkimustuloksista on hyötyä esimerkiksi liikunnanopettajien peruskoulutusta ja täydennyskoulutusta suunniteltaessa ja toteutettaessa.

LÄHTEET

Aaltola, A. 2000. Jyväskylän kaupungin ja Jyväskylän maalaiskunnan peruskoulujen ala-asteilla toteutettava ravitsemusopetus. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Aarto, L. 1988. Liikunnanopettajien käsitykset terveystieteiden valmiuksistaan ja terveystieteiden liittyvästä täydennyskoulutuksesta. Liikuntapedagogiikan tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Ahlfik, V. & Murtomäki, T. 1994. Oppilaiden terveyteen liittyvät kiinnostuksen kohteet. Liikuntapedagogiikan pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Aromaa, A., Koskinen, S. & Huttunen, J. 1997. Suomalaisten terveys 1996. Kansanterveyslaitos. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Oy Edita Ab.

Berger, R. M. & Patchner, M. A. 1988. Implementing the research plan. California: Newbury Park.

Björklund, M. 1995. Oppilaiden käsityksiä terveystieteiden opetuksesta peruskoulun yläasteella. Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto.

Carter, J. A. & Lee, A. M. 1992. Pedagogical Beliefs about Elementary Health Education: an Exploratory Study of Preservice Teachers. *Education*, Vol. 112 (3), 375—381.

Clarkson, M-L. 1995. Suuren yleisön koulutukseen kohdistamat odotukset ja asenteet. Teoksessa M-L. Clarkson (toim.) *Suomalaiset ja koulu. Asenteita, odotuksia ja käsityksiä*. OECD:n koulutusindikaattoriprojektin D-Network`in Suomen tutkimus. Opetusministeriö ja opetushallitus. Helsinki: Hakapaino Oy, 15—61.

Connell, D. B., Turner, R. R. & Mason, E. F. 1985. Summary of Findings of the School Health Education Evaluation: Health Promotion Effectiveness, Implementation, and Costs. *Journal of School Health*, Vol. 55 (8), 316—321.

Cullen, K. W., Baranowski, T., Baranowski, J., Hebert, D., deMoor, C., Hearn, M. D. & Resnecow, K. 1999. Influence of School Characteristics on the Outcomes of a School Health Promotion Program. *Journal of School Health* 69 (9), 376—380.

Curriculum Guidance 5 – five – Health Education 1990. National Curriculum Council.

Dorman, S. M. 1997. CD use in Health Education. *Journal of School Health*, Vol. 67 (10), 444—446.

Dorris, A. V. 1995. Educating the twentieth-century youth. *Clearing House*, Vol. 69 (2), 77—79.

Dunn, P. C. & Brown, K. 1997. Abortion Forced-Choice Ladder Activity. *Journal of Health Education* Vol. 28 (3), 178—179.

du Pré, A. 2000. *Communicating about Health. Current Issues and Perspectives*. California: Mayfield Publishing Company.

Eloranta, T. & Lemmetyinen, H. 1994. Terveyskasvatuksen teemaviikko koulussa. *Liikunta ja tiede* 3, 34—35.

- Enkenberg, J. 1998. Uutta pedagogiikkaa etsimässä. Teoksessa M-L. Julkunen (toim.) Opetus, oppiminen ja vuorovaikutus. Juva: WSOY, 155—178.
- Errecart, M. T., Walberg, H. J., Ross, J. G., Gold, R. S., Fiedler, J. L. & Kolbe, L. J. 1991. Effectiveness of Teenage Health Teaching Modules. *Journal of School Health*, Vol. 61 (1), 26—30.
- Erätuuli, M., Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Rauma: Kirjapaino Oy West Point.
- Evans, D., Rees, J., Okagbue, O. & Tripp, J. 1998. Negotiating sexual intimacy: A PAUSE develops an approach using a peer-led theatre-for-development model in the classroom. *Health Education*, Vol. 98 (6).
- Ewles, L. & Simnett, I. 1995. Terveysten edistämisen opas. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Käänt. P. Ovasko-Romano. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Otava.
- Gran, B. 1994a. En ny läroplan för grundskolan . Vad riksdagen beslöt i december 1993. Lärarhögskolan i Malmö. Särtryck och småtryck från Institutionen för pedagogik och specialmetodik nr 797.
- Gran, B. 1994b. En ny läroplan för gymnasieskolan. Vad riksdagen beslöt i december 1993. Lärarhögskolan i Malmö. Särtryck och småtryck från Institutionen för pedagogik och specialmetodik nr 798.
- Greenberg, J. S. 1998. Health Education: Learner-Centered Instructional Strategies. 4. painos. Boston: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Hakala, J., Kiviniemi, K. & Teinilä, S. 1999. Opetusalan täydennyskoulutustarjonta vuosina 1996—1998. Opettajien perus- ja täydennyskoulutuksen ennakointihankkeen (OPEPRO) selvitys 2. Opetushallitus. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi perusopetuslain 11 §:n, lukiolain 7 §:n ja ammatillisesta koulutuksesta annetun lain 12 ja 17 §:n muuttamisesta 2000.

Hannula, M. 2000. Millaisia kansalaisvalmiuksia kotitalousopetus tarjoaa? *Kotitalous* 1, 23.

Hansen, H. L. & Kofoed, N. 1991. The Action-perspective in some development Projects in Health Education in the Danish Folkeskole. Teoksessa B. B. Jensen (toim.) *The Action-perspective in School Health Education. Proceedings from Satellite Congress in Copenhagen 13—14 June 1991.* Research Centre for Environmental and Health Education. The Royal Danish School of Educational Studies.

Heikkinen, T. & Kontula, O. 1992. Koulujen huumeopetus. Tutkimus lukuvuodesta 1989—1990. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 63. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Heinonen, K. & Heinonen, T. 1996. Yläasteen oppilaiden terveyteen liittyviä kiinnostuksen kohteita. Liikuntapedagogiikan pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Helenius, E. & Pesonen, P. 1999. Eväitä elämään projekti – malleja ja kokemuksia nuorten elämäntaitojen kehittämiseen kouluissa. Loppuraportti. Nyyti ry/Raportteja ja julkaisuja 1998. Helsinki: Painotalo Miktor.

Helin, P. 1997. Ajankohtaista puheenjohtajalta. *Liikunnanopettaja* 2, 3—4.

Helin, P. 1999. Puheenjohtajan palsta. *Liikunnanopettaja* 5, 5.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1998. Tutki ja kirjoita. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Hyvönen, T. & Wass, S. 1998. Matkalla arvostelusta oppimisen tukemiseen. Luokanopettaja 1, 30—31.

Hätönen, H. & Mäkelä, M-L. 1986. Kouluuyhteisö terveystieteiden kasvattajana. SPIN -projektin alkukartoitus kuudessa Suomen peruskoulussa. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveystieteiden kasvatus. Sarja tilastot ja selvitykset 6. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Hätönen, H. & Mäkelä, M-L. 1987. Kouluuyhteisö terveystieteiden kasvattajana. SPIN -projektin loppukartoitus kuudessa Suomen peruskoulussa. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveystieteiden kasvatus. Sarja tilastot ja selvitykset 4. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Jakartan julistus 1997. Terveystieteiden edistäminen 2000-luvulla. Terveystieteiden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 2/1996. Painohäme Oy.

Jakku-Sihvonen, R. & Salmensuu, K. 1994. Lukio rehtorin ja opettajan työympäristönä. Teoksessa R. Jakku-Sihvonen & H. Blom (toim.) Lukion tila 1994. Opetushallitus. Helsinki: Hakapaino Oy, 149—174.

Jakku-Sihvonen, R. & Rusanen, S. 1999. Opetushenkilöstön täydennyskoulutukseen osallistuminen vuosina 1996—1998. Opettajien perus- ja täydennyskoulutuksen ennakkointihankkeen (OPEPRO) selvitys 1. Opetushallitus. Helsinki: Hakapaino Oy.

Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta 1999. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan lausunto Terveystietotyöryhmän ehdotuksista terveystieteen opetuksen kehittämisestä, 16.12.1999.

Jääskeläinen, L. 1987. Terveystieteen opetusmenetelmistä. Liikuntakasvatus 2, 20—21.

Kanaoja, S. 1999. Arviointi lasten kehityksen seurannassa. Oppilasarviointi eriyttämisen tukena peruskoulussa. Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 202. Helsinki: Hakapaino.

Kannas, L. 1976. Liikunnanopettajat terveystiedon opettajina. Kuvaileva kartoitus terveystiedon opettamiseen liittyvistä asenteista, valmiuksista, täydennyskoulutustarpeesta sekä opetuksen toteuttamisesta. Jyväskylän yliopiston kansanterveyden julkaisuja 26. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Kannas, L. 1983. Tupakointia koskeva terveystiedon kasvatusta peruskoulussa. Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 17. Jyväskylä: Sisä-Suomen Kirjapaino ja Jyväskylän yliopiston monistuskeskus.

Kannas, L. 1992. Terveystiedon kasvatusta tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytönä. *Aikuiskasvatusta* 2, 68—76.

Kannas, L. 1994. Kolme arviointia - terveys, kasvatusta, inhimillinen kasvu ja kehitys. Teoksessa H. Peltonen (toim.) *Koulu terveyden arviointia pohtimassa*. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 49—65.

Kannas, L. 1998. Koulun terveyden edistämisen haasteet. *Liikunta & Tiede* 1, 32—35.

Kannas, L. & Heinonen, T. 1993. Seksuaalikasvatusta arkea: vaikenevat kodit ja myöhästelevät koulut. Teoksessa L. Kannas (toim.) *Ihanan tukala seksuaalisuus*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 4. Helsinki: Painatuskeskus, 117—140.

Kanniainen, A. 1999. SPSS 9.0 for Windows. Perusteet. Oulu: Oulun yliopisto, ATK-keskus.

Karekivi, L. 1999. Ehkä en kokeilisikaan jos... Tutkimus ylivieskalaisten nuorten tupakoinnista ja päihteidenkäytöstä ja niihin liittyvästä terveystieteestä vuosina 1989—1998. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Kokkonen, H. 1996. Oppimateriaali, opettajan tärkeä työväline. *Opettaja* 48-49, 18—19.

Kolbe, L. J. 1986. Increasing the Impact of School Health Promotion Programs: Emerging Research Perspectives. *Health Education* Vol. 17 (5), 47—52.

Kolehmainen, V. 1993. Some Thoughts on Learning Skills and Skills Learning. *Kasvatus (Supplementti)* 1, 73, 75.

Kontula, O. 1997. Yläasteen sukupuolikasvatus lukuvuonna 1995—1996. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 3*. Helsinki: Oy Edita Ab.

Korhonen, J. 1998. Terveystieteen ja terveystiedon opetussuunnitelmat sekä näkökohtia niiden kehittämiseksi. *Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 8*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino ja ER-Paino Oy.

Korhonen, J. 1999a. Koko kouluajan kattava terveystiedon opetussuunnitelma. *Kouluterveys 2002 -tiedotuslehti* 8, 32—35.

Korhonen, J. 1999b. Terveystiedosta terveystieteen ja terveystieteen. *Liikunnanopettaja* 3-4, 31—34.

Korhonen, J. 1999c. Terveystietoa opettavien koulutus Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnassa. *Julkaisematon liitemoniste*.

Korhonen, J. 2000a. Terveystieteen edistäminen, terveystieteen ja terveystieto. *Spektri* 1, 46.

- Korhonen, J. 2000b. Terveystieto koulun oppiaineena. *Terveys-sanomat* 2, 20—22.
- Korhonen, J. 2000c. Koulun terveysohjelma ja sen toiminta-alueiden koordinointi. *Promo* 1, 26—28.
- Korhonen, J. & Harju-Kivinen, R. 1998. Oppimateriaalien valinta ja käyttö terveystiedon opetuksessa. *Liikunnanopettaja* 3, 29—31, 44.
- Korhonen, J., Kopra, A., Tuominen, P. & Wahlroos, L. 1999. Terveystiedon koulu-kohtainen opetussuunnitelma. Virikemateriaalia esikoulua, peruskoulua, lukiota ja ammatillisia oppilaitoksia varten. *Terveys ry Selvityksiä* 2. Jyväskylä: Kirjapaino Oma Oy & Kopi-Jyvä Oy.
- Korhonen, J. & Myllymäki, J. 1986a. Opetusmuotojen käyttö lukion terveystiedossa. *Liikuntakasvatus* 1, 19—23.
- Korhonen, J. & Myllymäki, J. 1986b. Lukion terveystiedon kurssin jaksottaminen ja eri sisältöalueisiin käytetyt tuntimäärät. *Liikuntakasvatus* 2, 33—37.
- Korhonen, J. & Myllymäki, J. 1987a. Terveystiedon opetus kurssimuotoisessa lukiossa lukuvuonna 1984—85. *Terveystieteen laitos. Sarja A: Tutkimuksia* 4. Jyväskylä: Jyväskylä yliopisto.
- Korhonen, J. & Myllymäki, J. 1987b. Terveystiedon tuntien valmistelussa ja toteutuksessa käytetyt tietolähteet ja oppimateriaalit. *Liikuntakasvatus* 1, 26—29.
- Korkeakoski, E. (toim.) 1999. Opettajien täydennyskoulutuksen tuloksellisuus. Opetushallituksen rahoittama, pitkäkestoinen koulutus. Opetushallitus. Arviointi 3/1999.

Korpinen, E. 1996. Miten laajentaa opiskelija-arviointia koulutuksen evaluatioon? Eräs ehdotus evaluaatiomalliksi. Teoksessa A. Räisänen & T. Frisk (toim.) Silta uuteen opiskelija-arviointiin. Arviointia opiskelija-arvioinnista. Opetushallitus. Arviointi 6/1996. Helsinki: Yliopistopaino, 61—68.

Koskinen-Ollonqvist, P. 1993. Koulun alkoholiopetuksen kehittäminen. Onnistumisen edellytykset. Helsinki: Trio-Offset.

Kotitalousopettajien liitto 1999. Kotitalousopettajien liiton kannanotto terveystietotyöryhmän ehdotuksiin, 23.11.1999.

Kouluhallitus 1981. Lukion kurssimuotoinen oppimäärä ja oppimääräsuunnitelma. Terveystieto. Liikunta. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Kouluhallitus 1985a. Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 1985. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Kouluhallitus 1985b. Lukion opetussuunnitelman perusteet. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Kouluhallitus 1987. Peruskoulun opetuksen opas: Liikennekasvatus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Laaksola, H. 1999. Terveystieto itsenäiseksi. Opettaja 46, 5.

Lahdenperä, S. & Outila, J. 1992. Liikennekasvatuksen toteuttaminen peruskoulun yläasteella. Liikuntapedagogiikan pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Lahdes, E. 1991. Oppimistulosten arviointi. Teoksessa J. Kari (toim.) Didaktiikka ja opetussuunnittelu. Juva: WSOY, 181—190.

Lahdes, E. 1997. Peruskoulun uusi didaktiikka. Keuruu: Otava.

Laitakari, J. 2000. Nuoret ja terveystieteiden kasvatusta: Tulevaisuuden haasteet edellyttävät terveyden lukutaitoa. Liikunta ja tiede 1, 4—8.

Leger, L. St. & Nutbeam, D. 2000. A Model for Mapping Linkages Between Health and Education Agencies to Improve School Health. *Journal of School Health*, Vol. 70 (2), 45—50.

Lehtimäki, R. 1993. Terveystieteiden kasvatusta ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa P. Kantola, R. Lehtimäki & M. (toim.) Talsi Kansan terveys. Sairaanhoidajien koulutus-
säätiö. Hämeenlinna: Karisto, 9—29.

Leppilampi, V. & Kohonen, A. 1994. Toimiva koulu yhdessä kehittäen. Juva: WSOY.

Liikenneturva 1994. Koululainen liikenteessä. Vihjeitä liikenneturvallisuuksityöhön kunnassa ja koulussa. Sulkava: Finnreklama Oy.

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan liikunta- ja terveystieteiden opinto-opas 2000. Jyväskylän yliopisto.

Linnakylä, P. & Kupari, P. 1996. Autenttinen arviointi peruskoulun opiskelua ja arviointimenetelmiä uudistamassa. Teoksessa A. Räisänen & T. Frisk (toim.) Silta uuteen opiskelija-arviointiin. Arviointia opiskelija-arvioinnista. Opetushallitus. Arviointi 6/1996. Helsinki: Yliopistopaino, 95—122.

Lohrmann, D. K. & Wooley, S. F. 1998. Comprehensive School Health Education. Teoksessa E. Marx, S. F. Wooley & D. Northrop (toim.) Health Is Academic. A Guide to Coordinated School Health Programs. Teachers College, Columbia University, 43—66.

Lukion opetussuunnitelmatoimikunnan mietintö I 1977. Keskiasteen koulunuudistus 13. Komiteamietintö 2. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Lukion opetussuunnitelmatoimikunnan mietintö II A 1977. Keskiasteen koulunuudistus 13. Komiteamietintö 2. Helsinki.

Lukion opetussuunnitelmatoimikunnan mietintö II E 1977. Keskiasteen koulunuudistus 13. Komiteamietintö 2. Helsinki.

Markkanen, A. 1998. Terveyskasvatus osana liikuntakasvatusta peruskoulun yläasteella. Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma. Joensuu: Joensuun yliopisto (Kuopion kesäyliopisto).

Martin, J., Gaston, M., Heppel, D., Horrigan, L. & Stinson, N. 1998. Health Education in the Healty Schools, Healthy Communities Program. Journal of Health Education. September/October supplement 1998, vol. 29 (5)/Supplement S-23—28.

McKenzie, F. D. & Richmond, J. B. 1998. Linking Health and Learning: An Overview of Coordinated School Health Programs. Teoksessa E. Marx, S. F. Wooley ja D. Northrop (toim.) Health Is Academic; A Guide to Coordinated School Health Programs. Teachers College, Columbia University, 1—14.

McWhirter, J., Wetton, N. & Williams, T. 1996. Health education for Hungary. Health Education, Vol. 96 (1).

Nader, P. R. 1990. The Concept of "Comprehensiveness" in the Design and Implementation of School Health Programs. Journal of School Health, Vol. 60 (4), 133—138.

Naidoo, J. & Wills, J. 1998. Health Promotion. Foundations for Practice. 5. painos. London: Butler & Tanner Ltd.

National Health Education Standards: Achieving Health Literacy. 1995. Developed by the Joint Committee on National Health Education Standards.

Nelson, G. D., Cross, F. S. & Kolbe, L. J. 1991. Introduction: Teenage Health Teaching Modules Evaluation. *Journal of School Health*, Vol. 61 (1), 20.

Nieminen, M. & Vikström, M. 1997. Terveyskasvatus Joensuun yläasteilla oppilaiden ja liikunnanopettajien näkökulmasta. Kasvatustieteen syventävien opintojen tutkielma. Joensuu: Joensuun yliopisto.

Noponen, J. 1988. Liikunnanopettajien näkemyksiä terveystieteestä ja liikennekasvatuksesta peruskoulun yläasteella. Liikuntapedagogiikan tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Norris, N., Aspland, R., MacDonald, B., Schostak, J. & Zamorski, B. 1996. Arviointiraportti peruskoulun opetussuunnitelmauudistuksesta. Opetushallitus. Arviointi 11/96. Helsinki: Yliopistopaino.

Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY Kirjapainoyksikkö.

Nupponen, R. 1994. Terveyspsykologian perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nykänen, M. & Sironen, M. Hellittääkö hedettä? 1995. 9-luokkalaisten, heidän vanhempiensa ja opettajien käsitykset hyvästä seksuaalikasvatusvideosta ja toteutetun opetusvideon saamat oppilasarviointit. Terveystieteiden pro gradu -tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Nöjd, O. 1991. Oppimateriaalit ja oppimisvälineet. Teoksessa J. Kari (toim.) Didaktiikka ja opetussuunnittelu. 2. painos. Juva: WSOY, 153—179.

Olkinuora, H. 1973. Kansakoulun raittiusopetus. Kasvatustieteen tutkimuslaitoksen julkaisuja 177. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Opetushallitus 1994a. Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 1994. Helsinki: Painatuskeskus.

Opetushallitus 1994b. Lukion opetussuunnitelman perusteet 1994. Helsinki: Painatuskeskus.

Opetushallitus 1999a. Terveystietotyöryhmän ehdotukset, 17.12.1999.

Opetushallitus 1999b. Perusopetuksen päättöarvioinnin kriteerit. Arvosanan hyvä (8) kriteerit yhteisissä oppiaineissa. Helsinki: Yliopistopaino.

Opetushallitus 1999c. Perusopetuksen oppilaan arvioinnin perusteet 1999. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

Opetushallitus 1999d. Nuorille tarkoitetun lukiokoulutuksen opiskelija-arvioinnin perusteet 1999. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

Orme, J. & Starkey, F. 1999. Young peoples' views on drug education in schools: implications for health promotion and health education. Health Education, Vol. 99 (4).

Ottawa Charter for Health Promotion 1986. <http://www.who.dk/policy/ottawa.htm>. 1.11.2000.

Pakkanen, S. 1999. Lukion oppilasarvostelu uudistuu. Helsingin Sanomat 15.4.1999. Kotimaa, A 6.

Pateman, B., Grunbaum, J., A. & Kann, L. 1999. Voices from the Field – A Qualitative Analysis of Classroom, School, District, and State Health Education Policies and Programs. *Journal of School Health*, Vol. 69 (7), 258—263.

Peltonen, H. 1994. Terveyttä ja turvallisuutta edistävä koulu. Teoksessa H. Peltonen (toim.) *Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa*. Opetushallitus. Helsinki: Painatuskeskus Oy, 66—83.

Peltonen, H. 2000. Koulutyön tavoitteet. Teoksessa P. Terho, E-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 22—31.

Penttinen, S. 1999. Omien kouluvuosien merkitys liikuntaa opettavaksi luokanopettajaksi kehittymisessä. *Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja*. Sarja B. Tutkimusraportteja ja selvityksiä 30. Rovaniemi: Lapin yliopistopaino.

Peruskoulun opetussuunnitelmakomitean mietintö I 1970. Opetussuunnitelman perusteet. Komiteamietintö 1970: A4. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Peruskoulun opetussuunnitelmakomitean mietintö II 1970. Oppiaineiden opetussuunnitelmat. Komiteamietintö 1970: A5. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Pesola, S. & Rättyä, H. 1995. OLE HYVÄ! Moraalikasvatus ala-asteen opettajan näkökulmasta. *Kasvatustieteen pro gradu -tutkielma*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Pirie, P. L. 1999. Evaluating Community Health Promotion Programs: Basic Questions and Approaches. Teoksessa N. Bracht (toim.) *Health Promotion at the Community Level 2*. London: Sage Publications Inc, 127—134.

Pousi, A. 1995. Koulussa teemana terveys. *Liikunta ja tiede* 3, 38—39.

Rasku, A. & Kinnunen, U. 1999. Lukion opettajien työolot ja hyvinvointi: vertaileva tutkimus Euroopan eri maissa. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 341. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Reinboth, R. 1999. Asiantuntijat peräävät terveystiedolle paikkaa. Opettaja 36, 26—27.

Rimpelä, M. 1998. Terveystieto peruskoulun oppiaineeksi. Kouluterveys 2002 -tiedotuslehti (6), 24—28.

Rimpelä, M. 2000a. Terveystieto peruskoulun oppiaineeksi. Suomen lääkärilehti 4, 380—383.

Rimpelä, M. 2000b. Oppiaineiden yhdistely ei onnistu. Liikunta ja tiede 1, 10.

Rimpelä, M. 2000c. Terveystieto oppiaineeksi: perustiedot ja taidot terveyden edistämiseen ja arkisten sairauksien hoitoon. Kouluterveys 2002 -tiedotuslehti 9, 4—6.

Rimpelä, M. 2000d. Terveyttä edistävä kouluuyhteisö. Teoksessa P. Terho, E-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) Kouluterveydenhuolto. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 80—87.

Rimpelä, A., Vikat, A., Rimpelä, M., Lintonen, T., Ahlström, S. & Huhtala, H. 1999. Nuorten terveystapatutkimus 1999. Tupakoinnin ja päihteiden käytön muutokset. Stakes. Aiheita 18.

Rimpelä, M., Jokela, J. & Luopa, P. 1999. Kouluterveys 1998 -kysely. Terveysopetus. <http://www.stakes.fi/vye/kouluterveys/98/opetus98.htm>. 17.10.1999.

Rimpelä, M., Liinamo, A., Luopa, P. & Jokela, J. 2000. Yläasteen oppilaiden ilmoittama terveysopetus lisääntyi 1996—2000. *Kouluterveys 2002 -tiedotuslehti* 10, 53.

Ross, J. G., Gold, R. S., Lavin, A. T., Errecart, M. T. & Nelson, G. D. 1991. Design of the Teenage Health Teaching Modules Evaluation. *Journal of School Health*, Vol. 61 (1), 21—25.

Ross, J. G., Luepker, R. V., Nelson, G. D., Saavedra, P. & Hubbard, B. M. 1991. Teenage Health Teaching Modules: Impact of Teacher Training on Implementation and Student Outcomes. *Journal of School Health*, Vol. 61 (1), 31—34.

Räisänen, A. & Frisk, T. 1996. Oppilas- ja opiskelija-arvioinnin valtakunnallisen ohjauksen arviointia. Teoksessa A. Räisänen & T. Frisk (toim.) *Silta uuteen opiskelija-arviointiin. Arviointia opiskelija-arvioinnista*. Opetushallitus. Arviointi 6/1996. Helsinki: Yliopistopaino, 27—42.

Schultz, E. W., Glass, R. M. & Kamholtz, J. D. 1987. School Climate: Psychological Health and Well-being in School. *Journal of School Health*, Vol 57 (10), 432—436.

Scratchley, M. J. 1999. Issues for the New Zealand health curriculum. *Health Education*, Vol. 99 (5).

Shemeikka, S. 1984. Terveyskasvatus peruskoulun ala-asteella. Esimerkkinä tapaus tupakoimattomuuteen. *Kuopion yliopiston julkaisuja* 2/1984. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Skolverket 2000. <http://www.skolverket.se>. 29.9.2000.

Soininen, M. 1997. Kasvatustieteellisen evaluaation perusteet. Turun yliopiston täydennyskoulutuksen julkaisuja A:56. Turku: Painosalama Oy.

Spruijt-Metz, D. 1999. *Adolescence, Affect and Health*. United Kingdom: Biddles, Guildford and King`s Lynn.

Stakes 1999. Sosiaali- ja terveystietojen tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin kannanotto terveystietotyöryhmän ehdotuksiin, 17.12.1999.

Suomen Liikunnanopettajain Liitto 1999. Lausunto terveystietotyöryhmän ehdotuksista, 16.12.1999.

Telljohann, S. K. & Everett, S. A. 1996. Effects of an inservice workshop on the health teaching self-efficacy of elementary school teachers. *Journal of School Health*, Vol. 66 (7), 261—265.

Terho, P. 2000. Terveyskasvatus. Teoksessa P. Terho, E-L. Ala-Laurila, J. Laakso, H. Krogius & M. Pietikäinen (toim.) *Kouluterveydenhuolto*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 399—405.

Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1993. Koulun terveystietotyöryhmän kehittämisjaos. Koulun terveystietotyöryhmän kehittäminen. Muistio.

Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995. Terveystietotyöryhmän kehittäminen Suomessa 1990-luvulla. Teoksessa A-M. Pietilä, I. Lepola & A. Rimpelä (toim.) *Terveystietotyöryhmän vuosikirja*. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2, 143—158.

Terveystietotyöryhmän opas; koulujen kasvatusta ja opetuskäyttöön 1990. Helsinki: VAPK-kustannus.

Terveystietoseminaari päätöksentekijöille 13.6.2000. Terveystietotyöryhmä.

Tones, K. & Tilford, S. 1995. *Health Education. Effectiveness, efficiency and equity*. 2. painos. Great Britain: Clays Ltd.

Torabi, M. R. & Crowe, J. W. 1995. National Public Opinion on School Health Education: Implications for the Health Care Reform Initiatives. *Journal of Health Education*, Vol 26 (5), 260—266.

Tossavainen, K. 1993. Nuorten terveystietämystä tukeva koulun terveystietäminen. Tupakointia ja alkoholin käyttöä ehkäisevän terveystietämisohjelman arviointitutkimus. STAKES. Tutkimuksia 22. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tossavainen, K., Vartiainen, E. & Paavola, M. 1996. Euroopan Terveet Koulut -ohjelman toimintatutkimus osana terveystietämisen kehittämistä Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 33/suplementti, 71—79.

Turner, S., Öberg, K. & Unnerstad, G. 1999. Biology and Health Education. *European Journal of Teacher Education* Vol. 22 (1), 89—99.

Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., Salomäki, U. & Vertio, H. 1999. Initial Results from the European Network of Health Promoting Schools Program on Development of Health Education in Finland. *Journal of School Health*, Vol. 69 (10), 387—391.

Tynjälä, P. 1999, *Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita*. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Tyrväinen, H. 1997. Mitä opettajien näkemykset ja kokemukset sekä opetussuunnitelmat kertovat koulun päihdeopetuksesta. *Terveystietämisen pro gradu -tutkielma*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Uusi koululainsäädäntö 1.1.1999. 1999a. Perusopetuslaki N:o 628/1998. *Opettaja* 1-2, säännöslite, 2—7.

Uusi koululainsäädäntö 1.1.1999. 1999b. Lukiolaki N:o 629/1998. *Opettaja* 1-2, säännöslite, 10—13.

Uusikylä, K. & Atjonen, P. 2000. Didaktiikan perusteet. Juva: WS Bookwell Oy.

Valli, R. 1995. Nuorten alkoholikasvatus – vastaako koulu nuorten ajatuksiin ja tarpeisiin. Kasvatustieteen lisensiaattityö. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Vartiainen, E. & Tossavainen, K. (toim.) 1992. Tupakkaterveyskasvatus peruskoulussa. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 72. Helsinki: VAPK-kustannus.

Vartiainen, E., Forsman, O., Tossavainen, K., Paavola, M. & Puska, P. 1996. Itä-Suomen nuorisoprojekti. Itäsuomalaisien 9.-luokkalaisten sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät ja terveystietämykset. Tutkimuksen toteutus ja perustaulukot vuosina 1984, 1987, 1988, 1995. Kansanterveyslaitos. Epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto. Kroonisten tautien ehkäisyn tutkimusyksikkö. Helsinki: Invapaino.

Vertio, H. 1993. Terveyden edistäminen – valintojen virta. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Vertio, H. 1998. Terveyskasvatuksesta terveyden edistämiseen. Terveyskasvatus 2, 3.

Virkkunen, A. 1987. Terveyskasvatuksen opettamisesta. Liikuntakasvatus 4, 11.

Virta, A. 1999. Uudistuva oppimisen arviointi. Mahdollisuuksia ja varauksia. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Julkaisusarja B:65. Turku: Painosalama Oy.

Vuori, I. 1996. Tehokas ja turvallinen terveystoiminta. Forssa: Forssan kirjapaino.

Väisänen, S. & Tyrväinen, H. 1999. Nuorten ja koulujen terveystoiminnan kehittäminen 1996—1998. Kokemuksia järjestön ja 16 peruskoulun välisestä yhteistyöstä. Terveys ry selvityksiä 3. Jyväskylä: Kirjapaino Oma Oy ja Kopi-Jyvä Oy.

Välijärvi, J. 1990. Yleissivistys opetuksen tavoitteena lukiossa. Teoksessa J. Välijärvi (toim.) Lukio uudistaa opetustaan. Kasvatustieteiden tutkimuslaitoksen julkaisusarja B. Teoriaa ja käytäntöjä 50. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston monistuskeskus ja Kirjapaino Oy Sisä-Suomi,

Välijärvi, J. & Tuomi, P. 1994. Lukion oppimisympäristö ja kouluelämän laatu opiskelijoiden arvioimana. Teoksessa R. Jaku-Sihvonen & H. Blom (toim.) Lukion tila 1994. Opetushallitus. Helsinki: Hakapaino Oy, 121—148.

World Health Organization 1992. Comprehensive School Health Education. Suggested Guidelines for Action. WHO/UNESCO/UNICEF Consultation on Strategies for Implementing Comprehensive School Health Education/Promotion Programmes, Geneva 25—29 November 1991.

World Health Organization 1997. Promoting Health Through Schools: Report of a WHO Expert Committee on Comprehensive School Health Education and Promotion. WHO Technical Report Series 870. Geneva.

Wuolio, K. 2000. Oppiaineen tavoitteena terveyssivistys ja -osaaminen. Liikunta ja tiede 1, 9—11.

Åhlberg, M. 1992. Oppimisen, opetuksen ja opetussuunnitelman evaluaatio. Loimaa: Loimaan Kirjapaino Oy.

Euroopan Terveet Koulut -ohjelma

Euroopan Terveet Koulut -ohjelma on WHO:n Euroopan aluetoimiston, Euroopan neuvoston ja Euroopan Unionin yhteinen projekti, johon kuuluu Suomessa 75 koulua (peruskoulun ala- ja yläasteita sekä ammatillisia oppilaitoksia) eri puolelta maata. Kukin projektiin kuuluva koulu sitoutuu vähintään kolmeksi vuodeksi projektiin, ja kehittää sen aikana koulun terveyden edistämistä paikallisista lähtökohdista omat tarpeensa huomioiden niin sisällöllisesti kuin menetelmällisestikin. Projektin tavoitteena on kouluyhteisön terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin kokonaisvaltainen tukeminen. Tarkoituksena on edistää kouluyhteisön terveyttä terveystieteiden opetusmuutosten, uusien ideoiden ja oppimis- sekä opetusmenetelmien, toimivien käytännön toimintamallien sekä monipuolisen vuorovaikutuksen kautta. (Tossavainen, Vartiainen & Paavola 1996.)

Kyselyn (N=33) ja haastattelun (N=11) avulla pyrittiin selvittämään mukana olleiden koulujen opettajien mielipiteitä projektista. Kyselyjen pohjalta nousi esiin neljä osa-aluetta (yhteistyö ja vuorovaikutus, terveystieteiden opetusmuutokset, kokonaisvaltainen terveyden edistäminen sekä terveyttä ylläpitävä käyttäytyminen), joiden pohjalta toteutettiin teemahaastattelu. Haastatellut yläasteen opettajat (N=4) arvioivat yhteistyön ja vuorovaikutuksen tehostuneen kouluyhteisössä. Sekä oppilaat että opettajat olivat motivoituneita projektiin. Sen aikana oppilaiden ja opettajien välisten suhteiden katsottiin parantuneen. Projekti koettiin erittäin toiminnallisena, josta on osoituksena lukuisat toiminnot, joita koulussa tehtiin (mm. Terve Koulu teema- ja tapahtumaviikko, tupakkakampanja, ympäristöprojekti sekä kosketus- ja valistustunnit). Projektissa olivat mukana myös oppilaiden vanhemmat sekä muutamat ulkopuoliset tahot (esim. nuorisoyhteisö ja sosiaalityö sekä poliisi). (Tossavainen ym. 1996.)

Terveystieteiden opetusmuutokseen oli kirjattu keskeiset periaatteet terveystieteistä. Lisäksi eri kursseille oli pyritty löytämään houkuttelevia nimikkeitä oppilaiden mielenkiinnon herättämiseksi. Terveystieteistä ei ollut pakollisena oppiaineena, vaan useimmiten siihen liittyviä asioita integroitiin eri oppiaineisiin. Opettajat totesivat kirjoitetun opetusmuutoksen toimivaksi, mutta integroinnin toteutumisen epäiltiin kangertelevan. Opettajien vastauksista ilmeni terveydenhoitajan liian vähäinen mukanaolo projektissa. Kokonaisvaltaisessa terveyden edistämässä oli puolestaan huomioitu laaja terveystieteen näkemys, jossa kiinnitettiin huomiota kouluyhteisön terveyteen, ihmissuhteisiin ja oppilaan oman minän kehittämiseen (mm. oppilaskeskeiset opetusmenetelmät keinoina). Terveyden edistämisen ajattelussa oli siirrytty terveystieteistä terveyden oppimiseen. (Tossavainen ym. 1996.)

Terveyttä ylläpitävässä käyttäytymisessä huomioitiin oppilaiden ja opettajien väliset suhteet (olivat muuttuneet avoimemmiksi), yhteydet opettajien ja vanhempien välillä (olivat lisääntyneet) sekä käytännön toiminnan lisääminen kokemuksellisen ja elämyksellisen oppimisen tueksi. Tässä yhteydessä korostettiin terveyden edistämisen tärkeyttä ilman katkoksia aina peruskoulun ala-asteelta lukioon asti. Opettajat kokivat koulun integroinnin ympäröivään yhteiskuntaan terveyden edistämisen kannalta merkitykselliseksi. (Tossavainen ym. 1996.)

Eväitä elämään -projekti

Ajatus antaa oppilaille tietoa erilaisista psyykkisistä sairauksista sekä siitä, mistä voi hakea apua omiin tai omaisen psyykkisiin sairauksiin, olivat lähtökohtana "Eväitä elämään" –projektille. Se lähti liikkeelle useiden eri kansalaisjärjestöjen sekä pääkaupunkiseudun nuorten parissa toimivien työntekijöiden johdosta, ja se toteutettiin vuosina 1995-1998 viidessä pilottikoulussa ympäri Suomea Nyyti ry:n koordinoimana. Projektin tavoitteina oli muun muassa lisätä nuorten positiivisia käyttäytymis- ja ratkaisumalleja sekä taitoja kohdata ja käsitellä vaikeita tilanteita, ja kehittää uusia työmuotoja koulun voimavarojen sekä tarpeiden pohjalta ja tukea koulussa jo olevia toimintoja. (Helenius & Pesonen 1999, 6-9.)

Projekti rakentui kahdesta eri ryhmästä: suunnittelu- ja projektiryhmästä. Edellinen vastasi suunnittelun ja arvioinnin kehittamisestä, ja jälkimmäinen yleistä suuntauksien suunnittelusta sekä eri ammattiosaamisen nivouttamisesta. Terveystoimintaa kouluissa toteutti yhteensä 22 pilottiohjaajaa, jotka edustivat eri aloja, kuten opettajia, oppilaanohjaajia sekä nuorisotyöntekijöitä. Oppilaiden tarpeiden ja toiveiden huomiointi varmistettiin sillä, että heidän edustajia oli otettu mukaan niin suunnitteluun kuin itse toteutukseen. Matkan varrella myös kyseltiin mielipiteitä ohjelmasta ja kehitettiin niiden perusteella toimintaa jatkossa. Projektin myötä haluttiin yhdistää opiskelijoiden edustajien ja opettajien mielipiteitä sekä toimintamenetelmiä ja mielen-terveydellistä ulottuvuutta. (Helenius & Pesonen 1999, 9-13.)

Toteutusmenetelmät koostuivat pääasiallisesti keskusteluista sekä toiminnallisista harjoituksista, joiden tarkoituksena oli tutkiskella omia tunteita, käyttäytymistä sekä tapahtumia. Ne olivat luonteeltaan kognitiivisia ja ratkaisukeskeisiä. Valmiita ajatusmalleja ei annettu, vaan opetustilanteet rakentuivat nuorten tuottamien ajatusten ja elämästä selviytymisen ihmettelyn pohjalta. Toiminnalliset harjoitukset onnistuivat toisinaan, mutta välillä niiden tulos jäi vaimeaksi. Onnistuneet tilanteet katsottiin syntyneen turvallisen ja positiivisen ilmapiirin myötä, sekä opettajan ohjausvarmuuden ansiosta. Helenius ja Pesonen (1999) kirjoittavat, että kehittämällä itsetuntemus-, selviytymis- sekä vuorovaikutustaitoja voidaan ehkäistä mahdollisia vaikeita elämäntilanteita. (Helenius & Pesonen 1999, 7-13.)

Projektin tuloksellisuutta arvioi muun muassa projektiryhmä. Projektiryhmä antoi ohjelman onnistumiselle arvosanaksi 4,6 (5=toiminta ollut erinomaista). He kiittivät projektin sisäistä toimintaa ja ohjausta, projektin käytännönläheisyyttä, verkostoitumista eri tahojen kanssa, tiedotusta ja uusien menetelmien kehittämistä. Vastaavanlaisista projekteista tämä toteutus erosi "toiminnan ammatillisuudessa, ennaltaehkäisevän mielen-terveystyön näkökulmassa, ruohonjuuritason toiminnassa sekä toimijoiden innostuneisuudessa asiaan." (Helenius & Pesonen 1999, 84-87.)

Eväitä elämään –projektin pohjalta havaittiin, että toiminnan onnistuminen edellyttää sitä, että koko koulu, rehtori mukaan lukien, on sitoutunut siihen, se huomioidaan opetussuunnitelmassa ja sen suunnitteluun varataan riittävästi aikaa. Itse toteutuksesta tulisi vastata vähintään muutama opettaja tukiverkostoineen.

Jotta toiminnalliset harjoitukset ja keskustelut onnistuvat, eivät ryhmät saa olla kovinkaan suuria ja heti alusta tulee kiinnittää huomiota hyvään ryhmäkäyttäytymiseen. (Helenius & Pesonen 1999, 14.)

Teenage Health Teaching Modules (THTM)

Teenage Health Teaching Modules (THTM) Evaluation toteutettiin Yhdysvalloissa The Centers for Disease Controllin toimesta vuosina 1986-1989 tavoitteenaan tarkastella muun muassa, miten terveystieteiden opetussuunnitelma voi myönteisesti vaikuttaa oppilaan terveyteen liittyviin asenteisiin, tietoon, toimintoihin ja käyttäytymiseen, sekä onko terveystieteiden opetussuunnitelman toteuttamiskoulutuksella vaikutusta itse toteuttamiseen ja oppilaiden oppimiseen. Tutkimuksessa oli mukana 150 koulua (N=4806), joista puolet oli niin sanotuissa kokeilukouluissa, joissa toteutettiin järjestelmällisesti suunnitelmaa, ja puolet "luonnollisissa kouluissa", joissa sitä taas läpiviettiin koulun haluamalla tavalla ja voimakkuudella. Ryhmät oli vielä jaettu kahtia koe- ja kontrolliryhmään, jolloin vertailuryhmät saivat tuskin ollenkaan terveyteen liittyvää opetusta. (Nelson, Cross & Kolbe 1991; Ross, Gold, Lavin, Errecart & Nelson 1991.)

Terveystieteiden opetussuunnitelman (16 aihekokonaisuutta terveysasioista) toteuttamiseksi oli opetusmateriaalia, joka oli koostettu oppilaiden tarpeet huomioiden, mutta jota opettaja sai täydentää omilla harjoituksilla ja materiaaleihin liittyvillä ideoillaan. Aihekokonaisuuksien tarkoituksena oli kehittää oppilaiden itsetuntemusta, kykyä selviytyä terveyteen liittyvissä tilanteissa sekä päätöksenteko- ja vuorovaikutustaitoja. (Nelson, Cross & Kolbe 1991; Ross, Gold, Lavin, Errecart & Nelson 1991.)

Tulokset opetussuunnitelman vaikuttavuudesta kerättiin sekä kyselyin (oppilaat ja opettajat) että haastatteluin (opettajat). THTM vaikutti positiivisesti oppilaiden terveyteen liittyvään tietopäöomaan, toimintoihin ja asenteisiin. Vanhemmilla luokilla havaittiin lisäksi merkittäviä vaikutuksia terveystieteiden käyttäytymisessä, kuten tupakanpolton ja huumeiden käytön vähenemistä. Tutkittaessa suunnitelman toteuttamiskoulutuksen vaikutusta raportoivat siihen osallistuneet opettajat valmistelleensa tuntejaan paremmin. Se myös paransi terveystieteiden opetussuunnitelman toteuttamista sekä oppilaiden oppimista. Toisaalta ei löydetty eroja koulutukseen osallistuneiden ja ei-osallistuneiden välillä siinä, miten he kykenivät soveltamaan suunnitelmaa vastaamaan oppilaiden tarpeita. (Nelson, Cross & Kolbe 1991; Ross, Gold, Lavin, Errecart & Nelson 1991; Errecart, Walberg, Ross, Gold, Fiedler & Kolbe 1991; Ross, Luepker, Nelson, Saavedra & Hubbard 1991.)

HYVÄT LIIKUNNANOPETTAJAT

15.5.2000


Odotelemme suurella mielenkiinnolla opetusministeriön laatimien terveystiedon opetuksen kehittämisesitysten toteutumista. Parhaassa tapauksessa saamme uuden terveystieto - nimisen oppiaineen myös peruskouluun. Terveystiedon opetuksen kehittämiseksi tarvitsemme pikaisesti lisää tutkimustietoa opetuksen nykytilasta ja opettajien näkemyksistä opetuksen merkityksestä ja terveystiedon opetuksen kehittämistarpeista. Näissä merkeissä lähetämme Sinulle tämän kyselylomakkeen. Tutkimuksemme otos käsittää 600 liikunnanopettajaa.

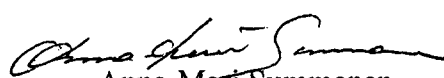
Toivomme vilpittömästi, että jaksat istahtaa toviksi näin lukuvuoden päätteeksi arvioimaan kuluneen lukuvuoden terveystiedon aiheita käsittelevää opetustasi ja kirjaamaan yleisempiä terveystiedon opetukseen liittyviä mielipiteitäsi ja kokemuksiasi. Kuten hyvin ymmärrät, jokaisen vastaajan palaute on erittäin tärkeä ja arvokas tutkimuksen onnistumisen kannalta. Toivottavasti yhteispelimme sujuu vieläkin paremmin kuin lätkäjoukkueemme Pietarissa.

Tässä tutkimuksessa tarkoitamme terveystiedolla kaikkea sitä opetussuunnitelmaan kuuluvaa opetusta, jonka puitteissa on käsitelty terveyteen ja sairauksiin liittyviä teemoja. Kyseessä voi olla laajempi kurssi, yksittäiset oppitunnit, teemapäivät tai vastaavat. Nämä tunnit lienee nimetty osaksi myös terveystieteen kursseiksi esim. yläasteella. Tässä tutkimuksessa emme sisällytä käytännön liikunnantunteja terveystiedon opetuksen piiriin eli vastaa siitä terveystiedon opetuksen "maailmasta", jota teet liikuntatuntien lisäksi.

Pyydämme kohteliaimmin, että palautat kyselylomakkeen oheisessa palautuskirjekuoressa 30.5. 2000 mennessä Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitokselle. Postimaksu on maksettu puolestasi. Palautuskirjekuoren sisällä olevan numerokoodin avulla varmistamme, että emme vaivaa turhaan jo vastanneita uusintakyselyllä. Kaikki tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia. Kaikki lomakkeet käsitellään nimettöminä ja tilastollisina kokonaisuuksina. Tutkimusaineistosta tehdään myös gradutyö, jonka tekijöihin voi myös ottaa yhteyttä tarvittaessa.

Kiitos yhteistyöstä jo etukäteen
Parhain kevätterveisin

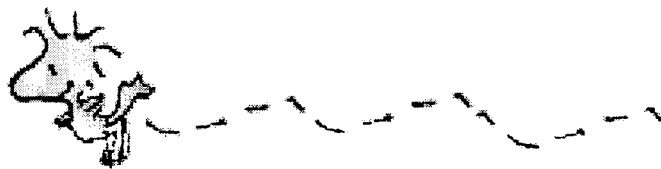

Lasse Kannas
Professori
Tutkimuksen johtaja
kannas@pallo.jyu.fi
p. 050-3130412


Anna-Mari Summanen
Terv.tiet.yo
annsumm@st.jyu.fi
p. 050-3018348


Leena Itkonen
Terv.tiet.yo
leenit@st.jyu.fi
p.0400-011775

Postiosoite: Puhelin:
PL 35 (L) *(014) 260 1211
40351 Jyväskylä Toimisto:
Käyntiosoite: (014) 260 2140
Keskussairaalan 4 (014) 260 2160
40600 Jyväskylä Telefax:
(014) 260 2141

Liikunnanopettajat terveystiedon opettajina -tutkimus



Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta
Terveystieteiden laitos
Jyväskylän yliopisto

OSA 1: TAUSTATEKIJÄT



Vastaa kysymyksiin ympyröimällä tai täydentämällä oikeat vastaukset.

1. Sukupuoli 1 nainen
 2 mies
2. Ikä 1 24 v. tai alle
 2 25-34 v.
 3 35-44 v.
 4 45-54 v.
 5 55 tai yli
3. Kuinka kauan olet toiminut opettajana?
- 1 alle 2 vuotta
 2 2-5 vuotta
 3 6-15 vuotta
 4 16-30 vuotta
 5 yli 30 vuotta

4. Millainen on koulutuksesi opettajan tehtävään?

- 1 LitM
2 LitK
3 LiK
4 VO
5 jokin muu, mikä? _____

5. Mikä on työsuhteesi tällä hetkellä?

- 1 vakinainen virka
2 viransijaisuus
3 tuntiopettaja
4 muu, mikä? _____

6. Toimitko opettajana

- 1 yläasteella
2 lukiossa
3 ammatillisessa oppilaitoksessa
4 joissain muualla, missä? _____

Vastaa seuraaviin kysymyksiin sen mukaan, millä kouluasteella opetit terveystietoa kuluneen lukuvuoden aikana eniten (rasti viivalle).

Vastaa ___ yläasteen osalta
 ___ lukion osalta
 ___ ammatillisen oppilaitoksen osalta
 ___ jonkun muun osalta, minkä? _____

7. Toimitko opettajana

- 1 kaupunkikunnassa
2 maalaiskunnassa

8. Kunnan asukasluku on

- 1 alle 10 000
2 10 000 - 50 000
3 yli 50 000

9. Koulun koko on n. _____ oppilasta
n. _____ opettajaa

10. Koulussamme opetetaan terveystietoa

- 1 omana erillisenä kurssina
- 2 integroituna liikuntaan
- 3 integroituna biologiaan
- 4 integroituna kotitalouteen
- 5 muulla tavalla, miten? _____

11. Oletko opettanut kuluneen lukuvuoden aikana

- 1 pakollisia terveystiedon kursseja
- 2 valinnaisia terveystiedon kursseja
- 3 sekä pakollisia että valinnaisia terveystiedon kursseja
- 4 yksittäisiä terveystietoa käsitteleviä oppitunteja
- 5 en ole opettanut terveystietoa

12. Kuinka monelle opetusryhmälle kaikkiaan olet opettanut terveystietoa kuluneen lukuvuoden aikana? _____ opetusryhmälle

13. Montako opettajaa opettaa koulussasi terveystietoa?

- a. Liikunnaopettajia _____
b. Muita opettajia _____

OSA 2: OPPISISÄLLÖT

1 Kuinka tärkeänä pidät seuraavia oppiaineita nuorelle elämässä pärjäämisen kannalta? Arvioi numeroin seitsemän (7) tärkeintä oppiainetta niin, että

1 = tärkein 2 = toiseksi tärkein ... 7 = seitsemänneksi tärkein

- | | |
|---------------------------|-------|
| matematiikka | _____ |
| äidinkieli | _____ |
| englannin kieli | _____ |
| ruotsin kieli | _____ |
| uskonto | _____ |
| maantieto | _____ |
| biologia | _____ |
| historia | _____ |
| kuvaamataito | _____ |
| liikunta | _____ |
| terveystieto | _____ |
| musiikki | _____ |
| tekninen työ/tekstiilityö | _____ |
| kotitalous | _____ |
| fysiikka | _____ |
| kemia | _____ |
| filosofia/elämän- | _____ |
| katsomustieto | _____ |

2. Arvioi seuraavaksi terveystiedon opetuksen toteutumiseen liittyviä asioita kuluneen lukuvuoden ajalta.

Monellako eri terveystiedon oppitunnilla käsittelet seuraavia sisältöalueita? Yritä arvioida käytetty aika ½ -oppitunnin tarkkuudella yhtä opetusryhmää kohden.

	oppituntien määrä yhtä opetusryhmää kohden
1. terveys- ja sairauskäsitteet	_____
2. ravinto ja terveys	_____
3. liikunta ja terveys	_____
4. seksuaalinen terveys	_____
5. mielenterveys ja ihmissuhteet	_____
6. alkoholi	_____
7. tupakka	_____
8. nuuska	_____
9. huumeet	_____
10. uni, lepo ja rentoutuminen	_____
11. henkilökohtainen hygienia	_____
12. turvallisuus tie- ja vesiliikenteessä	_____
13. työ ja terveys	_____
14. ympäristö ja terveys	_____
15. tapaturmat ja ensiapu	_____
16. yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy	_____
17. terveydenhuoltopalvelut ja sosiaaliturva	_____
18. jotain muuta, mitä? _____	_____

3 Arvioi numeroin (1 - 5), miten **a) tärkeänä** sekä **b) vaikeana** opettaa pidät eri sisältöalueita terveystiedossa. Merkitse viivoille viisi (5) tärkeintä niin, että

a) 1 = tärkein 2 = toiseksi tärkein ... 5 = viidenneksi tärkein

b) 1 = vaikein 2 = toiseksi vaikein ... 5 = viidenneksi vaikein

	a)	b)
1. terveys- ja sairauskäsitteet	_____	_____
2. ravinto ja terveys	_____	_____
3. liikunta ja terveys	_____	_____
4. seksuaalinen terveys	_____	_____
5. mielenterveys ja ihmissuhteet	_____	_____
6. alkoholi	_____	_____
7. tupakka	_____	_____
8. nuuska	_____	_____
9. huumeet	_____	_____
10. uni, lepo ja rentoutuminen	_____	_____
11. henkilökohtainen hygienia	_____	_____
12. turvallisuus tie- ja vesiliikenteessä	_____	_____
13. työ ja terveys	_____	_____
14. ympäristö ja terveys	_____	_____
15. tapaturmat ja ensiapu	_____	_____
16. yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy	_____	_____
17. terveydenhuoltopalvelut ja sosiaaliturva	_____	_____
18. jokin muu, mikä? _____	_____	_____

OSA 3: OPETUSMUODOT JA -MENETELMÄT

1. Missä määrin sovelsit seuraavia opetusmenetelmiä ja -muotoja terveystiedon oppitunneillasi kuluneen lukuvuoden aikana? Ympyröi vaihtoehdoista se, joka parhaiten kuvaa opetusmuotojen ja -menetelmien soveltamisuseutta.

a)		en lain- kaan	vähän	kohta- laisesti	melko paljon	paljon
1	opettajan esitys tai luento	1	2	3	4	5
2	opettajan kysely	1	2	3	4	5
3	oppilaan yksilötyöskentely	1	2	3	4	5
4	oppilaan esitys	1	2	3	4	5
5	ryhmätyö	1	2	3	4	5
6	roolileikit	1	2	3	4	5
7	opetuskeskustelu	1	2	3	4	5
8	retki, opintokäynti	1	2	3	4	5
9	posterit	1	2	3	4	5
10	teemapäivät	1	2	3	4	5
11	projektityöskentely	1	2	3	4	5
12	työpajat	1	2	3	4	5
13	tietokoneavusteinen opetus	1	2	3	4	5
14	asiantuntijavierailut	1	2	3	4	5
15	portfolio	1	2	3	4	5
16	jokin muu, mikä?					
	<hr/>	1	2	3	4	5

b) _____ En ole opettanut terveystietoa kuluneen lukuvuoden aikana (rasti viivalle).

2. Kuinka monta oppilasarviointiin liittyvää koetta järjestit terveystiedossa viimeisen lukuvuoden aikana?

a) _____ koetta/yksi opetusryhmä

b) _____ en ole opettanut terveystietoa kuluneen lukuvuoden aikana (rasti viivalle).

3. Mitä seuraavista tehtävätyypeistä käytit terveystiedon kokeissa? Ympyröi kaikki käyttämäsi tehtävätyypit.

- a)
- 1 en pitänyt kokeita
 - 2 täydentämistehtävät
 - 3 kirjoitelma- eli esseetehtävät
 - 4 tunnistamistehtävät (monivalinta- ja yhdistelmätehtävät, oikein-väärin -osiot)
 - 5 suullinen kuulustelu
 - 6 muu, mikä? _____

b) _____ En ole opettanut terveystietoa kuluneen lukuvuoden aikana (rasti viivalle).

4. Koulussamme terveystiedon kurssi arvioidaan

- a)
- 1 numeerisesti
 - 2 hyväksytty/hylätty
 - 3 ei arvioida

b) _____ En ole opettanut terveystietoa kuluneen lukuvuoden aikana (rasti viivalle).

OSA 4: OPPIMATERIAALI JA -VÄLINEET

1. Kuinka monen terveystiedon oppitunnin valmistelussa ja toteutuksessa keskimäärin käytit kuluneen lukuvuoden aikana seuraavia oppimateriaaleja ja -välineitä? Ympyröi vaihtoehdoista se, joka parhaiten kuvaa käyttämäsi määrää.

a)

		en lain- kaan	vähän	kohta- laisesti	melko paljon	paljon
1	oppikirja	1	2	3	4	5
2	opettajan kirja/opas	1	2	3	4	5
3	muut kirjat	1	2	3	4	5
4	lehtiset ja kirjaset	1	2	3	4	5
5	valmiit kalvosarjat	1	2	3	4	5
6	itse laatimat kalvot	1	2	3	4	5
7	sanomalehdet	1	2	3	4	5
8	aikakauslehdet	1	2	3	4	5
9	tieteelliset aikakauslehdet tai julkaisut	1	2	3	4	5
10	radio	1	2	3	4	5
11	TV	1	2	3	4	5
12	videonauhut	1	2	3	4	5
13	internet	1	2	3	4	5
14	diasarjat	1	2	3	4	5
15	itse laatimani monisteet	1	2	3	4	5
16	työvihko	1	2	3	4	5
17	liitutaulu tai vastaava	1	2	3	4	5
18	oppimispelit	1	2	3	4	5
19	posterit	1	2	3	4	5
20	piirtoheitin	1	2	3	4	5
21	CD-ROM	1	2	3	4	5
22	tietokoneohjelma	1	2	3	4	5
23	julisteet	1	2	3	4	5
24	jokin muu, mikä?	1	2	3	4	5

- b) _____ En ole opettanut terveystietoa kuluneen lukuvuoden aikana (rasti viivalle).

OSA 5: KOULUTUS

- 1.** Onko saamasi peruskoulutus antanut riittävät valmiudet terveystiedon opettajana toimimiselle? Ajattele koulutustasi ja arvioi sen antamien valmiuksien riittävyys seuraavien terveystiedon opettamiseen liittyvien väittämien suhteen. Ympyröi sopivin vaihtoehto.

- 1 = eri mieltä
2 = jokseenkin eri mieltä
3 = en osaa sanoa
4 = jokseenkin samaa mieltä
5 = samaa mieltä

Koulutus antoi riittävät valmiudet terveystiedon tietosisällön hallintaan.	1	2	3	4	5
Koulutus antoi riittävät valmiudet erilaisten opetusmenetelmien käyttöön.	1	2	3	4	5
Koulutus antoi riittävästi tietoa erilaisten oppimateriaalien käytöstä.	1	2	3	4	5
Koulutus antoi virikkeitä oppilaiden motivointiin terveystiedollisissa asioissa.	1	2	3	4	5
Koulutus antoi riittävät valmiudet toimimaan terveystiedollisissa opetustilanteissa.	1	2	3	4	5

- 2.** Mitä mieltä olet seuraavista terveystiedon täydennyskoulutukseen liittyvistä väitteistä? Ympyröi vaihtoehtoista se, joka parhaiten kuvaa käsitystäsi.

- 1 = eri mieltä
2 = jokseenkin eri mieltä
3 = en osaa sanoa
4 = jokseenkin samaa mieltä
5 = samaa mieltä

Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta, jotta voisin opettaa terveystietoa riittävän asiantuntevasti.	1	2	3	4	5
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti terveystiedon oppisisällöistä (sisällön hallinta).	1	2	3	4	5
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti terveystiedon opetusmenetelmistä (opetusmenetelmien hallinta).	1	2	3	4	5
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti oppimateriaaleista ja -välineistä (materiaalin sekä välineiden hallinta)	1	2	3	4	5
Olen kiinnostunut osallistumaan 3-5 opintoviikon laajuiseen terveystiedon jatkokoulutukseen.	1	2	3	4	5
Olen kiinnostunut osallistumaan liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan järjestämille syvemmälle meneville (15-35 ov) terveystiedon arvo-					

Seuraavaksi on lueteltuna väittämiä asennoitumisesta terveystiedon opettamiseen. Ympyröi vaihtoehdoista se, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi.

1 = eri mieltä

2 = jokseenkin eri mieltä

3 = en osaa sanoa

4 = jokseenkin samaa mieltä

5 = samaa mieltä

En ole kovin motivoitunut opettamaan terveystietoa.	1	2	3	4	5
Terveystiedon avulla pystyn vaikuttamaan oppilaiden terveystietoon.	1	2	3	4	5
Haluaisin työssäni keskittyä nykyistä enemmän terveystiedon opettamiseen.	1	2	3	4	5
Terveystietoa tulisi opettaa omana itsenäisenä oppiaineenaan kaikissa koulumuodoissa.	1	2	3	4	5
Terveystiedon opettajina kotitalouden ja biologian opettajat ovat yhtä päteviä kuin liikunnanopettajat.	1	2	3	4	5
Koulun muiden aineiden opettajat eivät arvosta terveystietoa.	1	2	3	4	5
Koulun rehtori arvostaa terveystietoa.	1	2	3	4	5
Kuka vaan koulun opettajista voisi opettaa terveystietoa.	1	2	3	4	5
Terveystiedon opetus tulisi toteuttaa pojille ja tytöille erikseen.	1	2	3	4	5
Terveyden edistämien on käsitteenä minulle epäselvä.	1	2	3	4	5
Terveystieto toteutuu parhaiten osana kaikkea koulunkäyntiä, ei missään yksittäisessä oppiaineessa.	1	2	3	4	5
Tiedän, mitä muissa oppiaineissa opetetaan terveystiedollisista asioista.	1	2	3	4	5
Suunnitellessani terveystiedon opetusta olen yhteistyössä koulun muiden liikunnanopettajien kanssa.	1	2	3	4	5
Suunnitellessani terveystiedon opetusta olen yhteydessä koulun muiden kuin liikunnanopettajien kanssa.	1	2	3	4	5
Suunnitellessani terveystiedon opetusta olen yhteydessä koulun ulkopuolisten tahojen kanssa. Minkä? _____	1	2	3	4	5
Koen terveystiedon opettajana olevani enemmän tiedonjakaja kuin asennemuokkaaja.	1	2	3	4	5

Ylläpidän terveystiedollista ammattitaitoani seuraamalla aktiivisesti terveyttä koskevia uutisia ja kirjallisuutta.	1	2	3	4	5
Koulussamme arvostetaan oppilaiden hyvinvointia.	1	2	3	4	5
Koulussamme arvostetaan opettajien hyvinvointia.	1	2	3	4	5
Olen tietoinen, että opetusministeriössä on valmisteltu viime kuukausina esitystä terveystiedon oppiaineen aseman vahvistamisesta kaikissa koulumuodoissa.	1	2	3	4	5
Kannatan sitä, että terveystiedosta tulee uusi oma oppiaine myös peruskouluun.	1	2	3	4	5
En ole erityisen innostunut opettamaan nykyistä enemmän terveystietoa.	1	2	3	4	5
Jotta oppilaat kykenisivät tekemään terveyteen liittyviä arvovalintoja, tulee heitä siihen koulussa opettaa.	1	2	3	4	5
Kouluopetus välittää liian vähän tietoa terveydestä ja sairauksista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä.	1	2	3	4	5
Terveystiedon tulisi opettaa oppilaita ajattelemaan itsenäisesti terveyteen liittyviä asioita.	1	2	3	4	5
Huomioin terveystiedon opetuksessani oppilaiden mielipiteet.	1	2	3	4	5
Huomioin opetuksessani terveystietoon liittyvät ajankohtaiset asiat.	1	2	3	4	5

Lopuksi voit halutessasi kertoa mielipiteesi tästä kyselystä ja terveystietoon liittyvistä asioista.

Suuri kiitos vastauksestasi!

Aurinkoista kesää Sinulle!



**HYVÄT LIIKUNNANOPETTAJAT****7.6.2000**

Käynnistimme pari viikkoa sitten tutkimuskyselyn, jossa selvitetään liikunnanopettajien kokemuksia ja näkemyksiä terveystiedon opetuksesta ja sen kehittämisestä. Kyselylomake lähetettiin 600 liikunnanopettajalle, joiden osoitteet poimimme liikunnanopettajaliiton jäsenrekisteristä. Vajaa 300 opettajaa on toistaiseksi palauttanut kyselylomakkeen.

Et ole vielä näiden armoitettujen joukossa, joten pyydän Sinua ystävällisesti antamaan panoksesi tähän tärkeään tutkimukseen. Tarvitsemme runsaasti vielä vastauksia, jotta voisimme luotettavammin tarkastella tuloksia.

Jos et toimi opettajana, postita siinäkin tapauksessa lomake ja merkitse lomakkeen kanteen po. terveiset.

Ole hyvä ja lähetä lomake oheisessa palautuskuoressa 20.6.2000 mennessä. Sen jälkeen emme enää vaivaa vastanneita emmekä vastaamattomia.

Parhain kesäterveisin

Lasse Kannas

Terveyskasvatuksen professori

P.S. Jos olet jo postittanut lomakkeen, tämä "karhukirje" on turha ja voit kaikessa rauhassa jatkaa hyvin ansaittua lepoa Suomen suvessa.

Postiosoite:	Puhelin:
PL 35 (L)	*(014) 260 1211
40351 Jyväskylä	Toimisto:
Käyntiosoite:	(014) 260 2140
Keskussairaalan t. 4	(014) 260 2160
40600 Jyväskylä	Telefax:
	(014) 260 2141

Taulukko 1 Terveystiedon opetusryhmien lukumäärät opettajien työpaikan sekä sukupuolen mukaan

Opetus- ryhmät (lkm)	TYÖPAIKKA				SUKUPUOLI			
	yläaste		lukio		naiset		miehet	
	f	%	f	%	f	%	f	%
0	31	20.7	5	3.8	9	6.3	27	19.6
1	7	4.7	45	34.1	28	19.4	24	17.4
2	30	20.0	32	24.2	30	20.8	32	23.2
3	18	12.0	20	15.2	21	14.6	17	12.3
4	18	12.0	15	11.4	13	9.0	20	14.5
5	12	8.0	6	4.5	12	8.3	6	4.3
6	11	7.3	3	2.3	11	7.6	3	2.2
7	4	2.7	0	0.0	1	0.7	3	2.2
8	6	4.0	2	1.5	7	4.9	1	0.7
9	5	3.3	1	0.8	4	2.8	2	1.4
10	3	2.0	2	1.5	4	2.8	1	0.7
11	3	2.0	0	0.0	2	1.4	1	0.7
12	2	1.3	0	0.0	1	0.7	1	0.7
15	0	0.0	1	0.8	1	0.7	0	0.0
Yht.		100.0		100.0		100.0		100.0
N		150		132		144		138

Koulumuotojen välinen ero $p=.000$ Sukupuoliero $p=.012$

Taulukko 1 Terveystietoa opettavien liikunnanopettajien lukumäärät tutkimuskyselyyn osallistuneiden yläasteen ja lukion liikunnanopettajien työpaikan sekä sukupuolen mukaan

Liik.opettajat (lkm):	TYÖPAIKKA				SUKUPUOLI			
	yläaste		lukio		naiset		miehet	
	f	%	f	%	f	%	f	%
0	14	9.3	0	0.0	5	3.5	9	6.5
1	25	16.7	28	21.1	34	23.6	19	13.7
2	76	50.7	84	63.2	75	52.1	85	61.2
3	14	9.3	12	9.0	16	11.1	10	7.2
4	15	10.0	8	6.0	11	7.6	12	8.6
5	2	1.3	0	0.0	0	0.0	2	1.4
6	4	2.7	1	0.8	3	2.1	2	1.4
Yht.	100.0		100.0		100.0		100.0	
N	150		133		144		139	

Koulumuotojen välinen ero p=.003

Sukupuoliero p=.145

Taulukko 2 Terveystietoa opettavien muiden kuin liikunnanopettajien lukumäärät tutkimuskyselyyn osallistuneiden yläasteen ja lukion liikunnanopettajien työpaikan sekä sukupuolen mukaan

Muut opettajat (lkm):	TYÖPAIKKA				SUKUPUOLI			
	yläaste		lukio		naiset		miehet	
	f	%	f	%	f	%	f	%
0	89	58.9	121	91.0	106	73.6	104	74.3
1	23	15.2	6	4.5	13	9.0	16	11.4
2	14	9.3	2	1.5	9	6.3	7	5.0
3	5	3.3	2	1.5	4	2.8	3	2.1
4	11	7.3	1	0.8	5	3.5	7	5.0
5	4	2.6	1	0.8	4	2.8	1	0.7
6	1	0.7	0	0.0	0	0.0	1	0.7
7	1	0.7	0	0.0	1	0.7	0	0.0
8	2	1.3	0	0.0	1	0.7	1	0.7
20	1	0.7	0	0.0	1	0.7	0	0.0
Yht.	100.0		100.0		100.0		100.0	
N	151		133		144		140	

Koulumuotojen välinen ero p=.000

Sukupuoliero p=.760

Taulukko 1 Oppiaineiden tärkeydet nuorelle elämässä pärjäämisen kannalta (keskiarvot, keskihajonnat ja t-testin p-arvot) opettajien työpaikan ja sukupuolen mukaan

Oppiaineet:	TYÖPAIKKA				p (t-testi)	SUKUPUOLI				p (t-testi)
	yläaste		lukio			nainen		mies		
	ka	kh	ka	kh		ka	kh	ka	kh	
Matematiikka	3.81	(2.00)	4.12	(2.18)	0.226	4.47	(2.24)	3.42	(1.77)	0.000
Äidinkieli	2.31	(1.92)	2.07	(1.78)	0.293	2.20	(1.79)	2.19	(1.92)	0.978
Englanti	4.49	(1.98)	4.33	(1.91)	0.510	4.61	(1.94)	4.21	(1.94)	0.091
Ruotsi	7.68	(0.98)	7.60	(1.17)	0.571	7.58	(1.16)	7.71	(0.96)	0.304
Uskonto	7.68	(1.13)	7.46	(1.41)	0.178	7.42	(1.56)	7.74	(0.85)	0.037
Maantieto	7.86	(0.54)	7.80	(0.70)	0.445	7.79	(0.74)	7.88	(0.45)	0.270
Biologia	6.61	(1.57)	6.59	(1.74)	0.916	6.56	(1.68)	6.64	(1.62)	0.666
Historia	7.07	(1.43)	7.10	(1.25)	0.861	7.24	(1.27)	6.91	(1.41)	0.047
Kuvaamataito	7.98	(0.14)	7.92	(0.49)	0.186	7.93	(0.47)	7.98	(0.15)	0.232
Liikunta	3.18	(1.65)	3.13	(1.55)	0.803	3.06	(1.53)	3.26	(1.67)	0.302
Terveystieto	3.79	(2.03)	3.92	(1.91)	0.603	3.61	(1.95)	4.09	(1.98)	0.049
Musiikki	7.87	(0.45)	7.88	(0.49)	0.878	7.88	(0.46)	7.86	(0.48)	0.716
Tekninen-/tekstiilityö	7.64	(0.95)	7.69	(0.86)	0.651	7.70	(0.90)	7.63	(0.92)	0.499
Kotitalous	6.74	(1.80)	7.05	(1.52)	0.133	6.54	(1.82)	7.24	(1.44)	0.001
Fysiikka	7.93	(0.39)	7.88	(0.43)	0.365	7.96	(0.26)	7.85	(0.52)	0.031
Kemia	7.99	(0.12)	7.95	(0.25)	0.157	7.97	(0.21)	7.97	(0.17)	0.954
Filosofia/elämänkatsomustieto	7.46	(1.39)	7.58	(1.30)	0.483	7.52	(1.32)	7.51	(1.38)	0.967

pienin arvo = 1

suurin arvo = 8

Mitä pienempi keskiarvo, sen tärkeämmäksi oppiaine on koettu nuorten elämässä pärjäämisen kannalta.

Taulukko 1 Oppiaineiden tärkeydet (%) nuorelle elämässä pärjäämisen kannalta opettajien työpaikan ja sukupuolen mukaan jaoteltuna

	TYÖPAIKKA			SUKUPUOLI			p
	yläaste	lukio	p	nainen	mies	p	
	%	%		%	%		
MATEMATIIKKA			0.368				0.004
tärkein	7.7	2.5		3.0	7.8		
toiseksi tärkein	28.0	31.4		25.9	33.3		
kolmanneksi tärkein	14.7	15.7		13.3	17.1		
neljänneksi tärkein	16.1	13.2		12.6	17.1		
viidenneksi tärkein	11.2	8.3		8.9	10.9		
kuudenneksi tärkein	9.1	8.3		10.4	7.0		
seitsemänneksi tärkein	7.7	9.1		12.6	3.9		
ei 7 tärkeimmän joukossa	5.6	11.6		13.3	3.1		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
ÄIDINKIELI			0.365				0.699
tärkein	52.4	63.6		55.6	59.7		
toiseksi tärkein	13.3	6.6		9.6	10.9		
kolmanneksi tärkein	16.8	12.4		19.3	10.1		
neljänneksi tärkein	7.0	8.3		6.7	8.5		
viidenneksi tärkein	2.1	3.3		2.2	3.1		
kuudenneksi tärkein	1.4	1.7		1.5	1.6		
seitsemänneksi tärkein	1.4	0.0		0.7	0.8		
ei 7 tärkeimmän joukossa	5.6	4.1		4.4	5.4		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
ENGLANTI			0.518				0.101
tärkein	4.9	4.1		2.2	7.0		
toiseksi tärkein	9.8	11.6		12.6	8.5		
kolmanneksi tärkein	23.1	23.1		19.3	27.1		
neljänneksi tärkein	11.9	19.8		14.1	17.1		
viidenneksi tärkein	25.9	17.4		23.7	20.2		
kuudenneksi tärkein	5.6	8.3		7.4	6.2		
seitsemänneksi tärkein	6.3	5.0		8.9	2.3		
ei 7 tärkeimmän joukossa	12.6	10.7		11.9	11.6		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
RUOTSI			0.086				0.584
tärkein	0.7	0.0		0.7	0.0		
toiseksi tärkein	0.0	0.8		0.0	0.8		
kolmanneksi tärkein	0.0	0.8		0.7	0.0		
neljänneksi tärkein	2.1	4.1		3.0	3.1		
viidenneksi tärkein	0.7	3.3		3.0	0.8		
kuudenneksi tärkein	7.0	0.8		5.2	3.1		
seitsemänneksi tärkein	2.8	2.5		2.2	3.1		
ei 7 tärkeimmän joukossa	86.7	87.6		85.2	89.1		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
USKONTO			0.770				0.303
tärkein	0.7	1.7		2.2	0.0		
toiseksi tärkein	1.4	0.8		1.5	0.8		
kolmanneksi tärkein	0.7	1.7		1.5	0.8		
neljänneksi tärkein	0.7	2.5		3.0	0.0		
viidenneksi tärkein	0.7	0.8		0.7	0.8		
kuudenneksi tärkein	3.5	5.8		4.4	4.7		
seitsemänneksi tärkein	3.5	5.0		3.0	5.4		
ei 7 tärkeimmän joukossa	88.8	81.8		83.7	87.6		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		

	TYÖPAIKKA			p	SUKUPUOLI		p
	yläaste	lukio			nainen	mies	
	%	%			%	%	
MAANTIETO				0.698			0.740
tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
toiseksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
kolmanneksi tärkein	0.0	0.8		0.7	0.0		
neljänneksi tärkein	0.7	0.0		0.7	0.0		
viidenneksi tärkein	0.7	1.7		1.5	0.8		
kuudenneksi tärkein	2.1	3.3		3.0	2.3		
seitsemänneksi tärkein	4.9	4.1		3.7	5.4		
ei 7 tärkeimmän joukossa	91.6	90.1		90.4	91.5		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
BIOLOGIA				0.216			0.828
tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
toiseksi tärkein	0.7	5.0		3.7	1.6		
kolmanneksi tärkein	4.2	3.3		3.7	3.9		
neljänneksi tärkein	9.1	4.1		5.9	7.8		
viidenneksi tärkein	8.4	10.7		8.9	10.1		
kuudenneksi tärkein	16.8	15.7		17.0	15.5		
seitsemänneksi tärkein	18.9	14.9		19.3	14.7		
ei 7 tärkeimmän joukossa	42.0	46.3		41.5	46.5		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
HISTORIA				0.602			0.167
tärkein	0.7	0.0		0.7	0.0		
toiseksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
kolmanneksi tärkein	3.5	1.7		0.7	4.7		
neljänneksi tärkein	2.8	2.5		3.0	2.3		
viidenneksi tärkein	6.3	10.7		6.7	10.1		
kuudenneksi tärkein	12.6	9.9		9.6	13.2		
seitsemänneksi tärkein	15.4	19.8		15.6	19.4		
ei 7 tärkeimmän joukossa	58.7	55.4		63.7	50.4		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
KUVAAMATAITO				0.373			0.411
tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
toiseksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
kolmanneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
neljänneksi tärkein	0.0	0.8		0.7	0.0		
viidenneksi tärkein	0.0	0.8		0.7	0.0		
kuudenneksi tärkein	0.0	0.8		0.7	0.0		
seitsemänneksi tärkein	2.1	0.8		0.7	2.3		
ei 7 tärkeimmän joukossa	97.9	96.9		97	97.7		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
LIIKUNTA				0.919			0.656
tärkein	15.4	14.9		17.0	13.2		
toiseksi tärkein	24.5	22.3		22.2	24.8		
kolmanneksi tärkein	18.9	24.8		22.2	20.9		
neljänneksi tärkein	24.5	23.1		25.2	22.5		
viidenneksi tärkein	8.4	8.3		8.1	8.5		
kuudenneksi tärkein	4.2	2.5		1.5	5.4		
seitsemänneksi tärkein	1.4	2.5		2.2	1.6		
ei 7 tärkeimmän joukossa	2.8	1.7		1.5	3.1		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		

	TYÖPAIKKA			SUKUJUOLI			p
	yläaste	lukio	p	nainen	mies	p	
	%	%		%	%		
TERVEYSTIETO			0.598				0.030
tärkein	14.7	10.7		14.8	10.9		
toiseksi tärkein	19.6	18.2		23.7	14.0		
kolmanneksi tärkein	12.6	14.0		12.6	14.0		
neljänneksi tärkein	13.3	17.4		11.9	18.6		
viidenneksi tärkein	22.4	18.2		20.0	20.9		
kuudenneksi tärkein	6.3	12.4		7.4	10.9		
seitsemänneksi tärkein	4.9	5.0		7.4	2.3		
ei 7 tärkeimmän joukossa	6.3	4.1		2.2	8.5		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
MUSIIKKI			0.355				0.573
tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
toiseksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
kolmanneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
neljänneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
viidenneksi tärkein	0.0	0.8		0.7	0.0		
kuudenneksi tärkein	4.2	4.1		3.0	5.4		
seitsemänneksi tärkein	4.9	1.7		3.7	3.1		
ei 7 tärkeimmän joukossa	90.9	93.4		92.6	91.5		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
TEKNINEN-/TEKSTIILITYÖ			0.819				0.212
tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
toiseksi tärkein	0.7	0.8		0.7	0.8		
kolmanneksi tärkein	0.7	0.0		0.7	0.0		
neljänneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
viidenneksi tärkein	2.8	3.3		1.5	4.7		
kuudenneksi tärkein	7.0	4.1		6.7	4.7		
seitsemänneksi tärkein	5.6	7.4		3.7	9.3		
ei 7 tärkeimmän joukossa	83.2	84.3		86.7	80.6		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
KOTITALOUS			0.466				0.001
tärkein	1.4	0.8		2.2	0.0		
toiseksi tärkein	2.8	2.5		1.5	3.9		
kolmanneksi tärkein	2.8	0.8		3.0	0.8		
neljänneksi tärkein	8.4	2.5		10.4	0.8		
viidenneksi tärkein	4.9	6.6		7.4	3.9		
kuudenneksi tärkein	12.6	14.9		15.6	11.6		
seitsemänneksi tärkein	11.9	10.7		11.9	10.9		
ei 7 tärkeimmän joukossa	55.2	61.2		48.1	68.2		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
FYSIIKKA			0.241				0.142
tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
toiseksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
kolmanneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
neljänneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
viidenneksi tärkein	0.7	0.0		0.0	0.8		
kuudenneksi tärkein	2.1	4.1		1.5	4.7		
seitsemänneksi tärkein	0.7	3.3		0.7	3.1		
ei 7 tärkeimmän joukossa	96.5	92.6		97.8	91.5		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		

	TYÖPAIKKA			SUKUPUOLI			p
	yläaste	lukio	p	nainen	mies	p	
	%	%		%	%		
KEMIA			0.320				0.423
tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
toiseksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
kolmanneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
neljänneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
viidenneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0		
kuudenneksi tärkein	0.0	0.8		0.7	0.0		
seitsemänneksi tärkein	1.4	3.3		1.5	3.1		
ei 7 tärkeimmän joukossa	98.6	95.9		97.8	96.9		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		
FILOSOFIA/ELÄMÄNKATSOMUSTIETO			0.714				0.479
tärkein	0.7	0.8		0.0	1.6		
toiseksi tärkein	2.1	1.7		2.2	1.6		
kolmanneksi tärkein	1.4	0.8		1.5	0.8		
neljänneksi tärkein	2.1	1.7		2.2	1.6		
viidenneksi tärkein	2.1	3.3		3.0	2.3		
kuudenneksi tärkein	4.9	0.8		3.7	2.3		
seitsemänneksi tärkein	4.9	4.1		2.2	7.0		
ei 7 tärkeimmän joukossa	81.8	86.8		85.2	82.9		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	143	121		135	129		

Taulukko 1 Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamiseen käytettyjen oppituntien keskiarvot (ka) keskihajontoineen (kh) ja t-testin p-arvoineen (p) opettajien työpaikan sekä sukupuolen mukaan

Sisältöalueet:	TYÖPAIKKA					SUKUPUOLI				
	yläaste		lukio		p (t-testi)	naiset		miehet		p (t-testi)
	ka	kh	ka	kh		ka	kh	ka	kh	
Terveys- ja sairauskäsitteet	0.7	(0.9)	1.5	(1.0)	0,000	1.0	(0.9)	1.2	(1.2)	0,078
Ravinto ja terveys	1.1	(1.2)	2.6	(1.5)	0,000	1.8	(1.5)	1.9	(1.6)	0,590
Liikunta ja terveys	2.0	(2.3)	5.0	(2.5)	0,000	3.4	(2.8)	3.8	(2.8)	0,231
Seksuaalinen terveys	2.6	(2.4)	2.6	(1.5)	0,874	2.7	(2.1)	2.4	(1.9)	0,243
Mielenterveys ja ihmissuhteet	1.3	(1.9)	2.6	(1.6)	0,000	2.1	(2.1)	1.7	(1.6)	0,106
Alkoholi	1.6	(1.2)	1.4	(0.8)	0,138	1.4	(0.9)	1.5	(1.1)	0,336
Tupakka	1.5	(1.2)	1.1	(0.9)	0,007	1.3	(1.0)	1.3	(1.1)	0,864
Nuuska	0.5	(0.6)	0.4	(0.4)	0,100	0.4	(0.4)	0.5	(0.6)	0,079
Huumeet	1.3	(1.1)	1.4	(0.9)	0,508	1.4	(1.0)	1.3	(1.0)	0,412
Uni, lepo ja rentoutuminen	0.7	(0.7)	1.0	(0.8)	0,001	0.8	(0.8)	0.8	(0.7)	0,673
Henkilökohtainen hygienia	0.6	(0.7)	0.5	(0.6)	0,335	0.5	(0.7)	0.6	(0.7)	0,333
Turvallisuus tie- ja vesiliikenteessä	0.8	(1.3)	0.4	(0.7)	0,006	0.5	(1.0)	0.7	(1.2)	0,081
Työ ja terveys	0.3	(0.5)	0.6	(0.8)	0,000	0.4	(0.6)	0.5	(0.7)	0,373
Ympäristö ja terveys	0.2	(0.5)	0.6	(1.0)	0,003	0.4	(0.9)	0.5	(0.8)	0,403
Tapaturmat ja ensiapu	2.4	(2.2)	2.9	(2.4)	0,076	2.9	(2.5)	2.4	(2.1)	0,071
Yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy	1.3	(1.6)	3.5	(2.1)	0,000	2.4	(2.3)	2.5	(2.0)	0,949
Terveydenhuoltopalvelut ja sosiaaliturva	0.3	(0.7)	0.8	(1.0)	0,000	0.5	(1.0)	0.4	(0.7)	0,716
Jokin muu terveystiedon oppisisältö	0.4	(0.8)	0.4	(1.7)	0,855	0.4	(1.3)	0.3	(1.5)	0,498
Yht.	19.6	(13.3)	29.3	(7.3)	0,000	24.3	(11.2)	24.3	(11.8)	0,94
N	118		125			131		112		

Taulukko 1 Muut terveystiedon sisältöalueet, joita oli opetettu lukuvuonna 1999-2000 koulumuodon mukaan eroteltuna

Jokin muu terveystiedon oppisisältö	yläaste	lukio
doping		x
elämän arvot	x	
erilaiset testit	x	x
heikot jäät	x	
kuluttaminen	x	
käyttäytyminen		x
lääkkeet ja sekakäyttö	x	x
maailman terveysnäkömät		x
media ja terveys		x
moottorikelkkailuturvallisuus	x	
palo- ja säteilyturvallisuus	x	
perheen kriisit	x	
perhesuunnittelu	x	
puberteetti	x	
riippuvuus	x	
rikollisuus ja laki	x	
syömishäiriöt	x	
tavat	x	
turvallisuuskasvatus	x	
"uskalla sanoa ei" -teema	x	
veripalvelu		x
väestönsuojelu	x	
väkivalta	x	

Taulukko 1 Terveystiedon eri sisältöalueiden opetukseen käytetty aika (ka) opettajien ikä- ja työvuosiryhmien mukaan

Sisältöalueet:	OPETTAJIEN IKÄRYHMÄT					OPETTAJIEN TYÖSSAOLUVUODET				
	25-34 v.	35-44 v.	45-54 v.	55 v. ja yli	alle 2 v	2-5 v.	6-15 v.	16-30 v.	yli 30 v.	
Terveys- ja sairauskäsitteet	0.7	1.1	1.3	1.2	0.6	0.7	1.1	1.4	1.1	
Ravinto ja terveys	2.0	1.9	1.9	1.6	1.8	2.0	2.0	1.8	1.7	
Liikunta ja terveys	2.7	3.4	4.1	4.2	2.1	2.8	3.3	3.9	4.4	
Seksuaalinen terveys	2.3	3.2	2.4	2.6	2.7	2.4	3.0	2.2	2.8	
Mielenterveys ja ihmissuhteet	2.0	2.0	2.1	1.6	1.5	2.0	2.1	2.0	1.8	
Alkoholi	1.4	1.4	1.4	1.6	1.5	1.4	1.5	1.4	1.6	
Tupakka	1.2	1.4	1.3	1.5	1.4	1.1	1.4	1.2	1.4	
Nuuska	0.4	0.6	0.5	0.4	0.4	0.5	0.6	0.4	0.4	
Huumeet	1.5	1.3	1.3	1.5	1.5	1.5	1.4	1.3	1.4	
Uni, lepo ja rentoutuminen	0.7	0.7	0.9	0.9	0.5	0.7	0.8	0.9	0.9	
Henkilökohtainen hygienia	0.4	0.6	0.7	0.7	0.2	0.4	0.6	0.6	0.7	
Turvallisuus tie- ja vesi liikenteessä	0.4	0.8	0.6	0.7	0.0	0.4	0.8	0.6	0.7	
Työ ja terveys	0.3	0.3	0.5	0.5	0.2	0.3	0.3	0.5	0.6	
Ympäristö ja terveys	0.3	0.4	0.4	0.6	0.1	0.2	0.5	0.4	0.5	
Tapaturmat ja ensiapu	2.1	2.8	2.8	3.1	1.7	2.2	2.7	2.5	3.4	
Yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy	1.7	2.5	3.0	2.4	0.6	1.9	2.5	2.8	2.5	
Terveydenhuoltopalvelut ja sosiaaliturva	0.4	0.3	0.7	0.7	0.1	0.4	0.4	0.7	0.6	
Jokin muu terveystiedon sisältöalue	0.3	0.2	0.4	0.6	0.0	0.4	0.2	0.4	0.6	
N	62	56	79	44	10	37	53	93	43	

Taulukko 1 Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen tärkeyden keskiarvot (ka), keskihajontoiheen (kh) ja t-testin p-arvoineen (p) opettajien työpaikan ja sukupuolen mukaan

Sisältöalueet:	TYÖPAIKKA				SUKUPUOLI					
	yläaste		lukio		nainen		mies		p (t-testi)	
	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh		
Terveys- ja sairauskäsitteet	5.66	(1.20)	5.41	(1.46)	0.129	5.59	(1.28)	5.50	(1.39)	0.578
Ravinto ja terveys	4.53	(1.87)	3.96	(1.89)	0.016	4.42	(1.87)	4.08	(1.91)	0.152
Liikunta ja terveys	2.99	(2.03)	2.18	(1.52)	0.000	2.65	(1.86)	2.57	(1.85)	0.736
Seksuaalinen terveys	4.18	(1.71)	4.57	(1.65)	0.062	4.22	(1.71)	4.53	(1.65)	0.143
Mielenterveys ja ihmissuhteet	4.20	(1.84)	3.66	(1.79)	0.016	3.78	(1.77)	4.13	(1.89)	0.125
Alkoholi	4.31	(1.75)	5.41	(1.06)	0.000	4.81	(1.59)	4.85	(1.53)	0.818
Tupakka	4.23	(1.73)	5.40	(1.13)	0.000	4.85	(1.57)	4.71	(1.61)	0.462
Nuuska	5.63	(1.08)	5.85	(0.60)	0.037	5.76	(0.83)	5.71	(0.96)	0.652
Huumeet	4.45	(1.74)	5.18	(1.30)	0.000	4.87	(1.52)	4.72	(1.67)	0.443
Uni, lepo ja rentoutuminen	5.48	(1.13)	5.70	(0.83)	0.07	5.54	(1.11)	5.64	(0.87)	0.400
Henkilökohtainen hygienia	5.92	(0.36)	5.97	(0.26)	0.222	5.97	(0.21)	5.91	(0.41)	0.142
Turvallisuus tie- ja vesiliikenteessä	5.91	(0.51)	5.96	(0.37)	0.405	5.98	(0.15)	5.89	(0.63)	0.117
Työ ja terveys	5.98	(0.26)	5.93	(0.36)	0.265	5.94	(0.34)	5.98	(0.27)	0.371
Ympäristö ja terveys	5.98	(0.19)	5.87	(0.62)	0.062	5.93	(0.44)	5.92	(0.45)	0.786
Tapaturmat ja ensiapu	5.06	(1.35)	4.93	(1.53)	0.462	5.01	(1.43)	4.98	(1.46)	0.895
Yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy	5.62	(1.14)	4.61	(1.76)	0.000	5.14	(1.59)	5.15	(1.52)	0.939
Terveystieteiden oppisisältö ja sosiaaliturva	5.97	(0.21)	5.94	(0.41)	0.481	5.98	(0.19)	5.93	(0.42)	0.299
Jokin muu terveystiedon oppisisältö	5.96	(0.43)	5.98	(0.27)	0.792	5.96	(0.43)	5.98	(0.27)	0.784
N	137		122			136		123		

pienin arvo = 1

suurin arvo = 6

Mitä pienempi keskiarvo, sen tärkeämmäksi sisältöalue on koettu opettaa.

Taulukko 1 Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen tärkeys (%) opettajien työpaikan ja sukupuolen mukaan

	TYÖPAIKKA			SUKUPUOLI		
	yläaste	lukio	p	nainen	mies	p
	%	%		%	%	
TERVEYS- JA SAIRAUSKÄSITTEET			0.183			0.879
tärkein	5.1	6.6		5.1	6.5	
toiseksi tärkein	0.7	3.3		2.2	1.6	
kolmanneksi tärkein	1.5	2.5		1.5	2.4	
neljänneksi tärkein	0.0	0.8		0.0	0.8	
viidenneksi tärkein	0.7	4.1		2.2	2.4	
ei 5 tärkeimmän joukossa	92.0	82.8		89.0	86.2	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	
RAVINTO JA TERVEYS			0.007			0.622
tärkein	5.8	12.3		8.8	8.9	
toiseksi tärkein	21.2	20.5		16.9	25.2	
kolmanneksi tärkein	5.8	8.2		7.4	6.5	
neljänneksi tärkein	5.1	12.3		8.1	8.9	
viidenneksi tärkein	5.8	11.5		8.1	8.9	
ei 5 tärkeimmän joukossa	56.2	35.2		50.7	41.5	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	
LIIKUNTA JA TERVEYS			0.001			0.499
tärkein	39.4	48.2		43.4	43.9	
toiseksi tärkein	13.9	19.7		16.2	17.1	
kolmanneksi tärkein	6.6	14.8		8.1	13.0	
neljänneksi tärkein	10.2	7.4		11.8	5.7	
viidenneksi tärkein	8.0	2.5		5.9	4.9	
ei 5 tärkeimmän joukossa	21.9	7.4		14.7	15.4	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	
SEKSUAALINEN TERVEYS			0.185			0.398
tärkein	8.0	4.1		8.1	4.1	
toiseksi tärkein	12.4	10.7		10.3	13.0	
kolmanneksi tärkein	16.1	17.2		19.9	13.0	
neljänneksi tärkein	16.1	8.2		12.5	12.2	
viidenneksi tärkein	11.7	11.5		11.8	11.4	
ei 5 tärkeimmän joukossa	35.8	48.8		37.5	46.3	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	
MIELENTERVEYS JA IHMISSUHTEET			0.168			0.142
tärkein	11.7	14.8		11.8	14.6	
toiseksi tärkein	11.7	16.4		17.6	9.8	
kolmanneksi tärkein	13.9	18.0		16.9	14.6	
neljänneksi tärkein	11.7	16.4		16.9	10.6	
viidenneksi tärkein	9.5	8.2		8.1	9.8	
ei 5 tärkeimmän joukossa	41.6	26.2		28.7	40.7	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	

	TYÖPAIKKA			SUKUPUOLI			p
	yläaste	lukio	p	nainen	mies	p	
	%	%		%	%		
ALKOHOLI			0.000				0.298
tärkein	8.0	0.8		3.7	5.7		
toiseksi tärkein	12.4	1.6		9.6	4.9		
kolmanneksi tärkein	14.6	4.9		11.8	8.1		
neljänneksi tärkein	11.7	10.7		8.1	14.6		
viidenneksi tärkein	11.7	12.3		11.0	13.0		
ei 5 tärkeimmän joukossa	41.6	69.7		55.9	53.7		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	137	122		136	123		
TUPAKKA			0.000				0.272
tärkein	7.3	1.6		2.9	6.5		
toiseksi tärkein	12.4	0.8		9.6	4.1		
kolmanneksi tärkein	20.4	6.6		11.8	16.3		
neljänneksi tärkein	8.0	9.8		8.1	9.8		
viidenneksi tärkein	13.1	9.0		10.3	12.2		
ei 5 tärkeimmän joukossa	38.7	72.1		57.4	51.2		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	137	122		136	123		
NUUSKA			0.183				0.311
tärkein	2.2	0.8		0.7	2.4		
toiseksi tärkein	2.2	0.0		2.2	0		
kolmanneksi tärkein	2.9	0.0		0.7	2.4		
neljänneksi tärkein	2.2	3.3		2.2	3.3		
viidenneksi tärkein	4.4	4.1		5.1	3.3		
ei 5 tärkeimmän joukossa	86.1	91.8		89.0	88.6		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	137	122		136	123		
HUUMEET			0.011				0.861
tärkein	9.5	1.6		4.4	7.3		
toiseksi tärkein	8.0	4.9		6.6	6.5		
kolmanneksi tärkein	13.1	6.6		8.8	11.4		
neljänneksi tärkein	10.9	10.7		11.8	9.8		
viidenneksi tärkein	13.9	13.1		14.7	12.2		
ei 5 tärkeimmän joukossa	44.5	63.1		53.7	52.8		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	137	122		136	123		
UNI, LEPO JA RENTOUTUMINEN			0.622				0.445
tärkein	0.7	0.0		0.7	0.0		
toiseksi tärkein	3.6	1.6		4.4	0.8		
kolmanneksi tärkein	5.1	3.3		3.7	4.9		
neljänneksi tärkein	6.6	4.1		4.4	6.5		
viidenneksi tärkein	5.1	4.9		5.1	4.9		
ei 5 tärkeimmän joukossa	78.8	86.1		81.6	82.9		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	137	122		136	123		

	TYÖPAIKKA			SUKUPUOLI		
	yläaste	lukio	p	nainen	mies	p
	%	%		%	%	
HENKILÖKOHTAINEN HYGIENIA			0.201			0.185
tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
toiseksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
kolmanneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
neljänneksi tärkein	2.9	1.6		0.7	4.1	
viidenneksi tärkein	2.2	0.0		1.5	0.8	
<u>ei 5 tärkeimmän joukossa</u>	<u>94.9</u>	<u>98.4</u>		<u>97.8</u>	<u>95.1</u>	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	
TURVALLISUUS TIE- JA VEISLIIKENTEESSÄ			0.328			0.262
tärkein	0.7	0.0		0.0	0.8	
toiseksi tärkein	0.0	0.8		0.0	0.8	
kolmanneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
neljänneksi tärkein	1.5	0.0		0.0	1.6	
viidenneksi tärkein	2.2	0.8		2.2	0.8	
<u>ei 5 tärkeimmän joukossa</u>	<u>95.6</u>	<u>98.4</u>		<u>97.8</u>	<u>95.9</u>	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	
TYÖ JA TERVEYS			0.206			0.299
tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
toiseksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
kolmanneksi tärkein	0.7	0.8		0.7	0.8	
neljänneksi tärkein	0.0	0.8		0.7	0.0	
viidenneksi tärkein	0.0	2.5		2.2	0.0	
<u>ei 5 tärkeimmän joukossa</u>	<u>99.3</u>	<u>95.9</u>		<u>96.3</u>	<u>99.2</u>	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	
YMPÄRISTÖ JA TERVEYS			0.333			0.252
tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
toiseksi tärkein	0.0	0.8		0.7	0.0	
kolmanneksi tärkein	0.0	2.5		0.7	1.6	
neljänneksi tärkein	0.7	0.8		0.0	1.6	
viidenneksi tärkein	0.7	0.8		1.5	0.0	
<u>ei 5 tärkeimmän joukossa</u>	<u>98.5</u>	<u>95.1</u>		<u>97.1</u>	<u>96.7</u>	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	
TAPATURMAT JA ENSIAPU			0.823			0.342
tärkein	2.2	4.1		4.4	1.6	
toiseksi tärkein	5.8	9		4.4	10.6	
kolmanneksi tärkein	6.6	4.9		5.9	5.7	
neljänneksi tärkein	11.7	10.7		12.5	9.8	
viidenneksi tärkein	16.8	14.8		16.9	14.6	
<u>ei 5 tärkeimmän joukossa</u>	<u>56.9</u>	<u>56.6</u>		<u>55.9</u>	<u>57.7</u>	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	

	TYÖPAIKKA			SUKUPUOLI		
	yläaste	lukio	p	nainen	mies	p
	%	%		%	%	
YLEISIMMÄT SAIRAUDET JA NIIDEN EHKÄISY			0.000			0.917
tärkein	4.4	8.2		7.4	4.9	
toiseksi tärkein	0.0	9.8		3.7	5.7	
kolmanneksi tärkein	2.2	9.8		5.9	5.7	
neljänneksi tärkein	2.9	10.7		5.9	7.3	
viidenneksi tärkein	3.6	7.4		5.1	5.7	
ei 5 tärkeimmän joukossa	86.9	54.1		72.1	70.7	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	
TERVEYDENHUOLTOPALVELUT JA SOSIAALITURVA			0.715			0.665
tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
toiseksi tärkein	0.0	0.8		0.0	0.8	
kolmanneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
neljänneksi tärkein	0.7	0.8		0.7	0.8	
viidenneksi tärkein	1.5	0.8		0.7	1.6	
ei 5 tärkeimmän joukossa	97.8	97.5		98.5	96.7	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	
JOKIN MUU TERVEYSTIEDON OPPISISÄLTÖ			0.365			0.366
tärkein	0.7	0.0		0.7	0.0	
toiseksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
kolmanneksi tärkein	0.0	0.8		0.0	0.8	
neljänneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
viidenneksi tärkein	0.0	0.0		0.0	0.0	
ei 5 tärkeimmän joukossa	99.3	99.2		99.3	99.2	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	137	122		136	123	

Taulukko 1 Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen vaikeus (%)
opettajien työpaikan ja sukupuolen mukaan

	TYÖPAIKKA		p	SUKUPUOLI		p
	yläaste	lukio		nainen	mies	
	%	%		%	%	
TERVEYS- JA SAIRAUSKÄSITTEET			0.225			0.636
vaikein	1.6	0.0		0.8	0.9	
toiseksi vaikein	5.5	4.7		3.2	7.3	
kolmanneksi vaikein	0.0	3.7		2.4	0.9	
neljänneksi vaikein	10.2	9.3		8.8	10.9	
viidenneksi vaikein	4.7	6.5		4.8	6.4	
ei 5 vaikeimman joukossa	78.1	75.7		80.0	73.6	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	128	107		125	110	
RAVINTO JA TERVEYS			0.516			0.741
vaikein	1.6	1.9		1.6	1.8	
toiseksi vaikein	0.8	3.7		1.6	2.7	
kolmanneksi vaikein	3.9	6.5		5.6	4.5	
neljänneksi vaikein	3.9	5.6		4.0	5.5	
viidenneksi vaikein	5.5	6.5		4.0	8.2	
ei 5 vaikeimman joukossa	84.4	75.7		83.2	77.3	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	128	107		125	110	
LIIKUNTA JA TERVEYS			0.137			0.685
vaikein	0.8	0.9		0.8	0.9	
toiseksi vaikein	0.0	0.9		0.0	0.9	
kolmanneksi vaikein	3.9	0.0		3.2	4.5	
neljänneksi vaikein	3.1	8.4		6.4	4.5	
viidenneksi vaikein	7.8	7.5		8.0	7.3	
ei 5 vaikeimman joukossa	84.4	82.2		81.6	85.5	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	128	107		125	110	
SEKSUAALINEN TERVEYS			0.633			0.092
vaikein	9.4	12.1		8.0	13.6	
toiseksi vaikein	11.7	15.0		9.6	17.3	
kolmanneksi vaikein	11.7	6.5		12.0	6.4	
neljänneksi vaikein	10.2	9.3		9.6	10.0	
viidenneksi vaikein	5.5	8.4		9.6	3.6	
ei 5 vaikeimman joukossa	51.6	48.6		51.2	49.1	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	128	107		125	110	
MIELENTERVEYS JA IHMISSUHTEET			0.574			0.039
vaikein	21.9	29.9		20.0	31.8	
toiseksi vaikein	13.3	10.3		12.8	10.9	
kolmanneksi vaikein	11.7	6.5		5.6	13.6	
neljänneksi vaikein	7.8	8.4		8.0	8.2	
viidenneksi vaikein	7.8	9.3		10.4	6.4	
ei 5 vaikeimman joukossa	37.5	35.5		43.2	29.1	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	128	107		125	110	

	TYÖPAIKKA			SUKUPUOLI			p
	yläaste	lukio		nainen	mies		
	%	%		%	%		
ALKOHOLI							
	vaikein	3.1	5.6	5.6	2.7		
	toiseksi vaikein	10.2	1.9	11.2	0.9		
	kolmanneksi vaikein	7.8	6.5	9.6	4.5		
	neljänneksi vaikein	8.6	4.7	8.0	5.5		
	viidenneksi vaikein	2.3	1.9	2.4	1.8		
	ei 5 vaikeimman joukossa	68.0	79.4	63.2	84.5		
	Yht.	100.0	100.0	100.0	100.0		
	N	128	107	125	110		
TUPAKKA							
						0.524	0.005
	vaikein	5.5	3.7	8.0	0.9		
	toiseksi vaikein	6.3	7.5	9.6	3.6		
	kolmanneksi vaikein	7.0	4.7	8.0	3.6		
	neljänneksi vaikein	4.7	5.6	5.6	4.5		
	viidenneksi vaikein	7.8	2.8	7.2	3.6		
	ei 5 vaikeimman joukossa	68.8	75.7	61.6	83.6		
	Yht.	100.0	100.0	100.0	100.0		
	N	128	107	125	110		
NUUSKA							
						0.579	0.895
	vaikein	0.8	2.8	2.4	0.9		
	toiseksi vaikein	2.3	0.9	2.4	0.9		
	kolmanneksi vaikein	0.8	0.9	0.8	0.9		
	neljänneksi vaikein	1.6	0.0	0.8	0.9		
	viidenneksi vaikein	3.1	2.8	3.2	2.7		
	ei 5 vaikeimman joukossa	91.4	92.5	90.4	93.6		
	Yht.	100.0	100.0	100.0	100.0		
	N	128	107	125	110		
HUUMEET							
						0.086	0.278
	vaikein	28.1	15.9	26.4	18.2		
	toiseksi vaikein	10.2	5.6	9.6	6.4		
	kolmanneksi vaikein	7.0	6.5	7.2	6.4		
	neljänneksi vaikein	2.3	6.5	5.6	2.7		
	viidenneksi vaikein	5.5	5.6	5.6	5.5		
	ei 5 vaikeimman joukossa	46.9	59.8	45.6	60.9		
	Yht.	100.0	100.0	100.0	100.0		
	N	128	107	125	110		
UNI, LEPO JA RENTOUTUMINEN							
						0.363	0.274
	vaikein	0.8	0.0	0.0	0.9		
	toiseksi vaikein	2.3	1.9	0.8	3.6		
	kolmanneksi vaikein	2.3	6.5	4.0	4.5		
	neljänneksi vaikein	1.6	2.8	1.6	2.7		
	viidenneksi vaikein	1.6	0.0	0.0	1.8		
	ei 5 vaikeimman joukossa	91.4	88.8	93.6	86.4		
	Yht.	100.0	100.0	100.0	100.0		
	N	128	107	125	110		

	TYÖPAIKKA			SUKUPUOLI			p
	yläaste	lukio	p	nainen	mies	p	
	%	%		%	%		
HENKILÖKOHTAINEN HYGIENIA			0.126				0.738
vaikein	0.8	0.0		0.8	0.0		
toiseksi vaikein	0.8	0.9		0.8	0.9		
kolmanneksi vaikein	0.8	2.8		0.8	2.7		
neljänneksi vaikein	1.6	0.9		0.8	1.8		
viidenneksi vaikein	0.0	4.7		2.4	1.8		
ei 5 vaikeimman joukossa	96.1	90.7		94.4	92.7		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	128	107		125	110		
TURVALLISUUS TIE- JA VESILIIKENTEESSÄ			0.935				0.034
vaikein	2.3	2.8		1.6	3.6		
toiseksi vaikein	6.3	3.7		5.6	4.5		
kolmanneksi vaikein	7.8	6.5		12	1.8		
neljänneksi vaikein	5.5	7.5		8.0	4.5		
viidenneksi vaikein	7.8	7.5		8.0	7.3		
ei 5 vaikeimman joukossa	70.3	72.0		64.8	78.2		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	128	107		125	110		
TYÖ JA TERVEYS			0.119				0.523
vaikein	0.8	7.5		3.2	4.5		
toiseksi vaikein	10.2	11.2		8.0	13.6		
kolmanneksi vaikein	7.0	9.3		6.4	10.0		
neljänneksi vaikein	7.8	5.6		6.4	7.3		
viidenneksi vaikein	10.2	6.5		9.6	7.3		
ei 5 vaikeimman joukossa	64.1	59.8		66.4	57.3		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	128	107		125	110		
YMPÄRISTÖ JA TERVEYS			0.715				0.006
vaikein	8.6	8.4		12.0	4.5		
toiseksi vaikein	8.6	13.1		9.6	11.8		
kolmanneksi vaikein	12.5	9.3		8.0	14.5		
neljänneksi vaikein	10.2	7.5		4.0	14.5		
viidenneksi vaikein	3.9	6.5		4.0	6.4		
ei 5 vaikeimman joukossa	56.3	55.1		62.4	48.2		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	128	107		125	110		
TAPATURMAT JA ENSIAPU			0.365				0.741
vaikein	0.8	1.9		0.8	1.8		
toiseksi vaikein	2.3	5.6		3.2	4.5		
kolmanneksi vaikein	2.3	4.7		2.4	4.5		
neljänneksi vaikein	4.7	1.9		2.5	4.5		
viidenneksi vaikein	5.5	2.8		4.8	3.6		
ei 5 vaikeimman joukossa	84.4	83.2		86.4	80.9		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	128	107		125	110		

	TYÖPAIKKA			SUKUPUOLI			
	yläaste	lukio	p	nainen	mies	p	
	%	%		%	%		
YLEISIMMÄT SAIRAUDET JA NIIDEN EHKÄISY			0.473			0.598	
vaikein	1.6	2.8		2.4	1.8		
toiseksi vaikein	0.0	1.9		1.6	0.0		
kolmanneksi vaikein	3.9	3.7		2.4	5.5		
neljänneksi vaikein	3.1	5.6		4.0	4.5		
viidenneksi vaikein	3.9	1.9		2.4	3.6		
ei 5 vaikeimman joukossa	87.5	84.1		87.2	84.5		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	128	107		125	110		
TERVEYDENHUOLTOPALVELUT JA SOSIAALITURVA			0.123			0.157	
vaikein	14.1	9.3		10.4	13.6		
toiseksi vaikein	7.8	10.3		10.4	7.3		
kolmanneksi vaikein	3.9	13.1		7.3	9.1		
neljänneksi vaikein	6.3	7.5		8.8	4.5		
viidenneksi vaikein	10.2	11.2		6.4	15.5		
ei 5 vaikeimman joukossa	57.8	48.6		56.8	50.0		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	128	107		125	110		
JOKIN MUU TERVEYSTIEDON OPPISISÄLTÖ			0.349			0.466	
vaikein	0.0	0.9		0.8	0.0		
toiseksi vaikein	0.0	0.0		0.0	0.0		
kolmanneksi vaikein	0.8	0.0		0.8	0.0		
neljänneksi vaikein	0.0	0.9		0.8	0.0		
viidenneksi vaikein	0.0	0.9		0.8	0.0		
ei 5 vaikeimman joukossa	99.2	97.2		96.8	100.0		
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0		
N	128	107		125	110		

Taulukko 1 Terveystiedon eri sisältöalueiden opettamisen vaikeuden keskiarvot (ka) keskihajontoihin (kh) ja t-testin p-arvoihin (p) opettajien työpaikan ja sukupuolen mukaan

Sisältöalueet:	TYÖPAIKKA				SUKUPUOLI					
	yläaste		lukio		nainen		mies		p (t-testi)	
	ka	kh	ka	kh	ka	kh	ka	kh		
Terveys- ja sairauskäsitteet	5.45	(1.20)	5.45	(1.11)	0.976	5.54	(1.06)	5.35	(1.25)	0.235
Ravinto ja terveys	5.64	(0.98)	5.38	(1.26)	0.086	5.57	(1.09)	5.47	(1.16)	0.516
Liikunta ja terveys	5.70	(0.82)	5.67	(0.83)	0.780	5.66	(0.84)	5.73	(0.80)	0.509
Seksuaalinen terveys	4.45	(1.82)	4.33	(1.93)	0.609	4.57	(1.75)	4.20	(1.99)	0.137
Mielenterveys ja ihmissuhteet	3.79	(2.05)	3.64	(2.14)	0.575	4.06	(2.06)	3.34	(2.06)	0.008
Alkoholi	5.01	(1.58)	5.34	(1.44)	0.097	4.80	(1.73)	5.56	(1.14)	0.000
Tupakka	5.09	(1.57)	5.23	(1.50)	0.488	4.79	(1.77)	5.57	(1.09)	0.000
Nuuska	5.78	(0.83)	5.77	(0.96)	0.899	5.71	(1.02)	5.85	(0.71)	0.241
Huumeet	3.88	(2.23)	4.60	(1.96)	0.009	3.91	(2.18)	4.54	(2.05)	0.025
Uni, lepo ja rentoutuminen	5.75	(0.90)	5.67	(0.95)	0.523	5.82	(0.72)	5.60	(1.09)	0.080
Henkilökohtainen hygienia	5.88	(0.66)	5.81	(0.67)	0.481	5.86	(0.66)	5.83	(0.68)	0.675
Turvallisuus tie- ja vesiliikenteessä	5.21	(1.41)	5.29	(1.33)	0.662	5.10	(1.41)	5.42	(1.32)	0.071
Työ ja terveys	5.09	(1.43)	4.72	(1.78)	0.088	5.10	(1.49)	4.71	(1.72)	0.063
Ympäristö ja terveys	4.61	(1.78)	4.56	(1.83)	0.837	4.66	(1.92)	4.51	(1.67)	0.531
Tapaturmat ja ensiapu	5.65	(0.95)	5.48	(1.28)	0.251	5.66	(0.98)	5.46	(1.24)	0.175
Yleisimmät sairaudet ja niiden ehkäisy	5.70	(0.91)	5.54	(1.18)	0.248	5.64	(1.07)	5.62	(1.01)	0.873
Terveydenhuoltopalvelut ja sosiaaliturva	4.64	(1.91)	4.47	(1.80)	0.478	4.61	(1.85)	4.51	(1.88)	0.685
Jokin muu terveystiedon oppisisältö	5.96	(0.44)	5.90	(0.67)	0.384	5.87	(0.76)	6.00	(0.00)	0.063
N	128		107			125		110		

pienin arvo = 1

suurin arvo = 6

Mitä pienempi keskiarvo, sen vaikeammaksi sisältöalue on koettu opettaa.

Taulukko 1 Liikunnanopettajien terveystiedon opetuksessaan käyttämät opetusmuodot ja -menetelmät työpaikan ja sukupuolen mukaan

	TYÖPAIKKA			p	SUKUPUOLI		p
	yläaste %	lukio %			nainen %	mies %	
OPETTAJAN ESITYS TAI LUENTO				0.480			0.013
	ei lainkaan	0.9	0.0		0.8	0.0	
	vähän	14.5	8.7		12.8	9.9	
	kohtalaisesti	25.6	26.8		33.8	17.1	
	melko paljon	41.0	42.5		37.6	46.8	
	paljon	17.9	22.0		15.0	26.1	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
	N	117	127		133	111	
OPETTAJAN KYSELY				0.107			0.289
	ei lainkaan	0.9	2.4		2.3	0.9	
	vähän	19.7	26.0		23.5	22.2	
	kohtalaisesti	29.9	37.4		28.0	40.7	
	melko paljon	41.2	24.4		25.6	27.8	
	paljon	9.4	9.8		10.6	8.3	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
	N	117	123		132	108	
OPPILAAN YKSILÖ- TYÖSKENTELY				0.054			0.027
	ei lainkaan	12.7	2.5		3.1	12.6	
	vähän	40.0	42.1		43.8	37.9	
	kohtalaisesti	34.5	38.8		41.4	31.1	
	melko paljon	10.9	14.9		10.2	16.5	
	paljon	1.8	1.7		1.6	1.9	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
	N	110	121		128	103	
OPPILAAN ESITYS				0.000			0.083
	ei lainkaan	32.7	10.6		20.2	22.1	
	vähän	45.5	36.6		35.7	47.1	
	kohtalaisesti	15.5	25.2		21.7	19.2	
	melko paljon	4.5	18.7		17.1	5.8	
	paljon	1.8	8.9		5.4	5.8	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
	N	110	123		129	104	
RYHMÄTYÖ				0.046			0.065
	ei lainkaan	12.7	6.4		9.4	9.3	
	vähän	21.8	37.6		24.4	37.0	
	kohtalaisesti	42.7	32.0		36.2	38.0	
	melko paljon	15.5	18.4		22.8	10.2	
	paljon	7.3	5.6		7.1	5.6	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
	N	110	125		127	108	
ROOLILEIKIT				0.149			0.096
	ei lainkaan	53.2	67.3		54.5	67.3	
	vähän	30.3	24.8		28.1	26.7	
	kohtalaisesti	9.2	5.3		9.9	4.0	
	melko paljon	5.5	2.7		5.8	2.0	
	paljon	1.8	0.0		1.7	0.0	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
	N	109	113		121	101	

	TYÖPAIKKA		p	SUKUPUOLI		p
	yläaste %	lukio %		nainen %	mies %	
OPETUSKESKUSTELU			0.582			0.288
	ei lainkaan	1.7		1.5	0.9	
	vähän	19.7		18.3	27.8	
	kohtalaisesti	27.4		29.0	30.6	
	melko paljon	35.9		33.6	30.6	
	paljon	15.4		17.6	10.2	
	Yht.	100.0		100.0	100.0	
	N	117		131	108	
RETKI, OPINTO- KÄYNTI			0.233			0.854
	ei lainkaan	56.8		58.4	62.0	
	vähän	29.7		30.4	29.0	
	kohtalaisesti	10.8		8.0	6.0	
	melko paljon	2.7		2.4	3.0	
	paljon	0.0		0.8	0.0	
	Yht.	100.0		100.0	100.0	
	N	111		125	100	
POSTERIT			0.045			0.038
	ei lainkaan	72.6		73.6	89.7	
	vähän	19.8		19.0	9.3	
	kohtalaisesti	5.7		5.8	1.0	
	melko paljon	0.9		0.8	0.0	
	paljon	0.9		0.8	0.0	
	Yht.	100.0		100.0	100.0	
	N	106		121	97	
TEEMAPÄIVÄT			0.000			0.989
	ei lainkaan	49.5		60.7	62.0	
	vähän	29.4		26.2	27.0	
	kohtalaisesti	11.9		6.6	5.0	
	melko paljon	5.5		4.1	4.0	
	paljon	3.7		2.5	2.0	
	Yht.	100.0		100.0	100.0	
	N	109		122	100	
PROJEKTITYÖSKENTELY			0.196			0.714
	ei lainkaan	64.2		57.6	58.8	
	vähän	20.2		23.2	17.6	
	kohtalaisesti	8.3		12.0	11.8	
	melko paljon	3.7		4.8	7.8	
	paljon	3.7		2.4	3.9	
	Yht.	100.0		100.0	100.0	
	N	109		125	102	
TYÖPAJAT			0.109			0.116
	ei lainkaan	79.8		80.0	83.1	
	vähän	9.2		11.7	8.9	
	kohtalaisesti	6.4		6.7	1.0	
	melko paljon	0.9		0.0	2.0	
	paljon	3.7		1.7	2.0	
	Yht.	100.0		100.0	100.0	
	N	109		120	101	
TIETOKONEAVUSTEINEN OPETUS			0.230			0.603
	ei lainkaan	58.3		59.7	57.0	
	vähän	34.3		30.6	29.0	
	kohtalaisesti	3.7		7.3	8.0	
	melko paljon	1.9		0.8	4.0	
	paljon	1.9		1.6	2.0	
	Yht.	100.0		100.0	100.0	
	N	108		124	100	

	TYÖPAIKKA		p	SUKUPUOLI		p
	yläaste %	lukio %		nainen %	mies %	
ASiantuntijavierailut			0.007			0.910
ei lainkaan	27.0	48.7		37.4	38.1	
vähän	41.7	35.4		40.7	36.2	
kohtalaisesti	25.2	14.2		17.9	21.9	
melko paljon	4.3	0.9		2.4	2.9	
paljon	1.7	0.9		1.6	1.0	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	115	113		123	105	
PORTFOLIO			0.653			0.190
ei lainkaan	87.5	84.3		80.2	89.6	
vähän	6.7	7.8		11.6	3.1	
kohtalaisesti	1.9	3.2		3.3	3.1	
melko paljon	2.9	2.8		2.5	3.1	
paljon	1.0	1.8		2.5	1.0	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	104	113		121	96	

Taulukko 1 Opettajien käyttämät opetusmuodot ja -menetelät (ka) opettajien ikä- ja työvuosiryhmien mukaan

Opetusmuodot ja -menetelmät	OPETTAJIEN IKÄRYHMÄT					OPETTAJIEN TYÖSSAALOVIUJODET				
	25-34 v.	35-44 v.	45-54 v.	55 v. ja yli	alle 2 v	2-5 v.	6-15 v.	16-30 v.	yli 30 v.	
Opettajan esitys tai luento	3.8	3.7	3.7	3.6	3.9	4.0	3.5	3.8	3.5	
Opettajan kysely	3.6	3.5	3.0	2.8	3.8	3.5	3.5	3.1	2.8	
Oppilaan yksilötyöskentely	2.8	2.6	2.4	2.4	2.6	2.6	2.9	2.5	2.4	
Oppilaan esitys	2.5	2.4	2.4	2.2	2.4	2.5	2.5	2.5	2.2	
Ryhmätyö	2.9	2.9	2.7	2.8	2.9	2.9	3.0	2.7	2.8	
Rooleikit	1.6	1.7	1.4	1.6	2.1	1.6	1.7	1.4	1.6	
Opetuskesustelu	3.3	3.6	3.3	3.3	3.4	3.3	3.5	3.3	3.3	
Retki, opintokäynti	1.5	1.5	1.6	1.6	1.5	1.6	1.3	1.6	1.6	
Posterit	1.3	1.3	1.2	1.1	1.8	1.2	1.3	1.2	1.1	
Teemapäivät	1.6	1.6	1.4	1.8	1.9	1.5	1.7	1.5	1.7	
Projektityöskentely	1.8	1.6	1.7	2.0	1.8	1.7	1.7	1.8	1.9	
Työpajat	1.3	1.3	1.2	1.5	2.1	1.2	1.2	1.3	1.4	
Tietokoneavusteinen opetus	1.8	1.4	1.5	1.5	2.1	1.8	1.6	1.5	1.5	
Asiantuntijavierailut	1.8	2.0	1.9	2.1	2.1	1.8	1.9	1.9	2.1	
Portfolio	1.2	1.2	1.5	1.2	1.4	1.2	1.2	1.4	1.2	

pienin arvo = 1

suurin arvo = 5

Mitä suurempi arvo, sitä enemmän ko. opetusmuotoa/-menetelmää on käytetty.

Taulukko 1 Terveystiedon kokeissa käytet tehtävätyypit työpaikan ja sukupuolen mukaan

	TYÖPAIKKA			p	SUKUPUOLI		p
	yläaste %	lukio %			nainen %	mies %	
En pitänyt kokeita				0.000			0.246
	kyllä	50.9	6.3		30.3	23.4	
	ei	49.1	93.7		39.7	76.6	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
Täydentämistehtävät				1.000			0.234
	kyllä	27.7	28.3		25.8	30.8	
	ei	72.3	71.7		74.2	69.2	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
Kirjoitelmä- ja esseetehtävät				0.000			0.337
	kyllä	34.8	90.6		62.9	66.4	
	ei	65.2	9.4		37.1	33.6	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
Tunnistamistehtävät				0.001			0.175
	kyllä	28.6	50.4		37.1	43.9	
	ei	71.4	49.4		62.9	56.1	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
Suullinen kuulustelu				0.393			1.000
	kyllä	7.1	3.9		5.3	5.6	
	ei	92.9	96.1		94.7	44.8	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
Muu				0.343			0.032
	kyllä	7.1	9.4		12.1	3.7	
	ei	92.9	90.6		87.9	96.3	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
	N	112	127		132	107	

Taulukko 2 Terveystiedon kurssin arviointi työpaikan ja sukupuolen mukaan

	TYÖPAIKKA			p	SUKUPUOLI		p
	yläaste %	lukio %			nainen %	mies %	
				0.000			0.713
Numeerinen	21.4	69.0			45.8	48.2	
Hyväksytyt/hylätyt	32.1	29.5			29.8	31.8	
Ei arviointia	46.4	1.6			24.4	20.0	
	Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
	N	112	129		131	110	

Taulukko1 Liikunnanopettajien terveystiedon opetuksessaan käyttämät oppimateriaalit ja -välineet työpaikan ja sukupuolen mukaan

	TYÖPAIKKA			p	SUKUPUOLI			p
	yläaste	lukio			nainen	mies		
	%	%			%	%		
OPPIKIRJA				0.000				0.903
ei lainkaan	32.1	2.4			16.0	16.7		
vähän	32.1	17.3			22.9	25.9		
kohtalaisesti	19.6	24.4			22.9	21.3		
melko paljon	9.8	30.7			22.9	18.5		
paljon	6.3	25.2			15.3	17.6		
Yht.	100.0	100.0			100.0	100.0		
N	112	127			131	108		
OPETTAJAN KIRJA/OPAS				0.000				0.365
ei lainkaan	28.7	10.6			21.9	15.5		
vähän	25.0	17.1			16.4	26.2		
kohtalaisesti	30.6	25.2			27.3	28.2		
melko paljon	10.2	26.0			20.3	16.5		
paljon	5.6	21.1			14.1	13.6		
Yht.	100.0	100.0			100.0	100.0		
N	108	123			128	103		
MUUT KIRJAT				0.282				0.092
ei lainkaan	5.6	0.8			1.6	4.9		
vähän	23.1	22.0			19.5	26.2		
kohtalaisesti	42.6	47.2			43.0	47.6		
melko paljon	22.2	21.1			27.3	14.6		
paljon	6.5	8.9			8.6	6.8		
Yht.	100.0	100.0			100.0	100.0		
N	108	123			128	103		
LEHTISET JA KIRJASET				0.067				0.000
ei lainkaan	5.4	1.6			1.6	5.7		
vähän	22.5	37.7			19.5	43.8		
kohtalaisesti	40.5	32.0			37.5	34.3		
melko paljon	24.3	19.7			28.1	14.3		
paljon	7.2	9.0			13.1	1.9		
Yht.	100.0	100.0			100.0	100.0		
N	111	122			128	105		
VALMIIT KALVOSARJAT				0.788				0.244
ei lainkaan	9.9	8.9			10.2	8.4		
vähän	32.4	35.0			30.7	37.4		
kohtalaisesti	29.7	33.3			28.3	35.5		
melko paljon	22.5	16.3			22.8	15.0		
paljon	5.4	6.5			7.9	3.7		
Yht.	100.0	100.0			100.0	100.0		
N	111	123			127	107		
ITSE LAADITUT KALVOT				0.179				0.694
ei lainkaan	6.3	0.8			3.1	3.7		
vähän	16.1	15.0			14.5	15.7		
kohtalaisesti	25.9	28.3			25.2	29.6		
melko paljon	34.8	33.9			34.4	34.3		
paljon	17.0	22.0			22.9	15.7		
Yht.	100.0	100.0			100.0	100.0		
N	112	127			131	108		

	TYÖPAIKKA		p	SUKUPUOLI		p
	yläaste	lukio		nainen	mies	
	%	%		%	%	
SANOMALEHDET			0.564			0.000
ei lainkaan	8.8	6.5		6.2	9.3	
vähän	37.2	33.3		25.6	46.7	
kohtalaisesti	28.3	25.2		26.4	27.1	
melko paljon	18.6	22.8		27.9	12.1	
paljon	7.1	12.2		14.0	4.7	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	113	123		129	107	
AIKAKAUSLEHDET			0.011			0.001
ei lainkaan	23.9	10.9		13.5	21.6	
vähän	41.3	40.3		34.1	49.0	
kohtalaisesti	24.8	23.5		25.4	22.5	
melko paljon	7.3	20.2		21.4	4.9	
paljon	2.8	5.0		5.6	2.0	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	109	119		126	102	
TIETEELLISET AIKAKAUSLEHDET TAI JULKAISUT			0.219			0.025
ei lainkaan	28.8	24.0		18.0	31.7	
vähän	38.7	41.9		39.8	44.6	
kohtalaisesti	20.7	19.2		24.2	12.9	
melko paljon	7.2	10.9		14.1	6.9	
paljon	4.5	3.9		3.9	4.0	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	111	118		128	101	
RADIO			0.590			0.019
ei lainkaan	82.4	74.6		71.0	87.8	
vähän	13.0	17.5		18.5	11.2	
kohtalaisesti	3.7	6.1		8.1	1.0	
melko paljon	0.9	0.9		1.6	0.0	
paljon	0.0	0.9		0.8	0.0	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	108	114		124	98	
TV			0.124			0.007
ei lainkaan	39.8	34.5		27.0	49.5	
vähän	26.9	25.2		28.6	22.8	
kohtalaisesti	24.1	22.7		26.2	19.8	
melko paljon	9.3	11.8		13.5	6.9	
paljon	0.0	5.9		4.8	1.0	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	108	119		126	101	
VIDEONAUHAT			0.302			0.416
ei lainkaan	1.8	2.4		0.8	3.7	
vähän	14.2	24.4		21.4	17.4	
kohtalaisesti	49.6	44.9		44.3	50.5	
melko paljon	27.4	20.5		25.2	22.0	
paljon	7.1	7.9		8.4	6.4	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	113	127		131	109	

	TYÖPAIKKA		p	SUKUPUOLI		p
	yläaste	lukio		nainen	mies	
	%	%		%	%	
INTERNET			0.281			0.271
ei lainkaan	46.8	44.4		43.2	48.5	
vähän	35.1	30.8		38.4	26.2	
kohtalaisesti	8.1	16.2		10.4	14.6	
melko paljon	9.0	6.0		7.2	7.8	
paljon	0.0	2.6		0.8	2.9	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	111	117		125	103	
DIASARJAT			0.133			0.074
ei lainkaan	84.7	92.2		92.7	83.7	
vähän	13.5	5.2		4.9	14.4	
kohtalaisesti	1.8	1.7		1.6	1.9	
melko paljon	0.0	0.9		0.8	0.0	
paljon	0.0	0.0		0.0	0.0	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	111	116		123	104	
ITSE LAADITUT MONISTEET			0.538			0.619
ei lainkaan	22.3	13.9		15.5	21	
vähän	31.4	34.4		31.0	34.3	
kohtalaisesti	29.5	29.5		30.2	28.6	
melko paljon	12.5	15.6		16.3	11.4	
paljon	5.4	6.6		7.0	4.8	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	112	122		129	105	
TYÖVIHKO			0.035			0.772
ei lainkaan	53.2	67.0		59.0	61.8	
vähän	11.9	13.9		13.1	12.7	
kohtalaisesti	13.8	12.2		12.3	13.7	
melko paljon	11.0	4.3		7.4	7.8	
paljon	10.1	2.6		8.2	3.9	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	109	115		122	102	
LIITUTAULU TAI VASTAAVA			0.474			0.342
ei lainkaan	6.2	10.6		10.1	6.5	
vähän	45.1	49.6		51.2	43.0	
kohtalaisesti	28.3	25.2		24.8	29.0	
melko paljon	16.8	10.6		11.6	15.9	
paljon	3.5	4.1		2.3	5.6	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	113	123		129	107	
OPPIMISPELIT			0.128			0.929
ei lainkaan	74.5	82.9		77.4	80.6	
vähän	21.8	12		17.7	15.5	
kohtalaisesti	3.6	3.4		4.0	2.9	
melko paljon	0.0	1.7		0.8	1.0	
paljon	0.0	0.0		0.0	0.0	
Yht.	100.0	100.0		100.0	100.0	
N	110	117		124	103	

	TYÖPAIKKA				SUKUPUOLI					
	yläaste		lukio		p	nainen		mies		p
	%	%	%	%		%	%			
POSTERIT					0.126					0.048
ei lainkaan	81.5	88.4				78.8	92.2			
vähän	13.9	11.6				17.8	6.9			
kohtalaisesti	3.7	0.0				2.5	1.0			
melko paljon	0.9	0.0				0.8	0.0			
paljon	0.0	0.0				0.0	0.0			
Yht.	100.0	100.0				100.0	100.0			
N	108	112				124	103			
PIIRTOHEITIN					0.025					0.324
ei lainkaan	2.7	0.0				0.8	1.9			
vähän	8.9	5.5				9.2	4.6			
kohtalaisesti	29.5	23.6				22.1	31.5			
melko paljon	41.1	37.0				39.7	38.0			
paljon	17.9	33.9				28.2	24.1			
Yht.	100.0	100.0				100.0	100.0			
N	112	127				131	108			
CD-ROM					0.326					0.300
ei lainkaan	87.3	85.9				89.4	81.7			
vähän	8.2	11.0				8.9	13.5			
kohtalaisesti	3.6	2.6				1.6	3.8			
melko paljon	0.9	0.4				0.0	1.0			
paljon	0.0	0.0				0.0	0.0			
Yht.	100.0	100.0				100.0	100.0			
N	110	117				123	104			
TIETOKONEOHJELMA					0.769					0.128
ei lainkaan	81.7	77.3				85.5	72.1			
vähän	12.8	16.8				11.3	19.2			
kohtalaisesti	3.7	2.5				3.2	2.9			
melko paljon	0.9	0.8				0.0	1.9			
paljon	0.9	2.5				0.0	3.8			
Yht.	100.0	100.0				100.0	100.0			
N	109	119				124	104			
JULISTEET					0.007					0.326
ei lainkaan	51.8	68.9				60.2	61.2			
vähän	37.5	29.4				32.0	35.0			
kohtalaisesti	7.1	1.7				4.7	3.9			
melko paljon	3.6	0.0				3.1	0.0			
paljon	0.0	0.0				0.0	0.0			
Yht.	100.0	100.0				100.0	100.0			
N	112	119				128	103			

Taulukko 1 Opettajien käyttämät oppimateriaalit ja -välineet (ka) opettajien ikä- ja työvuosiryhmien mukaan

Oppimateriaalit ja -välineet	OPETTAJIEN IKÄRYHMÄT					OPETTAJIEN TYÖSSAOLUVUODET				
	25-34 v.	35-44 v.	45-54 v.	55 v. ja yli		alle 2 v	2-5 v.	6-15 v.	16-30 v.	yli 30 v.
Oppikirja	3.0	2.8	3.0	3.1		2.9	3.0	2.9	3.0	3.1
Opettajan opas/kirja	2.8	2.9	2.8	3.0		2.9	2.8	2.9	2.9	3.1
Muut kirjat	3.3	3.0	3.0	3.1		3.4	3.2	3.0	3.1	3.1
Lehtiset ja kirjaset	3.2	3.0	3.0	2.9		3.4	3.1	3.1	3.0	2.9
Valmiit kalvosarjat	2.8	2.8	2.7	3.0		2.9	2.8	2.6	2.9	2.9
Itselaaditut kalvot	3.7	3.7	3.3	3.3		3.6	3.6	3.7	3.4	3.4
Sanomalehdet	2.9	2.7	3.0	3.0		2.6	2.8	2.9	3.0	3.0
Aikakauslehdet	2.3	2.4	2.7	2.5		2.0	2.3	2.4	2.7	2.4
Tieteelliset aikakauslehdet	2.1	2.1	2.5	2.4		2.3	2.0	2.1	2.5	2.3
Radio	1.2	1.3	1.4	1.3		1.3	1.1	1.3	1.3	1.3
Televisio	2.3	2.1	2.2	2.1		2.6	2.1	2.2	2.1	2.2
Videonauhut	3.3	3.2	3.1	3.2		3.4	3.3	3.1	3.2	3.1
Internet	2.2	1.9	1.9	1.5		2.3	2.2	1.9	1.8	1.5
Diasarjat	1.2	1.1	1.2	1.2		1.1	1.1	1.1	1.1	1.2
Itselaaditut monisteet	2.6	2.7	2.5	2.6		2.5	2.8	2.5	2.6	2.6
Työvihko	2.1	1.8	1.8	1.7		1.8	1.9	2.0	1.8	1.8
Liitutaulu tai vastaava	2.6	2.7	2.5	2.5		2.4	2.7	2.7	2.5	2.5
Oppimispelit	1.4	1.4	1.2	1.1		1.4	1.3	1.4	1.2	1.1
Posterit	1.3	1.1	1.2	1.2		1.4	1.2	1.2	1.2	1.1
Piirtoheitin	4.0	4.0	3.7	3.5		4.1	4.1	3.8	3.8	3.5
CD-ROM	1.2	1.2	1.2	1.1		1.5	1.2	1.1	1.2	1.1
Tietokoneohjelmat	1.4	1.2	1.3	1.3		1.4	1.3	1.4	1.3	1.3
Julisteet	1.4	1.4	1.5	1.7		1.1	1.4	1.3	1.6	1.6

pienin arvo = 1, suurin arvo = 5; mitä suurempi keskiarvo, sitä enemmän ko. oppimateriaalia/-välinettä on käytetty

Taulukko 1 Opettajien saamaa peruskoulutusta koskevien väittämien keskiarvot opettajien ikä- ja työvuosiryhmien mukaan

	OPETTAJIEN IKÄRYHMÄT					OPETTAJIEN TYÖSSÄOLOVUODET				
	25-34 v.	35-44 v.	45-54 v.	55 v. ja yli	alle 2 v	2-5 v.	6-15 v.	16-30 v.	yli 30 v.	
Koulutusta koskevat väittämät:										
Koulutus antoi riittävät valmiudet terveys-tiedon tietosisällön hallintaan.	3.8	3.7	3.7	3.9	3.7	3.9	3.7	3.7	3.9	
Koulutus antoi riittävät valmiudet erilaisten opetusmenetelmien käyttöön.	3.7	3.0	2.7	2.8	3.7	3.6	3.4	2.7	2.8	
Koulutus antoi riittävästi tietoa erilaisten oppimateriaalien käytöstä.	3.5	2.9	2.9	2.8	3.7	3.5	3.1	2.8	2.8	
Koulutus antoi virikkeitä oppilaiden motivointiin terveystiedollisissa asioissa.	3.0	2.6	2.6	3.1	3.4	3.0	2.6	2.7	3.0	
Koulutus antoi riittävät valmiudet toimimaan terveystiedollisissa opetustilanteissa.	3.8	3.5	3.3	3.7	4.2	3.8	3.6	3.4	3.7	

pienin arvo = 1

suurin arvo = 5

Taulukko 2 Opettajien tyytyväisyys peruskoulutukseensa: peruskoulutuksen antamien koettujen valmiuksien ikäryhmien välisten erojen tilastolliset merkitsevyydet (yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) tehdyt vertailut

	OPETTAJIEN IKÄRYHMÄT					
	25-34 v. vs. 35-44 v.	25-34 v. vs. 45-54 v.	25-34 v. vs. 55 v. tai yli	35-44 v. vs. 45-54 v.	35-44 v. vs. 55 v. tai yli	45-54 v. vs. 55 v. tai yli
Koulutusta koskevat väittämät:						
Koulutus antoi riittävät valmiudet terveys-tiedon tietosisällön hallintaan.	0.960	0.983	0.996	0.998	0.909	0.943
Koulutus antoi riittävät valmiudet erilaisten opetusmenetelmien käyttöön.	0.004	0.000	0.000	0.600	0.847	0.991
Koulutus antoi riittävästi tietoa erilaisten oppimateriaalien käytöstä.	0.022	0.002	0.007	0.980	0.964	0.999
Koulutus antoi virikkeitä oppilaiden motivointiin terveystiedollisissa asioissa.	0.366	0.195	0.904	0.998	0.138	0.059
Koulutus antoi riittävät valmiudet toimimaan terveystiedollisissa opetustilanteissa.	0.404	0.051	0.911	0.862	0.859	0.374

Ryhmiä välillä ilmenevät tilastolliset merkitsevyydet on tummennettuna yllä olevassa taulukossa.

Taulukko 3 Opettajien tyytyväisyys saamaansa peruskoulutukseen työssäolo vuosien mukaan tarkasteltuna: koulutukseen tyytyväisyyden erojen tilastolliset merkitsevyydet (yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) tehdyt vertailut)

	TYÖSSÄOLOVUODET RYHMITTÄIN									
	alle 2 v. vs alle 2 v. vs alle 2 v. vs.alle 2 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 6-15 v. vs 16-30 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 16-30 v. vs. yli 30 v. vs. yli 30 v.	alle 2 v. vs alle 2 v. vs alle 2 v. vs.alle 2 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 6-15 v. vs 16-30 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 16-30 v. vs. yli 30 v.	alle 2 v. vs alle 2 v. vs alle 2 v. vs.alle 2 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 6-15 v. vs 16-30 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 16-30 v. vs. yli 30 v.	alle 2 v. vs alle 2 v. vs alle 2 v. vs.alle 2 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 6-15 v. vs 16-30 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 16-30 v. vs. yli 30 v.	alle 2 v. vs alle 2 v. vs alle 2 v. vs.alle 2 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 6-15 v. vs 16-30 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 16-30 v. vs. yli 30 v.	alle 2 v. vs alle 2 v. vs alle 2 v. vs.alle 2 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 6-15 v. vs 16-30 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 16-30 v. vs. yli 30 v.	alle 2 v. vs alle 2 v. vs alle 2 v. vs.alle 2 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 6-15 v. vs 16-30 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 16-30 v. vs. yli 30 v.	alle 2 v. vs alle 2 v. vs alle 2 v. vs.alle 2 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 6-15 v. vs 16-30 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 16-30 v. vs. yli 30 v.	alle 2 v. vs alle 2 v. vs alle 2 v. vs.alle 2 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 6-15 v. vs 16-30 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 16-30 v. vs. yli 30 v.	alle 2 v. vs alle 2 v. vs alle 2 v. vs.alle 2 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 6-15 v. vs 16-30 v. vs. 2-5 v. vs. 6-15 v. vs. 16-30 v. vs. yli 30 v.
Opetusmuodot ja -menetelmät:	0.995	1.000	1.000	0.985	0.917	0.951	1.000	1.000	0.799	0.850
Koulutus antoi riittävät valmiudet terveys-tiedon tietosisällön hallintaan.	1.000	0.935	0.136	0.251	0.781	0.000	0.013	0.008	0.127	0.997
Koulutus antoi riittävästi tietoa erilaisten opetusmenetelmien käyttöön.	0.995	0.681	0.236	0.207	0.515	0.022	0.034	0.537	0.519	0.997
Koulutus antoi riittävästi tietoa erilaisten oppimateriaalien käytöstä.	0.894	0.426	0.439	0.873	0.682	0.689	1.000	1.000	0.693	0.698
Koulutus antoi virikkeitä oppilaiden motivointiin terveystiedollisissa asioissa.	0.888	0.633	0.270	0.755	0.950	0.375	0.994	0.741	0.998	0.640

Ryhmiä välillä ilmenevät tilastolliset merkitsevyydet on tummennettuna yllä olevassa taulukossa.

Taulukko 1 Opettajien täydennyskoulutusta koskevien väittämien keskiarvot opettajien ikä- ja työvuosiryhmien mukaan

	OPETTAJIEN IKÄRYHMÄT					OPETTAJIEN TYÖSSÄOLOVUODET				
	25-34 v.	35-44 v.	45-54 v.	55 v. ja yli	alle 2 v	2-5 v.	6-15 v.	16-30 v.	yli 30 v.	
Täydennyskoulutusta koskevat väittämät:										
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta, jotta voisin opettaa terveystietoa riittävän asiantuntevasti.	3.2	3.8	3.8	3.7	2.7	3.1	3.7	3.8	3.5	
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti terveystiedon oppisisällöistä.	2.8	3.2	3.4	3.2	2.4	2.9	3.1	3.4	3.1	
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti terveystiedon opetusmenetelmistä.	3.0	3.7	3.8	3.7	2.8	3.0	3.5	3.8	3.7	
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti oppimateriaaleista ja välineistä.	3.1	3.6	3.6	3.4	3.1	3.2	3.4	3.6	3.4	
Olen kiinnostunut osallistumaan 3-5 ov:n laajuiseen terveystiedon jatkokoulutukseen.	4.0	4.2	3.7	2.8	3.8	4.2	4.0	3.7	2.8	
Olen kiinnostunut osallistumaan liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan järjestämille syvemmälle meneville terveyskasvatuksen arvosaopintoihin.	3.2	3.0	2.5	1.8	3.4	3.4	3.0	2.5	1.8	

pienin arvo = 1

suurin arvo = 5

Taulukko 2 Opettajien täydennyskoulutushalukkuus: täydennyskoulutushaluukuden ikäryhmien välisten erojen tilastolliset merkitsevyydet (yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) tehdyt vertailut

	OPETTAJIEN IKÄRYHMÄT					
	25-34 v. vs. 35-44 v.	25-34 v. vs. 45-54 v.	25-34 v. vs. 55 v. tai yli	35-44 v. vs. 45-54 v.	35-44 v. vs. 55 v. tai yli	45-54 v. vs. 55 v. tai yli
Täydennyskoulutusta koskevat väittämät:						
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta, jotta voisin opettaa terveystietoa riittävän asiantuntevasti.	0.104	0.050	0.280	1.000	0.983	0.970
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti terveystiedon oppisisällöistä.	0.438	0.038	0.358	0.788	0.997	0.907
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti terveystiedon opetusmenetelmistä.	0.016	0.001	0.015	0.951	0.999	0.987
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti oppimateriaaleista ja välineistä.	0.160	0.076	0.482	1.000	0.949	0.906
Olen kiinnostunut osallistumaan 3-5 ov:n laajuisen terveystiedon jatkokoulutukseen.	0.834	0.587	0.000	0.158	0.000	0.001
Olen kiinnostunut osallistumaan liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan järjestämille syvemmälle meneville terveystieteiden arvosanaopintoihin.	0.857	0.014	0.000	0.199	0.000	0.061

Ryhmien välillä ilmenevät tilastolliset merkitsevyydet on tummennettuna yllä olevassa taulukossa.

Taulukko 3 Opettajien täydennyskoulutushalukkuus työssäolo vuosien mukaan tarkasteltuna: täydennyskoulutushalukkuuden erojen tilastolliset merkitsevyydet (yksisuuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA) tehdyt vertailut)

	TYÖSSÄOLOVUODET RYHMITTÄIN									
	alle 2 v. vs 2-5 v.	alle 2 v. vs 6-15 v.	alle 2 v. vs yli 30 v.	2-5 v. vs 6-15 v.	2-5 v. vs 16-30 v.	2-5 v. vs yli 30 v.	6-15 v. vs 16-30 v.	6-15 v. vs yli 30 v.	16-30 v. vs yli 30 v.	
Opetusmuodot ja -menetelmät:										
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta, jotta voisin opettaa terveystietoa riittävän asiantuntevasti.	0.920	0.225	0.101	0.442	0.220	0.036	0.647	0.962	0.974	0.725
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti terveystiedon oppisisällöistä.	0.875	0.616	0.211	0.670	0.950	0.271	0.975	0.605	1.000	0.675
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti terveystiedon opetusmenetelmistä.	0.993	0.577	0.160	0.256	0.377	0.009	0.068	0.506	0.823	0.999
Tarvitsen terveystietoon liittyvää täydennyskoulutusta erityisesti oppimateriaaleista ja välineistä.	1.000	0.959	0.827	0.961	0.885	0.463	0.908	0.941	1.000	0.967
Olen kiinnostunut osallistumaan 3-5 ov:n laajuisen terveystiedon jatkokoulutukseen.	0.939	0.992	1.000	0.328	0.970	0.312	0.000	0.585	0.000	0.006
Olen kiinnostunut osallistumaan liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan järjestämille syvemmälle meneville terveystieteen arvosanaopintoihin.	1.000	0.955	0.391	0.032	0.726	0.009	0.000	0.160	0.000	0.129

Ryhmien välillä ilmenevät tilastolliset merkitsevyydet on tummennettu yllä olevassa taulukossa.

Taulukko 1 Liikunnanopettajien mielipiteitä ja näkemyksiä terveystiedon opettamisesta

	eri mieltä (%)	jokseenkin eri mieltä (%)	en osaa sanoa (%)	jokseenkin samaa mieltä (%)	samaa mieltä (%)	Yht.	ka	kh	N
En ole kovin motivoitunut opettamaan terveystietoa.	61.3	22.6	8.0	6.3	1.7	100.0	1.64	0.99	287
Terveystiedon avulla pystyn vaikuttamaan oppilaiden terveystietoihin.	1.0	3.1	12.5	55.4	27.9	100.0	4.06	0.79	287
Haluaisin työssäni keskittyä nykyistä enemmän terveystiedon opettamiseen.	5.6	25.9	24.1	29.7	14.7	100.0	3.22	1.15	286
Terveystietoa tulisi opettaa omana itsenäisenä oppiaineenaan kaikissa koulumuodoissa.	0.7	1.0	2.1	8.0	88.2	100.0	4.82	0.58	287
Terveystiedon opettajina kotitalouden ja biologian opettajat ovat yhtä päteviä kuin liikunnanopettajat.	49.7	29.0	15.0	4.2	2.1	100.0	1.80	0.98	286
Koulun muiden aineiden opettajat eivät arvosta terveystietoa.	7.0	29.7	25.9	30.1	7.3	100.0	3.01	1.08	286
Koulun rehtori arvostaa terveystietoa.	7.7	9.8	21.6	33.1	27.9	100.0	3.64	1.20	287
Kuka vaan koulun opettajista voisi opettaa terveystietoa.	89.9	6.6	2.5	0.7	0.3	100.0	1.25	1.84	287
Terveystiedon opetus tulisi toteuttaa pojille ja tytöille erikseen.	30.8	17.1	11.9	21.3	18.9	100.0	2.80	1.53	286
Terveyden edistämien on käsitteenä minulle epäselvä.	75.5	20.3	2.1	1.4	0.7	100.0	1.31	0.65	286
Terveystieto toteutuu parhaiten osana kaikkea koulunkäyntiä, ei missään yksittäisessä oppiaineessa.	65.2	26.5	2.8	1.7	3.8	100.0	1.53	0.93	287
Tiedän, mitä muissa oppiaineissa opetetaan terveystietokasvatuksesta asioista.	11.5	22.4	15.7	42.0	8.4	100.0	3.13	1.19	286
Suunnitellessani terveystiedon opetusta olen yhteistyössä koulun muiden liikunnanopettajien kanssa.	8.5	10.6	4.2	36.3	40.5	100.0	3.90	1.27	284
Suunnitellessani terveystiedon opetusta olen yhteydessä koulun muiden kuin liikunnanopettajien kanssa.	16.4	23.8	7.0	40.9	11.9	100.0	3.08	1.33	286
Suunnitellessani terveystiedon opetusta olen yhteydessä koulun ulkopuolisten tahojen kanssa.	20.9	12.5	9.2	31.9	25.6	100.0	3.29	1.49	273
Koen terveystiedon opettajana olevani enemmän tiedonjakaja kuin asennemuokkaaja.	12.8	41.1	22.7	20.2	4.3	100.0	2.63	1.07	282
Ylläpidän terveystiedollista ammattitaitoani seuraamalla aktiivisesti terveyttä koskevia uutisia ja kirjallisuutta.	0.7	3.2	2.5	41.5	52.1	100.0	4.41	0.75	284
Koulussamme arvostetaan oppilaiden hyvinvointia.	1.4	6.0	10.9	53.0	28.8	100.0	4.02	0.87	285

	eri mieltä (%)	jokseenkin eri mieltä (%)	en osaa sanoa (%)	jokseenkin samaa mieltä (%)	samaa mieltä (%)	Yht.	ka	kh	N
Koulussamme arvostetaan opettajien hyvinvointia.	3.2	15.1	13.0	47.2	21.5	100.0	3.69	1.07	284
Olen tietoinen, että opetusministeriössä on valmisteltu viime kuukausina esitystä terveystiedon oppiaineen aseman vahvistamisesta kaikissa koulumuodoissa.	1.4	0.3	1.7	11.5	85.0	100.0	4.78	0.63	286
Kannatan sitä, että terveystiedosta tulee uusi oma oppiaine myös peruskouluun.	1.0	0.3	0.7	4.5	93.4	100.0	4.89	0.51	287
En ole erityisen innostunut opettamaan nykyistä enemmän terveystietoa.	50.2	20.0	10.5	11.2	8.1	100.0	2.07	1.34	285
Jotta oppilaat kykenisivät tekemään terveyteensä liittyviä arvovalintoja, tulee heitä siihen koulussa opettaa.	0.3	0.7	1.0	19.6	78.3	100.0	4.75	0.54	286
Kouluopetus välittää liian vähän tietoa terveydestä ja sairauksista sekä niihin vaikuttavista tekijöistä.	4.6	6.3	10.2	35.4	43.5	100.0	4.07	1.10	285
Terveystiedon tulisi opettaa oppilaita ajattelemaan itsenäisesti terveyteen liittyviä asioita.	0.0	0.0	0.4	15.2	84.5	100.0	4.84	0.38	283
Huomioin terveystiedon opetuksessani oppilaiden mielipiteet.	0.0	2.8	6.0	36.3	44.9	100.0	4.33	0.72	285
Huomioin opetuksessani terveystietoon liittyvät ajankohtaiset asiat.	0.3	0.3	2.1	35.0	62.2	100.0	4.58	0.59	286

Taulukko 1 Koulun ulkopuoliset tahot, joihin opettajat olivat olleet yhteydessä suunnitellessaan terveystiedon oppitunteja

Koulun ulkopuoliset tahot	yläaste	lukio
About you	1	
Aids-tukikeskus	1	
A-klinikka	2	1
Alko		1
asiantuntijat	7	5
autokoulu	1	2
AV-välinevuokraamo	1	
EA-ryhmä	2	3
ehkäisyneuvola	4	
elintarvikelaboratorio		1
ex-alkoholisti	1	
fysioterapeutti	1	5
gynegologi		1
hammashoitola	1	
huumevalistajat	1	
Irti Huumeista ry	2	
Jyväskylän yliopisto	1	2
järjestöt, yhdistykset	3	
Kehkovammaliitto		1
Kela		4
kirjojen tekijät		1
kätilö		1
Liikenneturva	1	1
lääkäri	7	2
mielenterveystoimisto	3	3
Mobile		1
mopokurssin järjestäjät	1	
muiden koulujen liik.opet.	1	1
neuvola	5	1
nuorisotoimi	7	2
oppilaitokset	4	3
oppimateriaalikeskus	3	
palo- ja pelastuslaitos	10	6
perhekasvattaja		1
perhesuunnitteluneuvola	1	1
poliisi	21	5
psykologi	2	3
päihdeasema		1
päiväkoti		1
raittiustoimi	5	
sairaala		1
seurakunta	1	1
SPR	9	9
Stakes		1
Sydämpiiri		1
Syöpäyhdistys		1
tampax-esittelijät	5	1
terveydenhoitaja	26	29
Terveys ry		2
terveyskeskus	20	20
tukipiste	1	
työelämä	1	
UKK-instituutti		1
urheiluseurat	1	
vainhainkoti		1
veripalvelu		1
väestöliitto	2	1
YAD		2
ympäristötoimisto		1