

TERVEYSKASVATUS JUNIORIJÄÄKIEKOSSA

Tutkimus 12-16 –vuotiaiden junioreiden valmentajien toteuttamasta terveystieteestä ja siihen liittyvistä käsityksistä

Sami Kokko

Terveyshäätävän
Pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteen laitos
Kevät 2003

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 NUORTEN URHEILIJOIDEN TERVEYSKASVATUSTARPEET	3
2.1 Nuorten terveydentila.....	3
2.2 Nuorten terveystyöskäyttäytyminen.....	5
2.2.1 Liikunta.....	5
2.2.2 Päihteet.....	6
2.2.3 Ravinto.....	8
2.2.4 Uni.....	9
2.2.5 Hygienia.....	10
2.3 Urheilevien ja jääkiekkoilevien nuorten erityispiirteet.....	10
2.3.1 Urheilevat nuoret.....	10
2.3.2 Jääkiekkoilevat nuoret.....	13
3 TERVEYSKASVATUKSEN LÄHESTYMISTAPOJA.....	15
3.1 Terveystyöskasvatus osana terveyden edistämistä.....	16
3.2 Lääketieteellinen terveystyöskasvatusmalli.....	17
3.3 Kasvatustieteellinen terveystyöskasvatusmalli.....	18
3.4 Terveystyöskasvatuksen sovelluksia jääkiekossa.....	20
4 JÄÄKIEKKOVALMENTAJA TERVEYSKASVATTAJANA.....	23
4.1 Valmentajan vastuu.....	24
4.2 Terveystyöskasvatuksen tietoperusta.....	25
4.3 Terveystyöskasvatuksen tehtävät ja ulottuvuudet.....	27
5 PRECEDE – PROCEED -MALLI.....	30
5.1 Tutkimuksen alustavat vaiheet.....	31
5.2 PRECEDE – PROCEED –malli tutkimuksen viitekehystenä.....	32
6 TUTKIMUSONGELMAT JA TUTKIMUKSEN TAVOITTEET.....	35
7 TUTKIMUSMENETELMÄT.....	36
7.1 Tutkimuksen perusjoukko ja otanta.....	36
7.2 Aineiston keruu ja kuvaus.....	37
7.3 Mittareiden esittely.....	40
7.4 Tilastolliset menetelmät.....	42

8 TUTKIMUSTULOKSET	44
8.1 Valmentajien valmennusideologiat	44
8.2 Terveyskasvatuksen toteutus valmennustoiminnassa	45
8.2.1 Toteutetun terveyskasvatuksen määrä.....	46
8.2.2 Toteutetun terveyskasvatuksen sisältöalueet.....	47
8.2.3 Terveyskasvatuksen toteuttamistavat.....	49
8.2.4 Aloite terveyskasvatuksen toteuttamisesta.....	50
8.2.5 Valmentajien sopimat asiat vanhempien ja pelaajien kanssa.....	53
8.2.6 Tilaisuudet, joissa terveystieteiden tutkimuskeskuksesta keskusteltiin aikuisten kesken.....	55
8.3 Valmentajien mielipiteet, asenteet ja käsitykset terveystieteiden tutkimuskeskuksesta	58
8.3.1 Paras auktoriteetti ja terveystieteiden tutkimuskeskuksesta.....	58
8.3.2 Valmentajien mielipiteitä ja asenteita terveystieteiden tutkimuskeskuksesta.....	59
8.3.3 Valmentajien käsityksiä terveystieteiden tutkimuskeskuksesta.....	62
8.4 Valmentajien koettu terveys ja terveystottumukset	65
8.4.1 Valmentajien koettu terveys.....	65
8.4.2 Valmentajien tupakointi.....	65
8.4.3 Valmentajien nuuskan käyttö.....	65
8.4.4 Valmentajien elämänarvot.....	66
9 POHDINTA	68
9.1 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti	68
9.2 Tutkimustulosten pohdinta	72
9.2.1 Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta.....	72
9.2.2 Valmentajien asenteet ja oma terveystieteiden tutkimuskeskuksesta.....	75
9.2.3 Valmentajien terveystieteiden tutkimuskeskuksesta.....	77
9.2.4 Taustatekijöiden vaikutukset.....	77
9.3 Toimenpide-ehdotuksia	79
9.4 Jatkotutkimusehdotuksia	81

LÄHTEET

LIITTEET

TIIVISTELMÄ

Sami Kokko

Terveyskasvatus juniorijääkiekossa: Tutkimus 12-16 –vuotiaiden junioreiden valmentajien toteuttamasta terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, 2003.

82 s., 15 liites.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, 2003. 82 s., 15 liites.

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, 2003. 82 s., 15 liites.

Juniorijääkiekossa terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, 2003. 82 s., 15 liites.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että juniorijääkiekkovalmentajilla oli positiivinen asennemaailma terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, 2003. 82 s., 15 liites.

Avainsanat:

terveyden edistäminen, terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos, 2003. 82 s., 15 liites.

1 JOHDANTO

Erilaiset harrastustoiminnot tavoittavat kaksi kolmas osaa nuorista (Jackson 1996, 157-165). Suomessa urheiluseurat ovat merkittävä taho nuorisotoiminnassa, sillä 427 000 (40%) lasta ja nuorta harrastaa liikuntaa urheiluseuroissa (SLU 2002, 1-2). Saarelan (2002, 54) mukaan joka viides nuori katsoi harrastuksien puutteen olevan suuri riskitekijä varhaiselle syrjäytymiselle. Laajan kattavuutensa takia junioriurheilulla olisi hyvä mahdollisuus tukea kodin ja koulun kasvatustyötä. Kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen voidaan olettaa olevan sitä tehokkaampaa, mitä useamman toimijatahon viesti on saman suuntainen. Juniorijääkiekkovalmentaja on usein nuorille myös esikuva ja auktoriteetti. Tämän takia valmentajan roolia, vastuuta ja mahdollisuuksia nuorten terveystasvattajana olisi syytä pohtia.

Lasten ja nuorten urheilussa on usein korostettu terveiden elämäntapojen merkitystä. Se on myös valtaosan urheilujärjestöjen ja -seurojen toiminnan yhtenä tavoitteena (Koski 2000, 28). Esimerkiksi SLU:n kevätkokous vuonna 2000 antoi suositukset järjestöille aiheesta ”Nuoret, päihteet ja urheiluelämä”. Suosituksella pyrittiin saamaan jäsenjärjestöt ryhtymään toimenpiteisiin lasten ja nuorten päihteiden käytön ennaltaehkäisemiseksi (SLU 2000, 1-3). Joidenkin lajien kattojärjestöt ovatkin pyrkineet esimerkiksi vähentämään nuuskan käyttöä kieltämällä sen käytön junioritoiminnan aikana.

Useiden tutkimusten mukaan urheiluseuroissa tehtävä ennaltaehkäisevä työ ei kuitenkaan ole johtanut merkittäviin tuloksiin käytännössä. Näiden tutkimusten tuloksista tehdyissä johtopäätöksissä urheiluseuratoiminnassa mukana olevat nuoret käyttävät päihteitä yhtä paljon kuin ei seuratoiminnassa mukana olevat. Joillakin osa-alueilla (esim. humalahakuisuus, nuuskan käyttö) urheilevat nuoret käyttäytyvät jopa muita nuoria negatiivisemmin terveyden suhteen. Voidaan siis väittää, että urheiluun osallistuvat nuoret tutustuvat helpommin joihinkin riskikäyttäytymisen tekijöihin. (Aaron ym. 1995, 1639-1645; Garry & Morrissey 2000, 185-190; Kannas ym. 2002, 4-11; Koski 2000, 5-6; Rimpelä ym. 2002, 5-6; Saarela 2002, 60-62.)

Näiden terveyskäyttäytymistä kuvaavien tutkimustulosten kautta voidaan todeta nuorten urheilijoiden terveystasvatuksen olevan tarpeellista. Kuinka paljon sitä käytännön junioriurheilutoiminnassa sitten toteutetaan?

Aikaisemmissa terveystasvatuksen toteuttamista selvittäneissä tutkimuksissa on pääasiassa keskitytty kodin (vanhemmat) tai koulun (opettajat) tutkimiseen. Kolmannen sektorin, tässä tapauksessa juniorijääkiekkoilun, mahdollisuuksia, vastuuta tai käytännön toteutusta ei ole aikaisemmin juurikaan tutkittu. Juniorijääkiekkoilun harrastajamäärät ovat suuret. Sitä myös pelataan tasaisesti kaikkialla Suomessa. Tämän takia sen toiminnan tutkimisella voitiin kartoittaa esimerkinomaisesti junioriurheilua maanlaajuisesti. Lisäksi oma pelaajahistoriani ja nykyinen työni juniorijääkiekon parissa tukevat tätä tutkimuksen kohderyhmän valintaa.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli vastata muutamiin terveystasvatuksen toteuttamista kartoittaviin kysymyksiin. Lisäksi tämä tutkimus selvitti ensi kerran terveystasvatuksen toteuttamisaktiivisuuteen liittyviä juniorijääkiekkovalmentajien taustatekijöitä. Tätä kautta sen toivotaan palvelevan juniorijääkiekko-seuroja siten, että ne huomioisivat terveystasvatuksen entistä paremmin osana seuran toimintamissiota ja valmennustoimintaa.

2 NUORTEN URHEILIJOIDEN TERVEYSKASVATUSTARPEET

Tässä kappaleessa pohditaan nykynuorten terveydentilaan ja terveyskäyttämiseen liittyviä asioita. Lisäksi tarkastellaan urheilvien nuorten tottumuksia terveyteen liittyvissä asioissa. Terveydentilan ja terveyskäyttämisen kautta pyritään selvittämään junioriurheilussa esiintyviä terveystarpeita, joita seurojen ja valmentajien tulisi pyrkiä tyydyttämään. Nuorten terveydentilan ja terveyskäyttämisen välillä ei välttämättä ole aina suoraa näkyvää yhteyttä, koska esim. päihteidenkäytön terveysvaikutukset saattavat ilmetä vasta pitkäaikaisen käytön jälkeen. Kuitenkin nuorena opittu terveystietäminen heijastelee aikuisiänkin terveystietämistä ja täten myös terveydentilaa. Esimerkiksi Janzin ym. (2000, 1250-1257) mukaan erilaiset ennaltaehkäisevät toimet nuorten fyysisen kunnan ja liikunnallisen aktiivisuuden ylläpitämiseksi koko nuoruusvuosien ajan, vaikuttavat nuorten terveyteen positiivisesti myös myöhemmin. (Aaron ym. 1995, 1639-1645; Rajatie ym. 1993, 93-94.)

2.1 Nuorten terveydentila

Suomalaiset nuoret kokivat elämänsä vuonna 2002 kaiken kaikkiaan erittäin hyväksi (Saarela 2002, 26-28). He ovat yleisesti ottaen myös melko terveitä. Heille ei vielä ole kehittynyt ns. kansantauteja. Lisäksi lasten kuolleisuus on Suomessa pientä kansainvälisesti verrattuna. Kuitenkin lapsia ja nuoria kos-

keneissa tutkimuksissa on todettu tiettyjen terveydellisten ongelmien lisääntyneen. Esimerkiksi psykosomaattiset oireet ja mielenterveyden ongelmat ovat yleistyneet. Lisäksi lasten ja nuorten lääkkeiden käyttö on selvästi lisääntynyt. (Currie ym. 2000, 24-39; Hermanson 2001, 9-19; Hermanson ym. 1998a, 20-25; Hermanson ym. 1998b, 123-124.)

Suurimmat nuorten terveysongelmat liittyvät mielenterveyteen. Tutkimusten mukaan joka viidennellä nuorella ja pojista joka kolmannella voidaan katsoa olevan mielenterveyteen liittyviä oireita ja ongelmia. Puolet näistä oireista ovat mielialan häiriöitä esim. masennusta. Lisäksi noin joka viides oireita kokevista hyötyisi psyykkisestä hoidosta. Suomessa 15-24 -vuotiaiden miesten itsemurhakuolleisuus on korkeinta koko maailmassa. (Hermanson 2001, 9-19; Hermanson ym. 1998b, 161-164; Rimpelä 2001, 1-15.)

Varsinaisia sairautta edeltävää vaihetta voidaan tarkastella oireiden (koettu terveys) kautta. Esimerkiksi oireet mielenterveyden häiriöihin, kuten uupumus, keskittymisvaikeudet, ruokahalun tai painon muutokset sekä itsetuhoiset ajatukset, ovat lisääntyneet. Lisäksi myös väsymyksen ja heikotuksen oireet ovat yleistyneet selvästi. Vuonna 1997 viikoittain näitä oireita koki viidesosa ja vuonna 2001 jo lähes puolet nuorista ja päivittäinkin 14%. Väsymykseen vaikuttavat univaikeudet, joita oli joka viidennellä 7 -vuotiaalla. (Hermanson 2001, 9-19; Hermanson ym. 1998b, 125-127; Rimpelä 2001, 8; Tynjälä 1999, 5, 49-56, 77.)

Koulumaailmassa on paljon puhuttu erilaisten oppimisvaikeuksien lisääntymisestä. Asiantuntijat ovat kuitenkin todenneet, etteivät oppimisvaikeudet ole lisääntyneet, mutta niiden sosiaalinen merkitys on kasvanut. Esimerkiksi oppimishäiriöiden on todettu olevan yhteydessä lasten ja nuorten syrjäytymiskehitykseen, koska ne vaikeuttavat puhumisen, lukemisen, kirjoittamisen yms. oppimista ja kehittymistä. Ylivilkkaista koululaisista joka kymmenes tarvitsisi hoitoa ongelmaansa. (Hermanson 2001, 9-19.)

Fyysisistä oireista nuorilla ovat eniten lisääntyneet erilaiset tuki- ja liikuntaelinten vaivat. Niska-, hartia- ja alaselän kivut ovat yhä yleisempiä yhä useam-

malla nuorella. Vuonna 1997 22% ja vuonna 2001 28% nuorista kertoi kokeensa niska- ja hartiakipuja viikoittain. Myös alaselän kivut olivat lisääntyneet neljällä prosentilla neljän vuoden aikana. Lisäksi monien kansantautien riskitekijä eli ylipaino on lisääntynyt nuorten keskuudessa. Ala-asteikäisistä lapsista n. 15% on selvästi ylipainoisia. Tämä on terveyden kannalta merkittävää, sillä jopa puolet ylipainoisista lapsista on ylipainoisia vielä aikuisenakin. (Hermanson 2001, 18; Rimpelä 2001, 13.)

2.2 Nuorten terveyskäyttäytyminen

Omalla terveyskäyttäytymisellä nuoret vaikuttavat tulevaisuutensa terveydentilaan. Joten nuorten terveyskäyttäytyminen on jopa olennaisempaa kuin heidän sen hetkinen terveydentilansa. Esimerkiksi lapsuusajan liikunnallinen aktiivisuus saattaa vaikuttaa aikuisiän terveyteen kolmella tavalla: suoraan, lapsuusiän terveyden kautta sekä aikuisiän liikunta-aktiivisuuden kautta (Bar-Or 1994, 931-942). Kuinka hyvin nuoret ymmärtävät tämän yhteyden, onkin toinen kysymys. Seuraavassa keskitytään suomalaisten nuorten liikunta-, päihteidenkäyttö-, ravinto-, nukkumis- ja hygienia tottumuksiin. (Rimpelä 2001, 1-15; Rimpelä ym. 2002, 5-6.)

2.2.1 Liikunta

Liikunnalla on todettu olevan positiivisia vaikutuksia lasten ja nuorten fyysiseen kasvuun, biologiseen kehittymiseen sekä fyysiseen kuntoon. Tietty minimi määrä liikuntaa on jopa välttämättömyys normaalin kasvun ja kehityksen sekä esim. kudosten toimivuuden kannalta. Liikunnan mahdollisia haittavaikutuksia em. asioihin ei ole riittävästi tutkittu. Liikunnallisesti aktiiviset lapset ovat myös saavuttaneet parempia tuloksia motoriikkaa, voimaa ja fyysistä kuntoa mittaavissa testeissä. (Malina 1994, 918-930.)

Suomalaisten nuorten liikuntatottumukset ovat kehittyneet positiiviseen suuntaan 1990 -luvulla. Vapaa-ajan liikunta harrastuneisuus on lisääntynyt. Yhä

useampi nuori myös harrastaa liikuntaa urheiluseuroissa. Nuorista 81% halusi panostaa paljon tai jonkin verran liikunta- ja urheiluharrastuksiin (Saarela 1999, 6-8). Näistä positiivisista asioista huolimatta esim. koululaisten kestävyys ja käsien lihasvoima testien tulokset ovat selvästi heikentyneet. Toisaalta Telaman & Yangin (2000, 1617-1622) tutkimus osoitti, että suomalaisten nuorten liikunnallinen aktiivisuus laskee 12 –ikävuoden jälkeen merkittävästi. (Hämäläinen ym. 2000, 4-11; Kannas & Tynjälä 1998, 4-10; Nupponen & Huotari 2002, 4-9; Rimpelä 2001, 1-15.)

Nämä ristiriitaiset tutkimustulokset viittaavat siihen, että nuorten liikuntaaktiivisuus ja kuntoerot saattavat olla polarisoitumassa. Toisin sanoen nuoret jakautuvat tulevaisuudessa yhä selvemmin hyvä- ja huonokuntoisiin. Esimerkiksi 12-vuotiaista 17%, 14-vuotiaista 24% ja 16-vuotiaista 28% voidaan katsoa liikuntaa harrastamattomiin. Nuorten kokonaisliikunnasta ei ole kunnollisia tutkimustuloksia. Näyttää siis siltä, että vapaa-ajan liikunta seuroissa on lisääntynyt, mutta omatoiminen liikunta ja koululiikunta vähentyneet. Täten nuorten kokonaisliikunnan määrä ja yhden liikuntakerran kesto ovat todennäköisesti vähentyneet. (emt.)

2.2.2 Päihteet

Suomalaisten nuorten päihteiden käytössä on omat erityispiirteensä verrattaessa eurooppalaiseen keskitasoon. Alkoholia käytetään keskiarvoa harvemmin, mutta humalahakuisesti. Suomalaiset nuoret ovat humalahakuisuuden kärkipäässä Euroopassa. Esimerkiksi pojista alkoholia kerran viikossa käyttäviä oli vuonna 2001 14 -vuotiaista joka kymmenes ja 16-vuotiaista joka viides. Humalaan vähintään kuukausittain itsensä joi 14-vuotiaista 7% ja 16-vuotiaista joka neljäs. (Currie ym. 2000, 97-114; Hermanson ym. 1998a, 106-107; Lintonen 2001, 24-30, 44-46; Rimpelä 2001, 1-15; Rimpelä ym. 2002, 5-6, 12, 25-30, 36-37; Saarela 2002, 60-62.)

Tupakoinnin osalta suomalaisnuoret ovat keskitasolla. Poikien tupakointi on jopa vähentynyt, mutta nuuskan käyttö lisääntynyt. Tupakkatuotteita käytti 16-vuotiaista pojista päivittäin kolmasosa. Tämän ikäisistä kolme neljästä oli ko-

keillut tupakkaa ja lähes puolet nuuskaa. Nuuskaa käytti päivittäin joka kymmenes nuori. Ei-poltetun tupakan (purutupakka tai nuuska) onkin todettu olevan nuorten miesten ongelma. Terveyshaittana näistä yleisimmin ovat suun alueen sairaudet esimerkiksi leukoplakia, josta saattaa kehittyä suusyöpä. Uosukaisen (2000, 24) mukaan 43% urheilulukiolaisista nuuskaa useita kertoja päivässä käyttävistä oli huomannut itsellään leukoplakioita. (Hermanson ym. 1998a, 104-106; Rimpelä 2001, 1-15; Rimpelä ym. 2002, 18-24, 35-36; Williams 1994, 898-915.)

Tupakoinnilla on todettu olevan myös välillisiä vaikutuksia huumekekeiluihin. Esimerkiksi päivittäinen tupakointi alentaa selvästi huumekekeilun kynnyksiä. Tupakoivista nuorista noin puolet oli kokeillut jotain huumaavaa ainetta, kun taas tupakoimattomista samoin oli tehnyt vain 4%. Laittomia huumausaineita (pääasiassa marihuanaa tai hasista) tupakoitsijoista oli kokeillut 27% ja tupakoimattomista 1%. (Luopa ym. 2000, 6, 36-39.)

Huumekekeilut ovat lisääntyneet, mutta ovat eurooppalaiseen keskitasoon nähden vähäisiä. Kuitenkin jotakin huumetta oli kokeillut joka neljäs peruskoulujen 8-9 -luokkalaisista. Alkoholien ja lääkepillereiden sekakäyttö on suomalaisilla nuorilla erityispiirteensä. Vaikka huumekekeilut ovat kohtalaisen alhaisella tasolla, on nuorten sosiaalinen altistuminen huumeille lisääntynyt. Tällä tarkoitetaan nuorten kaveripiirissä tapahtuvaa huumekekeilua. Esimerkiksi 12-vuotiaista joka kymmenes ja 16-vuotiaista puolet tietävät ainakin yhden kaverinsa kokeilleen huumeita. Huolestuttavinta tässä suuntauksessa on se, että huumeetarjonta nuorille tapahtuu pääasiassa tuttujen kautta. Myös huumeiden saatavuuden voidaan todeta helpottuneen. (Hermanson ym. 1998a, 108-109; Luopa ym. 2000, 5, 26; Rimpelä 2001, 1-15; Rimpelä ym. 2002, 31-33, 37-38; Saarela 1999, 4, 24-36; Saarela 2002, 55-62.)

2.2.3 Ravinto

Ravinnon osalta merkittävää on suomalaisten nuorten ylipainon lisääntyminen. Lihavuus on lisääntynyt tasaisesti 1980- ja 90- lukujen ajan. Sama suun-

taus on havaittavissa sekä nuorilla että aikuisilla. Etenkin erityisen lihaviiden osuus on kasvanut. Suomalaisista aikuisista yli puolet ovat ylipainoisia. Malin (1994, 918-930) mukaan myös liikunta aktiivisuudella on merkittävä vaikutus ylipainoon. (Helakorpi ym. 2000, 8-11; Lahti-Koski & Kilkkinen 2001, 39-41; Rimpelä 2001, 8-10.)

Kouluruoan merkitys on suuri kouluikäisten lasten ja nuorten energian saannissa. Suurin osa nuorista (72% tytöistä ja 82% pojista) syö kouluruoan aina. Kuitenkin kahdeksas ja yhdeksäsluokkalaisista nuorista hieman alle kymmenes osa ei syö kouluruokaa ollenkaan. Näiden nuorten osuus on lisääntynyt viime vuosina. Tämä on huolestuttava piirre, sillä Parízkován (1996, 7-13) mukaan yksilön kasvuun ja kehitykseen ravinnolla on merkittävä vaikutus. Suurin syy kouluruoan syömättömyyteen oli huoli omasta ylipainosta. Myös aamupala jää syömättä suurelta osalta nuorista. Viides osa 15-24 -vuotiaista miehistä ilmoitti, ettei syö aamupalaa ollenkaan. Lisäksi erityisruokavalioiden määrä on lisääntynyt nuorten keskuudessa. Osittain tähän on syynä erilaisten allergioiden lisääntyminen, mutta myös erilaiset laihdutusruokavaliot ovat lisääntyneet. Toisin sanoen yhä suurempi osa nuorista ei syö riittävästi kunnon ruokaa, vaan korvaa sen makeisilla ja virvoitusjuomilla. Nuorista 80% ilmoitti syövänsä makeisia kouluaihana. (Currie ym. 2000, 83-98; Helakorpi ym. 2000, 82-124; Hermanson ym. 1998b, 101-104; Rimpelä 2001, 8-10.)

Vihannesten käyttö on nuorilla lisääntynyt, mutta silti se on vielä kaukana suosituksien määristä. Vihanneksia ja/tai hedelmiä käyttää päivittäin kolmas osa nuorista. Viides osa 15-24 -vuotiaista miehistä ei ollut käyttänyt vihanneksia kuluneen viikon aikana ollenkaan. Maitojen osalta suomalaiset ovat kärkipäässä vähärasvaisten ja rasvattomien maitojen kulutuksessa. Rasvaton tai kevyt maitoa 15-24 -vuotiaista miehistä käytti 80%. Ainoastaan 7% käytti rasvaisempia maitovalmisteita. Leivän käytössä suomalaisten nuorten erityispiirteenä on tumman leivän suuri osuus päivittäisessä ruokavaliossa. Puolet 15-24 -vuotiaista miehistä söi 1-3 viipaletta tummaa leipää päivittäin. (Currie ym. 2000, 83-98; Helakorpi ym. 2000, 82-124; Lahti-Koski & Kilkkinen 2001, 6-14, 42-43; Rimpelä 2001, 8-10.)

2.2.4 Uni

Uni on kasvavalle nuorelle erittäin tärkeää, sillä heidän unentarpeensa on aikaisempaa suurempaa. Suomalaiset nuoret nukkuivat lähes lyhimät yönet eurooppalaisista ja kokivat itsensä väsyneimmiksi kouluamuisin. Esimerkiksi joka kolmas 15 –vuotias nuori valitti kokeneensa aamuväsymystä neljänä aamuna kouluviikolla. Myös väsymisoireet yleensä ovat lisääntyneet erittäin paljon. Lähes puolet kahdeksas ja yhdeksäsluokkalaisista ilmoittivat kokeneensa olonsa väsyneeksi vähintään kerran viikossa. Suurin syy tähän on yöunen määrä esimerkiksi 16 –vuotiaista pojista 40% nukkui alle kahdeksan tuntia yössä. Suuntaus oli sama kaikissa tutkituissa ikäluokissa. (Rimpelä 2001, 4, 8; Tynjälä 1999, 5, 59-61, 76-78; Tynjälä ym. 1993, 74-78; Tynjälä ym. 1997, 191-196.)

Yöunenmäärä on vähentynyt siitä syystä, että nukkumaanmeno-aika on myöhästynyt. Heräämisaika on pysynyt suurin piirtein samana johtuen koulujen alkamisajan stabiiliudesta. Rimpelän (2001, 4, 8) mukaan yli puolet 16 –vuotiaista nuorista menee nukkumaan kello 23:n jälkeen. Tynjälän & Kannaksen (1993, 284-288) mukaan 15 –vuotiaista pojista joka kolmas ja tytöistä joka viides ilmoitti menevänsä nukkumaan kouluviikolla klo 23.00 tai myöhemmin. Iän on todettu vaikuttavan suuresti epäsäännöllisiin nukkumatottumuksiin, nukkumaanmeno-aikoihin, univaikeuksiin sekä koettuun väsymyksen tunteeseen. Hyvään koettuun yöunen laatuun vaikutti eniten hyvä koti-ilmapiiiri. Lisäksi merkittäviä tekijöitä hyvälle koetulle yöunen laadulle olivat terveyttä edistävä elämäntyyli sekä korkea itsearvostus. (Rimpelä 2001, 4, 8; Tynjälä 1993, 101-107; Tynjälä 1999, 5, 49-56, 76-78; Tynjälä & Kannas 1993, 284-288; Tynjälä ym. 1999, 4-9.)

Tynjälän (1999, 62) mukaan Suomessa havaittiin erityisenä vaikuttavana tekijänä nuorten kokemaan väsymykseen valoisuuden määrä. Tutkituista vuoden ajoista 13- ja 15 –vuotiaat nuoret kokivat olonsa väsyneimmiksi joulukuussa, jolloin Suomessa oli myös pimeintä. Vastaavasti he olivat pirteimpiä keväällä, jolloin valoa oli huomattavasti enemmän.

2.2.5 Hygienia

Hygienian osalta on ko. tutkimuksissa keskitytty suuhygieniaan. Hampaiden harjaus on lisääntynyt suomalaisten nuorten keskuudessa. Kolme neljästä nuoresta harjaa hampaansa päivittäin. Toisaalta keskiarvollisesti verrattuna suomalaiset hoitavat hampaitansa heikoiten Euroopassa ja ovat suosituksista selvästi jäljessä. Nykysuosituksien mukaisesti useammin kuin kerran päivässä hampaitaan harjaa pojista vain noin kolmas osa. (Currie ym. 2000, 89; Rimpelä 2001, 4, 11.)

2.3 Urheiluvien ja jääkiekkoiluvien nuorten erityispiirteet

Urheiluseura tarjoaa omanlaisensa ympäristön nuorten vapaa-ajan harrastustoimintaan. Toisaalta myös harrastettava asia (liikunta) vaikuttaa nuoriin. Seuraavassa pohditaan, miten ne vaikuttavat tutkimusten valossa nuorten terveyskäyttäytymiseen? Ensimmäisen alaluvun (2.3.1) voidaan katsoa koskettavan myös jääkiekkoiluvia nuoria. Toisessa alaluvussa (2.3.2) on pyritty tarkastelemaan hieman tarkemmin jääkiekkoilun ja jääkiekkoiluvien nuorten erityispiirteitä terveyskäyttäytymisen suhteen.

2.3.1 Urheiluvat nuoret

Sairauksien kautta tarkasteltuna urheiluvat nuoret ovat yhtä terveitä kuin lapset ja nuoret yleensä. Liikunta saattaa jopa parantaa yksilön immunitetisuojaa (Newsholme & Parry-Billings 1994, 451-455). Aktiivinen liikuntaharrastus ennaltaehkäisee myös erilaisia vaivoja ja oireita. Esimerkiksi liikuntaa harrastavilla 11-15 -vuotiailla lapsilla on muita vähemmän psykosomaattisia oireita (Rajatie ym. 1993, 26). He myös kokivat harvemmin olonsa toivottomaksi (Baumert ym. 1998, 460-465). Säännöllinen liikunta vahvistaa lihaksistoa ja vähentää täten tuki- ja liikuntaelinten oireita. Useat urheiluseuroissa liikkuvista nuorista täyttävät myös amerikkalaiset ja englantilaiset liikuntasuosituksukset, jolloin voidaan nuoren viikoittaisen liikuntatarpeen todeta täyt-

tyneen. Yleisesti tarkasteltuna kolmasosa suomalaisista 12-16 –vuotiaista täyttää nämä suositukset. (Hermanson 2001, 9-19; Rimpelä 2001, 1-15.)

Erityispiirteenä urheilevilla nuorilla ovat erilaiset vammat, joita heille tapahtuu selvästi useammin kuin ei-urheilua harrastaville. Urheiluvammat saattavat pahimmillaan johtaa pidempiaikaisiin ja jopa pysyviin terveysongelmiin. Timpka ym. (2002, 993-997) havaitsivat tutkimuksessaan keskimäärin kaksi loukkaantumista tuhatta pelattua tuntia kohden. Näistä vammoista 68% aiheutti pelaajalle yli viikon levon urheilusta. Yleisin syy vammoihin nuorten jääpallossa oli törmäys ja yleisin vamma oli ruhje. Vanhemmille junioreille (14-16 –vuotiaat) sattui hieman enemmän vammoja kuin 12-13 –vuotiaille. Alaikäisenä pelatuissa vanhempien ikäluokkien peleissä loukkaantumisriski kasvoi nelinkertaiseksi. (Hawkins & Metheny 2001, 1701-1707; Pate & Macera 1994, 1008-1018.)

Wankelin & Seftonin (1994, 530-550) mukaan liikunnan määrällä on todettu olevan vaikutusta myös yksilön muuhun terveystyötyymiseen. Liikunnallisesti aktiiviset eli urheilijat tupakoivat vähemmän ja kokivat tupakoinnin statuksen (tupakointi versus tupakoimattomuus) negatiivisemmaksi. Nämä erot saattavat selittyä kahdella eri tavalla: fysiologisten mekanismien kautta eli liikunta saattaa korvata jonkin muun tarpeen tai psykologisten mekanismien kautta eli liikkuvilla saattaa olla voimakkaampi asenne terveyttä kohtaan.

Liikunnallisesti aktiivisten nuorten on todettu syövän terveellisemmin esim. paremman aamupalan, vähemmän rasvoja yms. (Wankel & Sefton 1994, 530-550). Urheilijat söivät useammin aamupalan aina, eivät yleensä lisänneet ruokaan suolaa sekä käyttivät enemmän hedelmiä ja vihanneksia, kuin ei urheilijat. (Baumert ym. 1998, 460-465.)

Nuorten urheilijoiden päihteiden käyttöä selvittäneissä tutkimuksissa on muutamia erityispiirteitä ollut havaittavissa. Alkoholin käyttökertojen suhteen urheilevien ja ei-urheilevien nuorten välillä ei ole merkittäviä eroja suuntaan tai toiseen. Toisin sanoen urheilijoiden riskit alkoholin käytölle ovat yhtä suuret kuin muidenkin. On olemassa myös tutkimustuloksia, joiden mukaan urheile-

vat nuoret käyttävät useammin alkoholia kuin muut. Aaron ym. (1995, 1639-1645) mukaan urheilijoista 48% ja ei-urheilijoista 24% sekä kilpaurheilijoista 44% ja ei-kilpaurheilijoista 17% käytti alkoholia. Toisaalta O'Brienin tutkimuksen (1993, 71-77) mukaan huippu-urheilijoiden alkoholin kulutus oli alhaista. (katso myös Anderson ym. 1991, 91-104; Kannas ym. 2002, 4-11; Koski 2000, 18-27; Stainback 1997, 35-39, 74-77; Vuolle 2000, 4-9.)

Alkoholin käytön aloittamisesta Anderson ym. (1991, 91-104) toteavat, että 22% yhdysvaltalaisista lukiolaisurheilijoista ilmoitti aloittaneensa sen jo ala-aste iässä. Urheilevien nuorten erityispiirteenä on rankempi eli humalahakuisempi juominen (Kannas ym. 2002, 6-8; Nelson & Wechsler 2000, 43-47). Nelsonin & Wechsler (2000, 43-47) mukaan urheilija nuorten on myös todettu kertoneen alkoholin käytöstä seuranneen muita useammin erilaisia harmejä.

Urheilevat nuoret tupakoivat vähemmän kuin muut, mutta käyttävät yleisemmin nuuskaa tai purutupakkaa. Suomalaisista urheilijanuorista 19% ja muista nuorista 24% tupakoi päivittäin. Nuuskaa urheilijoista vähintään viikoittain käytti 10% ja muista nuorista vajaa 4%. Urheiluseuraan kuuluvista pojista yli 40% oli kokeillut nuuskaa. Uosukaisen (2000, 23) mukaan nuorten ensimmäisistä nuuskakokeiluista 25% tapahtui urheiluharrastuksen aikana. Huumeiden osalta tutkimustulokset kertovat, että urheilijanuoret ovat kokeilleet kannabista yhtä usein kuin muut, mutta huumeiden käyttö on vähäisempää. (katso myös Anderson ym. 1991, 91-104; Baumert ym. 1998, 460-465; Forman 1995, 36-42; Garry & Morrissey 2000, 185-190; Kannas ym. 2002, 4-11; Karvonen ym. 1995, 147-154; Saarela 2002, 61-62.)

2.3.2 Jääkiekkoilevat nuoret

Jääkiekon erityispiirteenä ovat pelaajien ja laukaistun kiekon suuri nopeus sekä pelaajien useat törmäykset laitojen, jään ja vastustajan pelaajien kanssa. Tämä lisää riskiä esim. pääalueen vammoille. Muita yleisiä jääkiekkovammoja ovat nyrjähdys-, venähdys-, ruhje- ja nivusvammat, aivotärähdykset sekä muut pään alueenvammat esim. hammasvammat. Eri tutkimuksissa on

todettu vammojen yleisyyden pelattua tuhatta pelituntia kohden liikkuvan 4,6-74.1 vamman välillä, vammasta riippuen. Esimerkiksi aivotärähdyksiä sattui jääkiekossa keskimäärin 4,6-6 pelattua tuhatta tuntia kohden (Goodman ym. 2001, 2004-2009). Samassa tutkimuksessa todettiin, että ensimmäisen aivotärähdyksen saatiin keskimäärin 15 -vuotiaana. Suurin osa (66%) jääkiekkovammoista tapahtui peleissä ja hyökkääjillä loukkaantumisriski oli puolustajiin verrattuna lähes kaksinkertainen. Hancock ym. (1991, 141-144) mukaan suurimman osan jääkiekkovammoista aiheuttaa korkeat mailat, taklaus- ja kiekontavoittelutilanteet. (katso myös Dryden ym. 2000, 1378-1383; Emery & Meeuwisse 2001, 1423-1433; Ferrara & Schurr 1999, 30-33; Honey 1998, 43-46; Pinto ym. 1999, 70-74; Stuart & Smith 1995, 458-461; Stuart ym. 2002, 39-44.)

Jääkiekkoilijoiden ruokailutottumukset olivat Jalosen (1988, 42-63, 68-74) mukaan samanikäisiä suomalaisia miehiä terveellisemmät. Esimerkiksi heidän aamiaisensa koostumus oli keskivertoa kattavampi. Toisaalta jääkiekkoilijat söivät aamulla urheilijan energiatarpeeseen nähden hieman liian kevyesti. Samassa tutkimuksessa todettiin, että jääkiekkoilijoiden ravintotiedot olivat keskinkertaisia, mutta asenteet ravitsemusta kohtaan positiivisia.

Päihteiden osalta lajityyppien välillä on löytynyt joitakin eroja. Garryn & Morrissey'n (2000, 185-190) mukaan joukkueurheilijat käyttivät enemmän alkoholia ja heillä oli useampia kokeiluja tupakasta ja purutupakasta. Myös Vuolteen (2000, 4-9) mukaan joukkuelajien urheilijat käyttivät alkoholia ja nuuskaa yksilölajien urheilijoita useammin. Toisen Vuolteen tutkimuksen (2001, 45, 51) mukaan lopettaneista SM-liiga jääkiekkoilijoista 13% käytti nuuskaa säännöllisesti. Lisäksi Uosukaisen (2000, 24-26) mukaan urheilulukiolaisista pojista jääkiekkoilijat olivat kokeilleet sekä käyttivät nuuskaa selvästi useammin kuin muiden lajien urheilijat. Esimerkiksi jääkiekkoilijoista peräti 85% ilmoitti kokeilleensa nuuskaa ja 36% käytti sitä päivittäin. Huumeiden osalta Formanin ym. (1995, 36-42) mukaan urheilevat nuoret käyttivät selvästi vähemmän marihuanaa. Tämä tutkimus piti sisällään myös jääkiekkoilevia nuoria. Kosken (2000, 26) selvityksen mukaan jääkiekkoilevat norjalaiset käyttivät alkoholia

hieman urheilua harrastamattomia vähemmän. Kuitenkin kyseessä olevan selvityksen mukaan jääkiekkoilijoista 61,5% käytti alkoholia.

Urheilussa ja erityisesti joukkuelajeissa eräänä päihteiden käyttöön vaikuttavana tekijänä on todettu olevan ympäristön sosiaalinen paine. Nelson & Wechsler (2000, 43-47) havaitsivat tutkimuksessaan muutamia tätä tukevia tuloksia. Niiden mukaa urheilijoilla oli muita useammin yli viisi hyvää ystävää, he pitivät juhlia tärkeinä tapahtumina, käyttivät enemmän aikaa (kaksi tuntia tai enemmän) sosiaaliseen kanssakäymiseen sekä 70% ilmoitti useimpien ystävistään käyttävän alkoholia. Toisaalta samassa tutkimuksessa todettiin, että urheilijat altistuivat muita useammin valistukselle sekä ilmoittivat urheilun olevan heidän alkoholien käyttöönsä rajoittava tekijä. Anderson ym. (1991, 91-104) toteavat, että nuuskan ja purutupakan käytön ennaltaehkäisemisessä tulisi nuorilla urheilijoilla keskittyä enemmän kaveripaineen ja huonojen mallien vaikutusten minimoimiseen.

3 TERVEYSKASVATUKSEN LÄHESTYMISTAPOJA

Terveyden edistäminen terveyslähtöisessä kasvatuksessa tarkoittaa kokonaisvaltaista toimintaa optimaalisen terveyden saavuttamiseksi eli yhteistyötä eri ympäristöjen ja niissä toimivien henkilöiden välillä terveyttä edistävästi. Terveyskasvatus tulisi nähdä terveystieteiden näkökulman lisäksi kasvatustieteen näkökulman kautta. Terveyskasvatuksen tehtävänä voidaan pitää terveyden edistämistä kasvatuksellisin ja viestinnällisin keinoin. (Kannas 1994, 57; Kannas 1999; Korhonen 1998, 4.)

Terveyslähtöistä kasvatusta voidaan tarkastella myös positiivisen ja negatiivisen terveyden kautta. Siinä terveys ja sairaus nähdään äärikohtina toisilleen. Negatiivisen terveyden mallissa terveyttä lähestytään sairauden tai sen uhan kautta. Positiivisen terveyden mallissa lähtökohtana on terveys ja siihen vaikuttavat tekijät. Toisaalta on tärkeää tarkastella molempia lähestymistapoja, koska ne täydentävät toisiaan ja integroituvat keskenään (Kannas 1994, 58). Esimerkiksi ihminen, joka on vakavasti sairaana, voi kokea hyvää oloa. (Downie ym. 1996, 9-26; Green & Kreuter 1999, 26-27; Tossavainen 1993, 13-14).

3.1 Terveyskasvatus osana terveyden edistämistä

Terveyskasvatuksen viitekehys on laajentunut terveystasvatuksesta (health education) terveyden edistämiseen (health promotion). Terveyden edistäminen on suuri kokonaisuus, jonka tärkeä osa terveystasvatus on. Eräänä esimerkkinä on käytetty sitä, että terveyden edistäminen on sateenvarjo, jonka alle eri osa-alueet kuuluvat esim. terveystasvatus. Terveystasvatus voidaan nähdä myös tavoitteellisena terveyden edistämisenä, jossa käytetään pääasiassa kommunikaation keinoja. (Bunton & Macdonald 1992, 6-18; Kannas 1992, 71; Tossavainen 1993, 7.)

Vertio (1992, 21-22) mukaan Ottawan asiakirjassa määritellään terveyden edistäminen seuraavasti: ” Terveyden edistäminen nähdään toimintana, jonka tarkoituksena on lisätä ihmisen mahdollisuuksia hallita omaa terveyttään sekä parantaa sitä. Terveystas tulee nähdä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvoinnin tilana, joka yksilöiden ja ryhmän on tunnistettava sekä toimittava haluamallaan tavalla, joko muuttamalla ympäristöä tai mukautumalla siihen. ”

Terveyden edistämiseen voidaan todeta kuuluvan kaikki toiminnot esim. kasvatukselliset, joita tehdään terveyden hyväksi. Kaikki ihmiset (nuoret, heidän vanhempansa), joita em. toimet koskettavat. Kaikki yhteisöt (koti, koulu, harrastukset), jotka toimivat yhteistyössä esim. verkostoituneina optimaalisen terveyden saavuttamiseksi. Sekä vallitseva ympäristö, jossa em. toimet tapahtuvat. Terveyden edistämisenä on tavoitteena se, että pystyttäisiin yhdistämään yksilöiden terveystasvalinnat ja yhteisöllinen vastuu terveydestä. (Bunton & Macdonald 1992, 6-18; Korhonen ym. 1999, 7, 12-13; Vertio 1992, 22.)

Yksi terveyden edistämisen viitekehys sen määrittelylle, suunnittelulle ja toteuttamiselle on seuraava. Terveyden edistäminen koostuu terveystasvatuksesta, ennaltaehkäisystä (prevention) sekä terveyden suojelusta (health protection). Näitä terveyden edistämisen osa-alueita voidaan tarkastella erikseen, mutta niillä on myös yhteisvaikutuksia. Tästä syystä niitä tulee myös tarkastella toisiaan tukevinä eli kokonaisuutena. (Downie ym. 1996, 56-61.)

Nissinen ym. (1994, 286-295) jakavat prevention vielä siten, että on olemassa primaari-, sekundaari- sekä tertiääripreventio, jotka kaikki kuuluvat yksilön terveyden edistämiseen. Primaaripreventiossa pyritään ehkäisemään ihmisten joutumista tekemisiin yksilön käyttäytymiseen ja ympäristöön liittyvien terveydelle haitallisten tekijöiden kanssa. Sekundaaripreventio tarkoittaa esim. toimintaa, jolla pyritään havaitsemaan sairauden alku- ja vähäoireinen vaihe. Tällöin voitaisiin mahdollisesti estää varsinainen kliininen sairaus kaikkine haittoineen. Sekundaaripreventioon liittyy oleellisesti sairauksien seulonta. Tertiääripreventiossa pyritään estämään tai hidastamaan olemassa olevan sairauden tilan paheneminen esim. kuntoutuksen tai hoito-ohjeiden noudattamisen avulla.

3.2 Lääketieteellinen terveystieteellinen malli

Lääketieteellinen malli lähtee tarkastelemaan terveystieteellistä sairauksista tai niiden riskitekijöistä. Tällöin terveys tarkoittaa lähinnä sairauden puuttumista (Vertio 1992, 18-19). Lääketieteellinen malli keskittyy lähinnä olemassa olevaan aikaan, ei niinkään esimerkiksi sairautta edeltävään aikaan eli ennaltaehkäisyyn. (Bunton & Macdonald 1992, 1-5.)

Terveystieteellisen tavoitteena lääketieteellisestä näkökulmasta tarkasteltuna on se, että tautien ja sairauksien todennäköisyys pienenee silloin, kun riskitekijöihin vaikutetaan. Tannahillin (1992, 86-90) mukaan deskriptiivinen epidemiologia antaa terveyden edistämiseksi sen perustiedon, jota tässä tarvitaan. Tällöin terveystieteilijän tehtävänä on kertoa nuorille eri riskitekijöiden ja terveystieteilijöiden vaikutuksista elimistöön ja sairauksien syntyyn sekä motivoita heitä sairauksien ehkäisyyn. (Kannas 1994, 57; Tossavainen ym. 1992a, 78.)

Ihmisten terveystieteilijöiden käyttäytymistä voidaan tarkastella myös riski- ja selviytymisnäkökulmien kautta. Riskinäkökulma lähtee lääketieteellisestä terveystieteilijä-

tusmallista. Ihmisten terveyskäyttäytymistä koskeva terveystieteellinen tutkimus perustuu epidemiologiaan sekä käyttäytymisen ja sairauden väliseen syy-yhteyteen. Selviytymisnäkökulmassa ihminen pyrkii joka tilanteessa hallitsemaan omaa käytöstään. Toisin sanoen olennaista on se, että hän vähintään kokee hallitsevansa ko. tilanteen ja oman käyttöksensä. Amerikkalaisen tutkijan, Aaron Antonovskyn (1979), mukaan ihmisen tulee kokea mielekkyyden tunnetta (sense of coherence), jonka syntyyn on merkitystä sillä, että ihminen kokee voivansa vaikuttaa omaan elämäänsä ja terveyteensä. Ihmisen on ymmärrettävä omaa elämäänsä (comprehensibility), selviydyttävä siitä (manageability) sekä koettava oma elämänsä tarkoitukselliseksi (meaningfulness). (Vertio 1992, 48-50; Bäckman 1987, 153-157.)

Selviytymisnäkökulmassa terveystieteellinen nähdään siis keinona selviytyä tilanteesta tavalla tai toisella. Esimerkiksi tupakointi voi olla työelämässä jopa ainoa hyväksyttävä syy ylimääräiseen taukoon. Ajatellaanpa työntekijää, joka yhtäkkiä vain lopettaa työteon 15 minuutiksi, koska muut käyttävät saman ajan tupakalla käyntiin. Mitä työnantaja mahtaisi ajatella tilanteesta? (Vertio 1992, 38-41.)

Kannaksen (1994, 57-58) mukaan terveystieteellisen lähestymistapojen voidaan tarkastella ja eritellä siitä, mistä ne saavat terveystieteellisen toimeksiannon. Lääketieteellinen lähestymistapa saa toimeksiannon epidemiologiasta eli tautien tutkimustiedosta sekä niiden etiologiasta. Lääketieteellisessä lähestymistavassa sairaudet ja niiden riskitekijät on luokiteltu melko tarkasti ja tästä syystä ne muodostavat terveystieteelle normatiivisen lähtökohdan.

3.3 Kasvatustieteellinen terveystieteellinen malli

Terveydenhuolto on muuttunut Suomessa 1960-luvulta alkaen sairautta korostavasta enemmän terveyttä korostavaan suuntaan. Tämä on voitu havaita lääketieteellisen ajattelutavan hitaana muuttumisena ihmisläheisempään ja yksilöllisempään suuntaan. Terveystieteellisiä suunniteltaessa koettu terveys

tai -sairaus voi olla jopa lääketieteellistä arviota tärkeämpi, koska palvelut lopulta perustuvat ihmisten tarpeiden tyydyttämiseen (Nissinen ym. 1994, 131-132). Amerikkalaisten tutkimusten mukaan koettu terveys on noussut merkittäväksi välineeksi ihmisten terveydentilan tutkimuksessa. Sen mittaamiseen on kehitelty erilaisia menetelmiä ja niitä on myös käytössä Suomessa. Suomen kansanterveyslaitos käyttää aikuisväestön terveyskäyttäytymistutkimuksessa kysymystä, joka mittaa ihmisten koettua terveyttä. Koettua terveyttä on kytketty myös toimintakykyisyyteen, joka on kauan ollut yksi fyysisen terveyden ulottuvuuden mittari. Voitaneenkin todeta, että jo pelkkä terveystavoitteinen terveyskasvatus on tuonut muutosta positiivisempaan suuntaan. (Kannas 1999; Poskiparta 1997, 19; Vertio 1992, 17-20, 77-83.)

Kasvatustieteellisessä lähestymistavassa oleellisessa asemassa on nuoren terve kasvu ja kehitys. Toimeksiannot riippuvat siitä, mitä terveyskasvattaja sekä nuori itse kokevat terveyttä edistävän kasvun tarkoittavan. Toisaalta toimeksiantoihin vaikuttavat ne tekijät, jotka tukevat nuoren normaalia kasvua ja kehitystä. Jos lääketieteellinen terveyskasvatuksen lähestymistapa on normatiivinen, niin kasvatustieteellinen lähestymistapa on subjektiivinen ja holistinen sekä positiivisesta terveyskäsitelmästä lähtevä. Kasvatustieteellisen lähestymistavan tavoitteena on positiivisten terveysvoimavarojen lisääminen. (Kannas 1994, 54-58.)

Terveyskasvattajan tulee virittää keskustelua terveyteen liittyvistä arvoista, ihanteista ja arvostuksista. Arvot kuuluvat ja ohjaavat aina opetus- ja kasvatustyötä (Korhonen ym. 1999, 16-17). Terveyskasvatuksessa opetus pohjautuu nimen omaan terveyteen arvona. Nuorille terveys ei kuitenkaan ole vielä heidän arvomaailmansa kärkipäässä, vaan terveyden arvostus arvona nousee iän myötä (Vertio 1992, 33-35). Tämä asettaa nuorten kohdalla haasteen siihen, että heidät saataisiin ymmärtämään myös nykyisten terveystavoitteiden ja tulevaisuuden terveyden väliset yhteydet. Tätä ongelmaa ratkottaessa esille nousevat aiheen mielekkyys ja mielenkiintoisuus. Terveyskasvattaja voi vaikuttaa käsiteltävän aiheen mielenkiintoisuuteen mm. tarkoituksenmukaisilla opetusmenetelmillä ja työtavoilla. Nykyisessä tietoyhteiskunnassa nuorten omaa aktiivisuutta oppimisessa on pyritty korostamaan. Esimerkiksi kouluissa

nuorten on annettu osallistua itse terveyteen liittyvän kurssin suunnitteluun. Tämä on lisännyt heidän motivaatiotaan ko. kurssia kohtaan. (Korhonen 1998, 61-65.)

3.4 Terveyskasvatuksen sovelluksia jääkiekossa

Kannaksen (2000, 19-21) mukaan terveyttä edistävällä urheiluseuralla pitäisi olla tiettyjä kriteerejä. Niitä voitaisiin tulevaisuudessa tarkastella ohjaavina mittareina esimerkiksi valtion toiminta-avustuksia jaettaessa. Yksi avainkysymyksistä terveyttä edistävän urheiluseuran kannalta on se, tuottaako liikunta lapsille terveyttä. Tätä kysymystä tarkasteltaessa on muistettava terveyden eri ulottuvuudet. Muita terveyttä edistävän urheiluseuran kriteerejä voisivat olla seuran johtamiskulttuuri, vuorovaikutus kodin kanssa, verkostoituminen, toimintamissio, päihdepolitiikka, terveystkasvatus, valmentajien ja toimihenkilöiden terveystkasvatuksellinen koulutus, fyysiset ympäristötekijät, terveyttä edistävä valmennus/ohjaus, terveystpalvelut, terveystnäkökulma sponsoroinnissa sekä seuran terveystbarometri.

Toisaalta jääkiekkoseuraa voidaan tarkastella myös terveyttä edistävän yhteisön näkökulmasta. Yhteisön yksi perustehtävistä on terveyden edistäminen. Kun yhteisön yksilöiden terveyttä saadaan heidän omaa vastuullisuuttansa lisäämällä edistettyä, vahvistaa tämä myös yhteisöä. (Nissinen ym. 1994, 274-277; Pyykkönen & Vasara 1999, 44.)

Hyvä esimerkki jääkiekossa ja nuorisourheilussa toiminnassa olevasta projektista on Nuoren Suomen operaatio -pelisäännöt, jossa vanhemmilla on mahdollisuus vaikuttaa joukkueen toiminnassa toteutettavien kasvatuksellisten tavoitteiden laadintaan. Pelaajilla on mahdollisuus vaikuttaa joukkueen sisäisiin sääntöihin, jotka koskevat pääasiassa käyttäytymiseen liittyviä asioita. Terveysten liittyviä kysymyksiä käsitellään pelisääntö projektissa osana kokonaisuutta.

Terveyden edistämisessä juniori- tai valmennuspäälliköllä on merkittävä rooli myös seurayhteisöä ohjaavana ja kannustavana toimijana. Tutkimusesimerkki koskee koulunjohtajaa, jonka toimenkuvan voidaan esimerkkiaseman ja johtamisen suhteen katsoa vastaavan juniori- tai valmennuspäällikön toimenkuvaa. On todettu, että koulunjohtajan rooli ja asennoituminen ovat merkittäviä oppimisilmapiiriä luotaessa sekä tärkeäksi todetun asian (esim. tupakoimattomuus) edistämisessä. Valmennuspäällikkö järjestää usein valmentajien koulutusta seurassa. Näissä tilaisuuksissa tulisi keskustella myös seuran, joukkueiden sekä pelaajien terveystieteellisistä. Terveystieteellisten esilläolo riippuu valmennuspäällikön omasta kiinnostuksesta em. asiaan. Valmentajien koulutus on tärkeä osa-alue terveyden edistämisessä, koska olennaisessa asemassa muutosta haluttaessa ovat toimijoiden (valmentajien, huoltajien sekä joukkueenjohtajien ym.) omat terveystieteelliset valinnat sekä muu toiminta. Etenkin terveystieteellisten merkitys siirtyy sukupolvelta toiselle tehokkaasti esimerkkien ja mallioppimisen kautta (Okulov ym. 1998, 1-2). Valmennuspäällikön voidaan katsoa koulutuksen järjestämisen lisäksi vastaavan seurassa myös yleisestä terveystieteellisestä. Myös lajin kattojärjestö (Suomen Jääkiekkoliitto eli SJL) on merkittävässä roolissa terveyden edistämisessä jääkiekkoseuroissa ja tehokas terveyden edistäminen vaatii koordinaattorin sekä kokonaissuunnitelman. (Eskelinen & Tossavainen 1992b, 42, 49-50; Eskelinen & Tossavainen 1992a, 74-75, 77.)

Jääkiekossa terveystieteellisen lääkätieteellisen lähestymistapa tulee esille esimerkiksi seuraavissa tilanteissa. Kun oikeanlaiseen harjoitteluun kiinnitetään huomiota vammojen ehkäisymielessä tai silloin, kun pelissä tai harjoituksessa pelaajalle sattuu vamma. Jääkiekossa syntyy tilanteita, joiden voidaan katsoa aiheuttavan tapaturmariskin. Etenkin kaukalonlaidan läheisyydessä tapaturmariski pääalueen-, polven- ja kyynärseudun vammoille kasvaa (Airaaksinen 1994, 456-460). Valmentajan tulee tarkastella jääkiekkoa lajina myös lääkätieteellisen mallin kautta, jotta hän esimerkiksi pystyy tukemaan nuorta vamman kuntouttamisessa sekä vamman kanssa toimeen tulemisessa. Valmentaja voi myös lähestyä revähdyks- ja venähdysvammojen ennaltaehkäisyä lääkätieteellisen terveystieteellisen mallin kautta. Kertomalla nuorille oikeanlaisesta verryttelystä ja lihashuollosta. (katso myös Dryden ym. 2000,

1378-1383; Emery & Meeuwisse 2001, 1423-1433; Ferrara & Schurr 1999, 30-33; Honey 1998, 43-46; Pinto ym. 1999, 70-74; Stuart & Smith 1995, 458-461; Stuart ym. 2002, 39-44.)

Jääkiekossa kasvatustieteellinen terveysterveystieteellinen malli on riippuvainen valmentajan omasta valmennusfilosofiasta. Tämä tarkoittaa lajiasioiden lisäksi valmentajan kasvatuksellisia pohdintoja esimerkiksi niistä keinoista, joilla hän valmentaa, opettaa uutta asiaa ja/tai kasvattaa. Nykyisessä valmentajakunnassa monet ovat itse saaneet terveysterveystieteellensä siten, että vallalla on ollut pelottelun ja rankaisun periaate - älä -alkuiset viestit (Tossavainen 1993, 15-19). Tämä saattaa vaikuttaa heidän asenteeseensa terveysterveystieteellistä kohtaan.

Toisaalta kasvatuksellisessa mallissa on tärkeää yhteistyö muiden yhteisöjen ja auktoriteettien kanssa, koska yksilön omat sekä jääkiekon parissa tunnetut arvot riippuvat ympäröivän yhteiskunnan arvoista. Nuorten vanhemmilla on myös oikeus olla päättämässä millaisessa ympäristössä ja arvomaailmassa heidän nuorensa harrastavat. Kasvatuksellinen näkökulma on jääkiekossa ja sen valmentajakoulutuksessa ollut lajitietämystä vähäisemmällä huomiolla. Tässä on tapahtunut muutosta parempaan esim. holistisen lähestymistavan kautta. Se onkin tärkeää, koska lasten ja nuorten valmentaja tulisi olla ensisijaisesti kasvattaja ja toissijaisesti liikunnallisten asioiden ohjaaja.

4 JÄÄKIEKKOVALMENTAJA TERVEYSKASVATTAJANA

Tässä kappaleessa käydään läpi juniorijääkiekkovalmentajan roolia ja tehtäviä kokonaisvaltaisessa terveyden edistämisessä. Aluksi pohditaan valmentajan vastuuta lasten ja nuorten terveystasvatuksessa. Toisaalta pohditaan terveystasvattajalta vaadittavia yleisiä valmiuksia terveystasvatuksen tietopuustan kautta. Lopuksi käydään läpi terveystasvattajan tehtäviä sekä terveyden ulottuvuuksia.

Liukkosen (1995, 9-12) mukaan tasapainoisen harjoitusjärjestelmän luomiseksi valmentajan on huomioitava urheilija ja hänen elämäntilanteensa kokonaisvaltaisesti. Ihmiseen vaikuttavat muutkin kuin esim. kaukalossa tapahtuvat asiat. Harjoittelu, kilpailu ja muu elämä on sovittava yhteen, jotta tasapaino urheilijan elämässä säilyy. Mahdolliset ristiriidat vaikuttavat myös urheilijan motivaatioon ja harjoittelumielialaan.

Kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin kuuluvat osana sekä liikunta että terveys. Terveysten liittyvien asioiden läpikäyminen kuuluu kasvavan nuoren kehittymiseen. Kokonaisvaltaisen valmennuksen voidaan katsoa olevan asenne tai ajattelutapa, jossa urheilijaa tuetaan joka osa-alueelta kohti tavoitteiden saavuttamista. (Liukkonen 1998, 35-47; Närhi & Frantsi 1998, 35-38, 65-74; Puhakainen 1995, 103-107, 120-136, 168-171, 195-200.)

4.1 Valmentajan vastuu

Nuorisuurheilussa lähtökohtana on usein tarjota mahdollisimman monelle lapselle ja nuorelle hyvä harrastus mahdollisimman pitkään. Urheilun avulla lapsille ja nuorille pystytään myös opettamaan monia elämään yleisesti kuuluvia asioita. Esimerkiksi Parízkován (1996, 7-13) mukaan oikeanlainen ruokavalio auttaa urheilussa, mutta on myös edellytyksenä normaalille fyysiselle kasvulle. (Liukkonen 1998, 35-47; Närhi & Frantsi 1998, 135-148.)

Valmentaja on siis kasvattaja ja myös terveyskasvattaja. Kun nuori aloittaa harrastuksen, siirtyy osa kasvatusvastuuta vanhemmilta valmentajille. Vanhemmat vastaavat edelleen pääasiassa nuoren kasvatuksesta, mutta valmentaja voi toimillaan joko tukea tai vaikeuttaa tätä työtä. Muita tärkeitä terveyskasvattajia ovat vanhemmat, koulujen opettajat sekä muiden harrastusten ohjaajat. Valmentajan konkreettinen vaikuttamismahdollisuus on jääkiekkotoiminnan aikana eli silloin kun nuoret ovat harrastuksen parissa. Yhteistyöllä saadaan laaja-alainen vaikutus nuoriin, sillä eri auktoriteetit vaikuttavat eri aikaan. Rauste-von Wright & von Wright (1994, 33) toteavat oppimisen olevan tilannesidonnainen eli tietoa opitaan ja käytetään aina jossakin tietyssä toiminnassa, kontekstissa ja kulttuurissa. Jääkiekkovalmentaja voi toimillaan vaikuttaa joko positiivisesti tai negatiivisesti nuoriin ja täten myös muiden auktoriteettien terveyskasvatukseen. (Kannas 1983, 146; Okulov ym. 1998, 48-49.)

Nuoret ovat tärkeä ryhmä terveyskasvatuksen näkökulmasta, koska varhain opitut terveystiedot, -asenteet ja -käyttäytyminen vaikuttavat yksilöön koko loppuelämän ajan. Nuorena opittujen terveystottumusten vaikutukset näkyvät usein vasta myöhemmin. Tämä asettaakin haasteita nuorten terveyskasvatukselle. Nuoruus on kriittistä aikaa terveystottumusten muotoutumisen suhteen. Terveyskasvatuksen sekä terveyskasvattajien tavoitteena onkin ohjata nuoria kohti terveitä elintapoja. Saarelan (1999, 33-36) mukaan 80% 15-19 –vuotiaista nuorista sanoi huumevalistuksen vaikuttaneen heidän huumekiel-

teiseen suhtautumiseensa eli valistus kannattaa. (Hermanson 2001, 9-19; Okulov ym. 1998, 6-7; Tossavainen 1993, 1-6.)

4.2 Terveyskasvatuksen tietoperusta

Tehokkaan terveyskasvatuksen lähtökohtana on se, että terveyskasvattajalla on riittävän vankka ja laaja tietopohja terveyteen ja kasvatukseen liittyvistä asioista. Terveyskasvattajan tietoperusta koostuu elämäntapa-, näkemys-, kulttuuri- ja menetelmätiedoista sekä terveystiedosta. (Kannas 1994, 49-51; Tossavainen 1993, 7-14.)

Elämäntapatieto on sanansa mukaisesti tietoa eri ihmisten elämästä. Se tarkoittaa laajaa pohjaa eri ihmisten elämästä esim. syrjäytyneet tai nuoret, jotta voisi todella ymmärtää heitä ja juuri heidän terveyteen liittyviä asioita. Elämäntapatieto karttuu parhaiten käytännön toiminnan kautta, mutta pohjatieto esim. nuorten terveysasenteista, perustiedoista ja uskomuksista on kasvatus- ta helpottava tekijä. Elämäntapaan vaikuttavat sekä ihmisen yksilölliset ominaisuudet että yhteiskunnan olosuhteet. (emt.)

Näkemystieto on terveyskasvattajan filosofista pohdiskelua omasta suhteestaan terveyteen ja sairauteen. Pohdiskelun aiheisiin kuuluvat myös näkemys ihmisestä, kasvatuksen olemuksesta ja päämäärästä. Lisäksi terveyskasvattaja voi pohtia sitä, mikä on terveyden olemus ja kuka sen määrittelee. Terveyskasvattaja voi filosofisen ja eettisen pohdiskelun jälkeen muodostaa oman terveyskasvatuksen eetoksensa. Terveyskasvatuksessa nuorille on tarjottava mahdollisuus harjoitella toimintaa, joka perustuu itsenäiseen ajatteluun ja omaan päätöksentekoon. Tämä opettaa nuorta muodostamaan oman näkemysensä em. asioista. (emt.)

Kulttuuritiedossa pyritään ymmärtämään erilaisten ihmisten terveysvalintoihin vaikuttavia yhteiskunnallisia voimia ja mekanismeja. On osattava "lukea" eri kulttuureita, niiden eroja sekä historiaa. Tietyllä yhteisöllä on tietynlainen suh-

tautuminen esim. tupakointiin. Tämä suhtautuminen voi ohjata etenkin nuorta, joka on altis vaikutteille. Nuori voi tupakoinnin kautta uhmata auktoriteetteja etsiessään omaa identiteettiään. (emt.)

Jääkiekossa valmentajan on ymmärrettävä jääkiekkokulttuuria. Kokemukset lajista pelaajana helpottavat valmentajana toimimista. Kulttuuritieto lajista nousee tärkeäksi myös siksi, että tällöin valmentajan vaikutusmahdollisuudet paranevat. Esimerkiksi kielenkäytöllä on merkitystä eli valmentajan on hyvä puhua ”nuortenkieltä”.

Menetelmätiedolla tarkoitetaan terveyskasvatuksen pedagogisia taitoja. Siihen kuuluvat kasvatukseen liittyvät oppimisteoriat. Toisaalta on oltava tietoa siitä miten nimenomaan terveysasioita opitaan. Menetelmätietoon liittyvät myös erilaiset kommunikaatio- ja viestintätaidot. (Kannas 1994, 49-51; Kannas 1999; Tossavainen 1993, 7-14.)

Viestintä- ja vuorovaikutustaidot nousevat esille otollista oppimisilmapiiriä ja -ympäristöä luotaessa. Valmentajalla on mahdollisuus vaikuttaa siihen, millainen oppimisilmapiiri ja -ympäristö joukkueessa on. Oppimisympäristö tarkoitetaan Kuivalahden (1999, 47-49) mukaan oppimiseen liittyvää kokonaisuutta eli asiasisältöä, kaikkia oppimistilanteeseen osallistuvia henkilöitä, oppimiseen tarvittavia tietoja sekä ulkoista ympäristöä eli opiskelutilaa. Hyvät ihmissuhteet luovat otollisen ympäristön nuorelle kehittyä. (Heikinaro-Johansson ym. 1999, 22-26.)

Valmennustoiminnan suunnittelu auttaa valmentajaa luomaan nuorille otollista oppimisilmapiiriä. Korhosen ym. (1999, 16) mukaan toivottujen terveyskasvatuksen oppimistavoitteiden aikaansaanti vaatii suunnittelua ja tavoitteiden kirjallista esitystä. Rovion (2002, 67-82) sekä Dudan (1992, 57-69) mukaan suunnitellulla ja pelaajien tasoon nähden oikein asetetuilla tavoitteilla valmentaja ehkäisee ja vähentää häiriökäyttäytymistä sekä lisää harjoittelu motivaatiota. Tällöin pelaajille on selvät pelisäännöt siitä, mitä heiltä odotetaan harjoitustapahtumassa ja sen ulkopuolella. Viestinnässä valmentajan oma innostuneisuus asiaa kohtaan nousee esille, koska valmentajan positiivisella asen-

teella on myös positiivista vaikutusta nuoriin. Sama asia pätee myös päinvas-
toin. (Heikinaro-Johansson ym. 1999, 22-26.)

Terveystieto koostuu ja jäsentyy em. neljästä tiedosta. Olennaisessa ase-
massa on positiivisen terveyden hahmottaminen. Toisin sanoen mitä positiivi-
sella terveydellä tarkoitetaan, mitä merkitsevät terveys ja sairaus sekä niihin
vaikuttavat tekijät. Terveystiedossa on tärkeää hahmottaa ihmisen, ympäris-
tön ja terveyden väliset riippuvuussuhteet. Nämä riippuvuussuhteet vaikutta-
vat koko ajan toisiinsa, joten optimaalisessa tilanteessa niiden väliset suhteet
ovat tasapainossa. Kaiken kaikkiaan terveystiedossa on kyse siitä, että ym-
märtää terveyteen vaikuttavat tekijät, näiden tekijöiden vaikutusmekanismit
sekä minkäläisten tekijöiden muutokset vaikuttavat terveyteen positiivisesti.
(emt.)

4.3 Terveyskasvatuksen tehtävät ja ulottuvuudet

Kannas (1994, 59-63) määrittelee terveyskasvatuksen toimenkuvaa ja tarkoi-
tusta sen tehtävien kautta seuraavasti: "Terveyskasvatuksen tavoitteena on
tukea ihmisen kasvua ja selviytymistä, välittää sivistyksellistä terveyspää-
omaa, virittää muutostoiveita ja avustaa muutospyrkimyksiä."

Eräänä terveyskasvatuksen tehtävänä on tietojen jakamisen lisäksi se, että
pystyttäisiin vaikuttamaan ihmisten asenteisiin ja käyttäytymiseen. Kouluissa
sekä niiden opetussuunnitelmissa määritellään terveyskasvatuksen tehtäväk-
si oppilaan terveen kasvun ja kehityksen tukeminen sekä terveyttä edistävä
käyttäytyminen. Näitä tehtäviä lähestytään terveyskasvatuksessa kasvatuk-
sellisin ja viestinnällisin keinoin. Terveyskasvatuksen tehtävät voidaan jakaa
myös siten, että lähtökohtana on terveysaiheiden kokonaisvaltainen käsittely,
oikea-aikaisuus eli sen hetkisen kasvun ja elämäntilanteen tukeminen oikeilla
asioilla, elämänhallinnan ohjaus, tulevaisuuden terveyttä tukevien valmiuksien
oppiminen sekä ympäröivän yhteiskunnan tavoitteiden kanssa samansuuntai-

set yksilölliset tavoitteet. (Kannas 1992, 68-76; Okulov ym. 1998, 7-9; She-meikka 1984, 146.)

Terveyskasvatuksen laaja-alaisuutta ja kokonaisvaltaisuutta voidaan tarkas-tella myös terveyden ulottuvuuksien kautta. Ne ovat Kannaksen (1994, 54-56) mukaan perinteisesti jaettu biologiseen-, psyykkiseen- ja sosiaaliseen tervey-teen. Greenberg (1998, 7-8) jakaa ne viiteen terveyden ulottuvuuteen, jotka ovat biologinen-, sosiaalinen-, emotionaalinen-, mentaalinen- sekä henkinen terveys. Näiden kaikkien terveyden osa-alueiden tulee olla kunnossa ja tasa-painossa, jotta elämä olisi terveyden kannalta optimaalisessa kunnossa.

Havainnollistava esimerkki em. osa-alueiden tasapainon merkityksestä saa-daan vertaamalla terveyden ulottuvuuksien ympyrämallia auton renkaisiin. Automatka on pomppuinen, mikäli yhdenkin renkaan ilmanpaine ei ole kun-nossa eli rengas ei ole ympyrän muotoinen. Samanlainen eli pomppuinen on ihmisen terveys ja elämä silloin, kun jokin em. osa-alueista ei ole kunnossa. Ihminen saattaa myös kiinnittää liikaa huomiota johonkin tiettyyn osa-alueeseen, jolloin jokin muu osa-alue jää vähemmälle huomiolle ja tasapaino järkkyy. Tasaisin matka on täysin pyöreillä renkailla. (Greenberg 1998, 8-9.)

Biologinen terveys on kykyä selviytyä päivittäisistä tehtävistä ilman kohtuuton-ta väsymistä. Ihminen selviytyy itsenäisesti niistä tehtävistä, jotka ovat hänen elämänlaatunsa ja terveytensä kannalta tärkeitä esim. kaupassa käynti, ruo-anlaitto tai siivous. Sosiaalisessa terveydessä tärkeää on ihmisen kyky olla vuorovaikutuksessa toisten ihmisten ja ympäristönsä kanssa. Lisäksi tyydyt-tävillä ihmissuhteilla on positiivista vaikutusta ihmisen sosiaaliseen tervey-teen. Emotionaalinen terveys on tunteiden ilmaisukykyä, ymmärtämistä ja hal-litsemista. Siinä olennaista on kaksi eri taitoa eli tunteiden ilmaisu- ja lukutai-to. Mentaalinen terveys voi olla kykyä oppia ja ymmärtää älyllisen kapasitee-tin rajat ja mahdollisuudet. Nuoren itsetunto ja siihen vaikuttavat tekijät ovat yksi mentaalisen terveyden tärkeimpiä osa-alueita. Henkisellä terveydellä tar-koitetaan ihmisten uskoa johonkin yhdistävään voimaan eli joku saattaa us-koa luontoon, joku tieteellisiin lakeihin ja joku jumalaan. (Greenberg 1998, 3-5; Kannas 1994, 55.)

Myös jääkiekossa terveyden edistäminen on yhteistyötä. Valmentajat ovat käytännön terveystasvattajia jääkiekkoseurassa, koska he työskentelevät nuorten kanssa jatkuvassa kontaktissa. Täten valmentajat voivat vaikuttaa ja joka tapauksessa vaikuttavatkin nuoriin. Kannaksen (1998, 32-33) mukaan koulu on tärkeä oppimisympäristö, joka voi vahvistaa terveysvoimavaroja luoden paremmat edellytykset jaksamiselle sekä työvireisyydelle. Samalla tavalla terveyttä edistävä jääkiekkoseura sekä -joukkue voi olla sellainen oppimisympäristö, joka lisää terveysvoimavaroja eikä kuluta niitä.

5 PRECEDE – PROCEED -MALLI

PRECEDE – PROCEED –malli (liite 1.) on terveyden edistämishojelmien suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin malli. Se tarjoaa selvät ja jatkuvat vaiheet terveyden edistämisenohjelmalle. PRECEDE:llä tarkoitetaan suunnittelun ja selvitysten vaiheita, PROCEED:lla toteutuksen ja arvioinnin vaiheita. PRECEDE –sana tulee sen osista eli Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation. PROCEED –sana tulee myös sen osista eli Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development. Näillä osilla tarkoitetaan vaiheiden keskeisiä sisältöjä. (Green & Kreuter 1999, 32-43.)

Tässä kappaleessa PRECEDE – PROCEED –mallia sovelletaan juniorijääkiekkoon sekä tähän tutkimukseen (kuvio 1., s.34). Tällä tutkimuksella pyritään selvittämään PRECEDE – PROCEED –mallin vaiheen neljä mahdollista tekijöitä juniorijääkiekossa. Tämä tehdään valmentajien näkökulmasta eli niiden, jotka vastaavat terveyskasvatuksellisten asioiden toteuttamisesta tässä kontekstissa. PRECEDE – PROCEED –mallin voidaan katsoa olevan tämän tutkimuksen teoreettinen viitekehys.

5.1 Tutkimuksen alustavat vaiheet

PRECEDE – PROCEED –malli etenee vaiheittain. Näitä vaiheita on yhdeksän. Vaiheet ovat: 1. Sosiaalinen selvitys 2. Epidemiologinen selvitys 3. Käyttäytymis- ja ympäristötekijöiden selvitys 4. Kasvatuksellinen ja ekologinen selvitys 5. Hallinto- ja poliittinen selvitys 6. Toteutus 7. Prosessin arviointi 8. Vaikuttavuuden arviointi sekä 9. Lopputulosten arviointi. (Green & Kreuter 1999, 32-43.)

Ensimmäisessä vaiheessa tarkoituksena oli selvittää kohderyhmän elämänlaatuun, perusongelmiin sekä –huoliin liittyviä asioita. Terveys ei ollut tässä yksin riittävän laaja termi, vaan ensin oli selvitettävä siihen vaikuttavia tekijöitä. Tarkoituksena oli selvittää nuorten mielipiteitä heidän elämänlaadustaan ja hyvinvoinnistaan. Tässä tutkimuksessa nuorten hyvinvointia tarkasteltiin Saarelan (1999, 4-8) nuorisobarometrin kautta, joka keskittyi nuorten vapaa-ajan harrastamiseen. Sekä Currien ym. (2000, 24-38) eurooppalaisten nuorten hyvinvointia kuvaavan tutkimuksen avulla. Nuorten hyvinvoinnin kannalta liikunnalla ja urheiluseuratoiminnalla sekä niiden aktiivisuudella on merkitystä. (Green & Kreuter 1999, 32-43, 50-78.)

Toisen vaiheen tarkoituksena on johtaa spesifejä terveyteen liittyviä tai vaikuttavia ongelmakohtia vaiheen yksi sosiaalisista ongelmista. Toisin sanoen yleisistä kohderyhmän sosiaalisista ongelmakohdista pyritään löytämään terveyden edistämisen kannalta olennaisimmat ongelmat, joihin voitaisiin mahdollisesti interventiolla vaikuttaa. Useiden tutkimusten (Currie ym. 2000, 24-39; Hermanson 2001, 9-19; Rimpelä 2001, 1-15) mukaan nykynuorten yleisimmät terveydelliset ongelmat liittyvät mielenterveyteen, erilaisiin oireisiin (koettu terveys), oppimisvaikeuksiin sekä fyysisiin vaivoihin. (Green & Kreuter 1999, 32-43, 83-108.)

Kolmannessa vaiheessa tarkoituksena oli selvittää valittuihin terveysongelmiin vaikuttavat käyttäytymistottumukset. Pääasiassa pohdittiin nuorten elämäntapaan yleisesti liittyvää käyttäytymistä. Lisäksi keskityttiin urheiluvien

nuorten erityispiirteisiin. Terveyskäyttäytymisessä keskityttiin liikunta aktiivisuuteen, päihteiden käyttöön, ravinto-, uni- ja hygienia tottumuksiin. (Green & Kreuter 1999, 32-43, 111-149.)

5.2 PRECEDE – PROCEED –malli tutkimuksen viitekehystenä

Vaiheiden yksi, kaksi ja kolme avulla määriteltiin yksilön elämänlaatuun ja terveyteen sekä terveystyttäytymiseen liittyneitä tekijöitä. Vaiheessa neljä pohditaan kasvatuksellisia- ja ekologisia tekijöitä, joilla olisi merkitystä käyttäytymisen- ja ympäristön muutoksille. Nämä tekijät jaettiin kolmeen osaluokkaan, jotka ovat altistavat-, vahvistavat- ja mahdollistavat tekijät. (Green & Kreuter 1999, 32-43, 152-182.)

Altistavat tekijät sisältävät tekijöitä, jotka vaikuttavat nuoren terveystyttäytymiseen ja motivaatioon muutoksen suhteen. Näitä tekijöitä ovat nuoren tiedot, taidot asenteet, uskomukset, arvot, itsetunto sekä sosiaalinen paine. Tämä sisältää esimerkiksi lapsuuden kokemukset, jotka muokkaavat yksilön asenteita sekä arvoja ensialkuun. (emt.)

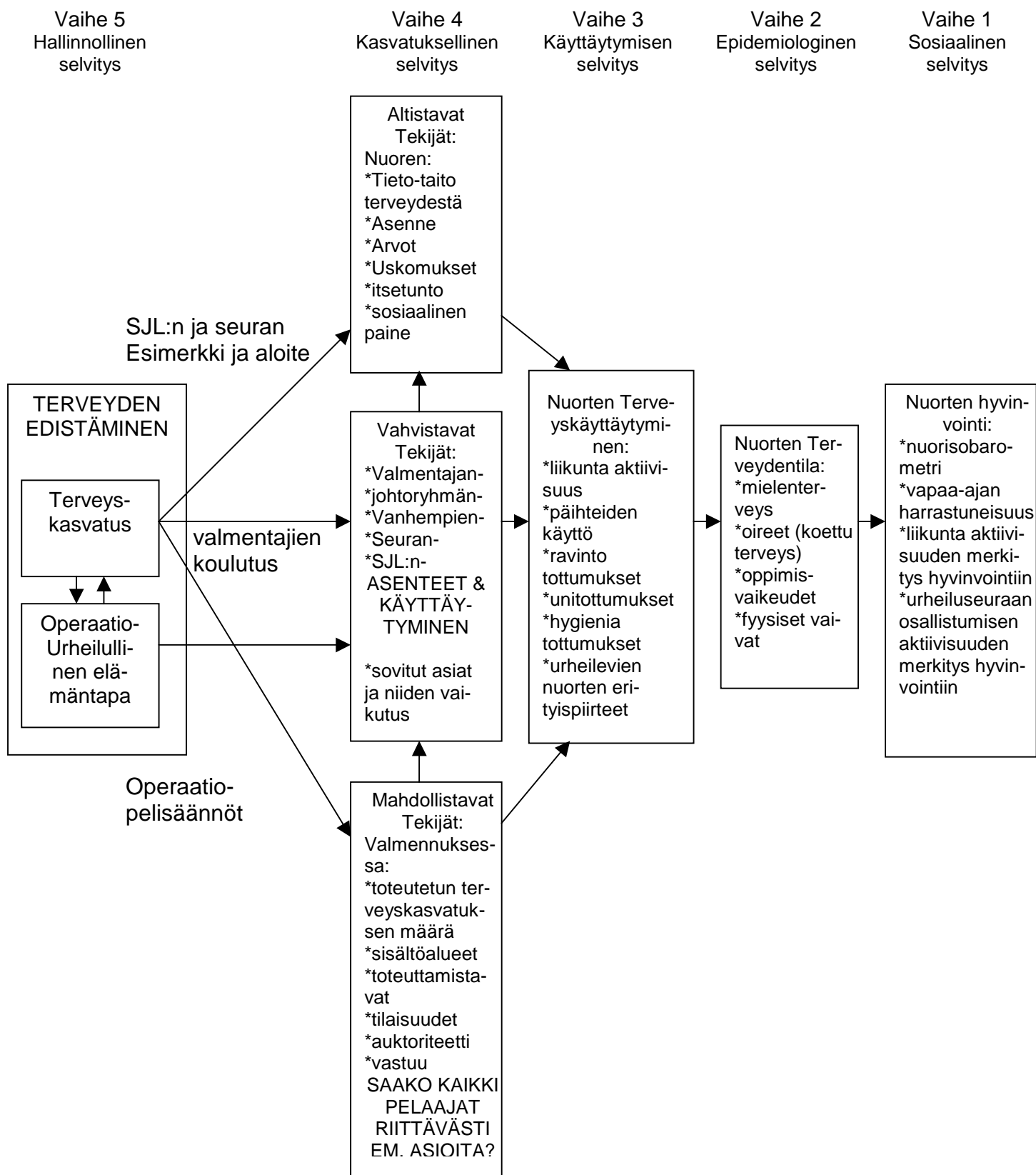
Mahdollistavat tekijät sisältävät taidot, voimavarat sekä esteet, jotka vahvistavat tai heikentävät haluttuja käyttäytymisen ja/tai ympäristön muutoksia. Terveystyttäytymisen muutokseen liittyvät mahdollistavat tekijät ovat juniorijääkiekossa valmennuksellisia. Näitä ovat toteutetun terveystkasvatuksen määrä, -sisältöalueet, -toteuttamistavat sekä -tilaisuudet. Toisaalta siihen vaikuttaa valmentajan auktoriteettiasema sekä vastuunkokeminen. Olennaista on kysyä, saako kaikki pelaajat riittävästi ja tasapuolisesti em. asioita? (Green & Kreuter 1999, 32-43, 152-182.)

Vahvistavilla tekijöillä tarkoitetaan muiden toimijoiden tukea ja palautetta, jota yksilö saa liittyen omaksuttuun käyttäytymiseen. Se saattaa rohkaista tai luhistaa ko. käyttäytymisen muutosta. Vahvistunut käyttäytyminen luo urheilullista elämäntapaa. Vahvistavat tekijöitä juniorijääkiekossa ovat valmentajien,

muun johtoryhmän, vanhempien, seuran ja Suomen Jääkiekkoliiton asenteet, käyttäytyminen ja esimerkki. Näistä asioista voidaan sopia pelisäännöillä esimerkiksi vanhempien ja valmentajien kesken. Tällöin on olennaista muistuttaa kaikkia sovittujen asioiden merkityksestä ja vaikutuksista myös nuoriin. (Green & Kreuter 1999, 32-43, 152-182.)

Tässä tutkimuksessa siis pyrittiin selvittämään vaiheen neljä nuorten terveyskäyttäytymisen ja sen muutosten mahdollistavia tekijöitä juniorijääkiekossa. PRECEDE – PROCEED –mallin tästä vaiheesta eteneviä vaihteita ei lähemmin tarkastella.

Vaiheessa viisi selvitetään hallinnollisia ja organisatorisia mahdollisuuksia intervention toteuttamiselle. Vaiheessa kuusi ohjelma toteutetaan. Vaiheissa seitsemän, kahdeksan ja yhdeksän arvioidaan ohjelmaa ja sen toteutusta. (Green & Kreuter 1999, 32-43, 188-214, 218-257.)



Kuvio 1. PRECEDE – PROCEED –malli juniorijääkiekossa ja tässä tutkimuksessa.

6 TUTKIMUSONGELMAT JA TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa pelikaudella 2001-2002 suomalaisten juniorijääkiekkovalmentajien terveystasvatuksellista toimintaa joukkueen valmennustoiminnan osana. Tutkimuksessa haluttiin selvittää missä määrin juniorijääkiekkoilussa toteutetaan terveystasvatusta, mitä aihealueita tällöin käsitellään ja minkälaisen tapahtumien yhteydessä. Toisaalta pyrittiin selvittämään myös sitä, minkälaisia kokemuksia, asenteita ja tulevaisuuden ajatuksia valmentajilla on terveystasvatuksesta.

Tutkimusongelmat:

- 1) Missä määrin, mistä aiheista ja millä keinoilla valmentajat ovat toteuttaneet terveystasvatusta?
- 2) Miten juniorijääkiekkovalmentajat asennoituvat terveyden edistämiseen ja terveystasvatukseen osana juniorijääkiekkoa sekä valmennustoimintaa?
- 3) Minkälaisia terveystasvatuksellisia valmiuksia valmentajilla on?
- 4) Minkälaisia yhteyksiä, a) sosiodemografisilla taustatekijöillä: ikä, siviilisääty, omien lasten lukumäärä sekä koulutus b) jääkiekkoilullisilla taustatekijöillä: valmennuskoulutus, tehtävä joukkueessa, pelaajien ikäluokka, joukkueen sarjataso sekä valmennuskokemus, on valmentajien mielipiteisiin sekä toteutettuun terveystasvatukseen?

7 TUTKIMUSMENETELMÄT

Tässä kappaleessa kuvataan tutkimuksen perusjoukkoa ja aineistoa. Lisäksi käydään läpi aineiston keruuta, mittareita sekä tilastollisia menetelmiä.

7.1 Tutkimuksen perusjoukko ja otanta

Suomessa oli kaudella 2001-2002 yhteensä 256 juniorijääkiekkoseuraa (Suomen Jääkiekkoliitto 2002). Tutkimuksen perusjoukon muodostivat kauden 2001-2002 ikäluokkien C-86, C-87, D-88 ja D-89 juniorijääkiekkovalmentajat. Tätä perusjoukkoa katsottiin kuvaavan Suomen Jääkiekkoliiton Nuori Suomi sinettiseurojen vastaavan kauden sekä vastaavien ikäluokkien joukkueiden valmentajat (taulukko 1.). Sinettiseuroja oli tutkimuksen toteuttamisvaiheessa 52 kappaletta ja tutkimukseen otettiin mukaan ne kaikki. Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 315:lle juniorijääkiekkovalmentajalle. Kyselyyn vastanneita valmentajia oli 190 ja he edustivat 48:aa sinettiseuraa. Perusjoukon valmentajien kokonaismäärästä ei ole tietoa.

Yhdessä sinettiseurassa ei ollut yhtään joukkuetta kyseisissä ikäluokissa ja kolmesta sinettiseurasta ei yksikään valmentaja vastannut kyselyyn. Muuten joukkueiden määrä vaihteli suuresti seurojen välillä. Tämän takia suurista seuroista rajattiin tutkittavat valmentajat siten, että mukaan tutkimukseen va-

littiin yksi joukkue kustakin ikäluokasta. Näistä seuroista valittiin mukaan tutkimukseen korkeimmalla sarjatasolla pelaavan joukkueen valmentajat, jotta hajonta saataisiin mahdollisimman hyvin perusjoukkoa kuvaavaksi. Toisaalta tämä rajausta tehtiin myös siksi, ettei suurien seurojen valmentajien mielipiteet painottuisi liikaa. Mikäli jonkin seuran jossain ikäluokassa oli samalla sarjatasolla useita joukkueita, valittiin tutkimukseen mukaan satunnaisesti yksi joukkue ja sen valmentajat. Seuroista, joissa oli yksi joukkue kussakin ikäluokassa, otantaa ei tarvinnut suorittaa, vaan mukaan otettiin kaikki näiden joukkueiden valmentajat. Pienemmillä sinettiseuroilla ei kaikilla ollut joukkuetta jokaisessa ikäluokassa. Tällöin tutkimukseen otettiin mukaan ainoastaan tutkitavien ikäluokkien joukkueiden valmentajat. Yhdestä joukkueesta mukaan tutkimukseen otettiin kaikki joukkueen valmentajat (vastuuvalmentaja, toinen valmentaja sekä maalivahtivalmentaja).

7.2 Aineiston keruu ja kuvaus

Aineisto kerättiin huhti- ja toukokuun 2002 välisenä aikana. Kyselylomakkeet postitettiin valmentajille seurojen valmennuspäälliköiltä ja yhdyshenkilöiltä saatujen osoitetietojen perusteella. Valmentajilla oli vastausaika kyselylomakkeen saapumisesta kaksi viikkoa. Tämän jälkeen heille lähetettiin muistutuskirje, jonka jälkeen palautusaikaa oli toiset kaksi viikkoa. Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 315 kappaletta. Ensimmäiseen palautuspäivään mennessä 115 valmentajaa oli palauttanut kyselyn. Yhden muistutuskirjeen jälkeen palautettuja kyselylomakkeita oli 190 kappaletta. Kyselyyn vastasi 60,3% tutkimusjoukon valmentajista. Valmentajat vastasivat kyselyyn nimettöminä. Lisäksi kyselylomakkeiden palautuspostitus oli valmentajille maksuton.

Vastanneiden valmentajien seurojen maantieteellinen sijainti luokiteltiin Suomen Jääkiekkoliiton aluejaon mukaisesti (liite 2.). Otoksen ja aineiston valmentajien seurat jakautuivat lähes täysin samassa suhteessa kuin kaikkien seurojen maantieteellinen hajonta (= Suomen Jääkiekkoliiton seurojen alueel-

linen hajonta, taulukko 1.), joten tutkimusjoukon voidaan katsoa edustavan hajonnaltaan perusjoukkoa.

Taulukko 1. Tutkimuksen perusjoukon, otoksen sekä aineiston alueellinen jakauma.

Alue	seuroja alueella		seuroja otoksessa		seuroja aineistossa		valmentajia aineistossa	
	%	(f)	%	(f)	%	(f)	%	(f)
Häme	17	(43)	17	(9)	19	(9)	22	(42)
Keskimaa	19	(48)	13	(7)	12	(6)	17	(32)
Kymi-Saimaa	9	(24)	6	(3)	6	(3)	5	(10)
Lappi	6	(16)	4	(2)	5	(2)	3	(6)
Länsirannikko	11	(29)	11	(6)	12	(6)	13	(24)
Pohjoinen	11	(28)	15	(8)	12	(6)	9	(17)
Pääkaupunkiseutu	9	(24)	10	(5)	11	(5)	8	(16)
Savo-Karjala	11	(27)	12	(6)	11	(5)	8	(16)
Uusimaa	7	(17)	12	(6)	12	(6)	15	(27)
Yhteensä	100	(256)	100	(52)	100	(48)	100	(190)

Kyselyyn vastanneet valmentajat olivat kaikki miehiä. Heidän ikänsä vaihteli 17 ja 61 ikävuoden välillä. Suurin ikäryhmä oli 40-vuotiaat ja sitä vanhemmat. Valmentajista kolme neljästä oli avo- tai avioliitossa. Samoin omia lapsia oli kolmella neljästä valmentajasta. Lapsien lukumäärä vaihteli yhden ja kuuden välillä siten, että suurimmalla osalla oli 1-3 lasta. Valmentajien koulutus jakautui siten, että hieman alle puolilla oli peruskoulutus ja hieman yli puolilla yliopilas tai sitä ylempi koulutus. Näistä joka kolmas oli opistotasonkoulutuksen saaneita ja 12% oli yliopisto tai korkeakoulututkinto. (taulukko 2.)

Taulukko 2. Valmentajien sosiodemografisia taustatekijöitä (n = 188 - 190).

Muuttuja		f	%
Ikä	17-29	45	24
	30-39	59	31
	40+	85	45
Siviilisääty	Naimaton	39	21
	Avio- tai avoliitossa	143	75
	Eronnut tai leski	8	4
Sukupuoli	Mies	190	100
Omien lapsien lukumäärä	Ei lapsia	56	30
	1-2 lasta	78	40
	3-6 lasta	56	30
Koulutus	Peruskoulutus	84	45
	Ylioppilas tai korkeampi koulutus	104	55

Kyselyyn vastanneista valmentajista kolmasosa oli käynyt Suomen Jääkiekkoliiton Lok –koulutuksen (Lastenohjaaja kurssi), joka on valmentajakoulutuksen 1. tason koulutus. Puolet valmentajista oli suorittanut tai suorittamassa 2. tai 3. tason koulutusta (NVT = Nuortenvalmentajatutkinto, JVT = Jääkiekkovalmentajatutkinto tai Amvt = Ammattivalmentajatutkinto). Valmentajista viidesosalla ei ollut jääkiekkoon liittyvää koulutusta tai he olivat suorittaneet jonkin muun kuin em. koulutukset. (taulukko 3.)

Vastanneista valmentajista kaksi kolmasosaa toimi kaudella 2001-2002 joukkueensa vastuovalmentajina. Joukkueen apuvalmentajia vastanneista oli hieman vajaa kolmannes ja 8% oli maalivahtivalmentajia. Valmentajista toimi joka kolmas C-junioreiden (1986 & 1987 –syntyneet) ja hieman alle kaksi kolmasosaa D-junioreiden (1988 & 1989 –syntyneet) joukkueissa. Näistä joukkueista suurin osa pelasi aluesarjaa. (taulukko 3.)

Suurimmalla osalla valmentajista oli alle kolme vuotta valmennuskokemusta 12-16 –vuotiaiden nuorten jääkiekkotoiminnasta. Lähes kaikki heistä omasivat valmennuskokemusta jääkiekosta yleensä ja melkein puolet valmentajista oli valmentanut jääkiekossa kahdeksan vuotta tai kauemmin. (taulukko 3.)

Taulukko 3. Valmentajien jääkiekkoilulliset taustamuuttujat (n = 174 - 190).

Muuttuja		f	%
Valmennuskoulutus	Lok	61	32
	NVT-Amvt	95	50
	Ei koulutusta tai muu koulutus	34	18
Tehtävä joukkueessa	Vastuvalmentaja	116	61
	Valmentaja tai mv-valmentaja	74	39
Valmennettavien ikäluokka	C-juniorit	73	39
	D-juniorit	112	61
Joukkueen sarjataso	Aluesarja	149	81
	SM-sarja, 1-div. tai muu	36	19
Valmennuskokemus 12-16			
-vuotiaiden jääkiekossa	Ei yhtään	16	9
	1-2 vuotta	126	66
	3-5 vuotta	12	6
	6 tai enemmän vuosia	36	19
Valmennuskokemus			
Jääkiekossa yhteensä	1-4 vuotta	39	21
	5-7 vuotta	70	37
	8 tai enemmän vuosia	78	42

7.3 Mittareiden esittely

Tutkimuksen mittarina oli kyselylomake (liite 4.). Se sisälsi yhteensä 31 kysymystä, joista suurin osa oli strukturoituja. Strukturoituja kysymyksiä on perusteltua käyttää silloin, kun rajatut vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja niitä on rajattu määrä (Heikkilä 2001, 50-52). Kolmea laajempaa kokonaisuutta (valmennusideologia, keskeiset terveystasvatukselliset tavoitteet juniorijääkiekossa sekä valmentajien kaipaamat lisätiedot terveystasvatuksesta) kysyttiin avoimilla kysymyksillä. Avoimissa kysymyksissä ei rajata vastaajan valinnanmahdollisuuksia, ainoastaan pyritään ohjaamaan vastaajan ajatusten suuntaa, jotta vastaukset pysyisivät kysymyksen suunnassa (emt. 49-50). Lisäksi valmentajilla oli lomakkeen lopussa mahdollisuus kertoa vapaasti kyselyn herättämiä ajatuksia (kysymys 31).

Kyselylomakkeen laadinta aloitettiin vuoden 2001 lopulla ja maaliskuussa 2002 suoritettiin lomakkeen esitestaus. Tähän kyselyyn vastasi yhden suuren keskisuomalaisen juniorijääkiekkoseuran 13 valmentajaa. Esitutkimuksesta saatujen kokemusten perusteella kyselylomaketta muokattiin muutamien kysymysten osalta sekä siihen lisättiin neljä kysymystä. Esimerkiksi terveystasvatuksen ymmärtämistä pyrittiin yhdenmukaistamaan lisäämällä kysymykseen 14. sitä käsitteellistävä lause. Kun kysyttiin missä määrin olet toteuttanut terveystasvatusta joukkueellesi kuluneella kaudella (2001-2002), niin sitä selvennettiin lauseella: Eli missä määrin olet käsitellyt pelaajien kanssa opetus-, neuvonta- tai valistusmielessä terveyteen tai terveystottumuksiin liittyviä asioita.

Kyselylomakkeen alussa valmentajilta kysyttiin heidän taustatietoja niin siviili kuin jääkiekonkin osalta (kysymykset 1-11). Tämän jälkeen selvitettiin avoimilla kysymyksillä heidän ideologiaansa juniorijääkiekon suhteen sekä käsitystään terveystasvatuksen tavoitteista juniorijääkiekossa (kysymykset 12 & 13).

Seuraavassa osiossa valmentajilta kysyttiin strukturoiduin kysymyksin heidän kauden 2001-2002 toteuttamastansa terveystasvatuksesta (kysymykset 14-20 & 22). Valmentajilta kysyttiin toteutetun terveystasvatuksen määrää, sisältöalueita, toteuttamistapaa sekä tilanteita, joissa terveystasvatuksesta oli keskusteltu. Heiltä kysyttiin myös kenen aloitteesta he olivat terveystasvatusta toteuttaneet. Toisaalta valmentajilta haluttiin tietoa siitä, mistä osa-alueista terveystasvatukseen liittyen he olivat sopineet vanhempien ja mistä pelaajien kanssa. Tämän osion lopuksi kysyttiin onko vanhemmat toivoneet toteutettavaksi jotain terveystasvatukseen liittyvää sekä mistä terveystasvatuksellisista asioista valmentajat haluaisivat lisätietoa (kysymys 24).

Tämän jälkeen valmentajilta kysyttiin heidän mielipiteisiinsä, asenteisiinsa ja käsityksiinsä liittyviä kysymyksiä. Strukturoiduilla kysymyksillä kysyttiin heidän mielipiteitään parhaasta auktoriteetista ja suurimmasta terveystasvatuksellisesta vastuusta lasten ja nuorten suhteen (kysymykset 21 & 23). Likert -asteikollisilla kysymyksillä selvitettiin heidän asenteitaan eri väittämien muodossa (kysymykset 25 & 26).

Kyselylomakkeen lopussa valmentajilta kysyttiin heidän omaan terveyteensä ja terveystottumuksiinsa liittyviä asioita (kysymykset 27-29). Heiltä kysyttiin oman terveytensä kokemista, tupakointia ja nuuskan käyttöä. Viimeisenä varsinaisena kysymyksenä valmentajilta kysyttiin heidän kolmea tärkeintä elämänarvoaan (kysymys 30).

7.4 Tilastolliset menetelmät

Kyselylomakkeen vastaukset koodattiin SPSS for Windows 10.1.3 –ohjelmaan. Tästä saatua aineistoa tutkittiin alustavasti frekvenssi- ja prosenttijakaumien avulla. Tämän jälkeen aineistoa analysoitiin ristiintaulukoinnin ja Spearmanin –järjestyskorrelaatiokertoimien avulla. Ristiintaulukoinnilla tutkittiin ryhmien välisten prosenttijakaumien eroja ja Spearmanin –järjestyskorrelaatiokertoimella vähintään järjestysasteikollisten muuttujien välisten yhteyksien voimakkuutta. Luokitteluasteikollisten muuttujien yhteydessä käytettiin ristiintaulukointia. Ristiintaulukoinnin tarkastelun yhteydessä muuttujien välisten yhteyksien tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin Khin –neliötestin avulla.

Valmentajien terveystottumuskäsityksiä selvittäneessä kysymyksessä (kysymys 26.) väittämistä muodostettiin summamuuttujia (3 kpl) pääkomponenttianalyysin tulosten perusteella (Nummenmaa ym. 1996, 232). Summamuuttujien sisäistä konsistenssia tarkasteltiin Cronbachin alfa –kertoimen avulla. Summamuuttujien jakaumatarkastelu osoitti niiden olevan vinoja, siksi summamuuttujat jaettiin mediaanin kohdalta kahteen osaan. Taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujiin tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla.

Tutkimustulosten yhteydessä sulkeissa esitetään Spearmanin –järjestyskorrelaatiokertoimen arvo (r) ja sen tilastollinen merkitsevyys (p -arvo). Luokitteluasteikollisten muuttujien ollessa kyseessä sulkeissa esitetään Khin –neliötestin vapausasteet, testisuureen arvo sekä tilastollinen merkitse-

vyys. Joissakin kohdissa Khin –neliötestin p-arvo merkitään myös tähdillä siten, että kolme tähteä tarkoittaa tilastollisesti erittäin merkitsevää, kaksi tähteä tilastollisesti merkitsevää ja yksi tähti tilastollisesti melkein merkitsevää riippuvuutta.

8 TUTKIMUSTULOKSET

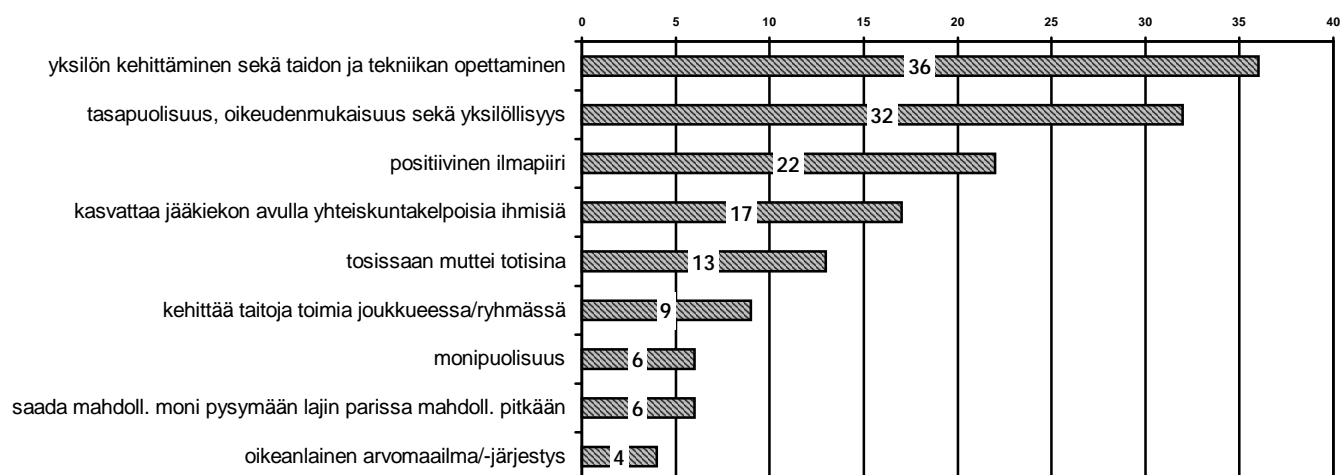
Tutkimustuloksia tarkastellaan kyselylomakkeen kysymysten järjestyksessä. Ensin käsitellään terveystieteiden toteutukseen liittyviä asioita. Tämän jälkeen käydään läpi valmentajien mielipiteitä, asenteita ja käsityksiä koskevat kysymykset ja niiden tulokset. Lopuksi pohditaan valmentajien omia terveystottumuksia.

8.1 Valmentajien valmennusideologiat

Valmentajilta kysyttiin heidän valmennusideologiastansa avoimen kysymyksen muodossa. Valmennusideologiat luokiteltiin vastausten perusteella uudelleen. Osa valmentajista määritteli valmennusideologiansa useammalla asiakokonaisuudella, joten heidän valmennusideologiansa saattaa olla myös luokiteltuna useampaan asiakokonaisuuteen.

Valmentajista kolmasosa piti yksilön kehittämistä sekä henkilökohtaisen taidon ja tekniikan opettamista olennaisena valmennusideologisena lähtökohtana. Noin joka kolmas piti myös tasapuolisuutta, oikeudenmukaisuutta ja yksilöllisyyttä tärkeänä. Valmentajista noin joka viides halusi luoda jääkiekkotoimintaansa positiivisen ilmapiirin, jossa on mukava harrastaa. Lisäksi viidesosa halusi myös kasvattaa jääkiekon avulla yhteiskuntakelpoisia ihmisiä. (kuvio 2.)

”Tosissaan, muttei totisina” oli 13% valmentajista valmennusideologiana. Lisäksi osa valmentajista piti tärkeänä kehittää pelaajien taitoja toimia joukkueessa/ryhmässä. Näiden lisäksi esille nousivat monipuolisuus, oikeanlainen arvomaailma/-järjestys sekä se, että saataisiin mahdollisimman moni pysymään lajin parissa mahdollisimman pitkään.



Kuvio 2. Valmentajien valmennusideologiat (%), (N = 169).

8.2 Terveyskasvatuksen toteutus valmennustoiminnassa

Terveyskasvatusta toteutettiin juniorijääkiekossa määrällisesti kohtuullisesti, mutta tapahtumien kokonaismäärään suhteutettuna vähän. Silti ainoastaan alle kymmenesosa valmentajista ei ollut toteuttanut terveyskasvatusta ollenkaan kaudella 2001-2002. Sisältöalueista valmentajat käsitelivät useimmin uneen ja lepoon, joukkueen sosiaaliin suhteisiin sekä ravintoon liittyviä asioita. Terveyskasvatusasioita käytiin pelaajille läpi pääasiassa harjoitusten lomassa tai pelimatkoilla jutustellen. Useimmin valmentajat kävivät läpi näitä asioita omasta aloitteestaan. Seuraavassa käydään kysymyskohtaisesti läpi terveysterveyskasvatuksen toteuttamiseen liittyviä tuloksia.

8.2.1 Toteutetun terveystkasvatuksen määrä

Valmentajilta kysyttiin, missä määrin he olivat toteuttaneet terveystkasvatusta joukkueellensa kaudella 2001-2002. Suurin osa valmentajista oli toteuttanut terveystkasvatusta ainakin kerran ja hieman yli puolet vastasi toteuttaneensa terveystkasvatusta neljä kertaa tai useammin. Seitsemän prosenttia valmentajista ei ollut toteuttanut terveystkasvatusta ollenkaan ja kolme prosenttia ei vastannut tähän kysymykseen.

Toteutetun terveystkasvatuksen määrään oli yhteydessä eniten valmentajien ikä. Korrelaatio ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä, vaan ainoastaan suuntaa antava ($r = .08$; $p = .053$). Riippuvuus oli lievästi sen suuntainen, että mitä vanhempia valmentajat olivat, sitä useammin he olivat terveystkasvatusta toteuttaneet. (taulukko 4.)

Taulukko 4. Toteutetun terveystkasvatuksen määrä valmentajien iän mukaan (%).

Toteutettu	Ikä			Yhteensä
	17-29 vuotta	30-39 vuotta	40-61 vuotta	
en kertaakaan	16	7	2	7
1-3 kertaa	33	30	40	35
4 tai useammin	51	63	58	58
Yhteensä	100	100	100	100
N	(43)	(57)	(84)	(184)

$p = .053$

Toteutetun terveystkasvatuksen määrää voidaan verrata myös pelaajien ikäluokkiin. Tilastollisesti tämä korrelaatio ei ole merkitsevä. Taulukosta 5 nähdään kuitenkin se, että D-junioreiden valmentajat ovat toteuttaneet terveystkasvatusta hieman useammin, kuin C-junioreiden valmentajat.

Taulukko 5. Toteutetun terveystkasvatuksen määrä pelaajien ikäluokan mukaan (%).

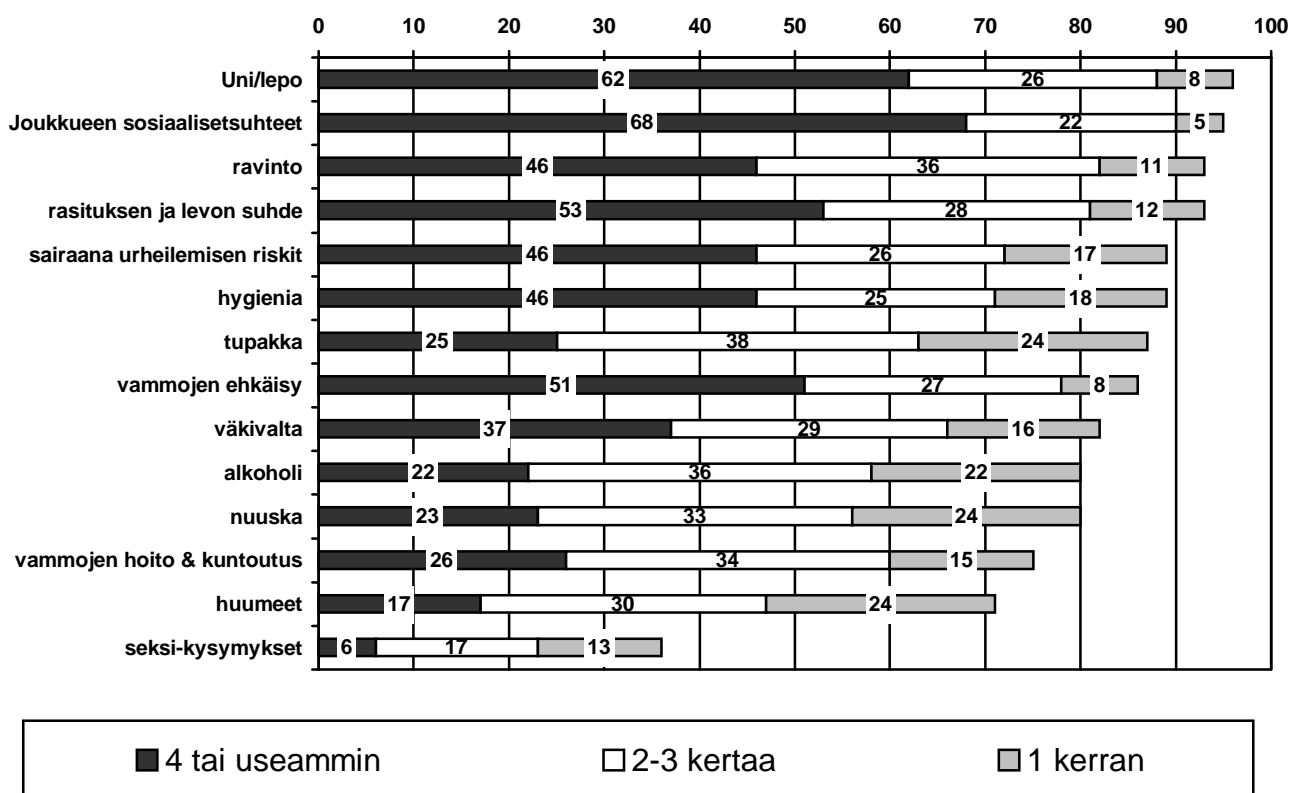
Toteutettu Terveystkasvatus	pelaajien ikäluokka		
	D-juniorit	C-juniorit	Yhteensä
en kertaakaan	5	12	7
1-3 kertaa	36	32	35
4 tai useammin	59	56	58
Yhteensä	100	100	100
N	(69)	(111)	(180)

$p = .198$

8.2.2 Toteutetun terveystkasvatuksen sisältöalueet

Terveystkasvatuksen sisältöalueista valmentajat käsittelivät useimmin uneen ja lepoon, joukkueen sosiaalisiin suhteisiin sekä ravintoon liittyviä asioita. Valmentajista lähes kaikki olivat käsitelleet uneen ja lepoon liittyviä asioita joukkueensa kanssa. Myös sosiaaliset suhteet, ravinto sekä levon ja rasituksen suhde olivat olleet esillä lähes kaikilla valmentajilla. Selvästi vähiten valmentajat olivat käsitelleet seksi –kysymyksiä. (kuvio 3.)

Päihteitä valmentajat olivat käsitelleet pääasiassa yhdestä kolmeen kertaa. Noin kolmannes valmentajista oli käsitellyt ravintoa sekä vammojen hoitoa ja kuntoutusta kaksi tai kolme kertaa. Eniten eli neljä kertaa tai useammin valmentajat olivat käsitelleet joukkueen sosiaalisia suhteita, uneen ja lepoon liittyviä asioita sekä rasituksen ja levon suhdetta. (kuvio 3.)



Kuvio 3. Terveyskasvatuksen sisältöalueiden käsittely määrät (%), (N = 172 - 189).

Käsitellyistä sisältöalueista nuuskan käytöstä keskustelemiseen oli yhteydessä selvimmin pelaajien syntymävuosi [$\chi^2(2) = 6,36$; $p = .042$]. C-junioreiden valmentajat olivat käsitelleet nuuska-asioita yleisimmin neljä kertaa tai useammin, kun taas D-junioreiden valmentajat yleisimmin kaksi tai kolme kertaa.

Hygieniasioita olivat muita useammin käyneet läpi vanhemmat ($r = .18$; $p = .001$), avio- tai avoliitossa asuneet [$\chi^2(3) = 8,00$; $p = .046$] sekä D-junioreiden [$\chi^2(3) = 12,00$; $p = .007$] valmentajat. Väkivallasta olivat useimmin keskustelleet korkeamman koulutuksen saaneet [$\chi^2(3) = 11,62$; $p = .009$] valmentajat. Alkoholisioita käsitelivät muita useammin kokeneemmat valmentajat ($r = .20$; $p = .030$). Lisäksi huumeasioita olivat muita useammin käsitelleet vanhemmat ($r = .29$; $p < .001$), avio- tai avoliitossa asuvat [$\chi^2(3) = 9,29$; $p = .026$] sekä kokeneemmat ($r = .22$; $p = .015$) valmentajat (taulukko 6.).

Taulukko 6. Huumeasioiden käsittelykerrat valmentajien iän mukaan (%).

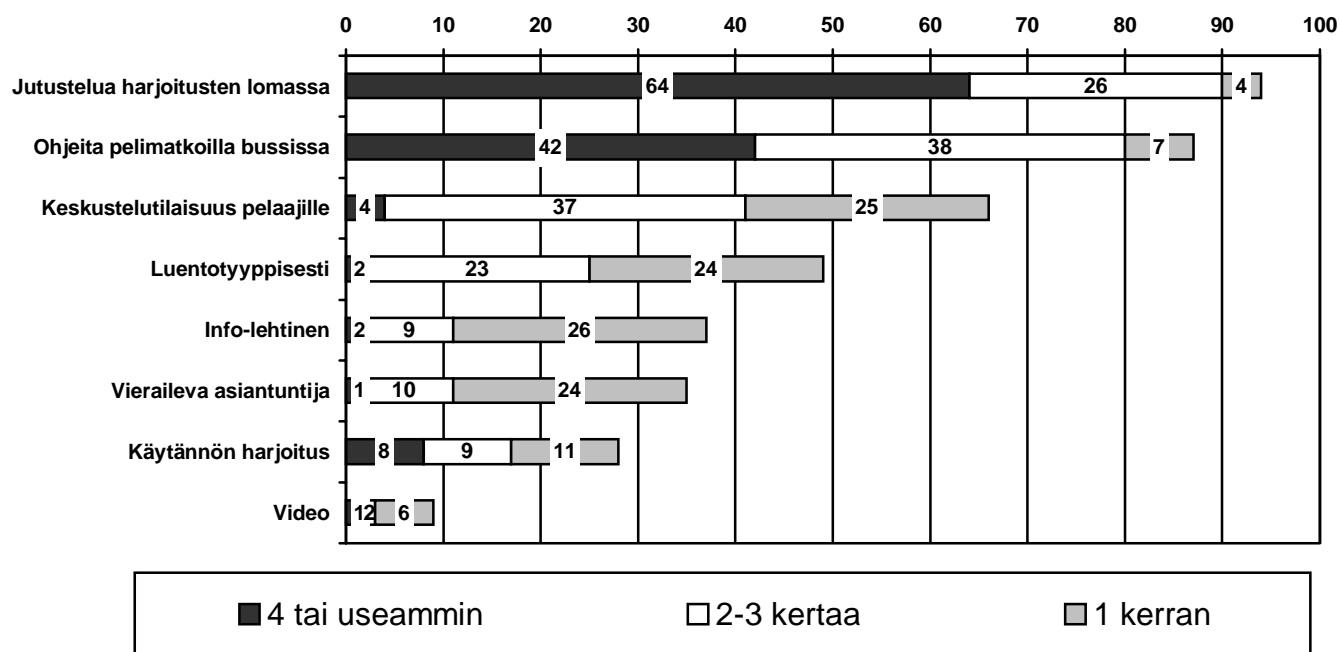
Käsitellyt sisältöalueet: Huumeasiat	Ikä			Yhteensä
	17-29 vuotta	30-39 vuotta	40-61 vuotta	
Ei kertaakaan	56	22	18	28
1 kerran	22	24	26	25
2-3 kertaa	18	33	35	30
4 tai useammin	4	21	21	17
Yhteensä	100	100	100	100
N	(45)	(58)	(84)	(187)

$p < .001$

8.2.3 Terveyskasvatuksen toteuttamistavat

Valmentajilta kysyttiin, millä tavalla he olivat terveystasvatusta toteuttaneet. Pääasiassa valmentajat olivat keskustelleet terveystasvatustasasioista pelaajien kanssa harjoituksissa. Toisaalta lähes kaikki olivat antaneet pelaajille ohjeita pelimatkoilla bussissa. Nämä kaksi tapaa olivat olleet myös määrällisesti useimmin käytetyt toteuttamistavat. (kuvio 4.)

Hieman edellisiä vähemmän valmentajat olivat pitäneet keskustelutilaisuuksia pelaajille. Noin puolet valmentajista olivat käyneet pelaajillensa terveystasvatustasasioita luentotyypisesti ja kolmasosa oli käyttänyt apunaan vierailevaa asiantuntijaa. Tosin näitä tapoja oli käytetty pääasiassa vain kerran. (kuvio 4.)



Kuvio 4. Terveyskasvatuksen toteuttamistavat ja niiden soveltamisen useus (%), (N = 171 - 188).

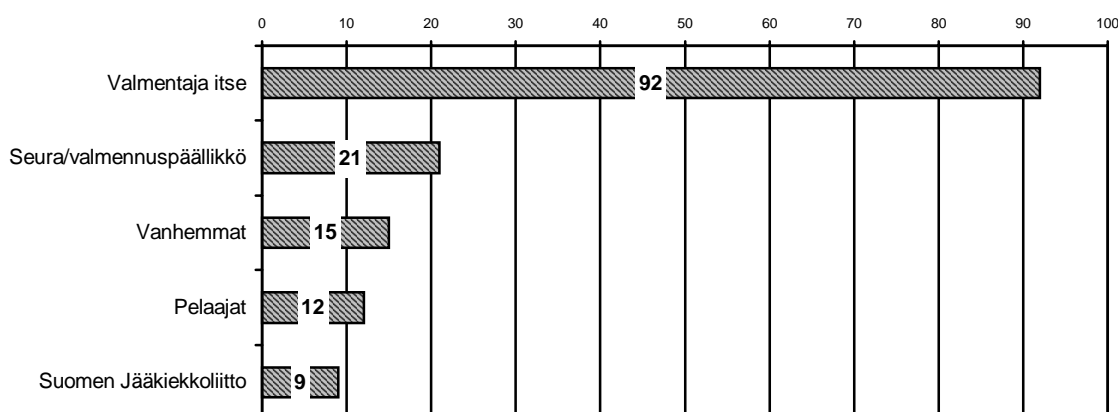
Terveyskasvatuksen toteuttamistapojen ja taustamuuttujien väliltä ei löytynyt tilastollisesti merkitseviä riippuvuuksia. Joitain suuntaa antavia riippuvuuksia löytyi, mutta tästä osiosta ei ole järkevää tehdä tilastollisia analyysejä. Suuntaa antavien riippuvuuksien perusteella ei voida tehdä perusjoukkoa koskevia yleistyksiä siitä, mitkä tekijät olivat yhteydessä valmentajien toteuttamistapoihin. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että valmentajien valitsemat toteuttamistavat olivat valmentajakohtaisia ja riippuivat esimerkiksi valmentajan omasta kiinnostuksesta asiaa kohtaan.

8.2.4 Aloite terveystkasvatuksen toteuttamisesta

Kysymyksellä 17. pyrittiin selvittämään sitä, kenen aloitteesta terveystkasvatusta oli valmennustoiminnassa toteutettu. Valmentajista 92% oli toteuttanut terveystkasvatusta omasta aloitteestaan useimmiten tai aina. Muut vaihtoehtoiset aloitteentekijät olivat olleet melko passiivisia. Seura tai valmennuspäällikkö ei ollut koskaan toiminut terveystkasvatuksen aloitteentekijänä joka toiselle tai oli kehottanut harvoin kolmasosaa valmentajista. (kuvio 5.)

Vanhemmat tai pelaajat olivat olleet aloitteentekijöinä useimmiten tai aina noin joka kolmannella valmentajalla. Toisin sanoen vanhemmista tai pelaajista suurin osa eivät olleet tehneet aloitetta koskaan tai olivat tehneet sen harvoin. Vanhemmat eivät useimmiten olleet myöskään toivoneet erityisesti terveyskasvatukseen liittyviä asioita toteutettaviksi joukkueentoiminnassa. Valmentajista kolme neljäsosaa vastasi, etteivät vanhemmat olleet toivoneet toteutettavaksi mitään terveyskasvatukseen liittyvää (kysymys 20.).

Suomen Jääkiekkoliiton valmentajat kokivat passiivisimmaksi aloitteentekijäksi. Kaksi kolmesta valmentajasta vastasi, ettei SJL ole koskaan tehnyt aloitetta terveyskasvatusasioissa. Lisäksi kolmannes kertoi SJL:n tehneen aloitteen harvoin.



Kuvio 5. Terveyskasvatuksen aloitteentekijöinä useimmiten tai aina toimineet (%), (N = 181 - 187).

Valmentajat toteuttivat terveyskasvatusta useimmiten omasta aloitteestaan. Etenkin koulutuksella [$\chi^2(1) = 4,71$; $p = .037$] ja valmennuskokemuksella ($r = .16$; $p = .039$) oli myös tilastollisesti melkein merkitsevää korrelaatiota oman aloitteen suhteen. Toisin sanoen korkeamman koulutuksen saanut ja kokeneempi valmentaja teki itse muita useammin aloitteen terveyskasvatuksesta. Peruskoulutuksen saaneista valmentajista 89% ja ylioppilastutkinnon tai sitä korkeamman koulutuksen saaneista 97% toteutti terveyskasvatusta

useimmiten tai aina omasta aloitteesta. Valmentajien koulutustaso oli yhteydessä myös pelaajien aloitteen määrään [$\chi^2(1) = 6,69$; $p = .013$]. Peruskoulutuksen saaneet vastasivat muita useammin pelaajien tekemän aloitteen terveyskasvatuksesta.

Suomen Jääkiekkoliitto (SJL) oli aloitteentekijänä valmentajien mielestä passiivisin. Etenkin jatkokoulutuksen saaneista valmentajista lähes kaikki sanoivat, ettei SJL ollut tehnyt aloitetta koskaan tai oli tehnyt sen harvoin [$\chi^2(1) = 5,10$; $p = .038$]. Toisaalta kokeneemmat valmentajat katsoivat SJL:n tehneen aloitteen hieman muita useammin ($r = .17$; $p = .033$). Kokeneemmista valmentajista kymmenesosa ja 1-6 vuotta valmentaneista muutama sanoi SJL:n tehneen aloitteen terveyskasvatusasioissa useimmiten tai aina.

Pelaajien ikäluokka ei ollut juurikaan yhteydessä eri aloitteentekijöiden aktiivisuuden kanssa. Ainoastaan vanhempien ja Suomen Jääkiekkoliiton aloitteen ja pelaajien syntymävuoden väliltä löytyi heikko yhteys. Esimerkiksi D – junioreiden vanhemmat olivat olleet aloitteentekijöinä hieman C – junioreiden vanhempia aktiivisempia. Ryhmien erot eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä. (taulukko 7.)

Taulukko 7. Vanhempien aloite terveyskasvatuksesta pelaajien ikäluokan mukaan (%).

Vanhempien aloite	Pelaajien ikäluokka		
	D-juniorit	C-juniorit	Yhteensä
ei koskaan tai harvoin	83	90	86
Useimmiten tai aina	17	10	14
Yhteensä	100	100	100
N	(109)	(71)	(180)

$p = .158$

8.2.5 Valmentajien sopimat asiat vanhempien ja pelaajien kanssa

Kysymyksillä 18 ja 19 pyrittiin selvittämään, mistä terveyskäyttäytymiseen liittyvistä asioista valmentajat olivat sopineet vanhempien ja pelaajien kanssa joukkueen toiminnan ajaksi. Useimmin vanhempien kanssa oli sovittu pelaajien kannustamisesta. Myös karamellien yms. ostorajoituksesta pelimatkoille oli sovittu useiden valmentajien joukkueissa. Sen sijaan päihteettömydestä, nuuskattomuudesta tai tupakoimattomuudesta oli vanhempien kanssa sovittu harvemmin eli noin joka toisen valmentajan joukkueessa. (taulukko 8.)

Pelaajien kanssa valmentajat olivat sopineet asioita useammin, kuin vanhempien kanssa. Toisten pelaajien kannustamisesta oli sopinut lähes jokainen valmentaja. Sopivasta kielenkäytöstä, karamellien yms. ostorajoituksesta pelimatkoille sekä henkilökohtaisesta hygieniasta oli sopinut yhdeksän kymmenestä valmentajasta. Myös päihteettömyyden osalta pelaajien kanssa oli sovittu yleisemmin kuin vanhempien kanssa.

Taulukko 8. Valmentajien vanhempien ja pelaajien kanssa sopimat asiat joukkueen toiminnan ajaksi kaudella 2001-2002 pelaajien ikäluokan mukaan (%), (N = 173 - 190).

Sovittu asia	vanhemmat (kyllä) %				pelaajat (kyllä) %			
	D-jun.	C-jun.	Yhteensä	p	D-jun.	C-jun.	Yhteensä	p
Tupakoimattomuus	66	43	56	**	80	89	84	-
Nuuskattomuus	59	32	48	***	78	87	82	-
Päihteettömyys	73	51	64	**	78	89	83	-
Sopiva kielenkäyttö	84	60	74	***	99	86	94	***
Pelaajien kannustus / toisten kannustus	91	77	85	**	100	99	99,5	-
Karamellien yms. Ostorajoitus pelimatkoille	90	59	76	***	96	86	93	*
Nukkumaanmeno ajat	72	46	62	***	87	82	85	-
Varusteiden puhtaudesta huolehtiminen	-	-	-	-	89	81	86	-
Henkilökohtainen hygienia	-	-	-	-	96	84	91	**
N	173-188				177-190			

p * = .05 ** = .01 *** = tai < .001

Valmentajien haluan sopia terveyskasvatuksellisista asioista vanhempien kanssa vaikuttivat heidän ikänsä, siviilisäätynsä, omien lastensa lukumäärä, koulutustasonsa, jääkiekkokoulutustasonsa sekä pelaajien syntymävuosi. Pe-

laajien syntymävuosi oli yhteydessä kaikkien vanhempien kanssa sovittujen asioiden kanssa.

Valmentajan ikä oli yhteydessä siihen, että valmentaja oli sopinut vanhempien kanssa pelaajien kannustamisesta [$\chi^2(2) = 7,44$; $p = .024$], karamellien yms. ostarajoituksesta pelimatkoille [$\chi^2(2) = 11,02$; $p = .004$] sekä nukkumaanmenoajoista [$\chi^2(2) = 12,24$; $p = .002$]. Esimerkiksi vanhimman ikäryhmän valmentajista 93% oli sopinut vanhempien kanssa pelaajien kannustamisesta, kun nuorimman ikäluokan valmentajista tämän oli tehnyt 76%.

Omien lasten lukumäärä heijastui sovituista asioista etenkin pelaajien kannustamiseen [$\chi^2(2) = 10,22$; $p = .006$] ja karamellien yms. ostarajoitukseen pelimatkoille [$\chi^2(2) = 8,89$; $p = .012$] siten, että useampia lapsia omaavat valmentajat olivat sopineet ko. asioista yleisimmin. Korrelaatioista pelaajien kannustus oli tilastollisesti merkitsevä ja karamellien ostarajoitus melkein merkitsevä. Valmentajien siviilisäädyllä oli yhteyttä vanhempien kanssa sovituista asioista nukkumaanmeno aikoihin [$\chi^2(1) = 5,26$; $p = .026$]. Toisin sanoen avio- tai avoliitossa asuneet valmentajat olivat sopineet nukkumaanmeno ajoista muita useammin.

Koulutustaso oli yhteydessä tupakoimattomuuden [$\chi^2(1) = 7,40$; $p = .008$], karamellien ostarajoituksen pelimatkoille [$\chi^2(1) = 6,97$; $p = .011$] sekä nukkumaanmeno aikojen [$\chi^2(1) = 7,48$; $p = .007$] sopimiseen siten, että peruskoulutuksen saaneet valmentajat olivat sopineet ko. asioista muita useammin. Jääkiekkokoulutus oli yhteydessä kahden asian sopimisen kanssa. LOK – kurssin käyneet valmentajat olivat sopineet vanhempien kanssa sopivan kielenkäytön [$\chi^2(1) = 6,92$; $p = .010$] ja karamellien ostarajoituksen [$\chi^2(1) = 8,19$; $p = .004$] toteuttamisesta NVT-Amvt –kurssien käyneitä useammin.

Pelaajien syntymävuosi oli yhteydessä kaikkiin kysytyihin valmentajien ja vanhempien välillä sovittuihin asioihin (taulukko 8.). Tilastollisesti erittäin merkitsevää riippuvuutta pelaajien syntymävuodella oli nuuskattomuuden [$\chi^2(1) = 12,45$], sopivan kielenkäytön [$\chi^2(1) = 12,99$], karamellien yms. ostarajoituk-

sen pelimatkoille [$\chi^2(1) = 23,85$] sekä nukkumaanmeno aikojen [$\chi^2(1) = 10,94$] kanssa. Lisäksi pelaajien syntymävuosi oli yhteydessä merkitsevästi tupakoimattomuuden [$\chi^2(1) = 9,43$], päihteettömyyden [$\chi^2(1) = 9,25$] sekä pelaajien kannustamisen [$\chi^2(1) = 7,03$] kanssa. Yhteydet olivat negatiivisia, joka tässä tarkoittaa sitä, että mitä nuorempia pelaajat olivat, sitä useammin valmentajat olivat sopineet esim. nuuskattomuudesta vanhempien kanssa (taulukko 9.).

Taulukko 9. Valmentaja sopinut nuuskattomuudesta vanhempien kanssa pelaajien ikäluokan mukaan (%).

Sovittu vanhempien kanssa: Nuuskattomuus	Pelaajien ikäluokka		
	D-juniorit	C-juniorit	Yhteensä
kyllä	59	32	48
Ei	41	68	52
Yhteensä	100	100	100
N	(109)	(72)	(181)

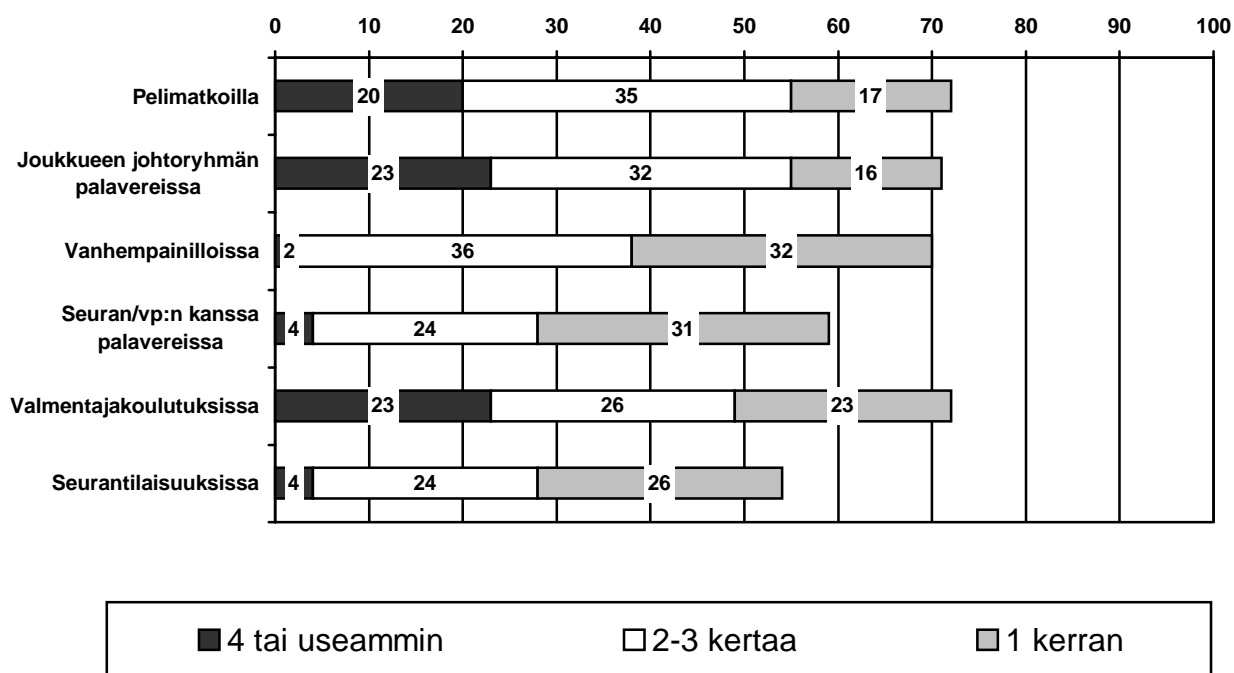
$p < .001$

Valmentajat olivat sopineet pelaajien kanssa useammin eri asioista kuin vanhempien. Silti pelaajien kanssa sovituista asioista löytyi ainoastaan muutamia riippuvuuksia taustamuuttujiin. Pelaajien syntymävuosi oli yhteydessä siihen, kuinka usein valmentajat olivat sopineet pelaajien kanssa sopivasta kielenkäytöstä [$\chi^2(1) = 13,39$], karamellien ostopajoituksesta [$\chi^2(1) = 6,64$] sekä henkilökohtaisesta hygieniasta [$\chi^2(1) = 7,59$, $p = .008$]. Pelaajien syntymävuoden ja sopivan kielenkäytön korrelaatio oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. (taulukko 8.)

8.2.6 Tilaisuudet, joissa terveyskasvatusasioista keskusteltiin aikuisten kesken

Tällä tutkimuksella selvitettiin myös sitä, minkälaisissa yhteyksissä aikuisten kesken (valmentaja ja vanhemmat) oli terveyskasvatusaiheista tai niiden tarpeellisuudesta keskusteltu. Kolme neljästä valmentajasta oli käynyt tätä kes-

kustelua ainakin kerran pelimatkoilla, joukkueen johtoryhmien palavereissa sekä vanhempainilloissa. Neljä kertaa tai useammin nämä aiheet olivat olleet esillä pelimatkoilla sekä joukkueen johtoryhmien palavereissa viidesosalla valmentajista. Joka toisen valmentajan mukaan terveystkasvatusasioista ei oltu keskusteltu kertaakaan seurantilaisuuksissa eikä valmentajakoulutuksissa. (kuvio 6.)



Kuvio 6. Tilaisuudet, joissa terveystkasvatuskysymyksistä keskusteltiin aikuisten kesken (%), (N = 174 – 186).

Valmentajan ikä oli yhteydessä siihen, kuinka paljon terveystkasvatusasioista oli keskusteltu vanhempainilloissa. Tilastollisesti tämä korrelaatio oli erittäin merkitsevä ($p < .001$) ja positiivinen ($r = .22$): mitä vanhempi valmentaja, sitä useammin vanhempainilloissa oli keskusteltu terveystkasvatuksesta. (taulukko 10.)

Taulukko 10. Terveyskasvatuksen keskustelukerrat vanhempainiloissa valmentajien iän mukaan (%).

Terveyskasvatuksesta				
Keskusteltu Vanhempainiloissa	Ikä			Yhteensä
	17-29 vuotta	30-39 vuotta	40-61 vuotta	
en kertaakaan	52	26	18	29
1 kerran	27	25	40	32
2 tai useammin	21	49	42	39
Yhteensä	100	100	100	100
N	(44)	(59)	(82)	(185)

$p < .001$

Valmentaja, joka eli avo- tai avioliitossa oli keskustellut terveystasvatusasioista vanhempainiloissa useammin, kuin muut valmentajat [$\chi^2(2) = 9,31$; $p = .009$]. Myös valmentajien omien lasten lukumäärällä oli merkitystä siihen, miten usein he olivat keskustelleet terveystasvatusasioista seuran tai valmennuspäällikön ($r = .15$; $p = .010$) sekä vanhempien ($r = .29$; $p = .002$) kanssa. Useimmin tätä keskustelua olivat käyneet useampia lapsia omaavat valmentajat.

Suomen Jääkiekkoliiton NVT-Amvt kurssseja suorittaneet valmentajat vastasivat käyneensä useammin keskusteluja terveystasvatuksesta valmentajakoulutuksissa [$\chi^2(2) = 6,59$; $p = .037$] sekä joukkueenjohtoryhmissä [$\chi^2(2) = 8,65$; $p = .013$]. NVT-Amvt –kurssseja käyneistä valmentajista puolet olivat käyneet keskustelua terveystasvatuksesta valmentajakoulutuksissa vähintään kaksi kertaa. Sitä vastoin LOK –kurssin käyneistä suurin osa sanoi, ettei ollut käynyt tätä keskustelua valmentajakoulutuksissa kertaakaan.

Pelaajien syntymävuosi ei juurikaan ollut yhteydessä siihen, kuinka aktiivisesti terveystasvatuksesta oli keskusteltu eri tilaisuuksissa. Ainoastaan tilastollisesti suuntaa antava tulos [$\chi^2(2) = 5,80$; $p = .055$] löytyi valmentajan ja vanhempien vanhempainiloissa terveystasvatuksesta käydyistä keskusteluista. Ne olivat olleet yleisempiä D- kuin C –junioreiden valmentajilla.

8.3 Valmentajien mielipiteet, asenteet ja käsitykset terveystasvatuksesta

Tämän osion kysymyksillä pyrittiin samaan selville valmentajien asenteita terveystasvatuksen suhteen. Mielenkiintoinen tulos oli se, että yli puolet valmentajista katsoi parhaan auktoriteetin olevan valmentajilla ja lähes kaikki sanoivat suurimman vastuun olevan vanhemmilla.

Kysymysten 25. ja 26. väittämiin valmentajien vastaukset olivat pääasiassa terveystasvatustasmyönteisiä. Esimerkiksi väitteestä 25 a), terveystasvatustasdot ovat tärkeä osa valmentajuutta, oli suurin osa valmentajista täysin samaa tai samaa mieltä. Lisää terveystasvatustasasioita juniorijääkiekkoon sisällyttäisi yhdeksän kymmenestä valmentajasta.

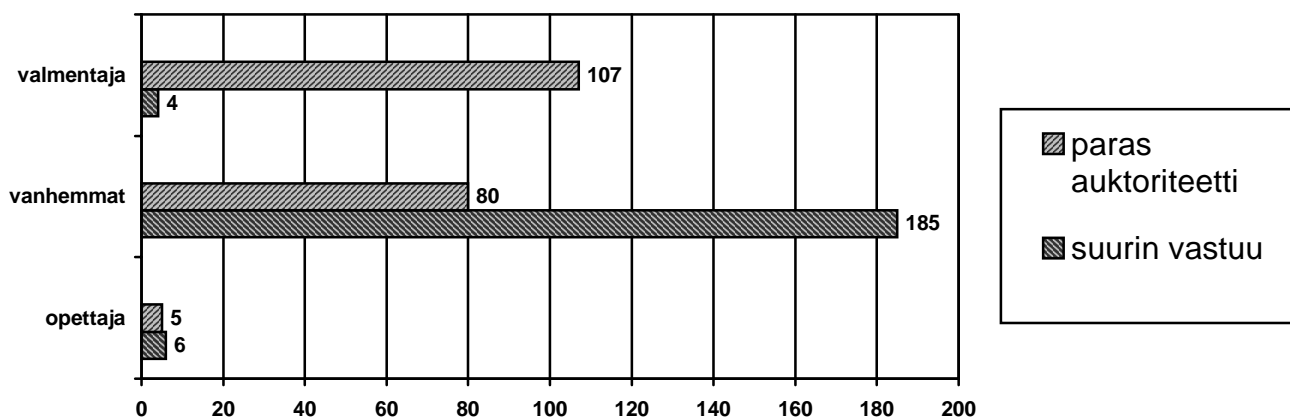
8.3.1 Paras auktoriteetti ja terveystasvatustasellinen vastuu

Kysymyksillä 21. ja 23. pyrittiin selvittämään valmentajien käsitystä parhaasta auktoriteetista nuorilla sekä terveystasvatustasellisesta vastuusta kolmen muuttujan suhteen. Muuttajat olivat vanhemmat (koti), opettaja (koulu) ja valmentaja (harrastus). Muuttujien vertailussa saattavat jotkut prosentiosuudet yhteenlaskettuina ylittää 100%, koska osa valmentajista vastasi esim. parhaan auktoriteetin olevan kaikilla muuttujilla.

Valmentajien mielestä paras auktoriteetti nuoriin oli heillä itsellään, toiseksi paras vanhemmilla ja kolmanneksi paras opettajilla. Toisaalta hieman alle puolet valmentajista katsoi parhaan auktoriteetin olevan vanhemmilla. (kuvio 7.)

Terveystasvatustasellinen vastuu oli valmentajien mielestä vanhemmilla. Heistä lähes kaikki sanoivat suurimman vastuun olevan vanhemmilla. Toiseksi suurin vastuu oli valmentajien mielestä opettajilla ja kolmanneksi suurin valmentajalla. (kuvio 7.)

Kuviossa 7. on tarkasteltu parhaan auktoriteetin ja suurimman terveystasvatuksellisen vastuun jakautumista. Kuviota tarkisteltaessa on huomioitava se, että jotkut valmentajista olivat vastanneet kunkin muuttujan kohdalla esim. olevan suurin vastuu, joten summafrekvenssit nousevat tällöin yli vastaajien määrän.



Kuvio 7. Paras auktoriteetti ja suurin terveystasvatuksellinen vastuu (f), (N = 188 – 189).

Vastuuvalmentajat pitivät valmentajaa parhaana auktoriteettina valmentajia ja maalivahtivalmentajia useammin [$\chi^2(2) = 7,31; p = .026$]. Myös valmennuskokemus ($r = -.19; p = .040$) korreloi siten, että pidemmän valmennuskokemuksen omaavat valmentajat pitivät valmentajaa muita useammin parhaana auktoriteettina (huom. muuttujien koodaus on tässä käänteinen). Suurimman terveystasvatuksellisen vastuun osalta ei riippuvuuksia löytynyt, joten valmentajien vastauksia vastuun osalta ei voitu korrelaatioilla selventää.

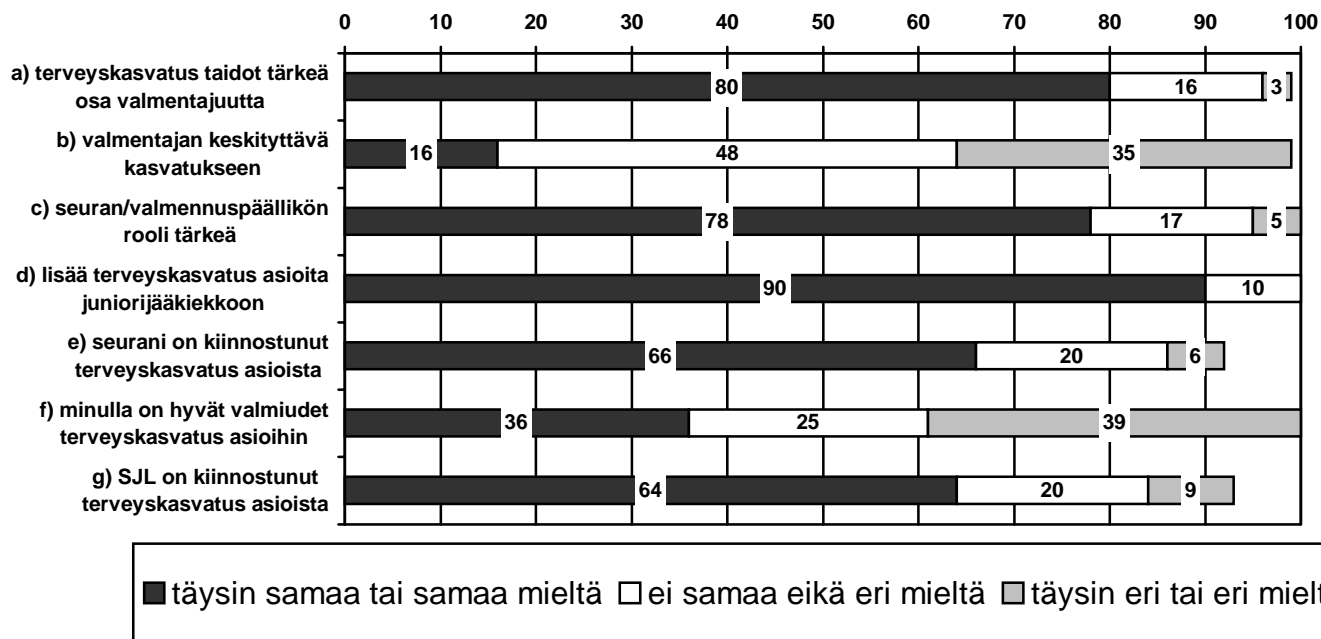
8.3.2 Valmentajien mielipiteitä ja asenteita terveystasvatuksesta

Kysymyksessä 25. valmentajille esitettiin seitsemän väitteitä, jotka olivat etukäteen strukturoituja. Näihin valmentajat saattoivat valita vastauksensa viisiportaisista vaihtoehdoista. Vaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, samaa mieltä, ei samaa eikä eri mieltä, eri mieltä sekä täysin eri mieltä. Tulkinnan helpottamiseksi väitteet on analysointivaiheessa käännetty terveystasvatustymyönteisiksi. Vastausvaihtoehdot yhdistettiin tilastollisen todennäköisyyden

parantamiseksi kolmeen luokkaan 1) täysin samaa tai samaa mieltä, 2) ei samaa eikä eri mieltä sekä 3) täysin eri tai eri mieltä.

Väitteestä terveystkasvatukselliset taidot ovat tärkeä osa valmentajuutta, suurin osa valmentajista oli täysin samaa tai samaa mieltä. Vain pieni osa oli eri mieltä ja täysin eri mieltä ei ollut kukaan. Väite ”valmentajan tulisi keskittyä kasvatuksellisiin asioihin enemmän kuin jääkiekkotaitoihin” jakoi mielipiteitä enemmän. Valmentajista kolmannes oli täysin eri tai eri mieltä. Lisäksi hieman alle puolet valmentajista ei osannut sanoa mielipidettään tähän väitteeseen. Seuran ja valmennuspäällikön roolia terveystkasvatusasioissa valmentajat pitivät tärkeänä. Lisää terveystkasvatusasioita juniorijääkiekkoon sisällyttäisi yhdeksän kymmenestä valmentajasta. Lisäksi kaksi kolmasosaa valmentajista katsoi oman seuransa sekä Suomen Jääkiekkoliiton olevan kiinnostunut terveystkasvatusasioista. (kuvio 8.)

Omat valmiutensa terveystkasvatusasioihin katsoi hyväksi kolmannes valmentajista. Toisaalta hieman alle puolet valmentajista oli tästä väitteestä täysin eri tai eri mieltä eli he kokivat tarvitsevansa lisää valmiuksia (kuvio 8). Lisätietoa terveystkasvatukseen liittyvistä asioista kaipasi 43% valmentajista (kysymys 24.). Eniten valmentajat kaipasivat lisätietoa ravintoon liittyvistä asioista. Lisäksi lisätietoa haluttiin kaikesta, urheiluvammoista, fyysisen harjoittelun vaikutuksista kasvuun sekä huumeista/päihteistä.



Kuvio 8. Valmentajien mielipiteitä ja asenteita terveyskasvatuksesta osana juniorijääkiekkoa (%), (N = 176 – 190).

Kysymyksen 25. kohdalta löytyi korrelaatioita valmentajien väittämien vastauksiin heidän koulutuksen, jääkiekkokoulutuksen ja tehtävän joukkueessa osalta. Koulutus korreloi tilastollisesti merkitsevästi väittämien a) [$\chi^2(2) = 9,57$; $p = .008$] ja f) [$\chi^2(2) = 10,96$; $p = .004$] kanssa sekä melkein merkitsevästi väittämien d) [$\chi^2(1) = 6,11$; $p = .023$] ja g) [$\chi^2(2) = 6,80$; $p = .033$] kanssa. Yhteydet olivat sen suuntaisia, että esimerkiksi korkeamman koulutuksen saaneet kokivat omat terveyskasvatukselliset valmiutensa hyviksi useammin kuin alemman koulutuksen saaneet.

Jääkiekkokoulutus korreloi tilastollisesti melkein merkitsevästi väittämien c) [$\chi^2(2) = 6,07$; $p = .048$], e) [$\chi^2(2) = 7,70$; $p = .021$] ja f) [$\chi^2(2) = 6,04$; $p = .049$] kanssa. Myös nämä yhteydet olivat sen suuntaisia, että esimerkiksi korkeamman jääkiekkokoulutuksen (NVT-Amvt) saaneet valmentajat kokivat omat terveyskasvatukselliset valmiutensa hyviksi useammin kuin Lok -kurssin käyneet.

Vastuuvalmentajien vastausten kohdalta löytyi tilastollisesti merkitsevää riippuvuutta väittämässä e) [$\chi^2(2) = 9,77$; $p = .008$]. Tämä tarkoittaa sitä, että vastuuvalmentajat kokivat seuransa olevan kiinnostunut terveyskasvatuksen kehittämistä osana valmennustoimintaa useammin, kuin valmentajat tai maalivahtivalmentajat. Tilastollisesti melkein merkitsevää riippuvuutta löytyi tehtävän joukkueessa ja ”minulla on hyvät valmiudet terveyskasvatuksellisiin asioihin” väliltä (väittämä f), [$\chi^2(2) = 7,41$; $p = .025$]. Toisin sanoen vastuuvalmentajat myös kokivat valmiutensa hyviksi valmentajia ja maalivahtivalmentajia useammin.

8.3.3 Valmentajien käsityksiä terveyskasvatuksesta

Kysymyksessä 26. valmentajille esitettiin 16 väittämää (liite 4.), joihin he saattoivat vastata viisiportaisesti samoin kuin kysymyksen 25. kohdalta eli täysin samaa-, samaa-, ei samaa eikä eri-, eri- tai täysin eri mieltä. Väittämien avulla pyrittiin selvittämään valmentajien käsityksiä terveyskasvatuksesta osana valmennustoimintaa.

Jotkin väittämät saattoivat kysyä saman ominaisuuden eri osa-alueita ja tästä syystä niistä muodostettiin summamuuttujia pääkomponenttianalyysin avulla (taulukko 11.). Summamuuttujilla parannettiin tutkimuksen reliabiliteettia ko. muuttujien kohdalta, koska uuteen summamuuttujaan valittiin samaa käsitystä kuvanneet muuttujat (Valli 2001, 92-97). Lisäksi summamuuttujien avulla saatiin yleiskuva muuttujiin liittyvistä tekijöistä ja niiden välisistä tekijöistä (Heikkilä 2001, 248-249).

Pääkomponenttianalyysin perusteella muuttujajoukosta luotiin kolme uutta summamuuttujaa. Myös SPSS –ohjelman pääkomponenttianalyysin ominaisarvotarkastelu antoi saman kolmen faktorin suosituksen. Kolmella faktorilla voidaan tässä selittää 47% muuttujien kokonaisvaihtelusta. Pääkomponenttianalyysia voidaan käyttää erityisesti faktoreiden lukumäärän arvioimisessa (Nummenmaa ym. 1996, 232).

Taulukko 11. Valmentajien terveystieteiden käsitysten faktorirakenne ja lataukset faktoreittain (N = 177 – 190).

Väittämät:	Faktori 1: Valmentajien asenteet	Faktori 2: Muiden tekijöiden vaikutus valmentajaan	Faktori 3: Valmentajan vastuu
a)	.656	-	-.472
b)	.492	.294	-.266
c)	.502	.352	-.101
f)	.672	-	-.229
i)	.541	.173	.118
j)	.542	-	-.104
k)	.605	-.201	.158
m)	.754	-.115	-.259
n)	.508	-	.157
p)	.656	-.171	-.134
d)	-	.820	-
h)	-	.837	-
e)	.312	-.257	.390
g)	.367	.122	.525
l)	.397	-.189	.545
o)	.409	.111	.527

Pääkomponenttianalyysin perusteella muodostettiin kolme summamuuttujaa ja niiden sisäistä konsistenssia tarkasteltiin laskemalla niille reliabiliteettikerroimet eli Cronbachin alfa –arvot. Ensimmäiseen summamuuttujaan kuului kymmenen alkuperäisistä väittämistä (väittämät a, b, c, f, i, j, k, m, n ja p). Ensimmäisen summamuuttujan vaihteluväli oli 10-28, keskiarvo 16,08, mediaani 16 ja Cronbachin alfa .7966. Toiseen summamuuttujaan kuuluivat väittämät d ja h. Sen vaihteluväli oli 2-10, keskiarvo 5,08, mediaani 5 ja Cronbachin alfa .7390. Kolmannessa summamuuttujassa samaa asiaa mittasivat väittämät e, g, l ja o. Kolmannesta summamuuttujasta poistettiin reliabiliteettitarkastelun perusteella väittämät e ja l, joten kolmannen summamuuttujan muodostivat lopulta väittämät g ja o. Kolmannen summamuuttujan vaihteluväli oli 2-10, keskiarvo 3,38, mediaani 3 ja Cronbachin alfa .5256.

Summamuuttujat nimettiin pääkomponenttianalyysissä korkeimpia latauksia saaneiden väittämien perusteella. Ensimmäinen summamuuttuja nimettiin valmentajien asenteita koskevaksi. Toisen summamuuttujan väittämät kuvasivat muiden tekijöiden vaikutusta valmentajan toimintaan. Kolmannen sum-

mamuuttujan väittämät kuvasivat valmentajan vastuuta lasten ja nuorten terveysterveyskasvatuksesta.

Summamuuttajat olivat jakaumaltaan vinoja. Valmentajan asenteita kuvanneessa summamuuttujassa jakauma oli selvästi terveysterveyskasvatusmyönteinen. Esimerkiksi väitteestä ”valmentajan omalla käyttäytymisellä on vaikutusta nuorten käyttäytymiseen” 96% valmentajista oli täysin samaa tai samaa mieltä. Muiden tekijöiden vaikutus valmentajan toimintaan jakoi mielipiteitä enemmän. Suurin osa valmentajista oli kuitenkin täysin samaa tai samaa mieltä siitä, että muut tekijät vaikuttavat valmentajan halukkuuteen toteuttaa terveysterveyskasvatusta. Toisaalta viidesosa katsoi, ettei muilla tekijöillä ole vaikutusta valmentajan toimintaan. Valmentajan vastuusta oltiin lähes yksimielisiä. Esimerkiksi 81% oli sitä mieltä, ettei valmentajien ja joukkueenjohtajien tulisi tupakoida pelaajien nähden. Tästä asiasta mielipidettään ei osannut sanoa joka kymmenes ja täysin eri tai eri mieltä oli 2% valmentajista.

Jotta summamuuttujia voitiin vertailla taustamuuttujiin, niistä muodostettiin kaksiluokkaisia muuttujia jakamalla ne kahteen osaan mediaanin kohdalta. Tällöin esimerkiksi valmentajien asenteita kuvaavassa summamuuttujassa ensimmäinen luokka tarkoitti vastauksista niitä valmentajia, jotka olivat keskimääräistä terveysterveyskasvatusmyönteisempiä. Ja vastaavasti toinen niitä valmentajia, jotka olivat keskimääräistä terveysterveyskasvatuskielteisempiä. Näitä uudelleen luokiteltuja summamuuttujia käytettiin vertailtaessa niitä taustamuuttujien suhteen.

Summamuuttujien ja taustatekijöiden tarkastelu osoitti, että iäkkäämmät ($r = -.17$; $p = .054$) ja korkeamman koulutustason omanneet [$\chi^2(1) = 4,60$; $p = .038$] valmentajat olivat muita terveysterveyskasvatusmyönteisempiä. Tosin iän suhteen yhteys oli tilastollisesti vain suuntaa antava. Muiden summamuuttujien (muiden tekijöiden vaikutus valmentajaan ja valmentajan vastuu) yhteydet taustamuuttujiin eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Valmentajien asenteet terveysterveyskasvatuksesta heijastuivat myös siihen, millaiseksi he kokivat valmentajan vastuun terveysterveyskasvatusasioissa. Terveysterveyskas-

vatusmyönteisemmät asenteet omaavat valmentajat kokivat valmentajalla olevan myös suuremman vastuun lasten ja nuorten terveystieteistä (r = .27; p = .001).

8.4 Valmentajien koettu terveys ja terveystottumukset

Valmentajien terveystottumuksia kysyttiin kolmella kysymyksellä. Niillä selvitetiin valmentajien oman terveyden kokemista, tupakointia sekä nuuskan käyttöä.

8.4.1 Valmentajien koettu terveys

Valmentajilta kysyttiin, miten he kokevat oman terveytensä tällä hetkellä. Suurin osa heistä koki sen olevan erittäin hyvä tai hyvä. Lisäksi kahdeksan prosenttia koki terveytensä olevan kohtalainen. Kukaan valmentajista ei kokenut omaa terveyttään melko huonoksi tai huonoksi. Valmentajista oman terveytensä koki erittäin hyväksi tai hyväksi useimmin nuoremmat (r = .18; p = .038) ja vähemmän valmennuskokemusta (r = .18; p = .023) omaavat valmentajat.

8.4.2 Valmentajien tupakointi

Valmentajien tupakoinnista kysyttiin neliportaisella strukturoidulla kysymyksellä. Vastausvaihtoehdot olivat päivittäin, viikoittain, harvemmin kuin 1 kertaa viikossa ja en polta. Valmentajista neljännes tupakoi ja heistä 13% päivittäin. Toisaalta kolme neljäsosaa valmentajista ei tupakoinut.

8.4.3 Valmentajien nuuskan käyttö

Valmentajien nuuskan käytöstä kysyttiin neliportaisella strukturoidulla kysymyksellä. Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin tupakointikysymyksessä. Valmentajista hieman yli kymmenesosa käytti nuuskaa. Heistä 8% käytti sitä

päivittäin ja 5% viikoittain tai harvemmin. Toisaalta 81% valmentajista ei käyttänyt nuuskaa.

Tilastollisesti erittäin merkitseviä riippuvuuksia nuuskan käyttöön oli valmentajan iän ($r = .36$; $p < .001$, taulukko 12.) ja siviilisäädyn [$\chi^2(1) = 13,74$; $p = .001$] osalta. Merkitsevästi nuuskan käyttöön vaikutti omien lasten lukumäärä ($r = .26$; $p = .003$). Toisin sanoen valmentajista nuuskaa käytti useimmin nuoret, ei avo- tai avioliitossa elävät sekä ei omia lapsia omaavat. Esimerkiksi noin kolmannes 17-29 –vuotiaista, yksin elävistä ja lapsettomista valmentajista käytti nuuskaa.

Taulukko 12. Valmentajien nuuskankäyttö iän mukaan (%).

Valmentajien Nuuskankäyttö	Ikä			Yhteensä
	17-29 vuotta	30-39 vuotta	40-61 vuotta	
Käyttää päivittäin	23	7	1	8
Käyttää viikoittain	7	4	-	3
Käyttää harvoin	3	4	-	2
ei käytä nuuskaa	67	85	99	87
Yhteensä	100	100	100	100
N	(40)	(56)	(79)	(175)

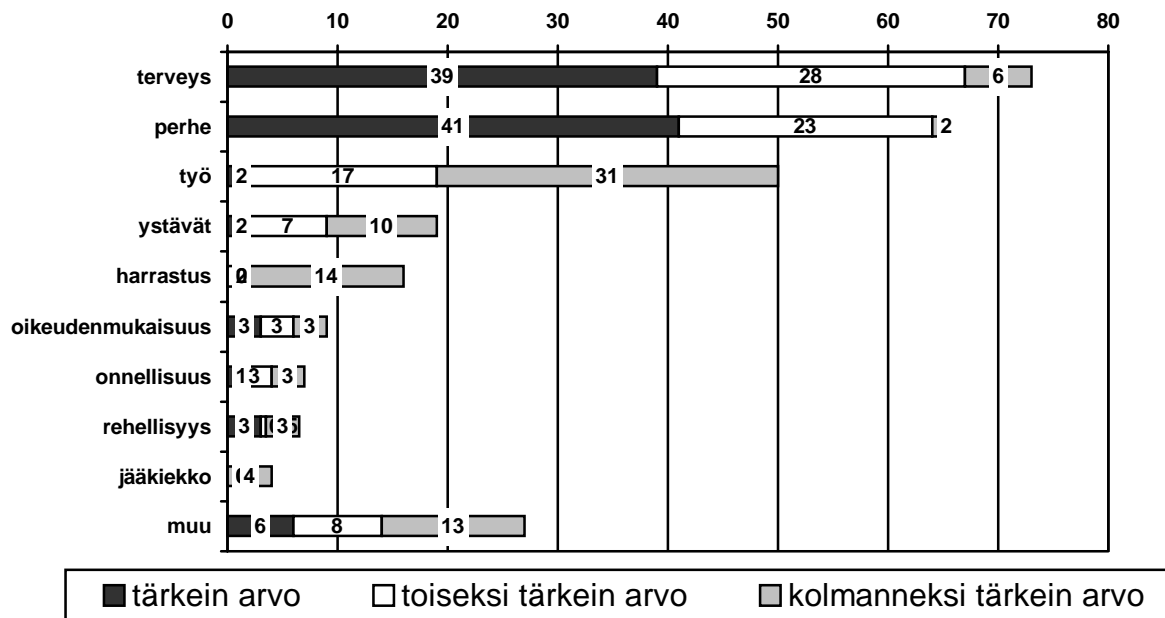
$p < .001$

8.4.4 Valmentajien elämänarvot

Valmentajilta kysyttiin heidän kolmea tärkeintä elämänarvoaan. Vastauksien alkuperäinen hajonta oli suuri, joten vastaukset luokiteltiin uudestaan ryhmiin samantapaisten vastausten perusteella. Ryhmiä muodostui lopulta kymmenen. Kolmen tärkeimmän elämänarvon joukkoon valmentajat kertoivat kuuluvan terveyden, perheen ja työn. Tärkeimmäksi elämänarvokseen valmentajat kertoivat perheen sekä terveyden. (kuvio 9.)

Jääkiekko kuului osalle valmentajista elämän kolmen tärkeimmän arvon joukkoon. Tosin se saattoi sisältyä myös joidenkin valmentajien vastaukseen har-

rastuksen/vapaa-ajan arvosta. Valmentajista melkein viidesosa vastasi harrastuksen/vapaa-ajan olevan kolmen tärkeimmän arvon joukossa. (kuvio 9.)



Kuvio 9. Valmentajien kolme tärkeintä elämänarvoa (%), (N = 171 – 182).

Valmentajista 72:lla tärkeimpänä arvona oli terveys. Heistä hieman alle puolet oli toteuttanut terveystasvatusta kaudella 2001-2002 neljä kertaa tai useammin ja 42% 1-3 kertaa. Noin joka kymmenes terveyden tärkeimmäksi arvokseen kertonut ei ollut toteuttanut terveystasvatusta ollenkaan. Perheen yms. kertoi tärkeimmäksi arvokseen 75 valmentajaa. Heistä 69% oli toteuttanut terveystasvatusta neljä kertaa tai useammin ja kolmas osa 1-3 kertaa. Ainoastaan kolme prosenttia heistä ei ollut toteuttanut terveystasvatusta ollenkaan.

9 POHDINTA

Tässä kappaleessa tarkastellaan ensin tutkimuksen pysyvyyttä, luotettavuutta sekä yleistettävyyttä. Sen jälkeen pohditaan tutkimustuloksia ja eri muuttujien välisiä yhteyksiä. Lopuksi annetaan muutamia toimenpide- ja jatkotutkimusehdotuksia.

9.1 Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen reliabiliteetilla ja validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka tarkoin tutkimus kohdistuu tutkimusongelmien ratkaisemiseen sekä sitä, miten hyvin aineisto kuvaa sitä ilmiötä, jota sen haluttiin kuvaavan. Lisäksi yleistettävyyden kannalta on syytä pohtia sitä, kuinka hyvin tutkimusaineisto edustaa perusjoukkoa. (Erätuuli ym. 1994, 19; Metsämuuronen 2000, 41-42; Nummenmaa ym. 1996, 201; Uusitalo 1991, 80.)

Tutkimuksen reliabiliteetilla tarkoitetaan sen pysyvyyttä sekä virheettömyyttä. Toisin sanoen missä määrin tutkimuksen aineisto ja tulokset olisivat saatavissa samanlaisina myös uusintamittauksessa. Pysyvyys edellyttää, etteivät tutkimustulokset aiheudu satunnaisista tekijöistä. Tutkimuksen validiteetti eli luotettavuus voidaan jakaa sisäiseen- ja ulkoiseen validiteettiin. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan mittarin tarkkuutta. Siinä pyritään kontrolloimaan ulkopuo-

listen tekijöiden vaikutuksia tutkimukseen ja sen tuloksiin. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan otoksen edustavuutta suhteessa perusjoukkoon eli tutkimustulosten yleistettävyyttä. Mittauksen validiteettia parantaa sen hyvä reliabiliteetti. (Erätuuli ym. 1994, 19,98-109; Metsämuuronen 2000, 41-44, 50-57; Neutens & Rubinson 1996, 71-76; Nummenmaa ym. 1996, 201-223; Uusitalo 1991, 84-87.)

Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä oli terveystieteiden suunnittelun ja arvioinnin PRECEDE – PROCEED –malli. Kirjallisuuskatsaus etenee mallin mukaisessa järjestyksessä, joka on mielestäni looginen. Toisaalta tämä malli ei ollut pohjana kyselylomakkeen suunnittelussa. Jälkikäteen tarkasteltuna olisi ollut hyvä, jos myös kyselylomake olisi laadittu PRECEDE – PROCEED –mallin avulla. Tämä laskee hieman tutkimuksen reliabiliteettia.

Varsinainen tutkimus toteutettiin survey –tyyppisenä postikyselynä. Mittarina käytettiin kyselylomaketta ja sen kysymyksiä. Tämän tyyppisellä tutkimuksella oli mahdollista saada kerättyä suuri otos tutkittavasta perusjoukosta. Tämä parantaa saatujen tutkimustulosten yleistettävyyttä. Survey –tutkimus soveltuu hyvin täsmällisten tosiasiatietojen, arvionvaraisten tosiasiatietojen, mielipiteiden, asenteiden, arvojen ja ideologioiden selvittämiseen (Uusitalo 1991, 90-93). Toisin sanoen tämä tutkimusmenetelmä soveltui hyvin tähän tutkimukseen. Kyselylomaketutkimuksen hyvänä puolena oli lisäksi se, ettei tutkija vaikuttanut läsnäolollaan vastaajaan. Sillä pystyttiin myös kysymään suuri määrä kysymyksiä, jotka olivat kaikille vastaajille samassa muodossa. Äänenpainot tai muut tutkijasta riippuvat tekijät eivät vaikuttaneet vastaajaan. (Valli 2001, 7-8, 28-33.)

Vaikka käytetty tutkimusmenetelmä sopi hyvin tähän tutkimukseen, voidaan silti kysyä, kuinka hyvin valmentajat muistivat lähes vuoden ajalle sijoittuvien terveystieteiden hetkien määriä ja sisältöalueita esimerkiksi alkukauden tapahtumia. Parhaaseen ja luotettavimpaan tutkimustulokseen päästäisiin varmasti observoimalla yhden joukkueen toimintaa yhden kauden ajan. Tosin tällöin yleistettävyyttä olisi heikkoa, mikä taas tässä tutkimuksessa oli hyvää.

Tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen (Metsämuuronen 2000, 50). Tämän tutkimuksen kyselylomakkeen kysymyksistä suurin osa oli strukturoituja, jolloin kysymysten virheellisen ymmärtämisen mahdollisuus pienenee. Lisäksi virheellistä vastaamista pyrittiin vähentämään selkeillä vastausohjeilla (liite 3.). Kysymysten luomisessa oli pyrittävä pohtimaan käytettäviä termejä, koska yksilöillä saattoi olla erilaiset käsitykset esim. toteutetusta terveystieteestä. Tätä tämän tutkimuksen olennaista termiä ja sen samanlaista ymmärtämistä pyrittiin selventämään kysymyksen 14. yhteydessä suluissa olleella tarkennuksella. Näillä toimilla nostettiin tutkimuksen reliabiliteettia. Myös vastausvaihtoja pohdittiin jokaisen kysymyksen kohdalla tarkoin ja ne pyrittiin saamaan mahdollisimman samaan muotoon. Pääkysymysten kohdalla käytettiin viisiportaisia vastausvaihtoehtoja, jotta vastauksiin saatiin vivahteikkua. Tosin analysointivaiheessa vastauksia luokiteltiin uudestaan reliabiliteetin nostamiseksi.

Mittarin esitestaus on tärkeää, koska sen perusteella voidaan tehdä tarkennuksia ja lisäyksiä ennen varsinaista koko tutkimusjoukon testausta. Tässä tutkimuksessa esitestaus suoritettiin ja siitä saatujen tietojen pohjalta kyselylomakkeeseen tehtiin muutamia tarkennuksia ja lisäyksiä. Tämä paransi mittarin validiteettia. (Hirsjärvi ym. 1997, 200.)

Taustamuuttujista perusmuuttujat, niiden kysymykset ja vastausvaihtoehdot laadittiin aikaisemmissa tutkimuksissa käytettyjen mittareiden mukaan. Lisäksi taustamuuttujina selvitettiin enemmän jääkiekkoon ja valmentamiseen liittyviä asioita. Näistä muut kysymykset onnistuivat hyvin, mutta sarjatasoa mitannut kysymys olisi voinut olla toisenlainen, koska vastauksista saatu jakauma oli liian vino. Myös kysymys valmennuskokemuksesta oli jaettu turhan pieniin osiin, sillä analysointi vaiheessa sitä jouduttiin luokittelemaan uudestaan. Tosin tämän jälkeen se oli hyvä taustamuuttuja.

Terveystieteiden toteuttamista mitanneissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot olivat kaikki strukturoituja. Tämä vähensi vastauksien virhemahdollisuuksia. Tosin jotkut olivat jättäneet rastittamatta ne kohdat, joita esim. eivät olleet toteuttaneet kertaakaan. Tällöin oli mahdotonta varmuudella sanoa, tar-

koittiko vastaaja tätä vaihtoehtoa vai jättikö hän vastaamatta ko. kohtaan. Kyseistä vastausta ei voitu tällöin ottaa mukaan analysointivaiheeseen, koska virheellisen tulkinnan mahdollisuus olisi ollut todennäköinen. Tällaiset kohdat jätettiin pois virheiden minimoimiseksi. Kysymysten ja vastausvaihtoehtojen validiteetista kertoo se, että jokaisessa kysymyksessä oli myös avoin vaihtoehto ”muu, mikä”. Tähän kohtaan tuli ainoastaan harvoja vastauksia.

Valmentajien asenteita ja käsityksiä kysyttiin Likert –asteikollisilla väittämäkysymyksillä. Kysymyksen 25. vastaukset luokiteltiin uudestaan, jotta aiottuja tilastollisia menetelmiä esim. Khin –neliötestiä pystyttiin käyttämään. Kysymyksen 26. väittämien vastauksista muodostettiin summamuuttujia pääkomponenttianalyysin avulla. Summamuuttujien sisäisen konsistenssin tarkastelu suoritettiin laskemalla niille reliabiliteettikerroin eli Cronbachin alfa arvot. Yleisesti Cronbachin alfan arvoja, jotka jäävät alle .60 ei pidä hyväksyä (Metsämuuronen 2000, 53-56). Täten voidaan kolmannen summamuuttujan todeta olleen reliabiliteetiltaan keskimääräistä alhaisempi. Summamuuttujien käyttö nosti tämän kysymyksen sisäistä validiteettia.

Kyselylomakkeessa oli kolme avointa kysymystä. Niillä pyrittiin selvittämään valmentajien valmennusideologiaa, terveystieteiden tavoitteita juniorijääkiekossa sekä asioita, joista valmentajat halusivat lisätietoa. Näiden kysymysten vastaukset hajosivat laajalle, kuten odottaa saattoi. Tästä syystä ne piti luokitella osa-alueisiin tutkijan harkinnan mukaan. Tämä laski hieman reliabiliteettia, koska ihmiset saattoivat käsittää saman asian hieman eri tavoin. Vaikka yritin olla objektiivinen, en silti voinut täysin ohittaa omaa subjektiivista näkemystäni uudelleenluokittelua tehdessäni.

Tutkimuksen yleistettävyyttä oli hyvä, koska otoksen voitiin katsoa vastaavan perusjoukkoa. Lisäksi tutkimuksen tulokset olivat yleistettävissä maantieteellisesti, otoksen jakauman ansiosta. Tulokset olivat kuitenkin yleistettävissä ainoastaan tutkittuihin ikäluokkiin (D-C). Vastaajien erityispiirteenä oli se, että kaikki vastanneet valmentajat olivat miehiä. Lisäksi tutkimuksessa tutkittiin ainoastaan sinettiseurojen valmentajia. Tämä tehtiin aineiston keruuseen liittyneiden asioiden takia. Tämä saattoi vaikuttaa yleistettävyyteen, koska Nuo-

ren Suomen sinetti on laatu sertifikaatti, jonka saadakseen on seuran täytettävä tiettyjä esim. kasvatuksellisia kriteerejä (Lehti 1999, 24-26).

Lisäksi yleistettävyyteen vaikuttivat vastaajien määrä sekä kyselylomakkeen palautusprosentti. Vastaajia oli 190, jonka ansiosta käytetyt tilastolliset testit olivat mahdollisia ja ne antoivat luotettavia tuloksia. Sinettiseurojen määrä (52 kpl) oli myös kattava otos suomalaisista juniorijääkiekkoseuroista (kaudella 2001-2002, 256 kpl). Tämä nosti tutkimuksen yleistettävyyttä. Palautusprosentti oli 60,3. Se oli postikyselytutkimuksessa normaalilla tasolla (Heikkilä 2001, 41-46). Tosin vastaamatta jättäneiden osuuskin oli suuri. Katoanalyysi kuitenkin osoitti, että puuttuneet vastaajat jakautuivat lähes samalla tavalla kuin vastanneetkin. Tämä paransi yleistettävyyttä, vaikka palauttamatta jättämisen syitä ei saadakaan selville.

9.2 Tutkimustulosten pohdinta

Seuraavaksi pohditaan tutkimuksen tuloksia tutkimusongelmien kautta. Ensin käydään läpi terveysterveystutkimuksen toteuttamiseen liittyviä tuloksia. Sitten pohditaan valmentajien terveysterveystutkimus asenteita ja -valmiuksia. Lopuksi tarkastellaan taustamuuttujien vaikutuksia tutkittuihin asioihin.

9.2.1 Terveysterveystutkimuksen toteutus

Terveysterveystutkimusta toteutettiin määrällisesti juniorijääkiekossa kohtuullisesti. Valmentajista 38% kertoi toteuttaneensa sitä kuusi kertaa tai useammin. Yli puolet oli toteuttanut terveysterveystutkimusta 1-5 kertaa ja 7% ei ollenkaan kaudella 2001-2002. Toteutuksen määrä oli pieni, jos sitä verrattiin keskimääräiseen koko kauden tapahtumien määrään. Esimerkiksi mikäli laskettiin, että D – junioreissa kausi kesti elokuusta maaliskuun loppuun ja tapahtumia (harjoitukset ja pelit) oli yhteensä neljä viikossa, pois lukien lomat (neljä viikkoa), niin tapahtumia tuli kaudelle 124 kappaletta. Tällöin suurin osa valmentajista oli toteuttanut terveysterveystutkimusta neljässä prosentissa tapahtumista. Sama osuus

C –junioreilla, joiden saman pituisen kauden tapahtumia oli keskimäärin viisi viikossa ja yhteensä 155, olisi kolme prosenttia. Terveyskasvatusta toteutettiin siis määrällisesti kohtuullisesti, mutta kokonaistapahtumiin suhteutettuna vähän. Tätä tukee Virolaisen (2000, 56-58) tutkimustulos, jonka mukaan ainostaan muutama aikuisurheilija oli saanut valistusta päihteistä valmentajalta koko urheilu-uransa aikana. Lisäksi Jalosen (1988, 59-63, 73-74) tutkimien jääkiekkoilijoiden mielestä valmentajat antoivat heille liian harvoin tietoa ravinnosta, vaikka pelaajat olivat erittäin motivoituneita lisätietojen saamiseen.

Terveyskasvatuksen sisältöalueista eniten oli käsitelty uneen ja lepoon, joukkueen sosiaalisiin suhteisiin sekä ravintoon liittyviä asioita. Päihteitä oli käsitelty jopa yllättävän vähän. Esimerkiksi nuuskaan liittyviä asioita oli alle neljännes valmentajista käsitellyt neljä kertaa tai useammin. Kuitenkin nuuskan voitaneen todeta olevan junioriurheilun ja -jääkiekkoilun suurimpia terveyskäyttäytymisen ongelmia (Kannas ym. 2002, 4-11; Karvonen ym. 1995 147-154; Uosukainen 2000, 23). Mielenkiintoinen tulos oli myös se, että C-junioreiden valmentajat olivat käsitelleet nuuska-asioita useammin kuin D-junioreiden valmentajat. Huumeiden osalta noin kolmannes valmentajista ei ollut käsitellyt asiaa kertaakaan. Yleinen trendi nykynuorten keskuudessa on se, että ensimmäiset päihdekokeilut tehdään yhä nuorempina. Kosken (2000, 13) mukaan suurin osa suomalaisnuorista aloittaa alkoholinkäytön 13-15 –vuotiaana. Täten päihdeasioiden läpikäynnin aloitusikää olisi syytä pohtia laskehtavan.

Toteuttamistavoista yleisimpiä olivat jutustelu harjoitusten lomassa sekä ohjeet pelimatkoilla bussissa. Myös muutama keskustelutilaisuus oli pelaajille järjestetty. Nämä toteuttamistavat kuvasivat mielestäni yleisimmin spontaanisti toteutettua terveyskasvatusta. Suunnitelmallisemmat toteuttamistavat kuten luennot ja info-lehtinen olivat selvästi vähemmän käytettyjä. Esimerkiksi noin neljännes valmentajista oli jakanut pelaajille info-lehtisen terveyskasvatukseen liittyen tai käyttänyt vierailevaa asiantuntijaa. Suunnitelmallista terveyskasvatusta tulisi lisätä tukemaan spontaania toimintaa.

Aikuisten kesken oli terveystkasvatusasioista keskusteltu useimmin pelimatkailloilla ja joukkueenjohtoryhmissä. Hieman yli puolet valmentajista oli keskustellut näistä asioista vanhempainilloissa. Eli noin kolmannes ei ollut keskustellut terveystkasvatusasioista vanhempainilloissa ollenkaan. Kuitenkin vanhempainiltojen tärkeydestä kertoo Peltosen (1992, 63) mukaan se, että 62% opettajista koki vanhempainilloilla olevan merkitystä tupakoimattomuuden edistämässä. Myös Heikkisen & Kontulan (1992, 82) mukaan vanhempainillat ovat tärkeitä, koska niissä oli puhuttu useimmin huumeista oppituntien ulkopuolella.

Terveystkasvatukseen kuuluvista asioista oli sovittu erittäin useasti pelaajien kanssa. Esimerkiksi päihtettömyydestä oli pelaajien kanssa sopinut 83% valmentajista. Toisaalta noin viidesosa ei ollut sopinut päihteidien osalta mitään. Vanhempien kanssa oli sovittu asioita vähemmän. Päihtettömyydestä oli sopinut vanhempien kanssa puolet valmentajista. Päihteidien osalta ikäluokka erot olivat selkeitä, sillä D –junioreiden vanhempien kanssa oli päihtetasioista sovittu useammin. Pelaajien osalta C –junioreiden kanssa oli päihtetasioista sovittu useammin. Todennäköisesti useat valmentajista eivät kokee vielä D –junioreille tarpeelliseksi sopia päihtetasia. Sovittujen asioidien määrään tässä aineistossa vaikuttivat kaksi asiaa. Ensimmäinen oli se, että tutkittavien valmentajien seurat olivat sinettiseuroja. Niissä Operaatio – Pelisääntöjä oli todennäköisesti toteutettu jo useamman vuoden ajan. Tällöin pelisääntöt kuuluivat luonnollisena osana joukkueiden toimintaan. Toinen oli se, että kaudella 2001-2002 oli D –junioreiden osalta voimassa sääntö, että liiton- tai aluesarjoihin osallistuvien joukkueiden tuli osallistumisluvan saadakseen tehdä ja toimittaa pelisääntöt Suomen Jääkiekkoliittoon.

Terveystkasvatuksen toteuttamisen aloite oli lähes kokonaan valmentajien itsensä harteilla. Yli 90% heistä sanoi aloitteen olleen heidän omansa. Pelaajat tai heidän vanhemmat sekä Suomen Jääkiekkoliitto olivat olleet erittäin passiivisia aloitteen tekijöitä. Hieman ristiriitainen tulos tämän osa-alueen kohdalla oli se, että terveystkasvatuksesta oli keskusteltu joka toisen seuran tilaisuuksissa, mutta kolme neljäsosaa valmentajista sanoi, ettei seura tai valmennuspäällikkö ollut tehnyt selvää aloitetta koskaan tai oli tehnyt sen har-

voin. Kuitenkin 78% valmentajista koki seuran ja valmennuspäällikön roolin ratkaisevan tärkeäksi terveystasvatuksellisissa asioissa.

9.2.2 Valmentajien asenteet ja oma terveystasvatäytyminen

Juniorijääkiekolla on oma vastuunsa terveystasvatuksellisissa asioissa. Yli 90% valmentajista oli tästä asiasta samaa tai täysin samaa mieltä. Samoin lähes kaikki valmentajat katsoivat terveystasvatuksen kuuluvat juniorijääkiekkovalmentajan toimenkuvaan. Toisaalta terveystasvatust on vain osa valmennustoimintaa, sillä noin puolet ei osannut sanoa kantaansa ja yli kolmas osa oli sitä mieltä, että valmentajan tulisi kiinnittää enemmän huomiota jääkiekkotaitoihin kuin kasvatuksellisiin asioihin.

Juniorijääkiekkovalmentaja on jääkiekkoa pelaavien lasten ja nuorten auktoriteetti. Hän vaikuttaa toimillaan nuoriin joka tapauksessa, myös terveystasvatuksellisissa asioissa. Yli puolet tämän tutkimuksen valmentajista olivat sitä mieltä, että valmentajalla on paras auktoriteetti nuoriin. Lisäksi yli 90% koki valmentajalla olevan hyvät mahdollisuudet vaikuttaa nuorten terveystasvatäytymiseen. Lähes kaikki olivat myös samaa mieltä siitä, että valmentajan oma käyttäytyminen vaikuttaa nuoriin. Tätä tutkimustulosta tukee Virolaisen (2000, 57) tutkimus, jonka mukaan kaikki haastatellut urheilijat sanoivat valmentajan esimerkin olevan tärkeä päihteiden käytön suhteen. Valmentajan tupakan poltto tai nuuskan käyttö antaa urheilijoille viestin niiden käytön hyväksyttävyydestä.

Tämän tutkimuksen mukaan valmentajista 25% tupakoi. Tämä on jonkin verran vähemmän kuin koko suomalaisen väestön miesten tupakointi. Vuonna 2001 suomalaisista miehistä 29% tupakoi päivittäin (Helakorpi ym. 2001, 4).

Valmentajista 13% käytti nuuskaa. Vuolteen (2001, 45, 51) mukaan myös lopettaneista SM-liiga jääkiekkoilijoista 13% käytti säännöllisesti nuuskaa. Nuuskan käyttö on selvästi yleisempää jääkiekon parissa toimivilla aikuisilla kuin muulla aikuisväestöllä. Helakorven ym. (2001, 81) mukaan suomalaisista 15-64 -vuotiaista aikuisista 4% käytti nuuskaa. Myös Seppälä (2002, 43, 53-

55, 65) sai samansuuntaisia tuloksia. Hänen mukaansa suomalaisista B- ja C –junioreiden valmentajista 14,5% käytti nuuskaa. Hänen mukaansa valtaosa valmentajista ei käyttänyt nuuskaa pelaajien nähden. Tosin tämän tutkimustuloksen osalta luotettavuus oli heikko, sen alhaisen frekvenssin takia. Seppälä havaitsi myös valmentajien nuuskan käytön vaikuttavan heidän asenteeseensa omasta esimerkkiasemastaan. Hänen mukaansa nuuskaa käyttävät valmentajat eivät kokeneet omaa käyttäytymistään merkitykselliseksi pelaajien nuuskan käytön ennaltaehkäisyssä.

Tässä tutkimuksessa valmentajalla todettiin myös olevan vastuu esim. puuttua nuorten nuuskan tai alkoholinkäyttöön. Terveyskasvatusmyönteisemmät asenteet omanneet valmentajat kokivat valmentajalla myös olevan suuremman vastuun lasten ja nuorten terveystasvatukselta yleensä. Kaikki valmentajat olivat sitä mieltä, että valmentajalla on vastuu puuttua pelaajien nuuskan käyttöön. Kuitenkin Uosukaisen (2000, 34) mukaan 77% nuuskaa käyttäneiden urheilulukiolaisten valmentajista ei ottanut kantaa nuorten nuuskan käyttöön. Toisin sanoen he hiljaisesti antoivat viestin nuuskan käytön hyväksyttävyydestä. Seppälän (2002, 59-61, 65) mukaan jääkiekkovalmentajien aktiivisuus puuttua pelaajien nuuskan käyttöön oli heikkoa. Mielestäni ainakin puuttumisessa olisi hyvä noudattaa nollatoleranssia, koska kyseessä on alaikäisiä nuoria.

Valmentajista 90% mukaan terveystasvatusta tulisi sisällyttää lisää juniorijääkiekkoon. Tämän perusteella voitaneen todeta, että terveyden edistämällä ja terveystasvatuksella on positiivinen maaperä juniorijääkiekossa. Tätä tulisi hyödyntää, jotta positiivinen asennemaailma saataisiin myös käytännön tasolle. Toisaalta terveystasvatuksen toteuttamisessa olisi syytä pohtia laajempaa vastuuta. Tällöin seuran roolin lisäksi myös muiden joukkueen toimihenkilöiden asenne terveystasvatusta kohtaan korostuu. Tämän tutkimuksen valmentajista kaksi kolmasosaa sanoi muiden toimihenkilöiden suhtautumisen vaikuttavan heidän halukkuuteensa toteuttaa terveystasvatusta.

Suurin osa valmentajista koki oman terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi. Tämä on muuta suomalaista aikuisväestöä parempi tulos. Se on myös positii-

vinen asia, sillä Aromaan ym. (1997, 68-70) mukaan suomalaiset kokivat terveytensä huonoksi tai melko huonoksi useammin kuin muissa Pohjoismaissa.

9.2.3 Valmentajien terveystieteiden valmiudet

Terveystieteiden toteuttamiseen yhtenä vaikuttavana tekijänä on valmentajien omat valmiudet käsitellä näitä asioita. Tässä tutkimuksessa valmentajista kaksi kolmasosaa koki, ettei heillä ollut riittävästi valmiuksia terveystieteiden asioihin. He kaipasivat lisätietoa erityisesti ravintoon, urheiluvammoihin, fyysisen harjoittelun vaikutuksista kasvuun sekä huumeisiin/päihteisiin liittyvistä asioista. Osa sanoi haluavansa lisätietoa kaikesta terveystieteiden liittyvästä. Koulutustarve oli siis suuri. Tätä tarvetta ei ainakaan tällä hetkellä riittävästi tyydytetä, sillä hieman alle puolet valmentajista kertoi, etteivät he olleet koskaan keskustelleet terveystieteen asioista seuran valmentajakoulutuksissa. Vain noin neljäsosa valmentajista kertoi keskustelleensa terveystieteen asioista seuransa valmentajakoulutuksissa useammin kuin kerran.

9.2.4 Taustatekijöiden vaikutukset

Taustatekijöiden kautta tarkasteltuna havaittiin seuraavanlaisia muuttujien välisiä yhteyksiä. Vanhemmat valmentajat toteuttivat hieman useammin terveystieteen, olivat käsitelleet selvästi useammin huumeisiin liittyviä asioita sekä olivat keskimääräistä terveystieteenmyönteisempiä. Vanhemmat, avio- tai avoliitossa elävät sekä omia lapsia omaavat valmentajat olivat sopineet muita useammin vanhempien kanssa mm. karamellien yms. ostorajoituksesta sekä nukkumaanmenoajoista. Samoin vanhemmat, avio- tai avoliitossa elävät sekä omia lapsia omaavat valmentajat olivat keskustelleet useammin terveystieteen asioista vanhempainilloissa sekä käyttivät vähemmän nuuskaa.

Valmentajien koulutustausta vaikutti siten, että korkeamman koulutuksen saaneet valmentajat olivat keskimääräistä terveystieteenmyönteisempiä ja olivat sopineet useammin vanhempien kanssa tupakoimattomuudesta, kara-

mellien yms. ostorajoituksesta sekä nukkumaanmenoajoista kuin muut. He myös kokivat terveystasvatukselliset taidot tärkeäksi osaksi valmentajuutta sekä omat valmiutensa hyväksi muita useammin. Myös jääkiekkokoulutuksella oli vaikutusta siihen kuinka usein valmentajat olivat sopineet asioista vanhempien kanssa. Korkeamman jääkiekkokoulutuksen saaneet olivat sopineet vanhempien kanssa useammin sopivasta kielenkäytöstä sekä karamellien yms. ostorajoituksesta. He olivat myös keskustelleet terveystasvatuksesta muita useammin valmentajakoulutuksissa sekä joukkueenjohtoryhmissä. Lisäksi he kokivat seuransa terveystasvatusmyönteisiksi, valmennuspäällikön roolin tärkeäksi ja omat valmiutensa hyväksi muita useammin. Toisin sanoen koulutus- ja jääkiekkokoulutustason noustessa myös useita terveystasvatukseen liittyviä asioita toteutettiin useammin.

Valmennuksellisista taustatekijöistä löytyi muutama mielenkiintoinen yhteys. Vastuuvallmentajat pitivät muita useammin valmentajaa parhaana auktoriteettina. Lisäksi he sanoivat seuransa olevan kiinnostuneen terveystasvatuksesta ja kokivat omat valmiutensa hyväksi valmentajia ja maalivahtivalmentajia useammin.

Pelaajien ikäluokka vaikutti siihen, kuinka usein valmentajat olivat käyneet läpi nuuskaan ja hygieniaan liittyviä asioita. Nuuskaan liittyviä asioita oli käyty läpi useammin C-junioreissa kuin D-junioreissa. Hygieniaan liittyviä asioita päinvastoin. Pelaajien ikäluokka vaikutti kaikkiin osa-alueisiin, joista oli sovittu vanhempien kanssa, mitä nuorempia pelaajat olivat sitä useammin asioista oli sovittu. Myös pelaajien kanssa sovituista asioista löytyi yhteyksiä heidän ikäluokkaansa kielenkäytön, karamellien yms. ostorajoituksen sekä henkilökohtaisen hygienian osalta. Nuorempien pelaajien kanssa oli em. asioista sovittu useammin kuin vanhempien pelaajien.

Valmennuskokemus vaikutti positiivisesti alkoholi- ja huumeasioiden läpikäyntiin pelaajien kanssa. Toisin sanoen kokeneemmat valmentajat olivat käsitelleet alkoholiin ja huumeisiin liittyviä asioita useammin kuin kokemattomammat valmentajat. Kokeneemmat valmentajat sanoivat muita useammin aloitteen terveystasvatuksesta tulleen Suomen Jääkiekkoliitolta tai heiltä itseltään. He

myös pitivät valmentajaa muita useammin parhaana auktoriteettina. Seppälän (2002, 52-53, 65) mukaan kokeneemmat valmentajat olivat myös nuuskavastaisempia kuin vähemmän valmennuskokemusta omanneet valmentajat.

Valmentajien tupakointi tai nuuskan käyttö oli jonkin verran yhteyksissä heidän toteuttaman terveystasvatuksen määrään. Molempien osalta voidaan todeta niitä käyttämättömien valmentajien toteuttaneen terveystasvatusta useammin. Nuuskan käytön osalta tämä yhteys on tilastollisesti melkein merkitsevä, muttei kovin voimakas (.02; $p = .007$). Tupakoinnin osalta melko voimakas, muttei tilastollisesti merkitsevä (.18; $p = .069$).

Yhteenvedona voidaan todeta, että ikä ja siihen liittyvät siviiliasiat, valmennuskokemus ja koulutustausta vaikuttivat eniten valmentajien toteuttamaan terveystasvatukseen sekä heidän asenteisiinsa siitä. Lisäksi valmentajan asema joukkueessa ja pelaajien ikäluokka vaikuttivat aikaisemmin mainitulla tavalla. Toisin sanoen koulutus- ja lisätietotarve sekä terveystasvatuksen toteuttamisen aktivointi olisi hieman akuutimpaa nuorilla, kokemattommilla ja toisen valmentajan roolissa olevilla valmentajilla. Toisaalta on syytä muistaa, että kaksi kolmasosaa kaikista valmentajista totesi valmiutensa puutteelliseksi.

9.3 Toimenpide-ehdotuksia

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli palvella juniorijääkiekkoa sen kaikilla tasoilla huomioimaan terveystasvatus entistä paremmin osana seurojen toimintamissiota sekä valmennustoimintaa. Tutkimuksen päätuloksena voidaan pitää sitä, että terveystasvatusta toteutettiin pääasiassa spontaanisti ja määrällisesti jonkin verran, mutta tapahtumamäärään suhteutettuna vähän. Lisäksi valmentajat kokivat terveystasvatuksen kuuluvan osaksi juniorijääkiekko-toimintaa ja suurin osa kaipasi sitä jopa lisää. Myös lisätiedolle näyttäisi olevan tarvetta. Näistä tutkimustuloksista voitiin tehdä se johtopäätös, että juniorijääkiekkovalmentajien keskuudessa oli olemassa positiivinen asennemaailma terveystasvatusta kohtaan, joka ei kuitenkaan vielä näkynyt konkreetti-

sesti käytännön tasolla. Osin tämä saattoi johtua riittämättömistä tiedoista ja valmiuksista, jolloin toteutuksen kynnyks kynnys mahdollisesti nousee.

Valmentajien positiivisen asennemaailman käytännön tasolle saattamiseksi ja terveyskasvatuksen toteuttamismäärän lisäämiseksi ehdotan seuraavia toimenpiteitä:

- Suomen Jääkiekkoliiton ja seurojen / valmennuspäälliköiden roolia olisi aktivoitava. Tämä tarkoittaa positiivista asennetta terveyskasvatusta kohtaan sekä sen toteuttamista tärkeäksi osaksi liiton ja seuran toimintamissiota. Tällöin joukkueetasolle annetaan viesti, että terveyskasvatus tulee huomioida joukkueiden toiminnassa. Tämä taas tukee valmentajaa terveyskasvatuksen toteuttamisessa esimerkiksi muiden joukkueen johtoryhmän jäsenten suhteen.
- Suomen Jääkiekkoliiton ja seurojen/valmennuspäälliköiden roolia olisi aktivoitava myös terveyskasvatuksen toteuttamisen aloitteen tekemisessä. Tämän tutkimuksen mukaan jääkiekkoliiton ja seurojen / valmennuspäälliköiden aloitetaso oli heikkoa, mutta rooli koettiin tärkeäksi.
- Valmentajien terveyskasvatuksen tietotasoa ja valmiuksia olisi lisättävä koulutuksen avulla. Tämä voi tarkoittaa spesifiä terveyskasvatuskoulutusta tai sen huomioimista osana valmentajakoulutusta. Tämä koskee sekä Suomen Jääkiekkoliiton että seurojen sisäisiä valmennuskoulutuksia. Olennaista olisi pohtia terveyskasvatusta osana juniorivalmennustoimintaa, ei irrallisena osa-alueena. Esimerkiksi terveellinen ruokavalio auttaa normaalissa lasten ja nuorten kasvussa ja kehityksessä sekä on myös olennainen osa urheilussa jaksamista. Eli kun nuorten kanssa pohditaan ravinnon merkitystä urheilijalle, samalla edistetään heidän normaalia kasvua ja kehitystä terveellisen ja monipuolisen ruokavalion kautta.
- Valmentajien terveyskasvatuksen toteuttamiskynnystä voidaan laskea, luomalla heille valmiita terveyskasvatuksen eri osa-alueiden materiaalipaketteja. Lisäksi voidaan hyödyntää jo olemassa olevia materiaaleja. Esimerkiksi seuran valmennuspäällikkö voisi tilata materiaalit ja jakaa ne valmentajille, joiden tehtävänä olisi toteuttaa terveyskasvatusta materiaalien pohjalta.

- Muiden joukkueenjohtoryhmään kuuluvien henkilöiden koulutus. Tässä tutkimuksessa todettiin heidän asenteensa terveyskasvatusta kohtaan vaikuttavan valmentajien halukkuuteen toteuttaa sitä.

9.4 Jatkotutkimusehdotuksia

Tällä tutkimuksella kartoitettiin suomalaisten juniorijääkiekkovalmentajien yhden kauden aikana toteuttamaa terveyskasvatusta. Lisäksi selvitettiin valmentajien asenteita terveyskasvatusta kohtaan. Tällaiseen poikkileikkaustutkimukseen käytetty tutkimusote sopi hyvin. Sillä pystyttiin kuitenkin vain kartoittamaan tämän hetken tilanne. Lisäksi jo aiemmin tutkimuksen reliabiliteetin ja validiteetin pohdinnassa todettiin, että jälkikäteen asioita kyseltäessä ollaan aina tutkimushenkilöiden muistin varassa. Tästä syystä olisi mielenkiintoista toteuttaa samaa aihepiiriä koskeva tutkimus observoimalla juniorijääkiekkjoukkueen toimintaa. Samalla saataisiin luotettavampaa tietoa tutkijan itsensä paikanpäällä arvioimana sekä saatettaisiin pystyä vastaamaan joihinkin miksi-kysymyksiinkin.

Tässä tutkimuksessa tutkittiin juniorijääkiekossa toteutettavaa terveyskasvatusta valmentajien näkökulmasta. Laajempaa yleistämistä ajatellen tutkimusnäkökulman voidaan todeta olevan suppea, sillä valmentajilta kyseltäessä heidän omat epäkohdat eivät välttämättä näy. Toisin sanoen vastauksia saatettiin hieman kaunistella. Tästä syystä sekä kokonaiskuvaa täydentämään voisi olla hyvä tutkia samaa asiaa myös pelaajien näkökulmasta. Tämä tarkoittaa sitä, että kyselyn tai muun käytettävän tutkimusmenetelmän ja mittarin kohderyhmänä olisivat jääkiekkoilevat nuoret.

Lisäksi voisi selvittää tarkemmin spontaanin- ja suunnitellun terveyskasvatuksen eroja. Tämän tutkimuksen perusteella näytti siltä, että terveyskasvatusta toteutettiin pääasiassa spontaanisti. Lisäksi suunnitelmallisen terveyskasvatuksen puuttessa olisi mahdollista tutkia juniorijääkiekkjoukkueeseen toteutettavaa interventiota ja sen vaikutuksia sekä pelaajien että valmentajien ter-

veyskasvatustietoihin ja –taitoihin. Pitkäaikaisella tutkimuksella pystyttäisiin tarkastelemaan intervention mahdollisia vaikutuksia kohderyhmän terveyskäyttäytymisessä.

Jatkossa voisi myös selvittää tässä tutkimuksessa tarkastelluiksi aiottuja, mutta heikkojen kysymysten takia selvittämättä jääneitä sarjatason ja seurakoon vaikutuksia toteutetun terveysterveysharjoittelun määrään.

Tämä tutkimus kartoitti vain yhtä lajia, joten samanlaisen selvityksen voisi tehdä muissakin lajeissa. Täten voisi vertailla myös lajienvälisiä eroja.

Toisaalta urheiluvalmennukseen spesifisti suunnattuja terveysterveysharjoittelun materiaaleja on olemassa vähänlaisesti. Voisi olla mielenkiintoista luoda tällaista materiaalia ja tutkia sen soveltuvuutta ja toimivuutta juniorivalmennustoiminnassa.

LÄHTEET

- Aaron, D. J., Dearwater, S. R., Anderson, R., Olsen, T., Kriska, A. M. & Laporte, R. E. 1995. Physical activity and the initiation of high-risk health behaviors in adolescents. *Medicine and Science in Sports and Exercise* 27 (12), 1639-1645.
- Airaksinen, O. 1994. Jääkiekkovammat. Teoksessa Renström, P., Peterson, L., Koistinen, J., Read, M., Mattson, J., Keurulainen, J. & Airaksinen, O. *Urheiluvammat – ennaltaehkäisy, hoito ja kuntoutus*. Jyväskylä: Gummerus, 456-468.
- Anderson, W. A., Albrecht, R. R., McKeag, D. B., Hough, D. O. & McGrew, C. A. 1991. A national survey of alcohol and drug use by collage athletes. *The Physician and Sport Medicine* 19 (2), 91-104.
- Aromaa, A., Koskinen, S. & Huttunen, J. (toim.) 1997. *Suomalaisten terveys 1996*. Kansanterveyslaitoksen sekä sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. Helsinki: Edita.
- Bar-Or, O. 1994. Childhood and adolescent physical activity and fitness and risk profile. Teoksessa Bouchard, C., Shephard, R. J. & Stephens, T. *Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement*. Illinois: Human Kinetics, 931-942.
- Baumert, P. W., Henderson, J. M. & Thompson, N. J. 1998. Health risk behaviors of adolescent participants in organized sports. *Journal of Adolescent Health* 22 (6), 460-465.
- Bunton, R & Macdonald, G. 1992. *Health Promotion. Disciplines and Diversity*. London and New York: Routledge.
- Bäckman, G. 1987. *Yksilö, lähiympäristö ja terveys*. Juva: WSOY.

- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R. & Todd, J. 2000. Health and health behaviour among young people. Health behaviour in school-aged children: a WHO cross-national study (HBSC) international report. Health policy for children and adolescents (HEPCA) julkaisu 1.
- Downie, R. S., Tannahill, C. & Tannahill, A. 1996. Health promotion. Models and values. New York: Oxford University Press Inc.
- Dryden, D. M., Francescutti, L. H., Rowe, B. H., Spence, J. C. & Voaklander, D. C. 2000. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 32 (8), 1378-1383.
- Duda, J. L. 1992. Motivation in sport settings. A goal perspective approach. Teoksessa Roberts, G. C. (toim.). *Motivation in sport and exercise*. Champaign, Illinois: Human Kinetics, 57-91.
- Emery, C. A. & Meeuwisse, W. H. 2001. Risk factors for groin injuries in hockey. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 33 (9), 1423-1433.
- Erätuuli, M, Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Eskelinen, E. & Tossavainen, K. 1992a. Koulunjohtajien ja rehtoreiden toiminta tupakoimattomuuden edistämiseksi ala-asteella. Teoksessa Vartiainen, E. & Tossavainen, K. (toim.) *Tupakkaterveyskasvatus peruskoulussa*. Sosiaali- ja terveyshallitus raporteja 72, 70-77.
- Eskelinen, E. & Tossavainen, K. 1992b. Rehtoreiden toiminta tupakoimattomuuden edistämiseksi yläasteella. Teoksessa Vartiainen, E. & Tossavainen, K. (toim.) *Tupakkaterveyskasvatus peruskoulussa*. Sosiaali- ja terveyshallitus raporteja 72, 42-50.

- Ferrara, M. S. & Schurr, K. T. 1999. Intercollegiate ice hockey injuries: A causal analysis. *Clinical Journal of Sport Medicine* 9 (1), 30-33.
- Forman, E. S., Dekker, A. H., Javors, J. R. & Davison, D. T. 1995. High-risk behaviors in teenage male athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine* 5 (1), 36-42.
- Garry, J. P. & Morrissey, S. L. 2000. Team sports participation and risk-taking behaviors among a biracial middle school population. *Clinical Journal of Sport Medicine* 10 (3), 185-190.
- Goodman, D., Gaetz, M. & Meichenbaum, D. 2001. Concussion in hockey: There is cause for concern. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 33 (12), 2004-2009.
- Green, L. W. & Kreuter, M., W. 1999. Health promotion planning. An educational and ecological approach. 3rd edition. California: Mayfield Publishing Company.
- Greenberg, J. 1998. Health Education: Learner-centered instructional strategies. USA: WCB/McGraw-Hill.
- Hancock, L. G., Ross, B. L., Dupont, M., Sproule, J. R., Mackesy, D. & Matheson, G. O. 1991. Violence and injuries in ice hockey. Canadian Academy of Sport Medicine Position Statement. *Clinical Journal of Sport Medicine* 1 (2), 141-144.
- Hawkins, D. & Metheny, J. 2001. Overuse injuries in youth sports: Biomechanical considerations. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 33 (10), 1701-1707.
- Heikinaro-Johansson, P., French, R., Greenwood, M. & Silliman-French, L. 1999. Otollinen oppimisilmapiiri syntyy viestinnällä ja vuorovaikutuksella. *Liikunta & tiede*, (3) 22-26.

- Heikkilä, T. 2001. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, T. & Kontula, O. 1992. Koulujen huumeopetus. Sosiaali- ja terveyshallituksen raportteja 63.
- Helakorpi, S., Uutela, A., Prättälä, R. & Puska, P. 2000. Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys kevät 2000. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B8.
- Helakorpi, S., Patja, K., Prättälä, R. & Uutela, A. 2001. Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys, kevät 2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 16.
- Hermanson, E. 2001. Koululaisten terveydentila. Koululaisten terveys konsensuskokous 12.-14.11.2001. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Hermanson, E, Karvonen, S. & Sauli, H. 1998a. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa. Valtakunnalliset trendit 1990 –luvulla. Stakesin raportteja 13 osa I.
- Hermanson, E, Karvonen, S. & Sauli, H. 1998b. Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys Suomessa. Valtakunnalliset trendit 1990 –luvulla. Stakesin raportteja 13 osa II.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita 5. Painos. Helsinki: Tammi.
- Honey, C. R. 1998. Brain injury in ice hockey. *Clinical Journal of Sport Medicine* 8 (1), 43-46.

- Hämäläinen, P., Nupponen, H., Rimpelä, A. & Rimpelä, M. 2000. Nuorten terveystapatutkimus: Nuorten liikunnan harrastaminen 1977-1999. Liikunta & tiede, (6) 4-11.
- Jackson, M. 1996. Health promotion in a youth work setting. Teoksessa Scriven, A. & Orme, J. Health Promotion: Professional perspectives. London: Macmillan Press LTD, 157-166.
- Jalonen, J. 1988. Jääkiekkoilijoiden ravitsemuskäyttäytyminen ja mielipiteet valmentajien ravitsemusneuvonnasta. Jyväskylän yliopisto. Liikuntapedagogiikka. Pro gradu –tutkielma.
- Janz, K. F., Dawson, J. D. & Mahoney, L. T. 2000. Tracking physical fitness and physical activity from childhood to adolescence: The muscatine study. Medicine & Science in Sports & Exercise 32 (7), 1250-1257.
- Kannas, L. 1983. Tupakointia koskeva terveystkasvatus peruskoulussa. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 17.
- Kannas, L. 1992. Terveystkasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjenkäytäntöinä. Aikuiskasvatus 2, 68-76.
- Kannas, L. 1994. Kolme arvoitusta – terveyst, kasvatus, inhimillinen kasvu ja kehitys. Teoksessa Peltonen, H. (toim.) Koulu terveystden arvoitusta pohtimassa. Opetushallitus. Helsinki: Painatuskeskus, 49-65.
- Kannas, L. 1998. Koulun terveystden edistämisen haasteet. Liikunta & tiede, (1) 32-35.
- Kannas, L. 1999. Terveystden edistämisen ja terveystkasvatuksen peruskurssi. Luentosarja Kokkolan Chydenius-Instituutissa 15-16.1.1999.
- Kannas, L. 2000. Terveysttä edistävän urheiluseuran kriteerejä on kehitettävä. Raportti Nuoret – Urheilu – Päihteet –pienoisseminaari 26.4., 19-21.

- Kannas, L. & Tynjälä, J. 1998. Liikunta myötätuulessa nuorten arjessa. WHO –koululaistutkimus 1986-1998. *Liikunta & tiede*, (4) 4-10.
- Kannas, L., Vuori, M., Seppälä, H.-R., Tynjälä, J., Villberg, J., Välimaa, R. & Ojala, K. 2002. Suojaako urheiluseuratoiminta nuoria päihteiltä ja tupakalta? *Liikunta & tiede*, (4) 4-11.
- Karvonen, J. S., Rimpelä, A. H. & Rimpelä, M. 1995. Do sports clubs promote snuff use? Trends among Finnish boys between 1981 and 1991. *Health Education Research. Theory & Practice* 10 (2), 147-154.
- Korhonen, J. 1998. Terveyskasvatuksen ja terveystiedon opetussuunnitelmat sekä näkökohtia niiden kehittämiseksi. *Terveystieteen laitoksen julkaisusarja* 8.
- Korhonen, J., Kopra, A., Tuominen, P. & Wahlroos, L. 1999. Terveystiedon koulukohtainen opetussuunnitelma. *Terveys ry:n selvityksiä* 2.
- Koski, P. 2000. Nuoret urheilijat ja alkoholi. Jyväskylän yliopiston liikunnan kehittämiskeskuksen julkaisuja 3.
- Kuivalahti, M. 1999. Yksilön oppiminen ryhmässä. *Acta Universitatis Tamperensis* 680.
- Lahti-Koski, M. & Kilkkinen A. 2001. Ravitsemuskertomus 2000. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1.
- Lehti, E. 1999. Pelin henki – Opas E – D –junioreiden vanhemmille. Helsinki: Suomen Jääkiekkoliitto.
- Lintonen, T. 2001. Drinking Patterns among Finnish Fourteen Year-olds from 1977 to 1999. Tampereen yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 832.

- Liukkonen, J. 1995. Psyykkisen valmennuksen työkirja. Jyväskylä: Jyväskylän paino.
- Liukkonen, J. 1998. Valmennus ja motivaatiotekijät. Teoksessa Sarlin, E.-L., Sarlin, H., Lintunen, T., Liukkonen, J. & Pönkkö, A. (toim.). Motivaatio ja minäkäsitys liikunnassa ja urheilussa. Oulun yliopiston Kajaanin opettajankoulutuslaitoksen julkaisuja 10, 35-47.
- Luopa, P., Rimpelä, M. & Jokela, J. 2000. Huumeet ja koululaiset. Tuloksia kouluterveyskyselystä 1996-2000. Stakes Aiheita 25.
- Malina, R. M. 1994. Physical activity: Relationship to growth, maturation and physical fitness. Teoksessa Bouchard, C., Shephard, R. J. & Stephens, T. Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Illinois: Human Kinetics, 918-930.
- Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Viro: Jaabes OU, Võru.
- Nelson, T. F. & Wechsler, H. 2000. Alcohol and college athletes. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 33 (1), 43-47.
- Neutens, J. J. & Rubinson, L. 1996. *Research Techniques for the Health Sciences* 2nd edition. USA: Allyn and Bacon.
- Newsholme, E. A. & Parry-Billings, M. 1994. Effects of exercise on the immune system. Teoksessa Bouchard, C., Shephard, R. J. & Stephens, T. Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Illinois: Human Kinetics, 451-455.
- Nissinen, A., Kauhanen, J. & Myllykangas M. 1994. *Kansanterveystiede*. Juva: WSOY.

- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1996. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo: WSOY.
- Nupponen, H. & Huotari, P. 2002. Kaikki kunnossa? Nuorten kuntoerojen kasvu huolestuttaa. Liikunta ja tiede, (3) 4-9.
- Närhi, A. & Frantsi, P. 1998. Psykkinen valmennus – järkeä ja sydäntä. Keuruu: Otava.
- O'Brien, C. P. 1993. Alcohol and sport. Impact of social drinking on recreational and competitive sports performance. *Sports Medicine* 15 (2), 71-77.
- Okulov, S., Tossavainen, K., Leskinen, L., Eerola, E.-L., Kauttonen, J., Tikanoja, H., Neumanen-Tuomela, P. & Jakonen, S. 1998. Pielaveden terve koulu- projekti – koulukohtainen toiminta oppilaiden terveyden hyväksi. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus.
- Parízková, J. 1996. Nutrition, physical activity and health in early life. Florida: CRC Press inc.
- Pate, R. R. & Macera, C. A. 1994. Risk of exercising: Musculoskeletal injuries. Teoksessa Bouchard, C., Shephard, R. J. & Stephens, T. Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Illinois: Human Kinetics, 1008-1018.
- Peltonen, H. 1992. Ala-asteen opettajien toteuttama terveystkasvatus. Teoksessa Vartiainen, E. & Tossavainen, K. (toim.) Tupakkaterveyskasvatus peruskoulussa. Sosiaali- ja terveyshallitus raportteja 72, 51-69.
- Pinto, M., Kuhn, J. E., Greenfield, M.L. & Hawkins, R. J. 1999. Prospective analysis of ice hockey injuries at the junior A level over course of one season. *Clinical Journal of Sport Medicine* 9 (2), 70-74.

- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 46.
- Puhakainen, J. 1995. Kohti ihmisen valmentamista. Tampere: Tampereen yliopiston jäljennepalvelu.
- Pyykkönen, T. & Vasara, E. 1999. Viinamäen urheilumiehet. Urheilu ja raittius 1900 –luvulla. Liikuntatieteellisen seuran Impulssi XVI.
- Rajatie, J., Sihvola, S., Lappi, R. & Perheentupa, J. 1993. Lasten ja nuorten terveydentila 1990-luvun Suomessa. Mannerheimin Lastensuojeluliitto. Jyväskylä: Gummerus.
- Ranta, E, Rita, H & Kouki, J. 1992. Biometria. Tilastotiedettä ekologeille. Helsinki: Yliopistopaino.
- Rauste-von Wright, M.-L. & von Wright J. 1994. Oppiminen ja koulutus. WSOY: Juva.
- Rimpelä, A. 2001. Koululaisten terveyttä edistävä ja haittaava käyttäytyminen. Koululaisten terveys konsensuskokous 12.-14.11.2001. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Rimpelä, A., Lintonen, T., Pere, L., Rainio, S. & Rimpelä, M. 2002. Nuorten Terveystapatutkimus 2001. Tupakan ja päihteiden käytön muutokset 1977-2001. Stakes Aiheita 10.
- Rovio, E. 2002. Joukkueellinen yksilöitä. Toimintatutkimus psyykkisen valmennuksen ohjelman suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista poikien jääkiekkjoukkueessa. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 133.
- Saarela, P. 1999. Nuorisobarometri. NUORAn julkaisuja 2. Helsinki: Nuorisosiain neuvottelukunta.

- Saarela, P. 2002. Nuorisobarometri. NUORAn julkaisuja 24. Helsinki: Nuori-soasiain neuvottelukunta.
- Seppälä, J. 2002. Jääkiekkovalmentaja pelaajien nuuskankäytön ehkäisijänä. Valmentajien asenteet ja terveystieteiden aktiivisuus. Jyväskylän yliopisto. Liikuntapedagogiikka. Pro gradu –tutkielma.
- Shemeikka, S. 1984. Terveystieteiden peruskoulun ala-asteella. Esimerkkinä kasvatus tupakoimattomuuteen. Kuopion yliopiston tutkimuksia. Kansanterveystiede. Alkuperäistutkimukset 2.
- SLU 2000. SLU:n kevätkokous antoi suositukset aiheesta Nuoret, päihteet ja urheiluelämä. Liikunnan ja Urheilun Maailma 27.4. (9). 1-3. <http://www.slu.fi/verkkolehti.200009.uutinen.731>
- SLU 2002. Lasten ja nuorten liikunnan harrastaminen lisääntynyt. Liikunnan ja Urheilun Maailma 5.9 (14). 1-2. <http://www.slu.fi/verkkolehti.200214.uutinen.2864>
- Stainback, R., D. 1997. Alcohol and Sport. Champaign, Illinois: Human Kinetics.
- Stuart, M. J. & Smith, A. 1995. Injuries in junior A ice hockey. A three-year prospective study. The American Journal of Sports Medicine 23 (4), 458-461.
- Stuart, M. J., Smith, A. M., Malo-Ortiguera, S. A., Fischer, T. L. & Larson, D. R. 2002. A comparison of facial protection and the incidence of head, neck and facial injuries in junior A hockey players. The American Journal of Sports Medicine 30 (1), 39-44.
- Suomen Jääkiekkoliitto. 2002. Tilastotietoja. Julkaisematon lähde.

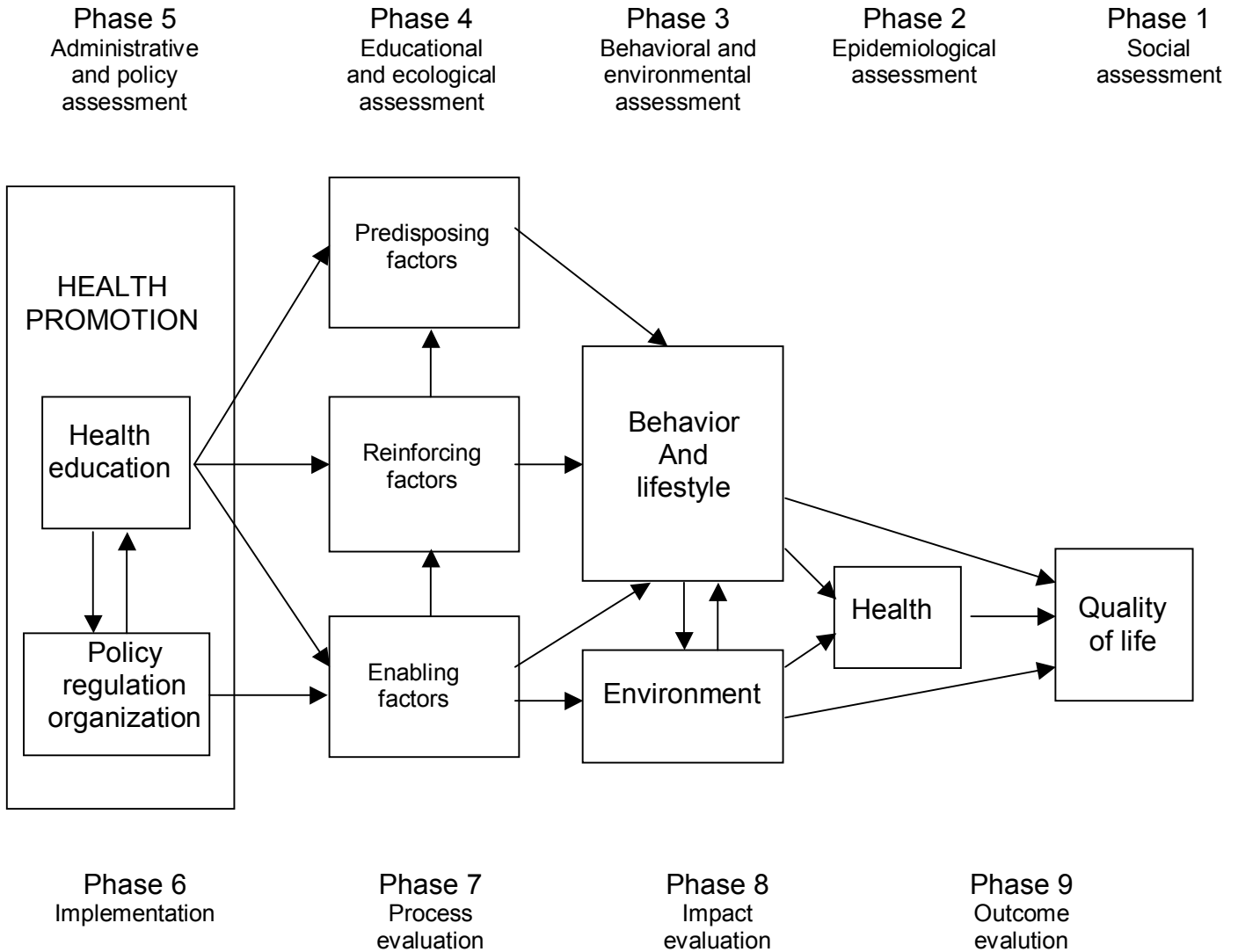
- Tannahill, A. 1992. Epidemiology and health promotion. Teoksessa Bunton, R & Macdonald, G. Health Promotion. Disciplines and Diversity. London and New York: Routledge, 86-105.
- Telama, R. & Yang, X. 2000. Decline of physical activity from youth to young adulthood in Finland. *Medicine & Science in Sport & Exercise* 32 (9), 1617-1622.
- Timpka, T., Risto, O. & Lindqvist, K. 2002. Injuries in competitive youth bandy: An epidemiological study of a league season. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 34 (6), 993-997.
- Tossavainen, K. 1993. Nuorten terveystietämystä tukeva koulun terveystieteiden opetus. *Stakesin tutkimuksia* 22.
- Tynjälä, J. 1993. Suomalaisten nuorten lepotottumukset ja univaikeudet sekä koulutusorientaatio. Teoksessa Shemeikka, S. & Nissinen A. Terveystieteiden tutkimuksen vuosikirja 1992. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 1, 99-113.
- Tynjälä, J. 1999. Sleep habits, perceived sleep quality and tiredness among adolescents. A health behavioural approach. Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 61.
- Tynjälä, J. & Kannas, L. 1993. Sleeping habits of Finnish school children by sociodemographic background. *Health Promotion International* 8 (4), 281-289.
- Tynjälä, J., Kannas, L. & Levälähti, E. 1997. Perceived tiredness among adolescents and its association with sleep habits and use of psychoactive substances. *Journal of Sleep Research* (6), 189-198.

- Tynjälä, J., Kannas, L., Levälahti, E. & Välimaa, R. 1999. Perceived sleep quality and its precursors in adolescents. *Health Promotion International* In print 14 (2), 1-12.
- Tynjälä, J., Kannas, L. & Välimaa, R. 1993. How young Europeans sleep? *Health Education Research* 8 (1), 69-80.
- Uosukainen, J. 2000. Urheilulukiolaisten nuuskan käyttö. Jyväskylän yliopisto. Liikuntapedagogiikka. Pro gradu –tutkielma.
- Uusitalo, H. 1991. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Juva: WSOY.
- Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.
- Vertio, H. 1992. Terveyden edistäminen. Hämeenlinna: Karisto.
- Virolainen, I. 2000. Urheilu – Raitis ja Reipas? Tutkimus urheilijoiden kokemuksista ja näkemyksistä alkoholin, tupakan ja nuuskan esiintymisestä urheilussa. Jyväskylä yliopisto. Terveyskasvatus. Pro gradu –tutkielma.
- Vuolle, P. 2000. Suomalainen huippu-urheilija ja alkoholin, tupakan ja nuuskan käyttö. *Liikunta ja tiede*, (2) 4-9.
- Vuolle, P: 2001. Jääkiekkoilijan elämäntaival. Liikunnan kehittämiskeskuksen julkaisuja 3.
- Wankel, L. M. & Sefton, J. M. 1994. Physical activity and other lifestyle behaviors. Teoksessa Bouchard, C., Shephard, R. J. & Stephens, T. Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Illinois: Human Kinetics, 530-550.

Williams, M. H. 1994. Physical activity, fitness and substance misuse and abuse. Teoksessa Bouchard, C., Shephard, R. J. & Stephens, T. Physical activity, fitness and health. International proceedings and consensus statement. Illinois: Human Kinetics, 898-915.

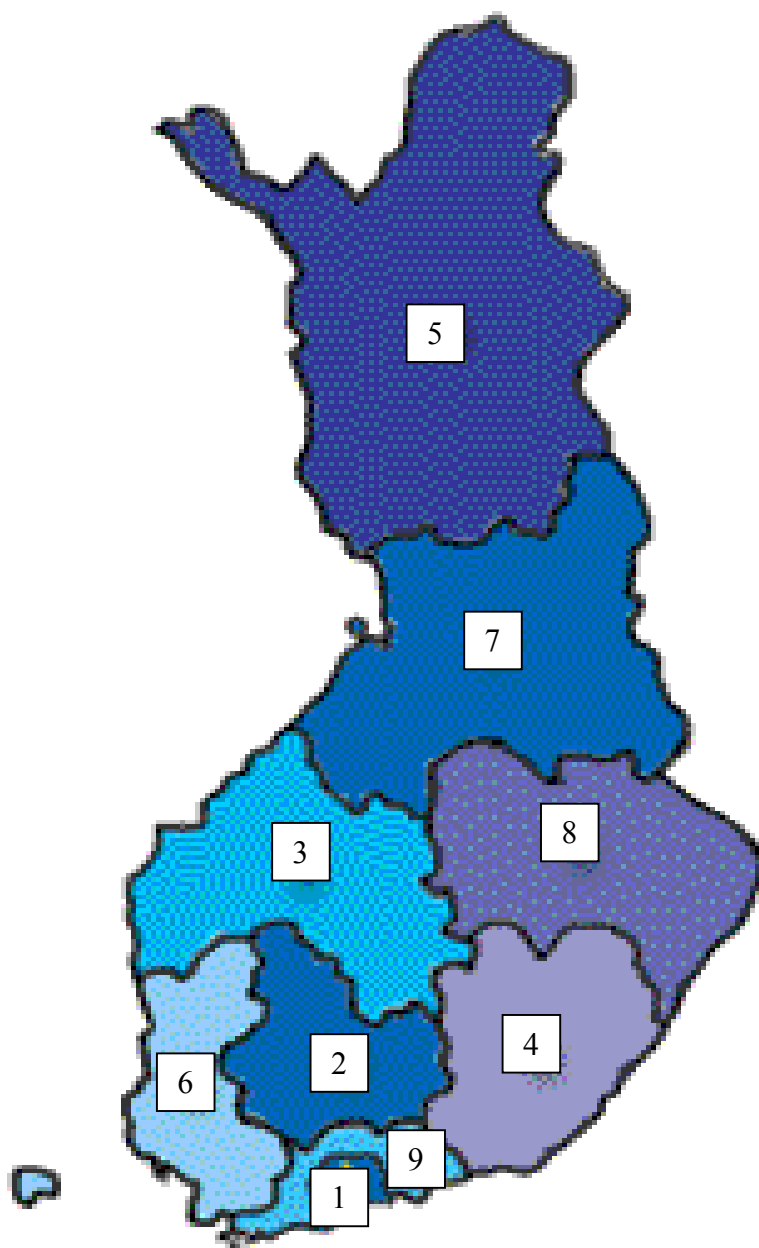
Liite 1. PRECEDE – PROCEED –malli (Green & Kreuter 1999, 35).

PRECEDE



PROCEED

Liite 2. Suomen Jääkiekkoliiton aluejako.



1. Pääkaupunkiseutu	(16 valmentajaa)
2. Häme	(42)
3. Keskimaa	(32)
4. Kymi-Saimaa	(10)
5. Lappi	(6)
6. Länsirannikko	(24)
7. Pohjonen	(17)
8. Savo-Karjala	(16)
9. Uusimaa	(27)

01.04.2002
Jyväskylä

Liite 3. Saatekirje & vastausohjeet

Arvoisa valmentaja,

Tämän kyselylomakkeen on lähettänyt teille Jyväskylän yliopiston terveystieteiden (terveyskasvatus) opiskelija Sami Kokko, joka toimii myös JYP HT Junioreiden valmennuspäällikkönä. Terveystieteiden laitos tutkii mm. liikunnan ja terveyden välisiä yhteyksiä.

Tämän kyselyn tarkoituksena on kartoittaa juniorijääkiekkovalmentajien suhtautumista terveyden edistämiseen ja terveyskasvatukseen osana juniorijääkiekkovalmennusta.

Tutkimus on samalla Pro-Gradu tutkimukseni ja se tehdään yhteistyössä Suomen Jääkiekkoliiton kanssa. Tutkimus toteutetaan kaikissa Suomen Jääkiekkoliiton sinettiseuroissa (52 kpl) ja niiden kauden 2001-2002 C-86-D-89 joukkueissa (1 joukkue per ikäluokka per seura). Tutkimuksen ohjaajana toimii terveyskasvatuksen professori Lasse Kannas Jyväskylän yliopistosta.

Kaikki henkilökohtaiset tiedot ovat luottamuksellisia ja jäävät vain tutkijan käyttöön.

Sinun mielipiteesi on tärkeä joten, toivottavasti teet yhteistyötä kanssamme. Kun olet vastannut kyselyyn, lähetä se Samille mukana olevassa palautuskuoressa perjantaihin 26.4.2002 mennessä. Postitus on maksuton. Lisätietoja saat alla olevilta henkilöiltä.

Yhteistyöstä kiittäen,

Sami Kokko
terveystieteiden –yo
valmennuspäällikkö
JYP HT Juniorit
050-523 7755
sami.kokko@jyphjuniorit.fi

Eero Lehti
nuorisopäällikkö
Suomen Jääkiekkoliitto
09-7567 5516
eero.lehti@finhockey.fi

Vastausohjeet:

Ole hyvä ja lue ensin esitetyn kysymyksen kaikki vastausvaihtoehdot ja valitse sitten niistä sinun kannaltasi sopivin omaksi vastaukseksi. Kyselylomake on kaksipuoleinen eli tarkista lopuksi, että olet vastannut kaikkiin kysymyksiin.

Vastaaminen tapahtuu pääasiassa rasti-ruutuun periaatteelle (näin aina kun kyseessä on ruutu).

Kun sinun kannaltasi sopivimman vastausvaihtoehdon kohdalla on viiva _____, niin silloin vastaukseksi halutaan numero tai kirjoitusta.

Kysymyksiä 25 ja 26 kohdalla ympyröi sinun kannaltasi sopivin vastausvaihtoehto.

01.04.2002
 Jyväskylä
 Sami Kokko
 Pro-Gradu kysely

Liite 4. Kyselylomake.

Juniorijääkiekkovalmentaja terveystarkastajana -kysely

1. Ikä _____ vuotta

2. Sukupuoli

mies

nainen

3. Siviilisäätö

naimaton

avioliitossa tai avoliitossa

eronnut tai leski

4. Onko sinulla lapsia?

ei

kyllä , monta ja minkä ikäisiä? _____

5. Mikä on siviilikoulutuksesi?

kansakoulu

peruskoulu/keskikoulu

ammattikoulu tai muu vastaava

ylioppilas

opistoasteentutkinto

yliopisto tai korkeakoulututkinto

6. Mikä on seurasi? _____

7. Mitä koulutuksia olet jääkiekossa suorittanut?

Lok

NVT

JVT

HVT

Amvt

Muu, mikä? _____

8. Mikä on tehtäväsi joukkueessasi tällä kaudella?

vastuuvallmentaja

valmentaja

maalivahtivalmentaja

9. Mikä on valmennettaviesi ikäluokka kaudella 2001-2002 (esim. D-88)?

Ikäluokka _____

10. Millä sarjatasolla joukkueesi pelasi tällä kaudella?

aluesarja

SM-sarja

1.divisioona

muu, mikä? _____

11. Kuinka monta vuotta olet valmentanut eri ikäisiä lapsia ja nuoria jääkiekossa ja/tai muissa lajeissa?

	jääkiekko	muut lajit
17v. tai vanhempia	_____ vuotta	_____ vuotta
12-16 -vuotiaita	_____ vuotta	_____ vuotta
11v. tai nuorempia	_____ vuotta	_____ vuotta

12. Kuvaile lyhyesti valmennusideologiaasi.

13. Mitkä ovat mielestäsi keskeisiä terveyskasvatuksen tavoitteita juniorijääkiekkotoiminnassa?

14. Missä määrin olet toteuttanut terveystietoa joukkueellesi kuluneella kaudella (2001-2002)?
(Eli missä määrin olet käsitellyt pelaajien kanssa opetus-, neuvonta- tai valistus mielessä terveyden tai terveystottumuksiin liittyviä asioita?)

en kertaakaan	<input type="checkbox"/>
1 kerran	<input type="checkbox"/>
2-3 kertaa	<input type="checkbox"/>
4-5 kertaa	<input type="checkbox"/>
6 tai useammin	<input type="checkbox"/>

15. Mitä sisältöalueita olet käsitellyt? (Tästä eteen päin kaikki kysymykset koskevat 2001-2002 kauden toimintaa.)

	en kertaakaan	1 kerran	2-3 kertaa	4-5 kertaa	6 tai useammin
ravinto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tupakka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nuuska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alkoholi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huumeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uni/lepo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
rasituksen/levon suhde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hygienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vammojen ehkäisy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vammojen hoito ja kuntoutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaana urheilun riskit/ ohjeet sairaustapauksissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
väkivalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
joukkuehenki (joukkueen sosiaaliset suhteet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seksi- kysymykset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu, mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Millä tavalla olet toteuttanut terveystasvatusta?

	en kertaakaan	1 kerran	2-3 kertaa	4-5 kertaa	6 tai useammin
jutustelua harjoitusten lomassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ohjeita peli-/turnausmatkoilla bussissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
luentotyypisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keskustelutilaisuus pelaajille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käytännön harjoitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
info-lehtinen (esim. kotiin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vieraileva asiantuntija	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu, mikä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Kenen aloitteesta olet toteuttanut terveystasvatusta?

	ei koskaan	harvoin	useimmiten	aina
omasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pelaajien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vanhempien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seuran/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valmennuspäällikön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suomen Jääkiekkoliiton	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muun, kenen? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Oletteko sopineet vanhempien kanssa jotain seuraavista toteuttavaksi joukkueen toiminnan aikana? (tarkoittaa vanhempien omaa käyttäytymistä).

	kyllä	ei
tupakoimattomuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nuuskattomuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
päihteettömyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sopiva kielenkäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pelaajien kannustus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
karamellien / virvokkeiden ostamisen rajoitus peli- matkoille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nukkumaanmeno ajat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuta, mitä? _____		

19. Oletteko sopineet pelaajien kanssa jotain seuraavista toteutettavaksi joukkueen toiminnan aikana?

	kyllä	ei
tupakoimattomuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nuuskattomuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
päihteettömyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sopiva kielenkäyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toisten pelaajien kannustus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
karamellien / virvokkeiden nauttimisen rajoitus peli- matkoilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
varausteiden puhtaudesta huolehtiminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
henkilökohtainen hygienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nukkumaanmeno ajat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuta, mitä? _____		

20. Ovatko vanhemmat toivoneet toteutettavaksi jotain terveystkasvatukseen liittyvää?

ei

kyllä, mitä? _____

21. Kenellä seuraavista on mielestäsi ”paras” auktoriteetti juniorijääkiekkoileviin lapsiin/nuoriin?

(laita järjestykseen (numeroi 1, 2, 3) siten, että 1. paras jne.)

vanhempi/vanhemmat _____

opettaja/koulu _____

valmentaja _____

22. Minkälaisissa yhteyksissä olette kuluneella kaudella keskustelleet aikuisten kesken terveystkasvatusaiheista ja/tai niiden tarpeellisuudesta?

	emme kertaakaan	1 kerran	2-3 kertaa	4-5 kertaa	6 tai useammin
seurantilaisuuksissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
seuran/vp:n kanssa joukkuetta koskevissa palaverissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
valmentajakoulutuksissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vanhempainilloissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pelimatkoilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
joukkueen johtoryhmän palaverissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muussa, missä? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Kenelle kuuluu vastuu lasten/nuorten terveystkasvatuksellisista asioista? (laita järjestykseen (numeroi 1, 2, 3) siten, että 1. suurin vastuu jne.)

vanhempi/vanhemmat _____
 opettaja/koulu _____
 valmentaja _____

24. Mistä asioista (terveystkasvatuksesta) haluaisit lisätietoa ja valmiuksia?

25. Vastaa seuraaviin väittämiin ympyröimällä jokaiselta riviltä sopivin vaihtoehto asteikolta 1-5. (Eli kumpaa väittämää lähempänä on oma mielipiteesi?)

terveystkasvatukselliset taidot ovat tärkeä osa valmentajuutta	1	2	3	4	5	terveystkasvatukselliset taidot eivät kuulu valmentajuuteen
valmentajan tulee keskittyä kasvatuksellisiin asioihin enemmän kuin jääkiekkotaitoihin	1	2	3	4	5	valmentajan tulee keskittyä pääasiassa jääkiekkotaitojen kehittämiseen

seuran/valmennuspäällikön suhtautumisella terveystkasvatuksellisiin asioihin ei ole merkitystä	1	2	3	4	5	seuran/valmennuspäällikön rooli on ratkaisevan tärkeä terveystkasvatuksellisissa asioissa
terveystkasvatukselliset asiat eivät kuulu juniorijääkiekon tehtäviin	1	2	3	4	5	terveystkasvatuksellisia asioita tulisi sisällyttää lisää juniorijääkiekkotoimintaan
seurani ei ole kiinnostunut terveystkasvatuksen kehittämisestä osana valmennustoimintaa	1	2	3	4	5	seurani on kiinnostunut terveystkasvatuksen kehittämisestä osana valmennustoimintaa
minulla on hyvät valmiudet terveystkasvatuksellisiin asioihin	1	2	3	4	5	tarvitsen lisää tietoa/valmiuksia terveystkasvatuksellisista asioista
Suomen Jääkiekkoliitto on kiinnostunut terveystkasvatuskysymyksistä osana juniorijääkiekkoilua	1	2	3	4	5	Suomen Jääkiekkoliitto ei ole kiinnostunut terveystkasvatuskysymyksistä osana juniorijääkiekkoilua

26. Missä määrin seuraavat väittämät vastaavat mielipidettäsi? Ympyröi vastauksesi.

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä
terveystkasvatus kuuluu juniorijääkiekkovalmentajan toimenkuvaan	1	2	3	4	5
seuran on tärkeä linjata kantansa terveystkasvatuksen suhteen	1	2	3	4	5
yhteistyö valmentajan ja vanhempien välillä on terveystkasvatuksessa tärkeää	1	2	3	4	5

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä
muiden joukkueen toimihenkilöiden suhtautuminen vaikuttaa valmentajan halukkuuteen toteuttaa terveyskasvatusta osana joukkueen toimintaa	1	2	3	4	5
minulla valmentajana on vastuu puuttua pelaajien alkoholin käyttöön esim. pelimatkoilla eli joukkueen toiminnan aikana	1	2	3	4	5
terveyskasvatus ei ole juniorijääkiekkovalmentajan tehtäviä	1	2	3	4	5
valmentajien ja joukkueenjohtajien ei pitäisi tupakoida pelaajien nähden	1	2	3	4	5
pelaajien vanhempien suhtautuminen vaikuttaa valmentajan halukkuuteen toteuttaa terveyskasvatusta osana joukkueen toimintaa	1	2	3	4	5
valmentajan omalla käyttäytymisellä ei ole vaikutusta nuorten käyttäytymiseen	1	2	3	4	5
juniorijääkiekolla on oma vastuu lasten ja nuorten terveyskasvatuksessa	1	2	3	4	5
minulla valmentajana on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa nuorten terveyskäyttäytymiseen	1	2	3	4	5

	täysin samaa mieltä	samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	eri mieltä	täysin eri mieltä
minulla valmentajana on vastuu puuttua pelaajien nuuskan käyttöön joukkueen toiminnan aikana	1	2	3	4	5
olen valmis sisällyttämään terveystasvatuksellisia asioita valmennukseeni	1	2	3	4	5
minun tulisi valmentajana tukea enemmän nuoria terveiden elämäntapojen suuntaan	1	2	3	4	5
valmentajien ja joukkueenjohtajien ei pitäisi käyttää alkoholia peli-/turnausmatkoilla	1	2	3	4	5
en pidä terveystasvatuksena tärkeänä, enkä aio sisällyttää sitä valmennukseeni	1	2	3	4	5

Lopuksi kysyn muutamia sinuun liittyviä terveystasvatuksia ja elämän arvojesi.

27. Miten koet tällä hetkellä oman terveytesi?

erittäin hyvä

hyvä

kohtalainen

melko huono

huono

28. Tupakoitko tällä hetkellä?

päivittäin

viikoittain

harvemmin kuin 1 kertaa viikossa

en polta

29. Käytätkö nuuskaa tällä hetkellä?

- päivittäin
- viikoittain
- harvemmin kuin 1 kertaa viikossa
- en käytä nuuskaa

30. Mitkä ovat tällä hetkellä kolme tärkeintä elämänarvoasi (1.=tärkein, jne.)?

1. _____

2. _____

3. _____

31. Vapaa sana.

Kiitos yhteistyöstäsi!!!

Liite 5. Tutkimuksen pääkysymysten ja valmentajien taustamuuttujien väliset korrelaatiot.

sivu 1/2	Ikä	omat lapset	valmennus- kokemus
Kysymys 14.			
Toteutettu			
terveyskasvatus:	.076	.068	.036
Kysymys 15.			
Sisältöalueet:			
ravinto	.092	.013	.037
tupakka	.151*	.097	.138
nuuska	.075	.051	.144
alkoholi	.171*	.117	.198**
huumeet	.292**	.183*	.220**
uni/lepo	.128	.013	-.050
ras./levon suhde	.220**	.032	.080
hygienia	.180*	.144*	.020
vammojen ehkäisy	.066	.029	.077
vammojen hoito	-.057	-.050	-.020
ohjeet sair.tap.	.014	.070	-.015
väkivalta	.102	.097	.061
joukkuehenki	.104	.031	.027
seksi-kysymykset	-.151*	-.094	.025
Kysymys 16.			
Toteuttamistapa:			
jutustelu harj.	-.026	-.087	-.015
ohjeet pelimatkoilla	.022	-.083	.060
luento	.065	.037	.117
keskustelutilaisuus	-.041	.000	.089
käytännön harjoitus	.033	.227	.024
info-lehtinen	.045	.119	.127
video	.000	.148	.080
vieraileva asiantunt.	-.217	.087	.057
Kysymys 17.			
Aloite:			
oma aloite	-.008	-.028	.157*
pelaajien aloite	-.119	-.038	-.037
vanhempien aloite	.078	.023	.021
seuran/vp:n aloite	.119	.144	.115
SJL:n aloite	.009	.053	.170*
Kysymys 21. Paras			
auktoriteetti:			
vanhempi/koti	.167*	.088	.200**
opettaja/koulu	-.223**	-.147*	-.051
valmentaja	-.138	-.014	-.186*

sivu 2/2	ikä	omat lapset	valmennuskokemus
----------	-----	-------------	------------------

Kysymys 23.

Suurin terv.kasv.

vanhempi/koti	-.081	-.142	-.015
opettaja/koulu	-.107	.008	.030
valmentaja	.103	.084	-.071

Kysymys 22.

Tilaisuudet, joissa

tk:sta keskusteltu:

seurantilaisuudet	.029	.052	.009
seuran/vp:n kanssa	.060	.146*	-.006
valm.koulutukset	.065	.068	-.036
vanhempainillat	.220**	.286**	.017
pelimatkoilla	.127	.087	.031

jouk.johtoryhmässä	.005	.013	.025
--------------------	------	------	------

Kysymys 25.

asenneväittämät:

väittäjä a)	.017	-.080	-.040
väittäjä b)	.005	.002	.053
väittäjä c)	.001	.015	-.184*
väittäjä d)	-.073	-.029	-.129
väittäjä e)	-.076	.005	-.038
väittäjä f)	.054	.067	-.021
väittäjä g)	.116	.034	.068

Kysymys 26.

vastaväittämät:

summamuuttuja 1	-.172*	-.091	-.110
summamuuttuja 2	-.011	-.080	-.069
summamuuttuja 3	-.149*	-.109	.033

	summamuuttuja 3		
summamuuttuja 1	.267**		

Kysymykset 27, 28 & 29.

koettu terveys	.176*	.110	.179*
tupakointi	-.082	-.104	-.042
nuuskan käyttö	.362**	.255**	.133