



AMMATILLISEN KOULUTUKSEN TERVEYSTIEDON OPETUS

Opettajan opetussuunnitelman kehittäminen

Sami Shemeikka

**Kehittämishankeraportti
Helmikuu 2009**



**JYVÄSKYLÄN
AMMATTIKORKEAKOULU**
Ammatillinen opettajakorkeakoulu

Tekijä(t) Shemeikka, Sami	Julkaisun laji Kehittämishankeraportti	
	Sivumäärä 56	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Ammatillisen koulutuksen terveystiedon opetus <i>Opettajan opetussuunnitelman kehittäminen</i>		
Koulutusohjelma Ammatillinen opettajakorkeakoulu		
Työn ohjaaja(t) Weissmann, Kitrsti		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Vuonna 2001 annetun asetuksen mukaan terveystietoa tulee opettaa omana erillisenä oppiaineena niin peruskoulussa kuin toisen asteen oppilaitoksissakin. Vuonna 2009 erityisesti pyritään vahvistamaan terveyden edistämisen asemaa ammattioppilaitoksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Terveystiedon yhteisen yhden opintoviikon puitteissa ei voi saavuttaa kaikkia terveystiedon opetukselle asetettuja tavoitteita. Siksi on tärkeää, että opetuksessa painotetaan opiskelijoiden kannalta tärkeimpiä sisältöjä.</p> <p>Kehittämishankkeelleni asetin kolme tavoitetta. Ensimmäisenä tavoitteena oli oppilaille suoritetun kyselyn avulla tuottaa tietoa opetuksen suunnittelun pohjaksi ja auttaa priorisoimaan kaikille yhteisen opintojakson sisältöjä niin, että ne vastaisivat mahdollisimman hyvin opiskelijoiden tarpeita.</p> <p>Toisena tavoitteena oli laatia yhden opintoviikon laajuisen opintojakson tavoitteet, sisältö ja opetuksen toteuttaminen. Suunnittelin viisi aihealuetta: (1) terveys, terveyserot ja niihin vaikuttaminen, (2) sosiaali- ja terveyspalvelujen ja lääkkeiden käyttö, (3) ravitsemus, (4) seksuaali- ja perhekasvatus ja (5) ergonomia fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämässä erityisesti työelämässä.</p> <p>Kolmantena tavoitteena oli, että kehittämistehtävä ja sen toteuttaminen opetusharjoittelussa palvelevat omaa kasvuaani opettajuuteen. Opetussuunnitelman laatiminen ja sen toteuttaminen olivat erityisen mielenkiintoisia ja kehittäviä siksi, että olemassa olevat opetussuunnitelmat antavat edelleen opettajalle varsin suuren vapauden opetuksensa suunnittelussa ja toteutuksessa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) terveystieto, opetussuunnitelma, ammatillinen koulutus		
Muut tiedot Esim. Työhön kuuluvat irralliset liitteet		

Author(s) Shemeikka, Sami	Type of Publication Development project report	
	Pages 56	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Health education in vocational schools <i>Teacher's curriculum</i>		
Degree Programme Vocational Teacher Education		
Tutor(s) Weissmann, Kirsti		
Assigned by		
Abstract Since year 2001 health education has be an independent subject in primary and secondary schools. In year 2009 health education will be emphasised especially in vocational schools. During the obligatory studies (1.5 ECTS) it is not possible to reach all the targets, which are in curriculum. Therefore it is important in teaching to prioritize subject areas. I had three targets for my development project. The first one was to get information for teaching planning. I asked students' opinions for prioritization of themes. I used a written questionnaire. The second target was to plan 1,5 ECTS studies for vocational teaching. I planned five themes: (1) health, health differences and factors connected with them, (2) social and health services, use of drugs, (3) nutrition, (4) sexual and family education and (5) ergonomics in work. The third target was to implement the plan during my teaching training. This development project was for me a good study trip to health education planning, its implementation and subject matter of health education.		
Keywords health education, curriculum, vocational school		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

JOHDANTO	5
2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄNI LÄHTÖKOHTA JA TAVOITTEET	5
3 TERVEYSTIEDON ARVOPERUSTA	6
4 TERVEYSTIETOON LIITTYVÄT KÄSITTEET	8
4.1 Terveys	8
4.2 Terveyden edistäminen	9
4.3 Terveyskasvatus ja terveystieto	13
5 TERVEYSTIETO VALTAKUNNALLISISSA OPETUSSUUNNITELMISSA	15
6 TERVEYSTIEDON KUNTA- JA KOULUKOHTAINEN OPETUSSUUNNITELMA	18
6.1 Suunnittelua ohjaavat tekijät	18
6.2. Oppilaiden huomioiminen opetussuunnitelmaa rakennettaessa	20
6.2.1 Opiskelijoiden terveystietäytyminen	21
6.2.2 Oppilaiden terveys ja oireet	23
6.2.3 Kouluergonomia	23
6.3 Terveystiedon opetus	24
6.4 Opiskelijatietojen ja terveystiedon opetussuunnitelmien tavoitteiden tarkastelua	24
7 TERVEYSTIEDON OPETUKSEN RESURSSIEN KEHITTÄMINEN	26
8 TERVEYSTIEDON OPINTOJAKSON TUNTISUUNNITELMAT	27
9 POHDINTA	39
LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1. Terveystiedon koulukohtaisen opetussuunnitelman tavoitteet ja arvioinnin kriteerit, laajuus 1 ov	45
Liite 2. A 1. Terveys, terveyserot ja niihin vaikuttaminen	47
Liite 3. Tehtävä A 2. Yleisimmät kansansairaudet	49
Liite 4. Tehtävä D 1. Ergonomia fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämässä	50
Liite 5. Tehtävä D 2. Uneen ja univajeeseen liittyvä tehtävä	52
Liite 6. Tehtävä D 3. Työskentely-ympäristön ergonomia	54

JOHDANTO

Terveyteen liittyvää opetusta on annettu eri aikoina eri oppiaineiden yhteydessä tai omana erillisenä oppiaineena. Aiemmin nimikkeenä on ollut mm. terveystieto ja terveystietokasvatusta. Vuonna 2001 annetun asetuksen mukaan terveystietoa tulee opettaa omana erillisenä oppiaineena niin peruskoulussa kuin toisen asteen oppilaitoksissakin. Tavoitteena on vahvistaa terveystiedon asemaa. Vuonna 2009 erityisesti pyritään vahvistamaan terveyden edistämisen asemaa ammattioppilaitoksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Kyseisestä muutoksesta seuraa myös, että opettajilta edellytetään siirtymävaiheen jälkeen terveystiedon aineenhallintaa samojen säädösten mukaan kuin muidenkin aineiden opettajilta. Toistaiseksi terveystieto on ollut opettajien koulutuksessa lähinnä sivuaineena liikunnan opettajilla. Mikään korkeakoulututkinto sellaisenaan ei anna pätevyyttä terveystiedon aineenhallintaan, vaan tutkintotodistukseen tai erilliseen todistukseen tulee liittää maininta terveystiedon aineenhallinnasta. Tällä hetkellä ainakin Jyväskylän yliopisto ja Kuopion yliopisto antavat kyseisen todistuksen tiettyjen kriteerien mukaisesti.

Mielenkiintonani on koko opiskeluajan ollut terveystiedon ja työergonomian opettaminen. Koska minulla ei ole aiempaa kokemusta kyseisten aineiden opetuksesta ja käsitykseni mukaan kyseinen opetus on voimakkaassa kehitysvaiheessa toisen asteen oppilaitoksissa, tahdoin kehittämistehtävässäni perehtyä terveystiedon opetussuunnitelmiin ja kehittää joitakin aihekokonaisuuksia toivottavasti tulevaa opetustyötäni varten. Kehitettäväksi aihekokonaisuuksiksi valitsin sellaisia, joiden käsittely on opiskelija-analyysin perusteella mielestäni tärkeää ja joihin opetussuunnitelmissa on kiinnitetty suhteellisen vähän huomiota.

2 KEHITTÄMISTEHTÄVÄNI LÄHTÖKOHTA JA TAVOITTEET

Terveystiedon yhteisen yhden opintoviikon puitteissa ei voi saavuttaa kaikkia terveystiedon opetukselle asetettuja tavoitteita. Siksi on tärkeitä, että opetuksessa painotetaan opiskelijoiden kannalta tärkeimpiä sisältöjä. Lisäksi ammatillisessa koulutuksessa voidaan järjestää 1–4 vapaavalintaista terveystiedon opintojaksoa, joita toistaiseksi kaikissa kouluissa ei kuitenkaan järjestetä. Vapaavalintaisissa opintojaksoissa voitaisiin vastata eri opiskelijaryhmien tarpeisiin ja kiinnostukseen pakollista opintojaksoa syvällisemmin. Ammatillisen perusasteen opiskelijoiden terveystiedoista, terveystietokäytännöistä ja heidän kiinnostuksensa kohteista on

käytettävissä kuitenkin hyvin niukalti tutkimustietoa. Siksi kehittämishankkeeni ensimmäisen vaiheen eli oppilaille suoritetun kyselyn tavoitteena on tuottaa tietoa opetuksen suunnittelun pohjaksi ja auttaa priorisoimaan kaikille yhteisen opintojakson sisältöjä niin, että ne vastaisivat mahdollisimman hyvin opiskelijoiden tarpeita.

Toisena vaiheena suunnittelen kirjallisuuden, olemassa olevien opetussuunnitelmien, oppimateriaalien ja opiskelijoilta saamieni vastausten perusteella yhden opintoviikon laajuisen opintojakson tavoitteet, sisällön ja opetuksen toteuttamisen. Opetusharjoittelussani toteutan suunnitelmani siinä määrin, kuin se on mahdollista olosuhteet huomioon ottaen.

Sekä oppilaille suoritettu kysely että opetussuunnitelman laatiminen palvelee omaa kasvuani opettajuuteen erityisesti siksi, että olemassa olevat opetussuunnitelmat antavat edelleen opettajalle varsin suuren vapauden opetuksensa suunnittelussa ja toteutuksessa.

Koulun työskentelyolosuhteiden ja ergonomian selvittäminen oppilaskyselyssä antaa viitteitä puolestaan koulun terveyden edistämisen kokonaisvaltaiseen kehittämiseen opiskelijoiden terveyttä ja hyvinvointia edistäväksi ja ylläpitäväksi.

3 TERVEYSTIEDON ARVOPERUSTA

Korhonen on esittänyt terveyteen liittyvän opetuksen perustaksi mm. arvomaailman, ihmiskäsityksen, tiedonkäsityksen sekä näkemykset oppimisesta ja opetuksesta. Terveys opetusta ohjaavana tekijänä perustuu siihen, että terveys nähdään toisaalta inhimillisenä perusarvona ja toisaalta siihen, että terveydellinen tasa-arvo ei toteudu Suomessa. Koulun tehtäväksi voidaan katsoa terveyteen liittyvän eriarvoisuuden vähentäminen terveystiedon opetuksen avulla. (Korhonen ym. 2002, 16 - 17.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005) on myöhemmin esittänyt vastaavanlaisen arvoperustan terveyden edistämiseksi. Vallitseva ihmiskäsitys antaa perustan terveyden ja kasvatuksen määritelmille sekä oppimiskäsitykselle: kuvataanko ihminen aktiiviseksi, itsenäisesti ajattelevaksi ja toimivaksi (subjektiksi) vai passiiviseksi vastaanottajaksi (objektiksi). Terveiden edistämistoimintaa ohjaavat keskeiset arvot terveyden ohella ovat ihmisen itsenäisyyden ja riippumattomuuden kunnioittaminen, tasa-arvo, solidaarisuus, osallistuminen ja yhteistyö.

- Tasa-arvo merkitsee sitä, että kaikille pyritään luomaan yhtäläiset edellytykset terveyden saavuttamiseen, ylläpitoon ja suojaamiseen ja että väestöryhmien terveysterot pyritään supistamaan mahdollisimman pieniksi.
- Solidaarisuus merkitsee sitä, että kannetaan vastuuta toisista, erityisesti huonossa asemassa olevista ihmisistä.
- Omatoimisuuden ja osallistumisen tukeminen merkitsee jokaisen yksilön itsemääräämisoikeuden huomioon ottamista.
- Osallistuminen ja tasavertainen kumppanuus lisäävät ihmisten voimaantumista (engl. empowerment) ja yhteisöllisyyttä (engl. community participation).

Vapaus ja demokratia merkitsevät, että kansalaisilla on oikeus asettaa terveys ja hyvän elämän muut osa-alueet valitsemaansa tärkeysjärjestykseen, kun tehdään terveyteen vaikuttavia päätöksiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 6.)

Koska koulun toimintaa ohjaavat kulloisetkin arvot, visiot ja toimintaperiaatteet, on keskeisiä kaikkien yhdessä pohdittavia teemoja useita. Millainen on turvallinen ja terveyttä edistävä koulu? Mitä terveys oikein on? Mitä on hyvinvointi? Kenen työhön niiden edistäminen kuuluu? Minkä arvon koulu antaa terveydelle? Miten terveyden edistäminen sopii koulun arvoihin? Ovatko kaikki koulussa samaa mieltä terveydestä arvona ja sen edistämistavasta? Koulun eettisfilosofiseen arvoperustaan kirjattu terveyden edistäminen on määritelty osaksi koulun perustehtävää ja näin kaikkien koulussa työskentelevien työn johtotähdeksi. Pelkkä kirjaaminen ei takaa sitoutumista, ellei arvosisältöjä ole pohdittu ja työstetty riittävästi yhdessä. Terveys ja hyvinvointi ovat kokonaisvaltaisia arvosidonnaisia asioita, joiden konkretisointi ja yhteinen sisällöllinen käsitteleminen ovat erityisen tarpeen. Arvokeskustelua voidaan käydä joko teoreettisella tasolla pohtimalla käsitteiden sisältöjä tai tutkimalla koulun arkipäivää ja käyttämällä lähtökohtana arkipäivässä koettuja ristiriitoja. Pelkkien käsitteiden käyttäminen saattaa jättää ne irrallisiksi arjen työstä. Oppilaiden ja vanhempien osallistuminen koulun arvopohjan työstämiseen olisi tärkeää. (Terveyden edistämisen keskus 2005.)

Koulun hyvinvointiprofiilin tekeminen auttaa koulua kokonaisvaltaisesti tukemaan oppilaiden kehitystä. Hyvinvointiprofiili ohjaa myös terveystiedon opettamista koulussa. Lisäksi kouluun tarvitaan yhteisöllinen, terveyttä ja hyvinvointia tukeva kouluarki. Terveystieto-oppiaine

voidaan nähdä laajemminkin mahdollisuutena elämän- ja ihmisläheisen toimintakulttuurin edistämiseksi yhteiskunnassamme. (Hannukkala ja Salonen 2005, 31 -34.)

4 TERVEYSTIETOON LIITTYVÄT KÄSITTEET

4.1 Terveys

Terveydestä on olemassa erilaisia määritelmiä. WHO on määritellyt terveyden kansainvälisessä terveystieteiden konferenssissa New Yorkissa pian toisen maailmansodan jälkeen. Seuraava WHO:n määritelmä on esitetty huhtikuussa 1948 ja se on kirjattu järjestön perustamisasiakirjaan seuraavasti: “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.” (“Terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain taudin tai heikkouden puuttumista”). Perustamisasiakirjassa todetaan myöhemmin myös, että parhaimmasta mahdollisesta saavutettavissa olevasta terveydentilasta nauttiminen on jokaisen ihmisyksilön perusoikeus. Tämä oikeus terveyteen tarkoittaa oikeutta riittävään ruokaan, veteen, vaatetukseen, asumiseen, terveydenhuoltoon, koulutukseen, työttömyys-, sairaus-, vammaisuus- ja vanhuusturvaan. Terveys ihmisoikeutena laajentaa siis määritelmää sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen suuntaan. (Torppa 2004, WHO 1999.)

WHO:n määritelmästä on esitetty runsaasti kritiikkiä. Joidenkin mielestä se on liian laaja ja sen pitäisi fokuoita enemmän terveyden fyysisiin ulottuvuuksiin. Erityisesti on pidetty epärealistisena sitä, että kaikki voisivat nauttia parhaasta mahdollisesta saavutettavissa olevasta terveydestä. Toisten mielestä määritelmästä puuttuu terveyden tärkeitä ulottuvuuksia kuten hengellisyys ja eettisyys. Periaatteessa terveyden alkuperäinen määritelmä on vielä voimassa, vaikka WHO:ssa on määritelmä esitetty uudessa muodossa vuonna 1999: “Health is a dynamic state of complete physical, mental, spiritual and social wellbeing and not merely the absence of disease or infirmity.” (“Terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin dynaaminen tila eikä vain taudin tai heikkouden puuttumista”). Tämän määritelmän ajatellaan sallivan enemmän variaatiota. Terveys voidaan nähdä dynaamisena tasapainotilana, jossa ikään kuin terveyden ilmiö tai muoto voi muuttua elämäntilanteiden ja -olosuhteiden vaihdellessa. WHO:n määritelmä on joka tapauksessa sikäli väljä, että sitä voidaan soveltaa kaikkialla maailmassa ja molempiin sukupuoliin. Ongelmia muodostaakin terveyden mittaaminen. Mitataanko vain fyysiseen terveyteen, sairauksiin ja kuolemaan

liittyviä asioita vai sitä, mikä on ihmisten itse kokema terveys ja minkä seikkojen he kokevat eniten vaikuttavan terveyteensä. (Torppa 2004, WHO 1999.)

WHO:n ensimmäinen määritelmä terveydestä vuodelta 1948 on kaiken kaikkiaan liian optimistinen ja vielä siihen aikaan. Uusi määritelmä on huomattavasti parempi ja antaa enemmän liikkumavaraa terveys -käsitteelle. Terveys käsitteenä tuleekin nähdä sekä yksilökeskeisenä että kulttuurisidonnaisena, joten WHO:n määritelmä on lähinnä suuntaa antava.

Terveyden edistämisen keskus ry:n strategiassa vuosille 2005–2009 terveyttä tarkastellaan ottamalla huomioon:

- yksilön terveyden fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ulottuvuudet
- yksilön itsensä kokema ja määrittelmä terveys
- yhteiskunnallisesti ja tilastollisesti määritelty terveys
- terveys hyvinvoinnin kulmakivenä ja
- terveyden taustatekijät.

Terveys nähdään merkittävänä osana työ- ja toimintakykyä, ja se mahdollistaa osaltaan yksilön toimimisen yhteiskunnassa sekä hänelle tärkeiden ja elämänlaatua lisäävien asioiden kokemisen ja tekemisen. Terveysteen vaikuttavia tekijöitä tarkastellaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden näkökulmasta. Lisäksi näiden perinteisten ulottuvuuksien lisäksi otetaan huomioon henkinen terveys, mikä rakentuu suhteessa yksilön psyykkiseen ja sosiaaliseen terveyteen. Näin terveyttä edistäviä tekijöitä ovat toisaalta mm. ravitsemus ja liikunta, toimivat ja vastavuoroiset ihmissuhteet sekä toisaalta yhteisöt ja ystävät. Yksilön terveyden kaikkia ulottuvuuksia on tarkasteltava pikemminkin toistensa kanssa päällekkäisinä kuin toisiinsa rajoittuvina tai erillisinä osa-alueina. (Terveyden edistämisen keskus 2005, 3–4.)

4.2 Terveyden edistäminen

Vaikka terveyden edistämällä on yhteisöllinen perustansa, jota on viime aikoina korostettu, se vieläkin ihmisten arki ajattelussa mielletään usein nimenomaan yksilötason toiminnaksi kuten terveystkasvatukseksi. Toinen hallitseva piirre on sairauskeskeisyys. Huomio kiinnittyy siis helpommin sairauksien ehkäisemiseen kuin terveysvaraston kasvattamiseen. Nämä lähestymistavat näkyvät vahvasti myös käytännön työssä. Useimmissa virallisissa terveyden edistämisen määritelmässä tosin pyritään irti sairauskeskeisyydestä. Seuraavassa on lueteltu muutamia meidän ajallemme tyypillisiä määritelmiä terveyden edistämisestä:

1. Lähinnä terveydenhuollossa tapahtuvaa sairauksien ja ennen aikaisten kuolemien ehkäisytyötä sekä jo sairastuneiden ihmisten toimintakyvyn palauttamista ja/tai toimintakyvyn heikkenemisen hidastamista. Tämä määritelmä on sairauslähtöinen ja siinä kuvataan sen mukaiset ajatukset ehkäisystä ja kuntoutuksesta.
2. Tiede- ja oppiala sekä käytännön toiminta, jonka tarkoituksena on auttaa ihmisiä omaksumaan terveet elintavat ja siirtymään siten kohti optimaalista terveydentilaa. Tämä määritelmä on terveyslähöinen, mutta selvästi yksilökeskeinen; se keskittyy käyttäytymiseen ja elintapoihin.
3. Kaikki sellaiset toimet tai niiden yhdistelmät, kuten terveysneuvonta ja poliittis-taloudelliset järjestelyt, jotka on tarkoituksellisesti suunniteltu edistämään terveyden kannalta suotuisia muutoksia ihmisten käyttämisessä tai heidän ympäristössään. Tässä otetaan jo jossain määrin huomioon myös ympäristössä tapahtuvien muutosten merkitys.
4. Ihmisten/yhteisöjen auttamista parantamalla heidän/niiden omia mahdollisuuksia kontrolloida terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Tässä otetaan mukaan yhteisön näkökulma sekä yksilön, yhteisön ja ympäristön vuorovaikutus. Siinä myös viitataan coping- eli suojavarustuksen vahvistamiseen.
5. Yhdistelmä kasvatuksellisia ja ympäristöön liittyviä tukitoimia, jotka edistävät terveyttä suosivaa käyttäytymistä ja olosuhteita. Tässä määritelmässä on kaksi suurta linjaa, jotka ovat toisaalta ihmisten käyttäytymiseen vaikuttaminen ja toisaalta ympäristöön liittyvien rakenteellisten olosuhteiden muuttaminen terveyttä edistäväksi ja terveellistä käyttäytymistä tukeviksi. (Nissinen ym. 1994, 274–279.)

Nissinen ym. toteavatkin edellisistä määritelmistä tiivistetysti, että ensimmäinen määritelmässä keskittyy kamppailuun sairauksia vastaan, kun taas malleissa 2 - 5 pyritään tavalla tai toisella parantamaan yksilöiden tai väestön mahdollisuuksia kontrolloida omaan terveydentasoon vaikuttavia tekijöitä.

Terveyttä kaikille vuonna 2000 -ohjelmassa korostettiin voimakkaasti yhteiskunnallisia rakenteita ja tekijöitä terveyden edellytyksenä. Jos ajattelemme esim. lasten ja nuorten mahdollisuuksia terveeseen henkiseen kasvuun ja hyvinvointiin nykyisillä sota-alueilla, ovat ne aika huonot. Nykyisin myös meillä sairauspoissaoloista noin puolet johtuu psyykkisistä syistä. Siten psyykkisen ulottuvuuden sisällyttäminen terveyskäsitteeseen ja jopa aiempaa suurempi korostaminen on mielestäni tärkeää. WHO:n uusi globaali Health 21 -ohjelma ja

siihen pohjautuva Euroopan alueen ohjelma ovat olleet taustalla Suomen Terveys 2015 - ohjelmaa valmisteltaessa. Julkisen vallan velvollisuudeksi säädettiin niin terveystalouden turvaaminen kuin terveyden edistäminen. Paavo Lipposen II hallituksen ohjelmassa todetaan, että väestön terveyden ja toimintakyvyn edistäminen otetaan julkista ja yleistä päätöksentekoa ja toimintaa ohjaavaksi ja siihen vaikuttavaksi tekijäksi. Paikallisilla ratkaisuilla mm. oppilaitoksissa ja työpaikoilla voidaan edistää tai vahingoittaa terveyden edellytyksiä. Positiivisten vaikutusten aikaansaamista edistää yhteistyö eri toimijoiden ja hallinnonalojen välillä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 8 - 12.)

Terveyden edistämisen keskuksen strategiassa vuosille 2005 - 2009 korostetaan mahdollisuuksien luomista terveyttä edistävälle toiminnalle ja yleensä terveyttä edistävien toimien tukemista, terveystalouden lisäämistä sekä terveyserojen tasaantumista. Näihin tavoitteisiin voidaan pyrkiä vaikuttamalla joko yksilöön, yhteisöön, sosiaalisiin verkostoihin, elinympäristöön jne. Terveyden edistäminen on siten laajaulotteista ja monitasoista toimintaa. Se on:

- terveyttä tukevien mahdollisuuksien etsimistä, luomista ja lisäämistä,
- terveydelle myönteisten asioiden tukemista,
- terveyttä tuottavien muutosten aikaansaamista,
- terveyden tasa-arvon lisäämistä ja
- toimintaa yksilö-, yhteisö- ja yhteiskunnan tasolla.

Mahdollisuuksien luomisella tarkoitetaan sitä, että yksilö voisi huolehtia omasta ja elinympäristönsä terveydestä jo ennen mahdollisten ongelmien ja sairauksien syntyä. Tästä näkökulmasta toiminnalla ylläpidetään ja vahvistetaan terveyttä suojaavia tekijöitä.

Mahdollisuuksien luominen, promootio lähtee liikkeelle voimavaroista, kun taas sairauksien ehkäisy ongelmista. Strategiassa korostetaan terveyden edistämisen tärkeyttä yksilö-, yhteisö- ja yhteiskunnan tasolla. Joka tasolla on kiinnitettävä erityistä huomiota sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen. **Yksilötasolla** painopiste on terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä ja edistämisessä sekä sairauksien ehkäisyssä. Käytännössä tämä tarkoittaa yksilön tietojen ja taitojen lisäämistä terveyttä edistävästä valinnoista ja riskikäyttäytymisen vähentämisestä. **Yhteisötason** toiminnassa tuetaan erilaisia yhteisöjä terveyttä vahvistavina tekijöinä. Varsinkin lähiyhteisön antaman sosiaalisen ja emotionaalisen tuen merkitys on huomattava. Toiminnan tueksi tarvitaan tietoa yhteisöön kuuluvien yksilöiden kokemuksista, arjen sujumisesta sekä siitä, onko elinympäristö turvallinen ja viihtyisä sekä mahdollistaako se terveyttä tukevat valinnat. **Yhteiskuntapolitiikalla** voidaan tukea terveyden edistämistä ja

päätöksenteon terveysvaikutusten arviointi olisikin otettava osaksi päätöksentekoprosessia yhteiskunnan kaikilla sektoreilla ja tasoilla. (Terveyden edistämisen keskus 2005, 5 - 6.)

Terveyden edistämisen tulevaisuuden haasteena on kehittää väestöryhmien terveyserot huomioon ottavaa toimintaa. Tällä hetkellä sosioekonomisten ryhmien välillä on suuria terveyseroja. Keskeinen merkitys sosioekonomisen aseman määräytymisessä on koulutuksella, ammatilla ja työelämään sijoittumisella. Kaikilla edellä mainituilla tekijöillä on selkeä ja johdonmukainen yhteys yksilön terveyteen. Kaikki väestöryhmät eivät ole hyötäneet yhtä paljon suomalaisten terveyden yleisestä kohenemisestä ja eliniän pidentymisestä.

Toimihenkilöt ovat työntekijöitä ja

työssäkäyvät työttömiä terveempiä. Hyvätuloiset ja eniten koulutusta saaneet ovat terveempiä kuin pienituloiset ja pelkän perusasteen koulutuksen saaneet. Näiden väestöryhmien terveyserojen kaventaminen on parhaita keinoja nostaa suomalaisten terveyden tasoa.

(Terveyden edistämisen keskus 2005,14.)

Vuoden 2005 alussa on käynnistynyt Koulun terveys- ja hyvinvointihanke, mikä jatkaa Euroopan terveet koulut -ohjelmaa Suomessa. Hanke tähtää siihen, että kouluissa toteutettava terveyden edistäminen olisi kokonaisvaltaista. Ohjelma tulisi pohjautua koulun omaan opetusohjelmaan, kunnan hyvinvointistrategiaan tai lapsipoliittiseen ohjelmaan.

Terveyskasvatus ja terveystoiminta ovat yksi osa koulun terveyden edistämisen toiminta-alueita.

(Savola 2005, 4, 12) Edellä mainitussa raportissa on käsitelty lähinnä perusopetukseen

liittyviä säädöksiä, tutkimuksia ja tehty niiden pohjalta suosituksia. Jos ajattelemme

esimerkiksi nuoria, on pelkästään yksilöön vaikuttaminen usein riittämätöntä. Siksi

kokonaisvaltaiset terveysohjelmat ovat tärkeitä. Mielestäni ammatillisessa koulutuksessa

olevat tulisi huomioida koulujen kehittämissuunnitelmissa. Nuorisokulttuuri, koulu, media jne.

luovat viitekehyksen, johon nuori samaistuu ja jonka normeja ja roolimalleja hän seuraa. Siksi

nuorten terveyden edistämiseksi on tärkeää tavoittaa heidät omassa sosiaalisessa

ympäristössään ja pyrkiä vaikuttamaan koko ryhmän arvoihin, asenteisiin ja käyttäytymiseen.

Ammatillisessa koulutuksessa harjoittelujaksoilla oppilaat saavat usein ensi kosketuksen

työelämään ja siellä vallitsevaan työkuulttuuriin. Siksi myös harjoittelupaikkojen työyhteisöillä

on suuri merkitys opiskelijoiden näkemyksiin työn ja terveyden vuorovaikutuksesta.

4.3 Terveyskasvatus ja terveystieto

Terveyskasvatus on yksi terveyden edistämisen toimintamuodoista mm. lainsäädännön ja tuotekehittelyn rinnalla. Terveyskasvatus tarkoittaa suunnitelmallisia, yhteiskunnallisia toimenpiteitä tai tarjottuja oppimismahdollisuuksia, joiden tavoitteena on antaa ihmisille paremmat mahdollisuudet saada hallintaansa omaan ja muiden terveyteen vaikuttavat tekijät, terveyskäyttäytyminen ja elinolosuhteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2005, 11.)

Koulussa terveyskasvatusta toteutetaan terveystietokasvatuksessa ja kouluterveydenhuollossa. Terveystietokasvatusta sisältyy terveystieto-oppiaineen ohella useisiin muihinkin oppiaineisiin. Lisäksi terveyskasvatus sisältää koulussa tapahtuvan muun terveyttä edistävän viestinnän, mikä voi toteutua erilaisten teemapäivien ja -tapahtumien sekä vanhempien tapaamisten yhteydessä.

Terveyskasvatukselle on esitetty neljä tehtävää:

- sivistävä tehtävä tarkoittaa tietojen ja terveystaitojen opettamista yleissivistävässä hengessä ja arvokasvatusta,
- virittävä tehtävä on ajattelemiseen auttamista ja tiedostamisen virittämistä,
- mielenterveystehtävä pyrkii psyykkisten voimavarojen vahvistamiseen ja tukee neljättä tehtävää eli
- muutokseen avustavaa tehtävää, millä pyritään avustamaan terveyskäyttäytymisen muuttamista. (Kannas 2006, 26 - 31.)

Kannas kuvaa myös terveyskasvatuksen pedagogisia lähtökohtia lähinnä Tonesin ja Tillfordin esitysten pohjalta. (1) Ensimmäisenä ja ehkä perinteisimpänä lähestymistapana esitetään lääketieteellinen malli, mikä perustuu useimmiten sairauksien välttämiseen terveystottumuksia muuttamalla. Terveyskasvattajan tehtävänä on suostutella ja antaa ohjeita riskikäyttäytymisen välttämiseksi. (2) Rationaalisessa mallissa korostetaan kasvatettavan rationaalista toimintaa, jolloin terveyskasvattajan tehtävänä on tietojen ja taitojen lisääminen ja arvojen selkiyttäminen. (3) Voimavarakeskeinen lähestymistapa korostaa elämänhallintataitoja, jolloin terveyskasvattajan tehtävänä on lisätä lasten ja nuorten psyykkisiä voimavaroja ja sosiaaliemotionaalisia taitoja niin, että yksilöiden mahdollisuudet vaikuttaa omaan terveyteensä ja elämäänsä vahvistuvat. (4) Humanistinen terveyskasvatusmalli korostaa terveyskasvatuksen yleissivistävää tehtävää ja terveyteen ja sairauteen liittyvää arvopohdintaa. Terveyskasvatus on terveyteen ja sairauteen liittyvien kykyjen, taitojen, tietojen, asenteiden ja arvojen jatkuvaa uusintamista. Humanistiseen malliin kuuluu myös suvaitsevaisuus ja moniarvoisuuden kunnioittaminen. (Kannas 2006, 21 - 26.)

Mielestäni mikään edellä kuvatuista lähestymistavoista ei ota huomioon vallitsevaa konstruktivistista oppimiskäsitystä. Voimavarakeskeinen terveystieteellinen malli ottanee eniten huomioon kasvatettavien lähtökohdat, joille oppimista aletaan rakentaa.

Opetussuunnitelmissa käytetään nykyään terveyteen liittyvästä oppiaineesta nimeä ”terveystieto”. Terveystieto -termin käyttöön liittyy ongelmia, jos se käsitetään suppeasti eli pelkästään terveystieteen kognitiivisena alueena. Kun terveystieto määritellään olennaisena osana kaikille kansalaisille tarkoitettua yleissivistävää koulutusta, se kattaa ”tieteenalan” ja oppiaineen yhteisen ja oman tietorakenteen lisäksi myös tietojen käyttöön liittyvät taidot ja muut valmiudet sekä sisäisen motivaation (Korhonen 1998, 6).

Koulun terveystieto-oppiaineen tavoitteena on tukea oppilaiden terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta tukevaa osaamista. Terveystieto on oppiaineena oppilaslähtöinen, toiminnallisuutta ja osallistuvuutta tukevaa. Lähtökohtana on lasten ja nuorten arki, kehitys ja elämäntapa. Lisäksi opetuksessa tulee ottaa huomioon paikkakuntakohtaiset tekijät. (Opetushallitus 2004.)

Terveystieteen lähestymistavasta ja käytetystä nimikkeestä (terveystieteen, terveystieto) riippumatta yleisenä tavoitteena koulussa voidaan pitää terveystieteen osaamista. Tällöin nuori on oppinut terveyden ylläpitämiseen ja edistämiseen liittyvät perustiedot, -taidot ja toimintavalmiudet. Lisäksi hän arvostaa niitä ja on valmis käyttämään näitä valmiuksia voimavarana elämäntapansa eri vaiheissa sekä oman että ympäristönsä hyvinvoinnin edistämiseksi. Nuorelle on kehittynyt mm. sellainen kyky, että hän pystyy arvioimaan jatkuvasti kasvavaa terveyteen liittyvää informaatiota kriittisesti.

5 TERVEYSTIETO VALTAKUNNALLISISSA OPETUSSUUNNITELMISSA

Vuonna 1982 ammattikasvatushallituksen hyväksymässä liikunnan ja terveystiedon oppimääräsuunnitelmassa esitettiin terveystiedon tuntimäärät, yleistavoitteet, ohjeet opetuksen suunnittelua, arviointia sekä oppimateriaalien ja -välineiden käyttöä varten. Lisäksi siinä esitettiin yleisjakson terveystiedon ja työterveystiedon kurssisuunnitelma ja erikoistumisjakson työterveystiedon kurssisuunnitelmat sisältöineen, tavoitteineen ja ydinkohtineen. Opetuksen lähtökohta oli lähinnä behavioristinen. Ammattikasvatushallituksen vuonna 1990 hyväksymissä opetussuunnitelman perusteissa määriteltiin oppimäärän yleistavoite sekä kymmenen tarkempaa oppimistavoitetta. Vuonna 1994 ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelman perusteissa on määritelty vain muutama yleistavoite. Näin ollen opettajilla on ollut varsin suuri vapaus suunnitella terveystiedon opetus sekä sisällöltään että määrältään omien kokemusmaailman ja suuntautumisensa mukaisesti. Vuonna 1992 asetettiin koulun terveystiedon opetuksen jaos, joka esitti, että terveystieto tulisi käsitellä integroiden niitä kaikkiin oppiaineisiin, mutta tavoitteena on kehittää terveystiedon oma oppiaine. Jaoksen käsityksen mukaan opetus tulisi toteuttaa uusien oppimiskäsityksien mukaisesti, eli opetus tulisi liittää nuoren omaan kokemusmaailmaan ja hänelle ajankohtaisiin asioihin ja merkityksiin. (Korhonen 1998, 43, 48.)

Valtioneuvosto päättää koulutuksen yleisistä valtakunnallisista tavoitteista sekä yhteisistä opinnoista ja niiden laajuudesta. Ammatillisista oppilaitoksista annetussa laissa (1998) määriteltiin liikunta ja terveystieto yhteisiksi oppiaineiksi. Liikunta ja terveystieto sekä taito- ja taideaineiden opinnot ovat vapaaehtoisia niille opiskelijoille, jotka 18 vuotta täytettyään aloittavat opintonsa. Opetushallitus päättää koulutusaloittain ja tutkinnoittain opintojen tavoitteista ja keskeisistä sisällöistä (*opetussuunnitelman perusteet*). Opetussuunnitelman perusteet on määräys, jolla koulutuksen järjestäjä veloitetaan sisällyttämään koulu- tai järjestäjäkohtaiseen opetussuunnitelmaan opetuksen tavoitteet ja keskeiset sisällöt. Määräyksellä varmistetaan koulutuksellisten perusoikeuksien, tasa-arvon, opetuksellisen yhtenäisyyden, laadun ja oikeusturvan toteutuminen. Opetushallitus seuraa opetussuunnitelmien ja tutkintojen perusteiden toiminnallisia vaikutuksia pääasiassa koulutuksen arvioinnin yhteydessä. Opetussuunnitelman perusteet voidaan antaa erikseen nuorten ja aikuisten koulutusta varten. Opetushallituksen määräykset esimerkiksi liikunnan ja terveystiedon (2 ov) opinnoista eri koulutusaloille saattoivat vaihdella. Esimerkkinä tarkastelin talotekniikan (Opetushallitus 1999) ja autoalan perustutkinnon (Opetushallitus 2000)

opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteita. Kyseisissä tutkinnon perusteissa terveystiedon tavoitteet oli esitetty varsin yleisellä tasolla. Vastaavasti liikunnan tavoitteet oli määritelty yleisellä tasolla. Kaksi keskeistä sisältöä olivat: henkilökohtaisen liikuntaohjelman laatiminen, noudattaminen ja seuranta sekä liikunnan eri muotojen harjoittaminen erilaisissa ympäristöissä.

Valtioneuvoston asetuksella (Vn A 616/2001, 2§) on muutettu yhteisten opintojen muodostumista siten, että liikunta- ja terveystieto-oppiaine on poistettu ja terveystieto ja liikunta ovat erilliset oppiaineet. Terveystiedossa on pakollisia opintoja 1 opintoviikko ja valinnaisia 0-4 opintoviikkoa ja liikunnassa voi olla vastaavat opintomäärät. Opetushallitus (2001) on antanut asiaan liittyvän velvoittavan määräyksen koskien ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteita. Määräystä on ollut noudatettava 1.8.2001 alkaen.

Terveyskasvatuksen, mikä tarkoittaa samaa kuin nykyään käytetty terveystieto, opetussuunnitelmien laadinnassa on käytetty kolmea erilaista lähtökohtaa:

- terveyskasvatuksen sisältöalueita: esim. terveys ja sen edistäminen, ravinto ja terveys, liikunta ja terveys,
- kansallisia terveyskasvatuksen standardeja (terveysosaamisen laatuvaatimukset): esim. oppilaat ymmärtävät terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn liittyvät keskeiset käsitteet; oppilaat osaavat hyödyntää terveystietoa, terveyttä edistäviä tuotteita ja palveluja tai
- nuorten riskikäyttäytymistä: esim. tupakointi, huonot ravintotottumukset, fyysisen aktiivisuuden vähäisyys. (Korhonen ym. 2002, 16 - 17, 22.)

Vuoden 2001 opetushallituksen antamassa määräyksessä terveystiedon ja liikunnan opetussuunnitelmista ammatillisissa oppilaitoksissa esitetään terveystiedon (1 ov) tavoitteet ja sisällöt kiitettävän ja tyydyttävän oppimistason pohjalta. Seuraavassa on kiitettävän tason kriteerit.

Kiitettävä taso

- Opiskelijan on osoitettava toiminnallaan ja tiedoillaan kykyä ja halua ylläpitää ja edistää terveyttä. Tähän osa-alueeseen kuuluvat siten terveyttä edistävät tottumukset, mielenterveys, ihmissuhteet ja seksuaalisuus hyvinvoinnin edistäjänä. Hänen on tiedettävä tupakoinnin ja päihteiden haittavaikutukset ja osattava ehkäistä terveyttä kuluttavia tekijöitä. Hänen on osoitettava olevansa tietoinen terveyttä edistävästä elintavoista ja totumuksista, kuten liikunnan, ravinnon, levon, virkistyksen ja terveyden välisistä yhteyksistä.
- Opiskelijan on osattava tunnistaa ammattialansa keskeiset terveyttä kuormittavat tekijät ja osattava kehittää työskentelytapojaan ja työympäristöään turvalliseksi ja terveelliseksi yhteistyössä muiden kanssa.
- Opiskelijan on hallittava työnsä ergonomiset vaatimukset, tapaturmien ehkäiseminen ja tavallisimmat ensiaputilanteet. Hänen on osattava tunnistaa työssä jaksamiseen vaikuttavia tekijöitä ja tiedostaa oma jaksamisensa ja toimia jaksamista edistävällä tavalla. Hänen on osattava käyttää työterveys- ja muita terveydenhuoltopalveluja, sekä työpaikkaliikunnan mahdollisuuksia työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Keskeiset sisällöt ovat terveyttä ja jaksamista ylläpitävä toiminta työssä ja vapaa-aikana sekä työperäisten riskitekijöiden ehkäiseminen. (Opetushallitus 2001.)

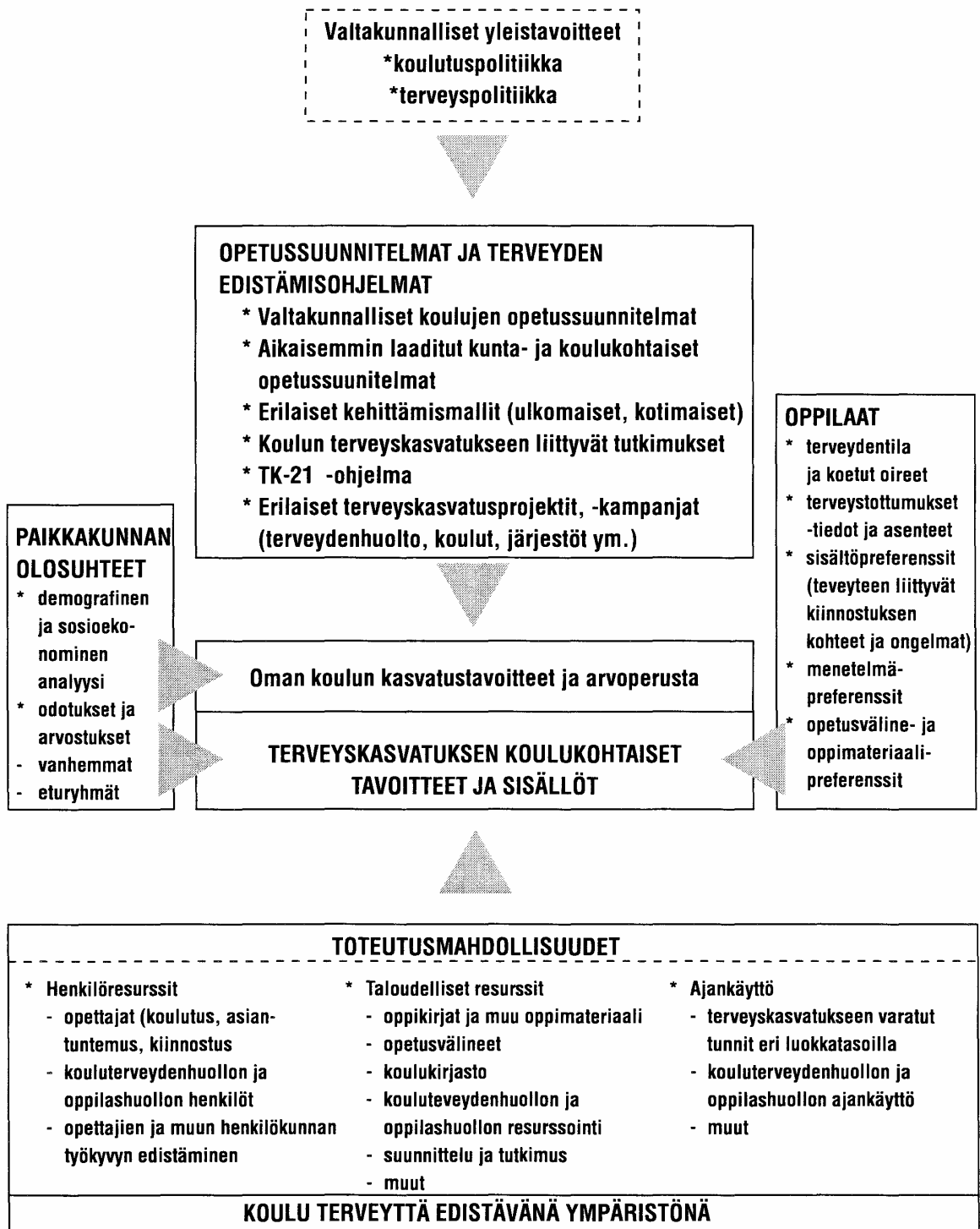
Ammatilliset perustutkinnot ovat vuosilta 1999–2001. Opetushallitus päivittää vuosina 2006 - 2010 kaikkien ammatillisten perustutkintojen opetussuunnitelmien ja näyttötutkintojen perusteet sekä maahanmuuttajien valmistavan koulutuksen ja vammaisten opiskelijoiden valmentavan ja kuntouttavan opetuksen ja ohjauksen perusteet. Samalla tarvittavin osin tehtävässä tutkintorakenteen tarkistuksessa otetaan huomioon käynnissä olevat koulutuskokeilut. Perusteita päivitettäessä tarkistetaan mm. niiden rakennetta sekä opintojen muodostumista, tavoitteita, keskeisiä sisältöjä sekä arvioinnin kohteita ja arviointikriteereitä. Tavoitteena on, että koulutuksen järjestäjät ja tutkintotoimikunnat voivat ottaa käyttöön perusteiden mukaisesti päivitettyt opetussuunnitelmat vähitellen viimeistään 1.8.2010 alkavassa koulutuksessa. Tällöin koulutuksen järjestäjien opetussuunnitelmatyö ja tutkintotoimikuntien valmistelevat toimenpiteet ajoittuvat pääosin vuosille 2008–2009. (Opetushallitus 2007.)

6 TERVEYSTIEDON KUNTA- JA KOULUKOHTAINEN OPETUSSUUNNITELMA

6.1 Suunnittelua ohjaavat tekijät

Koulukohtaisen opetussuunnitelman laadintaa ohjaa joukko sekä koulun ulkopuolisia että koulun sisäisiä tekijöitä (kuvio 1). Seuraavassa käsittelen osaa kaaviossa esitetyistä tekijöistä. Esimerkkinä koulukohtaisesta opetussuunnitelmasta tarkastelen Savon ammatti- ja aikuisopiston autoalan perustutkinnon opetussuunnitelmaa, mikä on hyväksytty elokuussa 2006.

Valtakunnallista koulutus- ja terveystieteitä olen käsitellyt jo edellä. Suurimpana edistysaskeleena koulutuspolitiikassa voidaan pitää terveystiedon eriyttämistä omaksi oppiaineeksi ja sen myötä opettajan pätevyyksien tarkentumista. Terveystieteissä puolestaan korostetaan toisaalta terveyden edistämisen tärkeyttä ja toisaalta yksilön omaa vastuuta ja yhteiskunnan ja yhteisöllisyyden merkitystä terveyden edistämisessä.



Kuvio 1. Terveystieteiden tavoitteiden ja sisältöjen valinnassa huomioon otettavat tekijät kunta- ja /tai koulukohtaisessa suunnittelussa. (Korhonen, J. 1998b; 62)

Tarkastelemassani koulukohtaisessa opetussuunnitelmassa noudatettiin hyvin tarkasti valtakunnallista suunnitelmaa. Suunnitelmassa ei ilmennyt terveyden edistämishelmien tai

muiden ajankohtaisten tutkimusten tai kehittämismallien vaikutusta. Yleistavoitteet ovat suoraan opetushallituksen (2001) antaman ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon määräysten mukaiset kiitettävän ja T1-tason osalta. Lisänä valtakunnallisiin suunnitelmiin on, että arviointikriteerit on laadittu kaikille T1–K5 -tasoille. Kyseiset tavoitteet ja kriteerit ovat liitteenä 1. (Savon aikuis- ja ammattiopisto 2006,60 - 62.)

Savon ammatti- ja aikuisopisto toimii useilla paikkakunnilla, mistä syystä paikkakunnan olosuhteiden tai erityispiirteiden huomioon ottaminen yhteisessä opetussuunnitelmassa on ongelmallista. Tämä johtaa siihen, että opettajien vastuu ottaa huomioon opetuksessaan paikkakunnan olosuhteet korostuu. Terveystiedon osalta kyse saattaa olla hyvinkin nopeasti muuttuvista tilanteista kuten, jos alueella tai jopa koulussa on ilmennyt huumeiden välitystä.

6.2 Oppilaiden huomioiminen opetussuunnitelmaa rakennettaessa

Koulukohtaisen opetussuunnitelman pitäytyminen valtakunnalliseen suunnitelmaan johtaa siihen, että tavoitteet perustuvat oppilaiden osalta yleisiin nuoria koskeviin tietoihin ja ovat varsin yleisluonteisia. Opettajan oman aktiivisuuden merkitys korostuu aina, kun on kyse oppilaiden ottamisesta huomioon opetussuunnitelmissa. Erityisesti tämä koskee terveystietoa, minkä tulisi olla ajankohtaista, oppilaslähtöistä ja oppilaiden toiminnallisuutta korostavaa. Tarkastelen seuraavassa oppilaskohtaisia tekijöitä toisaalta aikaisempien tutkimusten ja toisaalta tekemäni kyselyn perusteella. Oman kyselyn tekemistä pidin tärkeänä, koska myös opettajana voin soveltaa vastaavaa menetelmää opetukseni painopisteiden ja kehittämisen tueksi.

Suomessa tehdään kolmea pitkäaikaistutkimusta nuorten terveydestä ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. WHO- koululaistutkimus kohdistuu 11-, 13- ja 15-vuotiaisiin ja sitä on tehty 1984 alkaen ja mukana on jo yli 30 maata (Villbeg ja Tynjälä 2004). Kouluterveys - tutkimusta on tehty vuodesta 1995 lähtien. Ammatilliset oppilaitokset osallistuivat tutkimukseen vuosina 1995 - 2001. Ensimmäisenä osallistumisvuotena mukana oli 8 oppilaitosta, 88 vuonna 2000 ja 2001 vain kolme ammatillista oppilaitosta. Tämän jälkeen tutkimukseen ovat osallistuneet ainoastaan perusasteen 8. ja 9. luokan ja lukion 1. ja 2. luokan oppilaat. Kouluterveyskyselyssä kootaan valtakunnallisesti yhtenäisellä menetelmällä tietoa 14-18-vuotiaiden elinoloista, koulukokemuksista, terveydestä ja terveystottumuksista. Kouluterveyskyselyllä tuetaan nuorten terveyttä ja hyvinvointia edistävää työtä, erityisesti

koulujen oppilashuollon ja kouluterveydenhuollon kehittämistä. (Stakes 2007a.) Seuraavassa tarkastelussa käytän pääsääntöisesti Pohjois-Savoaa koskevia viimeisiä tietoja.

Nuorten terveystapatutkimus (NTTT) on vuonna 1977 aloitettu monitieteellinen tutkimusohjelma, jossa seurataan 12 - 18-vuotiaiden nuorten terveyttä ja terveystottumuksia valtakunnallisin postikyselyin joka toinen vuosi. Alun perin ensisijaisesti tupakkalain vaikutuksia seurannut tutkimus on vähitellen laajentunut kattamaan yhä useampia terveystottumuksia, koettua terveyttä, biologista kypsymistä sekä informaatio- ja kommunikaatioteknologian terveyshaittoja. Tutkimusohjelma on vakiintunut nuorten terveystottumuksia ja terveyttä koskevaksi valtakunnalliseksi tietojärjestelmäksi, joka tuottaa ajallisesti eräät maailman pisimmistä, useita nuorten tottumuksia koskevista aikasarjoista. (Tampereen yliopisto 2007.)

Suoritin ammatillista perustutkintoa suorittaville opiskelijoille kyselyn. Otin tutkimukseen mukaan neljä luokkaa, jotka edustivat eri koulutusohjelmia (puu-, auto-, rakennus- ja cateringala). Kyselylomakkeen kysymykset otin pääasiassa kouluterveyskyselystä, jotta voin verrata tuloksia lukiolaisten tuloksiin. Lisäksi tein joitakin kysymyksiä koskien ammatillisen peruskoulutuksen terveystietoa. Toteutin kyselyn toukokuussa 2007. Kyselyyn vastasi 35 oppilasta, jotka kaikki olivat toisella vuosikurssilla. Valtaosa opiskelijoista oli 17 - 18-vuotiaita poikia.

6.2.1 Opiskelijoiden terveyskäyttäytyminen

Tupakointi

Kouluterveystutkimuksen mukaan lukiolaisista tupakoi päivittäin 13 % (Stakes 2007b). 16-vuotiaista pojista 23 % ja tytöistä 27 % tupakoi päivittäin ja päivittäin tupakoivia 18-vuotiaita poikia on 34 % ja tyttöjä 33 % (KTL 2007). Valkeakoskella (2006) tehty päihdetutkimus osoittaa huomattavan eron lukiolaisten ja ammatillisen koulun oppilaiden tupakoinnissa. Edellisistä tupakoi 16 % ja jälkimmäisistä 46 %. Omaan kyselyyni vastanneista nuorista tupakoi päivittäin noin puolet ja tupakoijia oli kaikkiaan 61 %. Kyseiset luvut kuvaavat hyvin tupakoinnin yleisyyden eroa eri oppilaitoksissa opiskelevien välillä.

Tupakoinnin aloittaminen on monimutkainen tapahtumaketju, jossa ulkoisilla tekijöillä, ystävillä ja ympäristön odotuksilla on suuri merkitys. Ystävien tupakointi vaikuttaa tupakoinnin aloittamiseen, mutta toisaalta tupakointia harkitsevat nuoret valitsevat ystävikseen

nuoria, jotka jo tupakoivat. Huonolla koulumenestyksellä on merkittävä yhteys tupakointiin yläasteella tai myöhemmin. Myös toisinpäin, tupakoinnilla on yhteys huonompaan koulumenestykseen ja siten huonommat mahdollisuudet työuralla. Huono koulumenestys ennustaa myös sitä, että nuori alkaa helpommin tupakoida säännöllisesti sekä sitä, että tupakoinnin lopettaminen onnistuu heikommin. (KTL 2007.)

Alkoholin ja huumeiden käyttö

Kouluterveystutkimuksen mukaan lukiolaisista tosi humalaan joi itsensä vähintään kerran kuukaudessa 26 % (Stakes 2007b). Valtakunnallisessa Nuorten terveystapatutkimuksessa vuodelta 2003 18-vuotiaista pojista joi itsensä tosihumalaan kerran kuussa 40 % (Terveys 2015). Valkeakoskella (2006) tehdyssä tutkimuksessa lukiolaiset sekä joivat harvemmin, vähemmän ja miedompia juomia kuin ammatillisen koulun oppilaat. Ammatillisen koulun oppilaista ilmoitti 17 % kerta-annokseksi pullon väkevää viinaa, kun kukaan lukiolaisista ei käyttänyt tällaista määrää alkoholia kerralla. Myös oman selvitykseni mukaan ammattioppilaitoksessa opiskelevista itsensä humalaan kerran tai useampia kertoja kuukaudessa juovia oli 60 %. Ainoastaan joka viides ilmoitti, ettei juo itseään humalaan.

Lukiolaisista ilmoitti 9 % ainakin kokeilleensa laittomia huumeita (Stakes 2006b, 2007b). Valkeakosken (2006) tutkimuksessa kannabiksen käyttö oli yleisin käytetty huume. Sitä ilmoitti joko kokeilleensa tai käyttäneensä useita kertoja kaikkiaan noin 17 % ammatillisen koulun oppilaista. Selvityksessäni marihuanaa tai hasista sekä huumaavien aineiden haistelua oli kokeillut muutama oppilas. Joidenkin kohdalla päihdyttävien aineiden käyttö oli toistunut viisi kertaa tai useammin.

Seksuaalinen käyttäytyminen

Lukion toisen vuosikurssin tytöistä on ollut yhdynnässä hieman yli puolet ja pojista hieman yli 40 %. Ilman minkäänlaista ehkäisyä oli ollut alle 10 %, kondomia tai e-pillereitä oli käyttänyt noin 40 % ja molempia eli kaksoisehkäisyä joka kymmenes. Tytöt olivat huolehtineet ehkäisystä hieman paremmin kuin pojat. (Stakes 2006a.) Omassa kyselyssäni kysyin vain ehkäisyn käytöstä. Viimeisen vuoden aikana yhdynnässä olleista hieman yli puolet oli ollut ilman kondomia ja joka kolmas ilman minkäänlaista ehkäisyä. Kun kyse on pääasiassa 17 - 18-vuotiaista, on ehkäisyn laiminlyöminen todella huolestuttavaa. Tällöin ei toisaalta vielä olla valmiit mahdolliseen lapsen syntymään, ja toisaalta seksikumppanit ovat usein satunnaisia. Esimerkiksi lukiolaisista tytöistä joka neljäs oli käyttänyt jälkiehkäisyä. Siksi

kondomin tai kaksoisehkäisyn käyttö on ainoa mahdollisuus estää esimerkiksi sukupuolitautilien leviämistä.

6.2.2 Oppilaiden terveys ja oireet

Lukiolaisista oli noin joka kolmannella viikoittain niska-hartiasärkyjä ja joka neljännellä päänsärkyä. Väsymystä valitti kokevansa päivittäin noin 15 %. (Stakes 2007b.) Omassa kyselyssäni niska- ja hartiasärlyn yleisyys oli sama kuin lukiolaisilla ja päänsärkyä koki hieman harvemmat. Ammattioppilaista joka neljäs koki väsymystä päivittäin. Jännittyneisyyttä, selkäkipuja ja univaikeuksia kutakin oli 12 - 18 %:lla oppilaista. Väsymys on seurausta yleensä siitä, että nuoret valvovat liian myöhään. Väsymys puolestaan vaikuttaa oppimiseen ja kaikista tehtävistä suoriutumiseen sekä yleiseen hyvinvointiin.

6.2.3 Kouluergonomia

Tutkimuksessa selvitetään opiskelun ergonomisia piirteitä. Koulun fyysisiin olosuhteisiin tyytymättömien määrä lukiolaisista oli vähentynyt 48 %:sta 41 %:iin. Eniten haittaavana tekijänä opiskelijat pitivät epämukavia työtuoleja ja -pöytiä. (Stakes 2007b.) Myös ammatillisessa koulussa kyselyni mukaan opiskelijoista 40 % piti työtä kuormittavana tekijänä työtuolien ja pöytien heikkoa ergonomiaa. Muina haittaavina tekijöinä ammatillisen koulun opiskelijat pitivät koulussa lämpötilaa (37 % opiskelijoista), likaisuutta ja pölyisyyttä (29 %) ja huonoa ilmanvaihtoa (27 %). Opiskelijat kokivat kauttaaltaan koulun ergonomiset olosuhteet huonommiksi kuin harjoittelupaikoissa. Harjoittelupaikalla yleisimmin mainitut haittatekijät olivat huono ilmanvaihto (14 %) ja tämän jälkeen likaisuus, epämukavat tuolit ja pöydät ja lämpötila.

Lukiossa koulutyöskentelyyn liittyvät ongelmat koskivat koulutyön rasittavuutta, sillä puolet oppilaista koki koulutyön rasittavaksi. Lisäksi heistä 40 % piti opiskeluun liittyvää kiirettä haittaavana tekijänä. (Stakes 2007b.) Omassa selvityksessäni työmäärää piti 14 % usein liian suurena. Joka neljäs opiskelija koki kiirettä koulussa, mutta työharjoittelussa vain noin joka kymmenes.

6.3 Terveystiedon opetus

Kouluterveystutkimuksessa kysyttiin myös oppilaiden käsitystä terveystiedon opetuksesta. Lukiossa 21 % ei ollut kiinnostunut terveystiedosta (Stakes 2007b). Kuitenkin terveystiedon ylioppilaskirjoituksissa kirjoittavien suuri osuus osoittaa, että terveystieto on nopeasti lunastanut paikkansa muiden aineiden joukossa. Tekemäni kyselyn perusteella vaikuttaa, että myös ammatillisen koulun oppilaiden asenteet terveystietoa kohtaan ovat myönteiset. He arvioivat, että terveystiedon tunnilla opitaan hyödyllisiä asioita terveydestä (89 %), opetus saa pohtimaan omaa terveyttä (71 %), terveystiedon opetuksen aiheet ovat kiinnostavia (63 %) ja että terveystiedon opetus lisää taitoja ja valmiuksia huolehtia terveydestä (58 %). Yhteiskunnallisesta näkökulmasta asioiden pohdintaa arvioi oppivansa (46 %).

Tupakointiin ja päihteisiin liittyvä opetus jakoi opiskelijat selvästi niihin, jotka tahtoivat kyseistä opetusta lisää ja jotka toivoivat sitä vähennettävän. Aiemmin on jo todettu, että ammatillisessa koulussa opiskelevat tupakoivat ja käyttävät alkoholia runsaammin kuin esimerkiksi lukiolaiset. Kun tarkastelin tupakoivien ja alkoholia runsaasti käyttävien mielipiteitä, niin he toivoivat kyseisiin aiheisiin liittyvää opetusta vähennettävän. Muiden opetuksen sisältöjen runsasta vähentämistä kannattavia oli vain muutamia. Kaksi kolmasosaa toivoi esim. lääkkeiden oikeaan käyttöön, terveystietopalvelujen käyttöön, ihmissuhteisiin ja sosiaaliseen käyttäytymiseen sekä seurusteluun ja sukupuolikasvatukseen liittyvää opetusta lisää. Niin ikään raskaus ja synnytys, lapsen kasvu ja kehitys, mielenterveys, oman työn kuormittavuus ja yleinen istumatyön ergonomia kiinnostivat yli puolta opiskelijoista. Opiskelijoiden mielipiteet osoittavat, että he toivovat opetusta nimenomaan terveyttä edistävästä näkökulmasta, eivät niinkään perinteisestä riskikäyttäytymisestä.

6.4 Opiskelijatietojen ja terveystiedon opetussuunnitelmien tavoitteiden tarkastelua

Seuraavassa tarkastelen edellä esittämiäni opiskelijoiden tietoja suhteessa valtakunnallisen opetussuunnitelman tavoitteisiin (Opetushallitus 2001).

Kiitettävän tason tavoitteena on, että

- opiskelijan on osoitettava toiminnallaan ja tiedoillaan kykyä ja halua ylläpitää ja edistää terveyttä. Tähän osa-alueeseen kuuluvat siten terveyttä edistävät tottumukset, mielenterveys, ihmissuhteet ja seksuaalisuus hyvinvoinnin edistäjänä. Hänen on tiedettävä tupakoinnin ja päihteiden haittavaikutukset ja osattava ehkäistä terveyttä kuluttavia tekijöitä. Hänen on osoitettava olevansa tietoinen terveyttä edistävästä

elintavoista ja tottumuksista, kuten liikunnan, ravinnon, levon, virkistysten ja terveyden välisistä yhteyksistä.

Omassa kyselyssäni ei ollut kysymyksiä kaikilta edellä olevilta valtakunnallisen suunnitelman alueilta (esim. liikunta ja ravitsemus). Ravitsemus ja liikunta ovat kuitenkin oleellinen osa terveystietoa ja ilman niitä terveystietoa ei voine todellisuudessa toteuttaaakaan. Liikunnan merkitys terveydelle sisältyy myös liikunnan opetuksen tavoitteisiin. Valtakunnallisissa terveystiedon tavoitteissa esitettyjen osa-alueiden lisäksi ja osittain ohi opiskelijoiden mielipiteissä nousivat esiin mm. lääkkeiden oikea käyttö, seurustelu sekä perhekasvatus sisältäen raskauden, synnytyksen, lapsen kasvun ja kehityksen. Nämä kaikki ovat tärkeitä arkielämään liittyviä, positiivisen terveyden näkökulmasta lähestyttäviä aiheita.

Ammatillinen peruskoulutus tarjoaa useiden opiskelijoiden osalta viimeisen mahdollisuuden systemaattiseen terveystiedon opetukseen. Osa opiskelijoista on siirtynyt kotoa itsenäiseen elämään, mikä tuo monenlaisia haasteita selvitä arkielämän sekä vapaa-ajan viettoon liittyvistä tilanteista. Ihmissuhteet, psyykinen hyvinvointi ja seksuaalisuus ovat nuorille ajankohtaisia aiheita. Tähän liittyy olennaisena osana vastuullisuus mm. seurustelussa. Edellä esitettyjen tutkimusten perusteella ammatillisessa koulutuksessa olevien seksuaalikäyttäytyminen osoitti, että useiden käyttäytyminen oli olemassa olevista vaaroista piittaamatonta. Samoin omassa kyselyssäni esim. ehkäisyn käyttö osoitti, etteivät nuoret käyttäydy vastuullisesti. Seksuaaliterveys käsitteenä tulisikin tuoda lähemmäs nuoria. Seurustelu, raskaus ja lapsen kehitys voisivat tarjota uudenlaisen mahdollisuuden myös tupakoinnin ja alkoholin käytön opetukseen, joiden aiheiden opetusta useat opiskelijat tahtoisivat vähentää.

Seuraavassa ovat muut valtakunnallisen opetussuunnitelman tavoitteet.

- Opiskelijan on osattava tunnistaa ammattialansa keskeiset terveyttä kuormittavat tekijät ja osattava kehittää työskentelytapojaan ja työympäristöään turvalliseksi ja terveelliseksi yhteistyössä muiden kanssa.
- Opiskelijan on hallittava työnsä ergonomiset vaatimukset, tapaturmien ehkäiseminen ja tavallisimmat ensiaputilanteet. Hänen on osattava tunnistaa työssä jaksamiseen vaikuttavia tekijöitä ja tiedostaa oma jaksamisensa ja toimia jaksamista edistävällä tavalla. Hänen on osattava käyttää työterveys- ja muita terveydenhuoltopalveluja, sekä työpaikkaliikunnan mahdollisuuksia työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Tässä esitetyt tavoitteet painottuvat vahvasti työkykyyn ja -hyvinvointiin. Lisäksi siinä mainitaan terveystiedon käyttö. Omassa kyselyssäni kolme neljäsosaa opiskelijoista toivoi lisättävän terveystiedon opetusta.

Kyselyssäni tuli myös esiin, että perusergonomia koulussa koetaan huonoksi. Lisäksi koulussa koettiin myös muita fyysisen ympäristön haittoja. Ergonomian ohjaus ja koulutus ovat keskeisessä asemassa, kun tahdotaan vakiinnuttaa työyhteisön kiinnostus ergonomiaan. Teknisesti paraskaan työympäristö ei takaa terveyttä ja työkykyä, ellei työntekijä tiedä, miten tekniikkaa käytetään tai ei ole motivoitunut huolehtimaan työergonomiastaan. Ergonomisen ohjauksen keskeisiä piirteitä ovat hyvä suunnittelu, toteutus ja ohjaajan taidot ja tiedot. (Kukkonen 1997.) Ammatillinen koulutus tarjoaa erinomaisen mahdollisuuden tulevien työntekijöiden kasvattamiseen niin, että he siirtyessään työelämään toisaalta osaavat huolehtia omalla käyttäytymisellään terveydestään ja osaavat käyttää olemassa olevia teknisiä laitteita oikein ja toisaalta osaavat myös vaatia oman työympäristönsä kehittämistä ergonomiset tekijät huomioon ottaen.

Ammatillisessa koulutuksessa voidaan kiinnittää huomiota ns. erityisiin ammattispesifeihin tekijöihin, jollaisia ovat esimerkiksi työpisteiden melu, pöly, värinä ja erilaiset äärimmäiset lämpötilat. Lisäksi joihinkin töihin liittyy epämukavia työasentoja sekä taakkojen nostamista. Edellä mainittujen joihinkin ammatteihin liittyvien spesifisten altisteiden lisäksi on suurelle joukolle ammatteja yhteisiä ergonomisesti epätoivottuja tekijöitä. Yleisin näistä lienee istumiseen liittyvät tekijät. Istuminen liittyy niin opiskelijoiden ja toimistotyötä tekevien arkeen kuin ammattiautoilijoiden ja erilaisissa prosessityön valvonnassa työskentelevien työhön. Myös kyselyssäni työpisteiden huono ergonomia nousi esiin sekä koulussa että harjoittelupaikoilla.

7 TERVEYSTIEDON OPETUKSEN RESURSSIEN KEHITTÄMINEN

Opetushallitus ja yliopistot ovat järjestäneet terveystiedon opettajille sekä täydennyskoulutusta että varsinaista aineenhallintaan johtavaa koulutusta. Jyväskylän, Kuopion ja Oulun yliopistot järjestävät verkko-opetuksena sekä perus- että aineopintoja (yhteensä 60 op) terveystiedossa.

Opetukseen liittyvien aine- ja aihekokonaisuuksien kehittämiseksi järjestetään terveystiedon didaktiikan kehittämiseen liittyvää koulutusta (5–8 op) opettajille. Tavoitteena on lisätä

opettajien tiedollisia, aineenhallinnallisia ja pedagogisia valmiuksia sekä auttaa heitä omaksumaan monipuolisia menetelmiä terveystiedon opettamisessa, opetuksen toteuttamisessa ja terveyttä edistävän koulun kehittämisessä. Keskeiset sisältöalueet ovat:

- terveystieto – oppiaineen sisällölliset ja menetelmälliset erityispiirteet
- terveyttä ja turvallisuutta edistävän koulun viitekehys
- uusimmat tutkimustulokset koululaisten terveyskäyttäytymisestä, terveydentilasta ja niihin liittyvistä ongelmista. (Opetushallitus 2006.)

8 TERVEYSTIEDON OPINTOJAKSON TUNTISUUNNITELMAT

Ammatillista koulutusta varten laadituissa valtakunnallisissa suunnitelmissa on esitetty yleiset tavoitteet yhteistä pakollista yhden opintoviikon opintojaksoa varten. Valitsin aiempien tutkimusten ja suorittamani oppilaskyselyn perusteella aihekokonaisuuksia, mitkä vaikuttavat tärkeiltä nuorten kehityksen ja tulevaisuuden kannalta. Kehittämistehtävässäni laadin näistä yhden opintoviikon laajuisen opintojakson. Aihekokonaisuuksista on mahdollisuus käyttää vain joitakin tai joidenkin osia ja täydentää opintojaksoa kulloinkin tarpeellisiksi katsotuilla teemoilla.

Ensimmäisellä kerralla keskustellaan opiskelijoiden kanssa aihepiireistä, joista opintojakson on tarkoitus koostua. Tässä vaiheessa opiskelijat voivat vielä vaikuttaa opintojakson aihealueiden painotukseen. Samoin keskustellaan arviointiperusteet.

Opintojaksossa on viisi pääteemaa, joiden yhteydessä käsitellään mm. terveystietämistä ja sen vaikutuksia. Teemat ovat:

- A. terveys, terveyserot ja niihin vaikuttaminen,
- B. sosiaali- ja terveystalouden ja lääkkeiden käyttö sekä kolmannen sektorin toiminta,
- C. ravitsemus,
- D. seksuaali- ja perhekasvatus ja
- E. ergonomia fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi erityisesti työelämässä.

TEEMA A: TERVEYS, TERVEYSEROT JA NIIHIN VAIKUTTAMINEN

Teeman A tavoitteena on, että opiskelijat ymmärtävät terveyden edistämisen merkityksen itsensä, yhteisöjen ja koko yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta, tuntevat väestöjen ja väestöryhmien terveyseroja, niiden syitä ja mahdollisuuksia vähentää eroja sekä tuntevat tärkeimmät kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet vaikuttaa niihin.

Tehtävä A 1. Terveyden tasa-arvo

Tavoitteet

- Opiskelijat tiedostavat suomalaisten terveyserojen syyt ja ymmärtävät, miten itse voivat vaikuttaa omaan terveyteensä ja hyvinvointiinsa.
- Opiskelijat tietävät yleisimmät suomalaiset kansansairaudet, niiden riskitekijät ja niiden seuraukset.
- Opiskelijat ymmärtävät terveystietämisen merkityksen terveyden ja hyvinvoinnin kannalta.

Toteutus (4 t)

Opettaja alustaa tunnin terveyseroista. Opiskelijat tutustuvat ryhmissä terveyseroihin Suomessa ja eroihin vaikuttaviin tekijöihin. Kukin ryhmä esittää oman tuotoksensa muille. Lopuksi kootaan havaitut terveyserot ja niihin yhteydessä olevat yhteiskunnalliset ja yksilölliset tekijät miellekarttaan.

Jokainen ryhmä tekee alla olevasta TEROKA:n aineistosta ryhmätyön.

1. ryhmä: Terveyserot ja terveyden eriarvoisuus

2. ryhmä: Sosioekonomiset terveyserot Suomessa
3. ryhmä: Miksi terveyden eriarvoisuus on ongelma?
4. ryhmä: Mistä terveyden eriarvoisuus johtuu?
5. ryhmä: Terveysterojen kehitysnäkymiä ja miten terveyden eriarvoisuutta voidaan vähentää

Lopuksi opiskelijat tekevät arvion omasta elämänennusteestaan netissä olevalla testillä.

<http://elamapelissa.yle.fi/testi#>

Katso liitteestä 2 taustaa.

Lähteitä:

http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/TerveysRy_2007_10_10_sk.pdf

haku googlesta: terveyserot+Suomi

Tehtävä A 2. Yleisimmät kansansairaudet

Tavoitteet

- Opiskelijat tietävät yleisimmät terveysongelmat ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä.
- Opiskelijat ymmärtävät sairauksien ehkäisyyn, hoitoon ja lääkitykseen liittyviä keskeisiä asioita.

Toteutus (4 t)

Opettaja esittää lyhyen katsauksen Suomen keskeisimpiin sairauksiin. Opiskelijat arvioivat oman elämänlaatuunsa, terveytensä ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä yksilötehtävänä lomakkeella. Opetuskeskustelussa pohditaan, miten itse kukin voi vaikuttaa omaan terveyteensä ja elämänlaatuunsa omilla valinnoillaan. Tässä yhteydessä keskustellaan mm. erilaisista yksilöiden käyttämistä selitysmalleista onnistumisilleen ja epäonnistumisilleen.

Opiskelijat tekevät ryhmätyönä esityksen valitsemiensa sairauksien yleisyydestä, ehkäisystä ja hoidosta. Ryhmät esittävät tuotoksensa koko luokalle.

- Keuhkosairaudet: keuhkohtaumatauti, astma
- Sydän- ja verisuonisairaudet: sydänlihastulehdus, rytmihäiriöt
- Diabetes. erityisesti tyyppi II

- Päähteisiin liittyvät sairaudet
- Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Katso liitteestä 3 taustaa.

Lähteitä:

http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=dlk

<http://www.ktl.fi/terveys2000/perusraportti/sisallys.html>

TEEMA B: TERVEYSPALVELUJEN JA LÄÄKKEIDEN KÄYTTÖ JA KOLMANNEN SEKTORIN PALVELUT

Teeman B tavoitteena on, että opiskelijat osaavat käyttää terveyspalveluja tarkoituksenmukaisesti, tuntevat lääkkeiden oikeaa ja virheellistä käyttöä sekä tietävät kolmannen sektorin tarjoamista palveluista.

B 1. Terveyspalvelujen käyttö ja kolmas sektori

Tavoitteet

- Opiskelijat tietävät, millaisia kunnallisia palveluja on heidän käytettävissään ja osaavat käyttää terveyspalveluja tarkoituksenmukaisesti.
- Opiskelijat tietävät työterveyshuollon palvelujen periaatteet.
- Opiskelijat tietävät kolmannen sektorin tarjoamista palveluista.

Toteutus (2 t)

Opiskelijat tutustuvat kunnan terveyspalveluihin etsimällä netistä tietoa ryhmissä. Erityisesti huomiota kiinnitetään työterveyspalveluihin. Ryhmät esittävät omat tuotoksensa muille ja keskustelemme ryhmätöiden tuloksista.

Opettaja esittelee esimerkkinä jonkin kolmannen sektorin toimijan toimintaa. Opiskelijat hakevat netistä ja lehdistä kolmannen sektorin erilaisia toimintamuotoja ja esittelevät niitä muille ryhmille. Mahdollisesti käydään tutustumassa johonkin kolmannen sektorin toimintaan (esim. Turvalinkki).

B 2. Lääkkeiden käyttö

Tavoitteet

- Opiskelijat tuntevat lääkkeiden oikeaa ja virheellistä käyttöä (annostus, säännöllisyys, syöminen lääkkeiden oton yhteydessä).

- Opiskelijat ymmärtävät reseptilääkkeiden ja ilman reseptiä saatavien itsehoitolääkkeiden eron sekä lääkkeiden ja lääkkeitä muistuttavien tuotteiden, kuten luontaistuotteiden, eron.
- Opiskelijat tietävät, mistä saa tietoa lääkkeiden käytöstä.

Toteutus (2 t)

Toteutus perustuu Kuopion yliopistossa tehtyyn lääkekasvatuksen opetusmateriaaliin. (www.uku.fi/laahekasvatus).

Opiskelijat valitsevat ryhmissä kyseiseltä sivustolta tietoa joihinkin annettuihin kysymyksiin sekä etsivät jonkin heitä itseään kiinnostavan aiheen, jonka esittelevät muille ryhmille.

Mahdollisia aiheita ovat:

- lääkkeiden oikea käyttö
- lääkkeiden virheellinen käyttö
- lääkkeiden käyttöön liittyviä vaaratekijöitä
- lääkkeet tavallisimpien sairauksien/oireiden hoidossa.

Lääkkeitä käsiteltäessä opiskelijoiden omien kokemusten kautta pyritään käsittelemään lääkkeiden erilaisia käyttötarkoituksia (ehkäistä, lievittää, parantaa).

TEEMA C: RAVITSEMUS

Teeman C tavoitteena on, että

- opiskelijat ymmärtävät ravitsemuksen merkityksen terveydelle ja hyvinvoinnille,
- opiskelijat tietävät terveellisen ravitsemuksen pääpiirteet,
- opiskelijat osaavat arvioida ruuan ravitsemuksellisia ominaisuuksia,
- opiskelijat motivoituvat valitsemaan terveellisiä ruokia.

Toteutus (4 t)

Pohditaan, mikä merkitys ruualla on terveydelle. Opettaja selvittää terveellisen ruuan valinnoista ja aterian koostamisesta. Opiskelijoille on annettu ennakkotehtäväksi pitää yhden päivän ajan ruokapäiväkirjaa. Opiskelijat laskevat niistä mm. kuidun ja sokerin saantinsa. Lisäksi he laskevat kalsiumin saantinsa. Keskustellaan opiskelijoiden syömisen terveellisyydestä ja miten sitä mahdollisesti pitäisi muuttaa. Syvennetään tietoja ruuan sisältämistä ravintoaineista ja energiasta opettajan esityksellä..

<http://www.pienipaatospaivassa.fi/testaa.php> (useita testejä)

<http://ffp.uku.fi/index.shtml> (energia ym.)

http://www.sydanliitto.fi/testaa/fi_FI/sydamenterveys/ (useita testejä)

<http://www.leipatiedotus.fi/> (testit, esim. kuitutesti)

TEEMA D: SEKSUAALISUUDEN MONET KASVOT JA VANHEMMUUS

Teeman D tavoitteena on, että opiskelijat

ymmärtävät seksuaalisuuden moniulotteisuuden, tuntevat vastuun sekä itsestään että kumppanistaan sekä ymmärtävät vanhemmuuteen liittyvän vastuun.

D 1. Seksuaalisuus ja vastuullisuus

Tavoitteet

- Opiskelijat ymmärtävät seksuaalisuuden eettisen, kulttuurisen, biologisen ja psyykkisen perustan.
- Opiskelijat tuntevat vastuun sekä itsestään että kumppanistaan.
- Opiskelijat tietävät, mistä he voivat saada seksuaalisuuteen liittyviin kysymyksiin asiantuntijoiden antamia vastauksia.

Toteutus (2 t)

Opettajan johdanto seksuaalisuuden moniulotteisuuteen, minkä jälkeen opiskelijoille annetaan jokin nuoren kysymys kysymyspalstalta.(esim. sekstari.fi) ja opiskelijat pohtivat ryhmässä nuoren tilannetta seksuaalisuuden ulottuvuuksien eri näkökulmista ja miettivät omaa vastaustaan nuorelle. Opiskelijat esittelevät omat tapauksensa muille ryhmille. Tämän jälkeen opiskelijat voivat tutustua seksuaalisuutta käsitteleviin nuorten kysymyspalstoihin ja siellä oleviin asiantuntijoiden vastauksiin. Tavoitteena on, että opiskelijat tutustuvat olemassa oleviin asiantuntijoiden kirjoittamiin tietolähteisiin.

Opiskelijat perehtyvät ryhmässä yleisimpiin sukupuolitauteihin ja keskustellaan vastuusta ja oikeuksista. Seksuaalisen vastuun merkitystä havainnollistetaan nuorille tautien leviämistä kuvaavan demonstraation avulla.

Lähteitä:

[Tuppurainen: Millaista on seksuaalisuus eri kulttuureissa? Suomen Lääkärilehti nro 42/2001](#)

<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tietoa/elamantavat/seksuaaliterveys.htm>

http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/seksuaaliterveysklinikan_nettipa/

http://www.vaestoliitto.fi/seksuaaliterveys/miehen_aika/

www.terkkari.fi

www.tohtori.fi

D 2. Vanhemmuus ja vastuu

- Opiskelijat ymmärtävät vanhemmuuteen liittyvän vastuun sekä raskauden että lapsuuden aikana.

Toteutus (2 t)

Opiskelijat perehtyvät, millainen merkitys vanhempien terveystietoisuudella on sikiön kehitykseen. (esim FAS-lapset) ja lapsuuden aikana asiantuntijoiden artikkeleiden pohjalta. Keskeisinä teemoina ovat tupakointi ja päihteiden käyttö. Kukin ryhmä tekee posterin, josta käydään keskustelu.

Lähteitä tupakointi, raskaus ja imettäminen:

<http://www.tohtori.fi/?page=0421481&id=7437896>

<http://www.nettineuvo.fi/index.asp>

alkoholin käyttö ja raskaus:

[http://www.alko.fi/fi/E5442E1B8FF1BA94C22572B300493C0B/\\$File/Alkoholi_Raskaus_FI_N_lr.pdf](http://www.alko.fi/fi/E5442E1B8FF1BA94C22572B300493C0B/$File/Alkoholi_Raskaus_FI_N_lr.pdf)

<http://www.lasinenlapsuus.fi/Page/2c30ea84-9fc6-4c29-a325-fd5357888968.aspx>
(monipuolinen käsittely vanhempien alkoholin käytön merkityksestä lapseen)

<http://www.poliklinikka.fi/?page=5575414&id=7200276>

TEEMA E: Ergonomia fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämässä

Teeman E tavoitteena on, että opiskelijat

ymmärtävät työn tai opiskelun kuormittavuuden, riittävän unen ja levon sekä työpisteen ergonomian yhteyden yksilön hyvinvointiin ja terveyteen.

Ergonomiaa käsittelevässä osiossa käsitellään kolmea teemaa: (1) työn tai opiskelun kuormittavuutta ja sen yhteyttä hyvinvointiin, (2) unen tarvetta ja nukkumiseen liittyviä ongelmia sekä (3) istumatyön ergonomiaa. Edellä olevien kysymyksien käsittely nuorten näkökulmasta on tärkeää, koska kyseisten ongelmien tunnistaminen ja korjaaminen jo nuorena tukee parhaiten tervettä kehitystä.

Tehtävä E 1: Työn tai opiskelun kuormittavuus ja sen yhteys hyvinvointiin

Tavoite

- Opiskelijat tuntevat työn psyykkiseen kuormittavuuteen vaikuttavia tekijöitä ja pystyvät arvioimaan niitä omalta osaltaan.

Toteutus (2 t)

Tämän tehtävän tavoitteena on, että opiskelijat tutustuvat työn/opiskelun kuormittavuuteen vaikuttaviin ja toisaalta kuormittavuutta vähentäviin tekijöihin kyseisiä tekijöitä selittävän mallin avulla ja soveltavat sitä johonkin joko todelliseen tai kuvitteelliseen työ- tai opiskelutilanteeseen. Tehtävä tehdään ryhmätyönä ja ryhmän tuotos esitetään muille ryhmille opetuskeskustelun pohjaksi.

Karasekin malli työn kuormittavuudesta

(<http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkkolehdet/Tyoterveiset/2004-02/02.htm>)

Esimerkki voi kuvata

(1) tilannetta, jossa henkilön työn vaatimukset ja hallinta kohtaavat toisensa oikeassa suhteessa niin, että tuloksena on aktiivisuutta ja oppiminen motivoitunutta. Esimerkki voi mielellään olla tilanteesta, jossa muutosten avulla on päästy tällaiseen hyvään tilanteeseen. Millaisia muutoksia toimintaympäristössä on tällöin tehty?

(2) tilannetta, jossa työn vaatimukset ovat epäsuhteessa työn hallintaan nähden. Esimerkiksi oppilas, jolta vaaditaan paljon ja hänen osaamisen tasonsa on heikko. Pohtikaa, näkyykö kuormittavuus mahdollisesti kuvaamaanne henkilön toiminnassa. Miten kuormittavuutta mielestänne voitaisiin vähentää?

Katso liitteestä 4 tehtävän taustaa.

Tehtävä E 2: Uneen ja univajeeseen liittyvä tehtävä

Tavoite

Tavoitteena on, että opiskelijat pohtivat omia nukkumistottumuksiaan ja mahdollisen univajeen aiheuttamia haittoja.

Toteutus (2 t)

Ennakkotehtävä: opiskelijat pitävät unipäiväkirjaa kolmen päivän ajan ennen tätä opetusta. Opettaja esittää tutkimustuloksia vähän unen merkityksestä toimintakykyyn mm. autolla ajamiseen. Opiskelijat miettivät ryhmissä omakohtaisten kokemusten ja asiantuntija-artikkelien pohjalta, millaisia vaikutuskeinoja voitaisiin käyttää yksilö/yhteiskunnan tasolla nuorten nukkumistottumuksien parantamiseksi ja univajeen torjumiseksi. Ryhmän tuotos esitetään muille ryhmille kommentoitavaksi ja keskustelun pohjaksi.

Katso liitteestä 5 tehtävän taustaa.

Tehtävä E 3: Työskentely-ympäristön ergonomia

Tavoite

- Opiskelijat perehtyvät istumatyön yleensä sekä näytepäättetyön ergonomiaan ja sen merkitykseen liikuntaelinten terveydelle ja ihmisen kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille.

Toteutus (2 t)

Demonstraatio työpisteen ergonomiasta toteutetaan siten, että yksi tuoli ja pöytä asetetaan luokan eteen ja erikokoiset oppilaat istuvat siinä. Yhdessä arvioidaan työpisteen sopivuutta istujalle ja istujan mahdollisuuksia vaikuttaa työpisteen ergonomiaan. Demonstraation jälkeen katsotaan tekemäni power point -esitys istumisesta satulatuolissa, minkä pohjalta keskustellaan edelleen istuma-asennon merkityksestä. Tämän jälkeen oppilaat arvioivat oman työpisteensä ja työskentelyergonomiansa lomakkeella.

Opiskelijat hakevat tietoa oman tulevan työnsä ergonomiaan liittyvistä kysymyksistä. Lopuksi keskustellaan työergonomian, sekä psyykkisen että fyysisen, merkityksestä työhyvinvoinnin osana.

Katso liitteestä 6 tehtävään liittyvää materiaalia.

Opintojakson päättäminen

Viimeisen opetuskerran lopuksi keskustellaan yleisesti omista vaikutusmahdollisuuksista terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen. Tällöin annetaan opiskelijoille mahdollisuus vielä keskustella heille tärkeistä asioista tai he voivat kysyä, mikäli jotain on jäänyt epäselväksi. Yksi mahdollisuus olisi, että opiskelijat voivat tehdä etukäteen nimettömänä (esim. laatikkoon) kysymyksiä, joita käsitellään viimeisellä kerralla. Opiskelijat täyttävät lopuksi vapaamuotoisen arvion opintojaksosta ja antavat ehdotuksia sen kehittämiseksi.

9 POHDINTA

Kehittämishankkeelleni asetin kolme tavoitetta. Ensimmäisen vaiheen eli oppilaille suoritetun kyselyn tavoitteena oli tuottaa tietoa opetuksen suunnittelun pohjaksi ja auttaa priorisoimaan kaikille yhteisen opintojakson sisältöjä niin, että ne vastaisivat mahdollisimman hyvin opiskelijoiden tarpeita.

Tekemäni kysely ammatillisen oppilaitoksen toisen vuosikurssin oppilaille oli yhdenmukainen niiden harvojen tutkimusten kanssa, joita oli käytettävissä; ammatillisen koulutuksen oppilaiden elämäntavat ovat terveydelle epäedullisemmat kuin vastaavanikäisten lukiolaisten. Siten elämäntapoihin liittyvä terveyden kuluttaminen alkaa jo varhain eli nuoruudessa. Ero säilyy myös aikuisväestöllä. Lisäksi ammatillisen koulutuksen käyneiden työolosuhteet ovat usein rasittavammat ja vaarallisemmat kuin korkean asteen koulutuksen käyneillä. Epäterveellinen ja riskiä ottava käyttäytyminen ja toimintaympäristö heijastuvat myöhemmin väestöryhmien terveyseroina ja eliniässä.

Edellä kuvattujen erojen vähentäminen tulisi olla yksi keskeinen tavoite nuorten koulutuksessa sekä yksilön itsensä että yhteiskunnan edun kannalta. Opetuksessa tulisi käsitellä riittävän laajasti ja syvästi niin yleistä terveyskäyttäytymistä kuin työhön liittyvää ergonomiaa ja terveystalvelujen käyttöä.

Toisena kehittämistehtävänäni tavoitteena oli suunnitella kirjallisuuden, olemassa olevien opetussuunnitelmien, oppimateriaalien ja opiskelijoilta saamieni vastausten perusteella yhden opintoviikon laajuisen opintojakson tavoitteet, sisältö ja opetuksen toteuttaminen. Suunnittelin viisi aihealuetta: (1) terveys, terveyserot ja niihin vaikuttaminen, (2) sosiaali- ja terveystalvelujen ja lääkkeiden käyttö sekä kolmannen sektorin toiminta, (3) ravitsemus, (4) seksuaali- ja perhekasvatus ja (5) ergonomia fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämässä erityisesti työelämässä. Laadin kaikkiin osa-alueisiin tavoitteet, power point -alustuksen sekä ryhmätöitä. Tavoitteenani oli nimenomaan aktivoida oppilaita pohtimaan omaa elämäntilannettaan ja terveyskäyttäytymistään sekä ohjata heitä löytämään netistä luotettavaa tietoa.

Jo suunnitteluvaiheessa aion toteuttaa suunnitelmaa opetusharjoittelussani. Toteutin yhden opintoviikon laajuisen opintojakson. Toteutusvaiheessa jouduin toteamaan, että kaikkien

aiheiden käsittely johtaa varsin pintapuoliseen opetukseen. Jouduin jättämään valtaosan ergonomiaan liittyvistä aiheista vähälle huomiolle. Mielestäni ammatillisissa oppilaitoksissa tulisi tarjota oppilaille myös syventäviä opintojaksoja, koska yksi opintoviikko on todella vähäinen. Osalle oppilaista kyseinen opetus on ehkä viimeinen systemaattinen terveyteen liittyvä opetus. Lisäksi on otettava huomioon, että pian kyseiset oppilaat ovat itse vanhempia, joiden tulisi pystyä huolehtimaan lastensa terveydestä ja hyvästä hoidosta. Koulutuksessa tulisi käsitellä myös terveyden yhteyttä psyykkisiin ja sosiaalisiin olosuhteisiin vastapainona esimerkiksi median antamalle kuvalle ihmissuhteista.

Kolmantena kehittämistehtäväni tavoitteena oli, että sekä oppilaille suoritettu kysely, opetussuunnitelman laatiminen ja sen toteuttaminen opetusharjoittelussa palvelevat omaa kasvuani opettajuuteen. Opetussuunnitelman laatiminen ja sen toteuttaminen olivat erityisen mielenkiintoisia ja kehittäviä siksi, että olemassa olevat opetussuunnitelmat antavat edelleen opettajalle varsin suuren vapauden opetuksensa suunnittelussa ja toteutuksessa. Mielestäni laatimani suunnitelma nyt toteutetussa muodossa aktivoi oppilaita ajattelemaan terveyden tärkeyttä ja kuinka he itse voivat vaikuttaa terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Kehittämistehtävä oli itselleni hyvä opintomatka sekä opetuksen suunnitteluun, toteutukseen että myös opetettavan asian sisältöihin ja lähteisiin.

LÄHTEET

Hannukkala Marjo, Salonen Kristiina (2005). Hyvän mielen koulu. Mielenterveys lapsuuden ja nuoruuden voimavaraksi. Suomen Mielenterveysseura, Helsinki.

Kannas Lasse (1992). Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. Aikuiskasvatus 2, 68 - 76.

Kannas Lasse (2006). Terveystieto-oppiaineen pedagogisia lähtökohtia. Teoksessa: Peltonen Heidi, Kannas Lasse. Terveystieto tutuksi – ensiapua terveystiedon opettamiseen. Opetushallitus, Helsinki, 9 - 36.

Korhonen Juho (1998). Terveyskasvatuksen ja terveystiedon opetussuunnitelmat sekä näkökohtia niiden kehittämiseksi. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 8.

Korhonen Juho, Kopra Anita, Tuominen Päivi, Wahlroos Laura. 2002. Terveystiedon koulukohtainen opetussuunnitelma. Virikemateriaalia esikoulua, peruskoulua, lukiota ja ammatillisia oppilaitoksia varten. Terveys ry selvityksiä 2. 4. tarkistettu painos. Jyväskylä.

KTL 2007.

http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka/nuorten_tupakointi/
(Luettu 3.1.2008).

Kukkonen Ritva (1997). Työn ja ympäristön suunnittelu ja kehittäminen. Teoksessa: Kukkonen Ritva, Hanhinen Helena, Ketola Ritva, Luopajarvi Tuulikki, Noronen Leena, Helminen Päivi (toim). Työfysioterapia. Yhteistyötä työ- ja toimintakyvyn hyväksi. Työterveyslaitos: Helsinki, 212 - 216.

Laki ammatillisesta koulutuksesta. N:o 630/1998. Annettu Helsingissä 21 päivänä elokuuta 1998.

Opetushallitus (2001). Ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelman ja näyttötutkinnon perusteet.

Liikunta ja terveystieto. Määräys Dnro 42/011/2001.

Opetushallitus (1999). <http://www.oph.fi/SubPage.asp?path=1,17627>. (Luettu 15.3.2007)

Opetushallitus (2000). <http://www.oph.fi/SubPage.asp?path=1,17627>. (Luettu 15.3.2007)

Opetushallitus (2004). http://www.oph.fi/ops/perusopetus/pops_web.pdf. (Luettu 12.9.2007)

Opetushallitus (2006). Opetushenkilöstön täydennyskoulutus.

<http://www.oph.fi/pageLast.asp?path=1,440,3636,22767,33444>. (Luettu 20.11.2007)

Opetushallitus (2007). <http://www.oph.fi/SubPage.asp?path=1,17627,5238,6610> (Luettu 15.1.2008)

Savola Elina (2005). Kouluuyhteisön terveyden edistämiseen liittyviä säädöksiä ja suosituksia. Tukimateriaali kouluuyhteisön terveys- ja hyvinvointiohjelman suunnitteluun. Terveyden edistämisen keskus ry, Helsinki.

Savon aikuis- ja ammattiopisto (2006). Autoalan perustutkinnon opetussuunnitelma.

<http://www.sakky.fi/index.asp/opetussuunnitelmat>. (Luettu 16.10.2007).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2005). Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2005. Helsinki. Vahvistettu 10.1.2005.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/hankk/hankt/tervedi/maarahat-09.htx>. (Luettu 12.5.2008).

Stakes (2006a) Tilastoja nuorten seksuaalikäyttäytymisen muutoksista 2006.

<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tietoa/elamantavat/seksuaaliterveys.htm>. (Luettu 7.1.2008).

Stakes (2006b).

<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tulokset/taulukot2006/psavo2006/terveys06ps.htm>. (Luettu 10.1.2007).

Stakes (2007a).

<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/hyodyntaminen/kouluyhteiso/index.htm>. (Luettu 24.1.2008).

Stakes 2007b. <http://info.stakes.fi/NR/ronlyres/335A9137-85BE-4844-9427-EC5C5D03C8AF/0/isuomi2006rap.pdf>. (Luettu 4.1.2007).

Tampereen yliopisto. www.uta.fi/laitokset/tsph/nedis/nttt.html (Luettu 6.3.2007).

Terveyden edistämisen keskus, 2005.

<http://www.health.fi/timage.php?i=100362&f=1&name=Tekryn+strategia+2005-2009.pdf>. (Luettu 3.10.2007).

Terveys 2015. <http://www.terveys2015.fi/pdf/04062004/melkas040604.pdf>. (Luettu 7.1.2007)

Torppa Martina. 2004. Ihan tervettä: näkökulmia terveyden käsitteeseen. Kunnallislääkäri 19(4B), 46-48.

Valkeakoski (2006)

http://www.valkeakoski.fi/attachments/julkaisut/sote/projektit_2005/lukion_ja_ak_kysely_2005.pdf. (Luettu 4.1.2008)

WHO (1999)

<http://www.healthpromotion.act.gov.au/c/hp?a=da&did=1000550&pid=1153783742#topofpage>

WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Jyväskylän yliopisto, Terveyden edistämisen tutkimuskeskus, Julkaisuja 2, 239 - 246.

Villberg Jari, Tynjälä Jorma (2004). WHO-Koululaistutkimuksen Suomen aineistot 1984 - 2002. Teoksessa: Kannas Lasse (toim.) Koululaisten terveys ja terveystyötön muutos, .

Liite 1. Terveystiedon koulukohtaisen opetus suunnitelman tavoitteet ja arvioinnin kriteerit, laajuus: 1 ov (Savon aikuis- ja ammattiopisto 2006, 60-62)

”Yleistavoitteet: Opiskelija osoittaa toiminnallaan ja tiedoillaan kykyä ja halua ylläpitää ja edistää terveyttä ja hän ymmärtää, mikä merkitys mielenterveydellä, ihmissuhteilla ja seksuaalisuudella on yksilön hyvinvointiin. Opiskelija tietää tupakoinnin ja päihteiden haittavaikutukset ja osaa ehkäistä terveyttä kuluttavia tekijöitä. Opiskelija on tietoinen terveyttä edistävästä elintavoista ja tottumuksista, kuten liikunnan, ravinnon, levon, virkistyksen ja terveyden välisistä yhteyksistä.

Hän tunnistaa ammattialansa keskeiset terveyttä kuormittavat tekijät ja osaa kehittää työskentelytapojaan ja työympäristöään turvalliseksi ja terveelliseksi yhteistyössä muiden kanssa.

Opiskelija hallitsee työnsä ergonomiset vaatimukset, tapaturmien ehkäisemisen ja tavallisimmat ensiaputilanteet. Hän tunnistaa työssä jaksamiseen vaikuttavia tekijöitä, tiedostaa oman jaksamisensa ja toimii jaksamista edistävällä tavalla. Opiskelija osaa tarvittaessa käyttää työterveys- ja muita terveydenhuoltopalveluja sekä työpaikkaliikunnan mahdollisuuksia työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Keskeinen sisältö: Terveyttä ja jaksamista ylläpitävä toiminta työssä ja vapaa-aikana
Työperäisten riskitekijöiden ehkäiseminen

Opiskelutavat: Opintoihin voi kuulua vierailukäyntejä tai luentoja. Opintoihin sisältyy yksilö- ja ryhmätyöskentelyä.

Arvioinnin kohteet: Kaikille yhteinen ydinosaaminen: oppimistaidot, vuorovaikutus- ja viestintätaidot, yhteistyötaidot, eettiset ja esteettiset taidot.

Yhteiset painotukset: terveydestä huolehtiminen ja kestävä kehitys.

Arviointikriteerit

Tyydyttävä T1

Opiskelija

- osoittaa olevansa tietoinen terveyttä edistävästä elintavoista ja tottumuksista sekä tupakoinnin ja päihteiden käytön terveyshaitoista
- tunnistaa ammattialansa keskeiset kuormitustekijät ja kehittää ohjattuna työtapojaan ja työympäristöään turvalliseksi ja terveelliseksi yhteistyössä muiden kanssa.

Tyydyttävä T2 edellisten lisäksi

Opiskelija

- osoittaa halunsa ylläpitää terveyttä
- osaa tiedostaa oman jaksamisensa ja osaa hakea apua ja ohjausta työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi.

Hyvä H3 edellisten lisäksi

Opiskelija

- on tietoinen terveyttä edistävästä elintavoista ja tottumuksista mm. liikunta, ravinto, mielenterveys, ihmissuhteet ja seksuaalisuus
- tunnistaa ammattialansa keskeiset kuormitustekijät ja kehittää työtapojaan ja työympäristöään turvalliseksi ja terveelliseksi
- toimii omaa jaksamista edistävällä tavalla.

Hyvä H4 edellisten lisäksi

Opiskelija

- osoittaa toiminnallaan ja tiedoillaan kykyä ja halua ylläpitää terveyttä sekä ehkäistä terveyttä kuluttavia tekijöitä
- hallitsee työnsä keskeiset ergonomiset vaatimukset, yleisempien tapaturmien ehkäisemisen ja tavallisimmat ensiaputilanteet
- tunnistaa työssä jaksamiseen vaikuttavia tekijöitä.

Kiitettävä K5 edellisten lisäksi

Opiskelija

- ehkäisee terveyttä kuluttavia tekijöitä.

Arvioinnin toteutus

Opiskelija: itsearviointi, mahdollisesti vertaisarviointi

Opettaja: kirjalliset ja suulliset harjoitustehtävät, jatkuva palaute työskentelystä, summatiivinen koe.”

Liite 2. A 1. Terveys, terveyserot ja niihin vaikuttaminen

Tehtävän taustaa

Suomalaiset naiset elävät keskimäärin seitsemän vuotta vanhemmiksi kuin miehet. Viime vuosina sukupuolten elinennusteiden ero ei juuri ole kaventunut, pikemminkin päinvastoin. Ero johtuu miesten suuremmasta kuolleisuudesta varhaisemmalla iällä. Suurimmat kuolleisuuserot todetaan verenkiertoelinsairauksissa ja tapaturmissa, joskin kuolleisuus moniin muihinkin kroonisiin sairauksiin on miehillä suurempi kuin naisilla. Naiset puolestaan ilmoittavat kärsivänsä oireita aiheuttavia sairauksia miehiä useammin ja he käyttävät myös selvästi useammin terveydenhoitopalveluita. Sukupuolten välisten sairastavuus- ja kuolleisuuserojen syitä on pyritty selvittämään, mutta yksiselitteisiä tuloksia ei ole löydetty. Osasy syy sukupuolten terveyseroihin liittyy erilaiseen hormonitaustaan, mutta varsin tärkeä selittäjä on sukupuolille ominaiset sosiaaliset roolit ja niihin liittyvät käyttäytymismallit, jotka tulevat erityisen selvästi esiin terveyttä edistävässä käyttäytymisessä. Naiset huolehtivat monessa suhteessa terveytensä säilymisestä paremmin kuin miehet, kun taas miehet omaksuvat helpommin erilaisia terveydelle vaarallisia riskikäyttäytymisen malleja. Sukupuolten roolien kehitys on viime aikoina kulkenut selvästi väärään suuntaan nuorten tyttöjen ja naisten omaksuessa enenevästi miehille ominaista riskikäyttäytymistä etenkin tupakoinnin ja päihteiden käytön suhteen. (Sosiaali- ja terveystietokeskus 2000)

Moniin kroonisiin sairauksiin, etenkin verenkiertoelinsairauksiin, sairastuvuus on ollut pitkään selvästi suurempi Itä- ja Pohjois-Suomessa kuin maan länsi- ja lounaisosissa. Viime vuosien kuluessa terveys on kohentunut koko maassa, mutta alue-erot eivät ole sanottavasti kaventuneet. Osa alue-eroista on etenkin aiemmin johtunut eroista vaaratekijöissä, mutta erot vaaratekijöissä ovat kaventuneet. Niinpä suuri osa alue-eroista jää edelleen vaille pitävää selitystä. Todennäköisesti ainakin osa näistä alue-eroista voi selittyä elinympäristön rakenteisiin, käyttäytymiseen ja sosiokulttuurisiin yksityiskohtiin liittyvistä eroista. (Sosiaali- ja terveystietokeskus 2000)

Suomalaisten sairastavuus vaihtelee myös sosioekonomisen aseman mukaan. Paremmin koulutetut ja paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat elävät pitempään ja sairastavat vähemmän kuin huonommassa asemassa olevat (kuva 3.10). Terveyserot koskevat niin sairastavuutta kuin tapaturma-alttiuttakin. Melkoinen osa sosioekonomisista terveyseroista aiheutuu terveyskäyttäytymisen eroista. Paremmin koulutettujen ja aktiivien väestöosien mahdollisuudet omaksua terveyttä edistävät käyttäytymismallit ovat selvästi paremmat kuin huonommin koulutettujen ja passiivisten. Koska suhteellinen köyhyys on yleisempää pienten

lasten perheissä ja nuoruusiällä muuhun väestöön verrattuna, on mahdollista, että tämä osaltaan vaikeuttaa terveystalvelujen käyttöä. (Sosiaali- ja terveystkertomus 2000)

Lähteitä:

www.ktl.fi/attachments/osa_1_terveyserot. OSA 1: Sosioekonomiset terveyserot -
käsitteitä ja taustaa. Terveystserot Suomessa: 35-vuotiaan jäljellä oleva elinaika eri
sosiaalityhmissä ... Terveystserot Suomessa: Koulutusryhmiön väliset erot
toimintakyvyssä ...

Sosiaali- ja terveystkertomus 2000, www.stm.fi/suomi/eht/julkaisut

Liite 3. Tehtävä A 2. Yleisimmät kansansairaudet

Tehtävän taustaa

Suomalaisten terveysongelmat ovat muuttuneet vuosikymmenten aikana. Sydän- ja verisuonataudit ovat vähentyneet ja siirtyneet vanhempiin ikäryhmiin. Työikäisten yleisin sairauspoissaolojen syy ovat erilaiset psyykkiset ongelmat. Nuorilla yleisimpiä sairauksia ovat tulehdustaudit, allergia ja astma. Diabetes on yleistynyt ja diabetes II on siirtynyt yhä nuorempiin ikäryhmiin ylipainon lisääntyessä. Useat kansansairaudet alkavat kehittyä jo nuorena, mikäli nuoren terveyskäyttäytyminen on terveydelle epäedullista.

Krooniset kansantaudit ovat tärkein kansalaisten elämänlaatua ja toimintakykyä huonontava sairausryhmä. Ne ovat yleisin työkyvyttömyyden syy ja aiheuttavat runsaasti ennen aikaista kuolleisuutta. Jokin pitkäaikaissairaus on yli puolella 30 vuotta täyttäneellä.

Terveys 2000 ja Mini-Suomi -tutkimuksen mukaan Suomessa 20 viime vuoden aikana on moni terveyttä vaarantava tekijä vähentynyt ja yleisimmät verenkiertoelinten ja myös tuki- ja liikuntaelinten sairaudet harvinaistuneet. Terveytensä koki hyväksi Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 62 % sekä miehistä että naisista. (<http://www.suomenash.fi>)

Myönteinen kehitys johtuu osaksi elinolojen jatkuvasta paranemisesta ja osaksi terveydenhuoltopalvelujen paranemisesta. Myös monet elintapojen muutokset ovat olleet terveyden kannalta edullisia, joskin osa muutoksista (lisääntynyt alkoholin käyttö ja naisten tupakointi) on ollut haitaksi. Terveiden edistämällä, sairauksien ehkäisyllä ja varhaistoteamisella on oma merkityksensä, mutta myös hoidon paraneminen selittää osan terveyden ja toimintakyvyn kohentumisesta. (<http://www.suomenash.fi>)

<http://www.suomenash.fi>

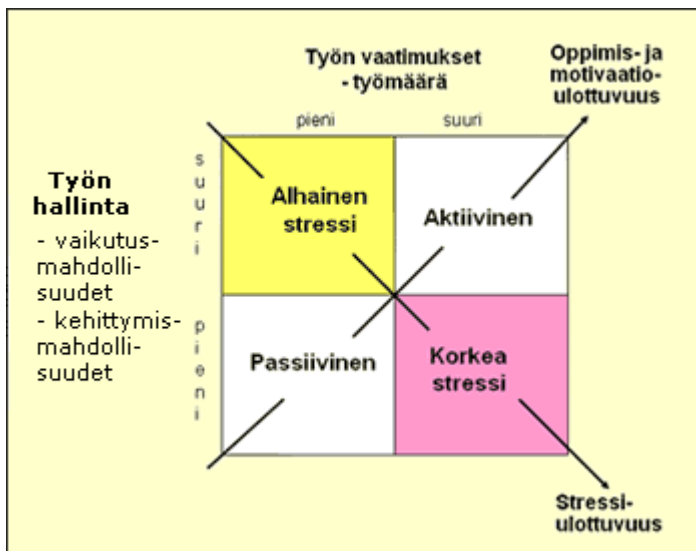
Liite 4. Tehtävä D 1. Ergonomia fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin edistämiseksi

Tehtävän taustaa

Ammattioppilaitosten oppilaat eivät kokeneet yleisesti opiskelua tai harjoittelua kovin kuormittavana. Siirtyminen työelämään saattaa siten tuoda uusia haasteita kiireen ja vastuun lisääntymisen myötä. Yleisesti katsotaan, että työelämä on muuttunut yhä stressaavammaksi ja johtanut siihen, että psyykkiset syyt ovat yleisin sairausloman peruste. Työelämän stressitutkimuksissa sovelletaan tällä hetkellä kahta varsin toisiaan lähellä olevaa teorianmallia. Toinen on ns. Karasekin työn vaatimukset ja vaikutusmahdollisuudet -malli ja toinen Siegristin työn vaatimien ponnistelujen ja palkitsevuuden välisen ristiriidan malli (<http://www.ttl.fi/Internet/Suomi/Tiedonvalitys/Verkkolehdet/Tyoterveiset/2004-02/02.htm>).

Oleellista molemmissa malleissa on stressioireiden ja stressin terveysvaikutusten syntymisen kannalta, ovatko työn vaatimukset liian suuret samalla, kun ihmisen vaikutus- ja kehittymismahdollisuudet työssä ovat vähäiset. Siegristin esittämässä stressimallissa ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta haitallisena pidetään ponnisteluihin nähden liian vähäistä työn palkitsevuutta. Kyse voi silloin olla henkisestä, sosiaalisesta tai taloudellisesta palkitsevuudesta.

Karasekin työn hallinnan mallissa ("job strain model") (kuvio 1) kuvataan työn hallinnan ja työn vaatimusten vaikutusta koettuun kuormittavuuteen. Työn kuormittavuuden kokemiseen vaikuttaa työn psyykkiset vaatimukset (mm. kiire) ja työn hallinta (mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön, uusien asioiden oppimisen mahdollisuus). Työntekijät, joilta vaaditaan paljon ja joilla on vähäiset työn hallinnan mahdollisuudet, kuormittuvat työssään paljon. Työn vaatimusten ja hallinnan lisäksi työn psyykkiseen kuormittavuuteen vaikuttaa kolmas tekijä, sosiaalinen tuki. Työn hallinnan mallin mukaan ihmisillä, jotka eivät saa sosiaalista tukea ja joilla on psyykkisesti kuormittava työ, on suuri riski sairastua.



Kuva 1: Työn vaatimukset ja vaikutusmahdollisuudet -malli (Karasek 1990)

Liite 5. Tehtävä D 2. Uneen ja univajeeseen liittyvä tehtävä

Tehtävän taustaa

Opiskelijoista joka neljäs ilmoitti kokevansa väsymystä päivittäin. Yli 10 %:lla oli lisäksi univaikeuksia viikoittain. Väsymys vaikuttaa erityisesti ihmisen kykyyn käsitellä ja tuottaa tietoa. Lisäksi kynnyksensä ottaa riskejä alenee ja mieliala laskee. Se näkyy ärtyneisyytenä ja lievänä masentuneisuutena. Väsymyksen lisääntyessä on tyypillistä, että henkisestä suoriutumisesta tulee vaihtelevaa: suoriutumisen taso saattaa yhtäkkiä heikentyä ja palata sitten taas hetkellisesti lähelle normaalia tasoaan. Tyypillisimmin väsymykseen liittyvä henkisen suoriutumisen heikkeneminen näkyy vaikeutena ylläpitää tarkkaavaisuutta. Tämä puolestaan johtaa monenlaisiin ongelmiin aivojen tietojen käsittelyssä kuten havaintolipsahduksiin eli tapahtumien havaitsemattomuuksiin, vaikeuteen erottaa merkitykselliset tapahtumat merkityksettömistä sekä päättelyn hidastumiseen ja muistiongelmiin.

Kokeellisissa tutkimuksissa on havaittu loogisen päättelykyvyn ja silmän koordinaatiokyvyn heikkenemistä väsymyksen myötä. Tutkimuksessa verrattiin valvomisen ja alkoholihumalan vaikutuksia toisiinsa samoissa suorituskykytesteissä. Suoriutuminen klo 3 yöllä, 19 tunnin yhtämittaisen valvomisen jälkeen oli laskenut samalle tasolle kuin suoriutuminen samoissa testeissä puolen promillen humalatilassa. Aamulla klo 7, 24 tunnin valvomisen jälkeen, suoriutuminen heikkeni yhtä paljon kuin yhden promillen humalassa. (Härmä ym. 2000a.) Tavallisissa olosuhteissa nukahtamistapaus on suurin aamuyöllä noin klo 02 - 06 välisenä aikana ja toisaalta alkuiltapäivällä noin klo 13 - 16. Nukahtamisalttius noudattaa noin 12 tunnin rytmiä. Illalla vireystaso nousee jälleen joksikin aikaa. (Partinen & Härmä 1993.)

Normaalisti vuorokausirytmit tahdistuvat ympäristön mukaan kuten päivänvalon ja sosiaalisen vuorovaikutuksen mukaan. Nykypäivänä nuoret viettävät huomattavasti aikaa median välittämän viihteen parissa. Samoin nuorillekin tarkoitetuissa "baareissa" ym. viihdepaikoissa varsinainen sosiaalinen elämä alkaa puolen yön tietämissä. Nuorisokulttuuri on siten luonut tilanteen, jossa osa nuorista ajautuu univajeeseen tai vääränlaiseen vuorokausirytmiiin.

Yksi nuorten ajanvietetapa on autoilu. Väsymys ja nukahtaminen yöllä rattiin ovat selvä riskitekijä liikenteessä. Jos liikennetiheys otetaan huomioon, onnettomuuksia tapahtuu eniten yöllä, vaikka alkoholin aiheuttamat onnettomuudet jätettäisiin pois tarkasteluista. Noin 10 % kuolemaan johtaneista liikenneonnettomuuksista johtuu rattiin nukahtamisesta. Myös monet

suuronnettomuudet ovat sattuneet aamuyön tunteina, yleensä kello yhden ja kuuden välisenä aikana. (Härmä 1994.) Ammatikseen yöllä liikenteessä työskenteleville torkahtaminen ajon aikana on tuttua (Häkkänen 2000).

Epäsäännöllisen nukkumisen vaikutuksia terveyteen, on tutkittu erityisesti vuorotyötä tekevillä. Fysiologisia kuormitustekijöitä vuorotyön aikana ovat valvomisen aiheuttama univelka ja elimistön työskentely vuorokausirytmien aallonpohjassa. Työvuorojen päivärytmistä poikkeava ajoittuminen aiheuttaa myös työntekijän vuorokausirytmien epätahdistumisen. Vuorotyön tärkeimmät terveyshaitat ovat unettomuus, poikkeava päivä- ja yöaikainen väsymys sekä ruuansulatuselimistön häiriöt. Vuorotyötä tekevillä on tutkimusten mukaan päivätöyläisiä enemmän erilaisia psykosomaattisia oireita, kuten kroonista väsymystä, hermostuneisuutta ja masentuneisuutta. On myös vähäistä näyttöä siitä, että vuorotyöntekijöillä olisi normaalia suurempi riski sairastua vaikeisiin psykiatrisiin sairauksiin kuten depressioniin. (Härmä 1993, Härmä ym. 2000a.)

Lähteitä

<http://www.sleepfoundation.org/>

Häkkänen H. Professional driving, driver fatigue and traffic safety. Helsingin yliopisto, Liikennetutkimusyksikkö, Tutkimuksia 33, 2000.

Härmä M. Poikkeukselliset työajat. Työ ja ihminen 1993:7(lisännumero 3):177-190.

Härmä M. Vuorotyö, uni ja terveys. Ergonomiatiedote 1994:4,3-6.

Härmä M, Sallinen M, Kandolin I. Työajan yhteydet yksilön terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Teoksessa: Härmä M (toim.) Toimivat ja terveet työajat. Työterveyslaitos, Helsinki 2000a, 13-39.

Partinen M, Härmä M. Uni-valverytmi ja sirkadiaaliset rytmit. Teoksessa: Huttunen M ym. (toim.) Neuropsykiatria. Duodecim, Jyväskylä 1993, 96-101.

Tynjälä J, Kannas L. Koululaisten nukkumistottumukset, unen laatu ja väsyneisyys vuosina 1984-2002. Teoksessa: Kannas L (toim.) Koululaisten terveys ja terveyskäyttäytyminen muutoksessa. WHO-Koululaistutkimus 20 vuotta. Terveiden edistämisen tutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto 2004, 141-178.

<http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/tietoa/elamantavat/unijalepo.htm>

Liite 6. Tehtävä D 3. Työskentely-ympäristön ergonomia

Tehtävän taustaa

Opiskelijoista 40 % piti huonoja työtuoleja ja -pöytiä työskentelyä haittaavana tekijänä. Näyttöpäätetyön yleistyessä sekä työpaikoilla että kotona huoli liikuntaelinten oireiden riskeistä on kasvanut. Liikuntaelinten oireiden riskitekijöitä ovat mm. tietokoneen käyttö huonossa asennossa sekä pitkäkestoinen tietokoneen käyttö.

Nuorilla on todettu runsaasti niska- ja hartiasärkyjä, joiden on ainakin osittain arveltu johtuvan huonosta ergonomiasta. Niskan- ja hartiaselän vaivojen riskitekijöitä ovat esimerkiksi niskan etukumara asento, työskentely kädet koholla sekä staattiset työasennot. Niskan ja käden liikkeitä sekä asentoja ohjaavat työkohteen koko, sijainti ja valaistusolot. Nämä vaikuttavat niskahartiaselän ja yläraajojen kuormitukseen, ja näin ollen myös lihasjännityksentasaan. Näyttöpäätetyö vaatii käsien kannattelua, jolloin niskan ja pään asento saattaa johtaa käsien kannatteluun ja hartialihasten voimakkaaseen staattiseen työskentelyyn. Toistuvista niskan ääriasennoista voi aiheutua niska–hartiaselän kipua ja päänsärkyä. Työpisteen järjestelyillä on suuri merkitys niskan ja yläraajojen staattisen lihasjännityksen välttämiseksi ja hyvän työasennon saavuttamisessa (Urtamo 2001)

Niskan- ja hartiaselän, yläraajojen sekä selän vaivojen riskiä lisäävät pitkäkestoinen paikallaan olo sekä staattiset työvaiheet. Kun asennot poikkeavat nivelten keskiasennosta, kuormitus lisääntyy ja sairastumisriski kasvaa. (Kukkonen ym. 1997) Useimpien liikuntaelinten sairauksien synnyssä uskotaan biomekaanisen kuormituksen olevan tärkeä tekijä. Kudokset vaurioituvat, kun mekaaniset voimat ylittävät kudosten kestävyysrajan. Lihasten aktiviteetti, jota tarvitaan asennon säilyttämiseen tai työn tekemiseen, johtaa väsymyksen myötä aineenvaihdunnan muutoksiin. (Takala & Nevala-Puranen 1997)

Istuma- asennon biomekaanisia tekijöitä arvioitaessa selkärangalla on merkittävä rooli, mutta myös ylä- ja alaraajojen huomioiminen on tärkeää. Huolimatta suurista yksilöllisistä vaihteluista, selkärangan asennoille seistessä ja istuessa on olemassa luonteenomaiset tuntomerkit, joiden suhteen asentoa ja haitallista kuormittumista voidaan arvioida. Työskenneltäessä istuma-asennossa niskan, hartioiden ja yläraajojen asento riippuu työtehtävistä ja työskentelyalueen sijainnista. (Urtamo 2001)

Valtioneuvoston päätös näyttöpäätetyöstä on annettu Helsingissä 22. päivänä joulukuuta 1993 ja se sisältää näyttöpäätetyön ergonomian vähimmäisvaatimukset työolosuhteissa. Näin aikuisten työskentelyolosuhteista on olemassa selvät ohjeet. Koulutyölle tulisi asettaa vastaavanlaiset vaatimukset. Oppilaiden kasvurytmi vaihtelee, ja erityisesti murrosiässä ja sen jälkeenkin oppilaiden pituuden erot voivat olla jopa 40 - 60 cm samassa luokassa ja vastaavasti painon erot voivat olla suuret. Yhä edelleen monissa kouluissa pulpetit ovat luokissa samankokoisia, lähinnä keskikokoisten oppilaiden koon mukaisia. Tällöin sekä pienten että isojen oppilaiden työskentelyergonomia on puutteellinen. Keskimittojen käyttöä on syytä välttää kiinteissä kalusteissa. Tavoitteena koulutyöskentelyssä tulee olla säädettävien kalusteiden hankinta. Tällöin on kuitenkin huolehdittava, että säätömahdollisuuksia käytetään tarkoituksenmukaisesti.

Urtamo (2001) on käsitellyt tutkimuksensa taustassa laajasti näyttöpäätetyön sekä biomekaanisten että psykososiaalisten tekijöiden merkitystä liikuntaelinten terveyteen.

Kukkonen ym 1997

Takala ? ja Nevala-Puranen 1997

Urtamo A. 2001, <http://selene.lib.jyu.fi:8080/gradu/g/aurtamo.pdf>

Valtioneuvosto 1993. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1993/19931405>

ARVIOI OMA PÄÄTETYÖSKENNELYPISTEESI (sovellettu Medivireen käyttämästä arviointilomakkeesta)

1. Onko näyttöpäätetyöpisteesi mielestäsi hyvin suunniteltu ja ergonominen? kyllä ___ ei ___
2. Tuleeko näyttöruudulle heijastuksia? kyllä ___ ei ___
3. Onko työtilasi valaistus riittävä? kyllä ___ ei ___
4. Onko työpöytäsi riittävän suuri? kyllä ___ ei ___
5. Voitko säätää työtuolisi itsellesi sopivaksi ja mukavaksi istua? kyllä ___
ei ___
6. Onko työpöytäsi alla riittävästi tilaa jaloillesi? kyllä ___
ei ___
7. Onko näyttö katselun kannalta sopivalla korkeudella? kyllä ___ ei ___
8. Onko katseluetäisyys tietokoneen näytölle sopiva? kyllä ___ ei ___
9. Voitko tukea kyynärvartesi pöytään tai tuolin käsinojiin käyttäessäsi näppäimistöä ja hiirtä? kyllä ___ ei ___
10. Käytätkö hiirtä molemmilla käsillä? kyllä ___ ei ___
11. Onko niskasi asento pääasiassa suora näyttöpäätetyötä tehdessäsi? kyllä ___ ei ___
12. Ovatko ranteiden asennot pääasiassa suorat näyttöpäätetyötä tehdessäsi? kyllä ___ ei ___
13. Tarvitsetko apua työpisteesi ergonomian kohentamisessa? kyllä ___ ehkä myöhemmin ___ en nyt ___

Arvioi lopuksi omaa työtapaasi**14. Kuinka usein Koulu/työpäivän aikana kiinnität tietoisesti huomiota seuraaviin asioihin?**

	usein	satunnaisesti	harvoin
Ryhti	1	2	3
Työasennot ja -liikkeet	1	2	3
Kalusteiden säädöt	1	2	3
Työn tauotus	1	2	3
Työn suunnittelu/arkityön sujuminen	1	2	3
Työtä helpottavien apuvälineiden käyttö	1	2	3

Taukojumppaliikkeet

1

2

3