

1201

TERVEYSKÄSITYKSET KARTALLA

Ammattikorkeakouluissa opiskelunsa aloittaneiden sairaan-
ja terveydenhoitajien terveystieteiden käsitteiden menetelmällä
analysoituna

Päivi Karhila ja Anita Kopra

Terveystieteiden Pro gradu-
tutkielma

Jyväskylän yliopisto

Liikunta- ja terveystieteiden
tiedekunta

Terveystieteiden laitos

Syyskuu 1998

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta
Terveystieteiden laitos, terveyskasvatus

TIIVISTELMÄ

Päivi Karhila ja Anita Kopra

TERVEYSKÄSITYKSET KARTALLA

Ammattikorkeakouluissa opiskelunsa aloittaneiden sairaan- ja terveydenhoitajien terveyskäsitteet käsittekarttamenetelmällä analysoituna

Pro gradu-tutkielma: 68 sivua, 1 liitesivu
Ohjaaja: ma. Professori FT, KM Marita Poskiparta
Syksy 1998

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ammattikorkeakoulussa juuri opiskelunsa aloittaneiden sairaan- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden käsityksiä terveydestä. Tutkimuksemme on osa laajempaa tutkimusprojektia, jonka kokonaistavoitteena on kehittää opetus- ja oppimismenetelmiä teoreettisen opetuksen kytkemiseksi käytännön työhön. Opiskelijoiden terveyskäsitteiden selvittäminen on edellytys opiskelijälähtöiselle terveyden edistämisen opetussuunnitelmille.

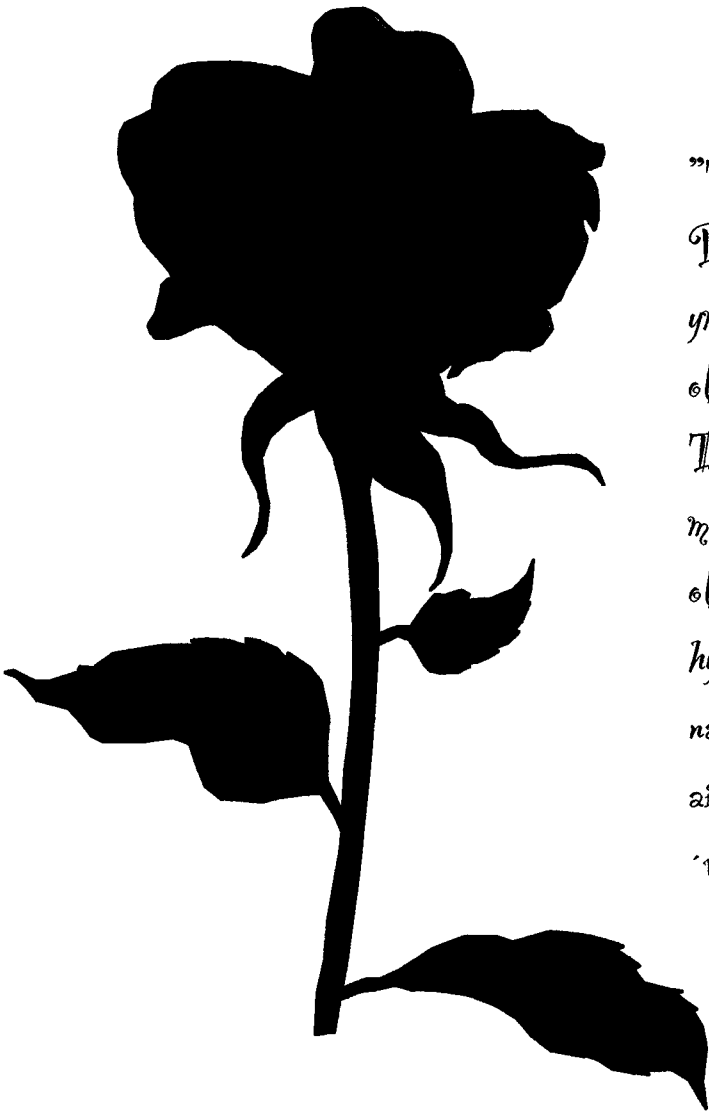
Tutkimusaineisto muodostuu kahden ammattikorkeakoulun opiskelijoiden laatimista kirjoitelmista (n=82). Näissä opiskelijat kuvasivat, mitä terveys tarkoittaa ja mitä se heille merkitsee. Opiskelijoista 27 oli lähihoitajan tai vastaavan tutkinnon suorittaneita ja ylioppilaita 47, kahdeksasta kirjoitelmasta puuttuivat kirjoittajan taustatiedot. Tutkimustehtävänämmä oli myös vertailla näiden kahden eri ryhmän terveyskäsitteitä. Aineisto analysoitiin käsittekarttamenetelmällä, jota täydennettiin sisällön analyysillä. Kahden analyysimenetelmän käytöllä pyrittiin varmistamaan tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimustuloksista ilmeni, että terveys on opiskelijoille tärkeä arvo, jolla on sekä itseis- että välinearvoa. Aineiston perusteella opiskelijoiden terveyskäsitteet luokiteltiin biolääketieteellisiin, positiivisiin, funktionaalisiin ja kokemuksellisiin käsityksiin, joista positiivinen käsitys oli vallitseva. Ylioppilaiden ja lähihoitajien terveyskäsitteillä ei juurikaan ollut eroa. Positiivisesta näkökulmasta terveyttä kuvattiin fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina, johon kuuluu toimintakyky, tasapainoisuus ja hyvä olo. Terveyden yleensä ajateltiin olevan yksilöllinen ja subjektiivinen käsite, jonka määrittäminen perustuu ihmisen omiin kokemuksiin ja tuntemuksiin. Positiiviseen terveyskäsitteeseen katsottiin kuuluvan elementtejä myös muista tässä tutkimuksessa esiintyneistä terveyskäsitteiluokista.

Jatkossa olisi mielenkiintoista seurata, millainen vaikutus koulutuksella on terveyskäsitteiden kehittymiselle sekä miten terveyskäsite vaikuttaa käytännön toimintaan.

Avainsanat: terveyskäsitteet, opetussuunnitelma, käsittekartta

"TERVEYS ON SUURIRUUSU"



"Terveys on minulle suuri ruusu.
Puutarhurin tapaan en halua sen kuolevan
ympäristön vaativiin ja vaihteleviin
olosuhteisiin ja/tai hoidon puutteeseen.
Terveyttä ei silti voi ojentaa kaverille tai
muille ruusun tapaan, sillä silloin sen olisi
oltava jotain muuta. Tämä ruusu kukkii
hyvällä hoidolla vuosikymmeniä. Jotta voin
nauttia niistä tuhansista ruusuista elämäni
aikana, on erittäin merkityksellistä, että oma
'ruusuni' on elintapojeni hyvässä hoidossa."

SISÄLTÖ

1. JOHDANTO	4
2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	6
2.1. Opetussuunnitelma	6
2.2. Terveydenhuoltoa ohjaavat toimintasuositukset	7
3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT	10
4. TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT	11
4.1. Tutkimusaineisto	11
4.2. Aineiston analyysin lähtökohtia	11
4.3. Käsittekartta	13
4.4. Sisällön analyysi	14
4.5. Aineiston analyysi	15
5. TUTKIMUSTULOKSET	17
5.1. Terveyden määrittämisen vaikeus	17
5.2. Terveyden arvo	20
5.2.1. Terveyden itsestänselvyys	22
5.2.2. Terveyden suhteellisuus	24
5.3. Biolääketieteellinen terveystieteellinen käsitelmä	25
5.4. Kokemuksellinen terveystieteellinen käsitelmä	28
5.5. Funktionaalinen terveystieteellinen käsitelmä	31
5.5.1. Hyvinvointi ja hyvä olo terveyden määrittäjinä	32
5.5.2. Terveystieteellinen voimavarana	33
5.6. Positiivinen terveystieteellinen käsitelmä	35
5.6.1. Holistinen näkemys ihmiseen ja terveyteen	36
5.6.2. Terveyden positiivisia ja negatiivisia ulottuvuuksia	37
5.6.3. Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen terveys	39
5.7. Terveystieteellisten vertailu koulutustaustan perusteella	43
6. POHDINTA	46
6.1. Tutkimuksen luotettavuus	46
6.2. Johtopäätökset tutkimustuloksista	49
6.3. Jatkotutkimushaasteita	56
LÄHTEET	
LIITTEET	

1. JOHDANTO

Terveydenhuollossa ja laajemmin yhteiskunnallisessa päätöksenteossa on tietoisesti pyritty entistä terveyskeskeisempään ajatteluun, jolla pyritään siirtämään painopistettä sairauksien hoidosta kansalaisten terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen pyrkimyksenä on lisätä ihmisten mahdollisuuksia terveytensä hallintaan ja sen parantamiseen (Ottawan asiakirja 1986). Terveyden edistämisen ja sen keskeisen välineen, terveyskasvatuksen perustana on aina jokin näkemys terveydestä, joka heijastuu ammattikäytäntöön (Nupponen, Aarva, Laitakari, Miilunpalo, Paronen & Urponen 1991, Andrews & Boyle 1995).

Terveydenhuollon työntekijöiden ja tässä tapauksessa saman alan opiskelijoiden terveystietämisen tutkiminen ja tiedostaminen on tärkeä lähtökohta pyrkimykselle toteuttaa terveyden edistämistyötä tarkoituksenmukaisesti. Työntekijän terveystietäminen vaikuttaa siihen, kuinka moniulotteiseksi hän ymmärtää yksilön terveyden ja mistä lähtökohdista terveyden edistäminen tapahtuu. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta katsottuna terveystietämisestä riippuu myös se, millaisia terveyspalveluja tarjotaan, miten niitä jaetaan ja mitkä ovat tarjottavien terveyspalvelujen tavoitteet (Kendall 1995, Orr 1996). Täten terveystietämisen tutkiminen on perusteltua myös terveystieteellisestä näkökulmasta.

Työntekijöiden tullessa tietoisiksi terveystietämisistään auttaa se heitä ymmärtämään myös asiakkaidensa terveystietämisen olemassaolon. Niiden tiedostaminen ja huomioiminen auttaa työntekijöitä tulemaan tietoisiksi siitä, millaisia terveysvoimavaroja asiakkaalla on käytettävissä ja miten niitä on parasta hyödyntää hänen terveystavoitteensa suuntaisesti. Lisäksi asiakkaan henkilökohtaisen terveystietämisen asettaminen terveyden edistämisen lähtökohdaksi mahdollistaa asiakkaan kannalta mielekkään ja myös tehokkaan toiminnan (Pender 1996).

Tutkimusaineisto koostuu sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulussa opiskelunsa aloittaneiden opiskelijoiden kirjoitelmista, joiden aiheena oli terveyden ja terveyden edistämisen määrittäminen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää millaisia terveystietämisasioita on

2. TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyömme on osa laajempaa tutkimusprojektia, jonka tavoitteena on selvittää kahden ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmien terveyttä edistäviä rakenteita ja sisältöjä sekä kehittää opetus- ja oppimismenetelmiä. Lisäksi projektissa selvitetään terveyden- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyden edistämistaitojen ja -valmiuksien kehittymistä koulutuksen aikana. Tutkimusprojekti on käynnistynyt syksyllä 1997 ja se jatkuu seurantatutkimuksena vuoteen 2001 asti. Tässä tutkimuksessa tarkoituksena on selvittää opiskelijoiden terveystietoisuutta opintojen alkuvaiheessa, jota voidaan pitää opetussuunnitelmien terveyden edistämisen opetuksen lähtökohtana.

2.1. Opetussuunnitelma

Opetussuunnitelmien tarkoituksena on antaa puitteet koulutuksessa opittaville sisällöille ja käytettävälle menetelmille. Viime vuosina opetussuunnitelmien laatimisessa on siirrytty tiukemmasta valtakunnallisesta ohjauksesta opiskelija- ja oppilaitoskeskeisempään suunnitteluun. Valtakunnalliset opetussuunnitelman perusteet antavat oppilaitoskohtaisille opetussuunnitelmille viitekehyksen, joihin niiden laatiminen perustuu. Oppilaitoskohtaisten opetussuunnitelmien laadintaa ohjaavat ammatillisen koulutuksen kehittämistavoitteet sekä sosiaali- ja terveystieteiden koulutuksen rakenne- ja opetussuunnitelmauudistuksen periaatteet. (Opetushallitus 1995; Paulin & Välilä 1995.) Terveystieteiden koulutusta voidaan pitää yhtenä välineenä yhteiskunnan terveystieteellisten tavoitteiden saavuttamiseksi (Mölsä 1989), joten opetussuunnitelmien laatimisessa tulisi huomioida ne yhteisesti sovitut periaatteet ja toimintalinjat, jotka ohjaavat sekä Suomen sisäistä että kansainvälistä terveystieteen politiikkaa.

Oppilaitoksissa opetussuunnitelmat tulisi laatia yhteistyössä opiskelijoiden, opettajien ja työelämän edustajien kanssa (Paulin & Välilä 1995). Opiskelijoiden terveystietoisuuden selvittäminen mahdollistaa heidän näkemystensä huomioimisen terveyden edistämistä koskevia opetussuunnitelmia laadittaessa, jolloin koulutusta voidaan rakentaa opiskelijoiden omat lähtökohdat huomioonottavamaksi.

Tämän selvityksen pohjalta terveydenhuoltoalan koulutusta on mahdollista kehittää niin, että se vastaa paremmin opiskelijoiden tapaa hahmottaa maailmaa ja sen tulkintaan käytettyjä käsitteitä. Opetussuunnitelmien tulee olla joustavia ottaen huomioon opiskelijoiden yksilölliset valmiudet, tiedon suhteellisuus ja muuttuvuus (v. Wright 1992) sekä yhteiskunnalliset ja työelämän vaatimukset (mm. Ekola 1992, Perälä 1998). Tutkimuksemme taustalla vaikuttaa konstruktivistinen oppimisenäkemys, missä oppiminen perustuu aina oppijan henkilökohtaiseen käsitykseen jostakin ilmiöstä, jonka perusteella hän muodostaa merkityksiä ja toimii niiden mukaisesti. Konstruktivistinen oppimisenäkemys huomioi kontekstin, ja sosiaalisella vuorovaikutuksella on keskeinen rooli oppimisessa (Rauste-v. Wright & v. Wright 1994). Nykyinen oppimisenäkemys terveydenhuoltoalan koulutuksessa mahdollistaa opiskelijoiden henkilökohtaisten oppimissuunnitelmien laatimisen, joka osaltaan tukee yksilöllistä oppimista.

2.2. Terveydenhuoltoa ohjaavat toimintasuositukset

Terveydenhuollon koulutukseen ovat vaikuttaneet myös terveydenhuoltoa koskeva valtakunnallinen lainsäädäntö sekä maailmanlaajuiset suositukset. Valtakunnallinen terveystoiminta sai ensimmäisen kerran yhteisesti noudatettavat suuntaviivat kansanterveyslain (1972) voimaantullessa. Lain keskeinen sisältö on yksilön ja hänen elinympäristönsä kohdistuvan terveydenhoidon ja yksilön sairaanhoidon järjestäminen sekä väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. Laki sisältää lähinnä biolääketieteellisen näkemyksen terveydestä. Kansanterveyslaki ja asetus ovat olleet merkittävä uudistus terveydenhuollon alalla palvelujen tasapuolistamiseksi ja sen lisäksi ne ovat vaikuttaneet väestön ajatteluun korostaen terveyttä sairauden puuttumisena. (Kokko 1990, Nissinen, Kauhanen & Myllykangas 1994.) Vuonna 1997 kansanterveyslakiin tuli muutos, jonka jälkeen kansanterveyden laajaa kehittämistä varten perustettiin neuvottelukunta tehtävänä vastata valtakunnallisen terveystoiminnan seurannasta ja kehittämisestä (Sosiaali- ja terveystoiminta 1998).

Myöhemmin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ovat vaikuttaneet maailmanlaajuisen strategia, Terveysta kaikille vuoteen 2000 ohjelma (1986) ja sitä täydentävä uudistettu yhteistyöohjelma (Health for all targets... 1993). Ohjelmat saivat alkunsa jo 1970-luvulla, kun huolestuttiin maailmanlaajuisesti ihmisten terveyden tasosta (WHO:n terveystoiminta... 1991). Vuosittain julkaistaan sosiaali- ja terveystoiminnan antamat valtakunnalliset ohjeet

palveluiden järjestämisestä (Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon... 1997). Tämä valtakunnallinen suunnitelma huomioi lyhyen aikavälin muutokset väestön terveydentilassa ja palveluiden järjestämisessä. Koulujen asema terveyden edistämässä nähdään hyvin tärkeänä, koska ne tavoittavat koko määrätyn ikäisen väestön (Health for all targets... 1993).

Terveyttä vuoteen 2000-ohjelmassa (1986) tuotiin esille terveyden arvo ja se määriteltiin perustavanlaatuisena ihmisoikeutena. Terveys on tämän mukaan itseisarvo eli keskeinen hyvinvointitavoite sekä välinearvo muiden hyvinvointitavoitteiden saavuttamiseksi. Lisäksi terveyden katsotaan olevan positiivinen käsite, joka painottaa yhteiskunnallisia ja henkilökohtaisia voimavaroja sekä fyysisiä toimintamahdollisuuksia. Terveyttä pidetään jokapäiväisen elämän voimavarana eikä niinkään elämisen tavoitteena. Ohjelma on terveysorientoitunut eikä ainoastaan korosta terveyspalvelujen järjestämistä (Sihto 1995). Ohjelman taustalla oleva näkemys terveydestä laajeni kansanterveyslakiin nähden.

Terveyttä kaikille -ohjelmassa Euroopassa on määritelty neljä ulottuvuutta: terveydellisen tasa-arvoisuuden takaaminen, elämän lisäämistä elinvuosiin, terveyden lisäämistä elämään ja elinvuosien lisäämistä elämään. (Terveyttä kaikille... 1986) Tässä ohjelmassa terveys nähdään positiivisena tilana, joka käsittää ihmisen kokonaisuutena senhetkisessä kontekstissaan. Terveys nähdään myös suhteellisena, mikä merkitsee sitä, että kaikki ihmiset voivat olosuhteista riippumatta saavuttaa hyvinvoinnintilan hyödyntämällä omaa toimintakykyään. (WHO:n Euroopan alueen... 1988.)

Jakartan julistus (1997) vahvistaa aikaisempaa Terveyttä vuoteen 2000-ohjelmaa ja tuo lisäksi esiin kansainvälisyyteen ja terveyden taloudellisiin ulottuvuuksiin liittyviä seikkoja. Julistus määrittelee terveyden inhimilliseksi perusarvoksi, joka on välttämätön niin sosiaaliselle kuin taloudellisellekin kehitykselle. Ohjelma on nimennyt terveyden edellytyksinä rauhan, suojan, koulutuksen, sosiaaliturvan, ihmissuhteet, ruuan, tulot, naisten aseman parantumisen, tasa-arvoisen ekologisen ympäristön, voimavarojen kestävä käytön, ihmisoikeudet ja tasa-arvon. Terveysteen tulisi panostaa voimavaroja aikaisempaa enemmän ja monialaisesti. Julistuksessa määritellään terveyden edistämisen olevan prosessi, jossa ihmisten mahdollisuudet hallita ja vaikuttaa terveyteen lisääntyvät. Prosessin aikaansaamiseksi on huomioitava kussakin kulttuurissa vallitsevat yhteiskunnalliset muutokset.

Suomessa terveystieteiden politiikka noudattaa myös Euroopan Unionin jäsenvaltioiden yhteisesti sopimia toimintalinjoja. Maastrichtin sopimuksessa (1991, artikla 129) edellytetään EU:n edistävän sairauksien ehkäisyä ja terveystieteiden yhteistyötä jäsenmaiden välillä sekä terveyden suojelun vaatimuksen huomioimista toiminnassaan. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 1998.)

Tutkimuksessa ”Terveystieteiden perusteluna kunnallisessa päätöksenteossa” tulee selkeästi esiin terveyden merkitys hyvin kapea-alaisena - sairauden puuttumisena. Terveystieteellisen päätöksenteon tavoitteena on kuitenkin laaja-alainen hyvinvointi, mutta sen saavuttaminen on ongelmallista, koska hyvinvointia on vaikea mitata ja perustella. (Perttilä & Lehto 1997.)

Terveydenhuollon opiskelijoiden koulutuksen suunnitteluun ja toteutukseen ovat lisäksi vaikuttaneet useiden tieteenalojen terveystieteelliset, sisältäähän hoitotyö laaja-alaisen tiedetaustan. Sosiaali- ja lääketiede laajentaa terveyden määrittelyä koskemaan niin lääketieteellistä, sosiologista ja psykologista terveystieteistä (Kantola, Lehtimäki & Talsi 1992). Terveystieteissä sisältyy keskeisesti hyvinvointiin ja tästä näkökulmasta terveys liittyy tarpeiden tyydytykseen ja se on ihmisen toimintaresurssi. Terveystieteissä on merkittävää myös yhteiskunnallisesti, koska terveet ihmiset voivat toiminnallaan edistää paremmin yhteiskunnan päämääriä. (Karisto 1984.)

Terveydenhuollossa yleensä vahvimmin vaikuttava tieteenala lienee edelleen lääketiede, mutta hoitotiede on keskeinen hoitotyön teoriaperustan muodostumisessa. Hoitotieteellisen ja lääketieteellisen terveystieteiden ratkaiseva ero on subjektiivinen terveys. Ihmisen omat tunteet ja kokemukset terveydestään muodostavat keskeisen osan hoitotieteellistä terveystieteestä. (Eriksson 1976, Eriksson 1989, Vaitinen 1995.) Näillä erilaisilla terveystieteillä on ollut vaikutusta ihmisten näkemyksiin terveydestä ja ne ohjaavat nytkin vahvasti terveydenhuollossa työskentelevien ajattelua ja käytännön työtä. Terveyden edistäminen ja terveystieteiden kasvatusta muodostavat olennaisen osan terveyden- ja sairaanhoitajien työstä. Terveystieteiden kasvatusta perustuu terveystieteelliseen näkökulmaan, joka integroituu useisiin muihin tieteenaloihin. Terveystieteiden kasvatusta perustuu terveystieteelliseen näkökulmaan, joka integroituu useisiin muihin tieteenaloihin. Terveystieteiden kasvatusta perustuu terveystieteelliseen näkökulmaan, joka integroituu useisiin muihin tieteenaloihin. Terveystieteiden kasvatusta perustuu terveystieteelliseen näkökulmaan, joka integroituu useisiin muihin tieteenaloihin. (Kannas 1994).

3. TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden terveystietämystä analysoimalla heidän kirjoitelmiaan käsittekarttamenetelmällä ja sisällönanalyysillä.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Laatia opiskelijoiden kirjoitelmien pohjalta käsittekarttoja terveystietämisestä sekä tulkita niitä.
2. Vertailla lähihoitajatutkinnon suorittaneiden ja ylioppilaiden terveystietämystä.

4. TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

4.1. Tutkimusaineisto

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskohteen luonne vaikuttavat siihen, millaista tietoa tutkimustehtävän ratkaisemiseen tarvitaan ja miten sitä on asianmukaisinta hankkia (Åstedt-Kurki 1992). Tämän tutkimuksen aineistona on käytetty sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluun nuorisoasteen sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutukseen valittujen opiskelijoiden laatimia kirjoitelmia (n=82). Aineistona kirjoitelmat mahdollistavat hyvin terveydelle annettujen merkitysten ja terveystähtösten esilletuomisen (vrt. Krause & Kiikkala 1996).

Aineistonkeruu aloitettiin kesän 1997 aikana lähettämällä tutkimukseen osallistuville kirje, joka sisälsi informaatiota tutkimuksen tarkoituksesta ja merkityksestä sekä seuranta-tutkimuksen luonteesta. Samassa kirjeessä postitettiin kysymykset, joiden perusteella opiskelijat laativat kirjoitelmat (Liite 1). Tutkimukseen osallistuvat opiskelijat palauttivat kirjoitelmansa loppukesällä ja syksyllä 1997.

Opiskelijat olivat iältään 18-31 -vuotiaita ja heidän pohjakoulutuksensa on joko ylioppilastutkinto ja/tai jokin toisen asteen koulutuksessa suoritettu tutkinto. Terveystähtösten vertailussa koulutustaustan perusteella olivat mukana vain ne opiskelijat, joiden kirjoitelmaan oli liitetty tiedot aikaisemmasta koulutuksesta ja iästä. Tästä syystä vertailussa mukana oli ainoastaan 74 opiskelijaa.

4.2. Aineiston analyysin lähtökohtia

Terveystähtösten tutkimiseen voi käyttää sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Tässä tutkimuksessa käytimme laadullisen aineiston analyysiin soveltuvia menetelmiä: käsittekarttatekniikkaa sekä sisällönanalyysia. Yksinkertaista kvantitatiivista analyysia käytimme terveystähtösten vertailussa, jonka avulla tutkimustuloksia voidaan pelkistetysti tuoda esille (ks. esim. Alasuutari 1994).

Tutkimuskohteena ovat opiskelijoiden käsitykset terveydestä, joiden ajattelemme olevan rakentuneita niistä merkityksistä, joita opiskelijat ovat terveydelle antaneet. Käsitekarttamenetelmän avulla terveyteen liitetyistä muista käsitteistä voidaan selvittää merkityksiä ja merkityssuhteita, joita saattaa olla muuten vaikea havaita (vrt. Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997). Lähtökohtana on, että merkityksiä voidaan ilmaista käsitysten avulla ja niistä on mahdollista saada tietoa tutkimalla käsityksiä.

Asialle tai ilmiölle annettu merkitys ilmaisee sen tarkoitusta ja sisällyksellistä arvoa eli sitä, kuinka tärkeänä asian tai ilmiön käsittää (Nykysuomen sanakirja 1978). Ilmiöissä itsessään ei ole merkitystä ilman ihmistä, joka antaa niille merkityksen havaintojensa perusteella (Varto 1992). Merkityksistä muodostuu ihmisen elämismaailma, jolla tarkoitetaan maailmaa sellaisena kuin ihminen sen kokee (Varto 1992, Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1994).

Käsitys on havaintoon, kokemukseen tai ajatteluun perustuva mielikuva tai tieto ilmiöstä (Nykysuomen sanakirja 1978). Ihminen käsittää aina jotenkin maailmaa ja rakentaa sitä käsitystensä mukaisesti. Käsitykset eivät ole ihmisessä synnynnäisesti, vaan ne kehittyvät ajattelun, teorian ja käytännön toiminnan vuorovaikutuksen tuloksena. Käsitykset ovat ainutlaatuisia ja niiden rakentuminen perustuu kunkin ihmisen persoonallisiin tunteisiin, kokemuksiin ja muistiin. (Seedhouse 1986) Käsitykset terveydestä heijastavat niitä arvoja, uskomuksia, tietoja ja toimintoja jotka ovat mukana ns. maallikoiden ja terveydenhuollon ammattilaisten välisessä toiminnassa (Noack 1987).

Terveys ja sairaus voidaan luokitella käytännön käsitteiksi, sillä niitä käytetään kuvaamaan todellisuutta. Käsitteitä voidaan lähestyä erilaisilla analyysitavoilla. Ontologinen analyysi selvittää käsitteen olemusta ja sisältöä. Etymologinen ja semanttinen analyysi taas sen alkuperää ja kehitystä sekä kontekstuaalinen analyysi niitä piirteitä, joita käsite saa kielen ulkopuolisissa yhteyksissä. Käsitteet saavat eri merkitysyhteyksissä erilaisia merkityksiä; ne ovat kontekstisidonnaisia. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997)

4.3. Käsitekartta

Analyysimenetelmänä käyttämämme käsitekartta on havainnollinen ja kaavamainen väline, jolla voidaan esittää tiettyyn käsitteeseen sisältyvien väittämien viitekehys merkityksineen (Novak & Gowin 1996). Käsitteen sanallinen ilmaus on ajattelun perusyksikkö, joiden mukaan käsitekarttoja laaditaan. Kartat ovat kokonaisvaltaisia, spatiaalisia ja hierarkkisesti jäsenneiltyjä kuvauksia käsitteiden välisistä suhteista (Åhlberg 1990a, Deshler 1995, Novak & Gowin 1996).

Käsitekarttatekniikka on laadullinen tiedonhankintamenetelmä, jolla voidaan analysoida kaikkea puhuttua ja kirjoitettua materiaalia. Karttojen laatiminen tuottaa rikasta ja tarkkaa tietoa tekijän ajattelusta, kun puheen tai kirjoituksen rakenne ja keskeiset käsitteet voidaan muokata havainnolliseen muotoon. (Åhlberg 1990a.) Sitä voidaan käyttää paitsi laadulliseen, myös kvantitatiiviseen analyysiin, johon myös tämän tutkimusaineiston runsaus antaa mahdollisuuden.

Käsitekartan käyttö auttaa näkemään, miten tieto ja käsitteet rakentuvat. Näin on mahdollista hahmottaa kartan laatijan henkilökohtaisia tietorakenteita, joiden avulla voidaan arvioida miten hän ajattelee ja ymmärtää asioita. Käsitekartta antaa havainnollisen kokonaiskäsitteiden jonkin ilmiön keskeisistä käsitteistä ja käsitteiden välisistä suhteista. (Åhlberg 1990a, Kuitunen 1993.) Käsitekartta on keino jäsentää ajattelua ja se sopii myös arvoihin, tunteisiin ja uskomuksiin liittyvän ajattelun tutkimiseen (Åhlberg 1990a, Deshler 1995). Terveystieteen edistäminen ja terveyskasvatus pohjautuvat ohjattavan ryhmän tai yksilön näkemykseen terveydestä, jotta se voidaan kokea henkilökohtaisesti (Nupponen ym. 1991).

Novakin ja Gowinin (1996) käsitekarttatekniikan taustalla on Ausubelin oppimisteoria ja konstruktivistinen oppimisnäkemys, mutta tekniikkaa voidaan käyttää minkä tahansa oppimisteorian mukaan (Åhlberg 1990b). Käsitekarttaa voidaan käyttää sekä opetusvälineenä että arviointikeinona, mutta analyysimenetelmänä se on vähemmän tunnettu. Käsitekarttatekniikan kehittäminen Suomessa on lähtenyt alkuun opettajien käyttöön tarvittavien tutkimusmenetelmien kehittämisestä: opetussuunnitelmien tutkimista ja kehittämistä, oppimisen seuraamista ja arviointia sekä opetuksen kehittämistä varten. (Åhlberg 1990a.)

Käsitekarttojen laatiminen lähtee alkuun käsitteiden, nimien ja yhdistävien sanojen ymmärtämisestä ja sen jälkeen avainkäsitelueluettelon laatimisesta ja niiden järjestämisestä hierarkkisesti yleiskäsitteestä alkaen (Kuitunen 1993, Novak & Gowin 1996). Tässä tutkimuksessa yleiskäsitteenä oli lähes yksinomaan terveys, mutta siihen rinnastettiin usein myös hyvinvoinnin käsite.

Käsitekartta muodostetaan ympyröimällä tai sijoittamalla käsitteet laatikoihin, jotka yhdistetään viivoilla ilmaisten näin käsitteiden välinen yhteys. Yhteyden eli linkin suunta voidaan osoittaa nuolella ja sen luonnetta kuvataan sanoilla tai lauseilla, jotka kertovat käsitteiden yhteydestä toisiinsa. (Deshler 1995, Novak & Gowin 1996.)

Tutkijalle tai opiskelijalle käsitekartan laatiminen auttaa saamaan kosketuksen vallitseviin ajattelun rakenteisiin ja siihen pohjaan, johon uutta tietoa ollaan rakentamassa. Se muodostaa näin reflektiivisen ajattelun perustan. Karttoja tulisi tarkastella kokonaisuutena tilapäisinä, joustavina ja koko ajan kehittyvinä sekä senhetkisessä kontekstissa. (Deshler 1995, Novak & Gowin 1996.) Tarkastelussa on myös huomioitava käsitteiden hierarkkinen jäsentyminen sekä niiden oikea alistaminen toisilleen (Deshler 1995).

Käsitekartat voivat johtaa uuden näkemyksen muodostumiseen, jos selvitettävät kysymykset ovat tärkeitä ympäristöön, elämäntapoihin tai eettiseen käyttäytymiseen liittyen tai jos sen avulla halutaan etsiä kognitiivisesti ristiriitaisia tai rajoittavia tekijöitä (Deshler 1995).

Yksinkertainen kvantitatiivinen keino on laskea käsitteeseen tulevat ja siitä lähtevät linkit arvioitaessa käsitteen keskeisyyttä käsitteiden verkostossa (Deshler 1995). Kunkin käsitteen keskeisyys voidaan estimoida laskemalla kuinka monen käsitteen kanssa se on yhteydessä. Mitä useampi linkki sillä on, sitä keskeisempänä sitä voidaan pitää kartan laatijan ajattelurakenteessa. (Ålhberg 1990a.)

4.4. Sisällön analyysi

Tutkimusaineistoa analysoidessamme käytimme käsitekarttatekniikan ohella sisällön analyysiä kerätessämme määrällisesti merkityssisältöjä luokkiin. Sisällön analyysillä pyritään kuva-

maan kirjoitelmien sisältö tutkittavaa aineistoa supistetummassa ja yleisemmässä muodossa sekä järjestämään aineisto johtopäätösten tekoa varten. (Pietilä 1974, Grönfors 1985; Krippendorff 1985, Tesch 1990) Sisällönanalyysin tekeminen helpotti tutkimuksemme johtopäätösten tekoa, koska useiden käsitekarttojen yhtäaikainen käsitteleminen on erittäin hankalaa käytännössä.

Tässä tutkimuksessa poimimme ilmaisuja, joiden merkitysisällön katsoimme liittyvän kirjoittajan terveystieteeseen. Nämä merkitysyksiköt yhdistimme sisältöluokiksi, joiden muodostamisen lähtökohtana oli tutkimustehtävät ja tutkimuksen tarkoitus. Sisältöluokat voidaan rakentaa myös jonkun aikaisemman mallin, käsitejärjestelmän, viitekehyksen tai teorian pohjalta. Tässä tutkimuksessa sisältöluokat ovat kuitenkin rakentuneet tutkittavan aineiston pohjalta niin, että kukin terveystieteistä kuvaava ilmaisu on sopinut johonkin kategoriaan. Sisältöluokista voidaan lopuksi koota luokitusrunko, joka tässä tutkimuksessa muodostuu tutkimustulosten avainkäsitteistä.

4.5. Aineiston analyysi

Aloitimme aineistoon perehtymisen lukemalla kumpikin erikseen aineiston useaan kertaan. Lukemisen jälkeen kustakin kirjoitelmasta nousi esiin sen keskeinen sisältö, jonka merkitsimme korostuskynällä tai teimme luettelon tekstin sivuun. Tutkimustulosten kannalta keskeisten asioiden merkitseminen tässä vaiheessa helpotti huomattavasti seuraavaa vaihetta eli käsitekarttojen laatimista.

Itsenäisen lukemisen jälkeen vertasimme keskeisiksi nostamiamme kirjoitelmissa useimmin esiintyneitä käsitteitä keskenämme ja muodostimme niistä karkean sisältörungon. Tämän jälkeen laadimme käsitekarttoja sekä yhdessä että erikseen, jonka jälkeen tiivistimme niiden avulla aineistosta ilmenevät keskeiset asiasisällöt pienemmiksi luokiksi. Näistä luokista muodostimme luokitusrunгон, joka sisältää aineistosta esiin nousseet terveyttä kuvaavat avainkäsitteet. Avainkäsitteistä ilmenee terveyden eri ulottuvuuksia ja ilmenemismuotoja opiskelijoiden käsitysten mukaan.

Avainkäsitteitä olivat:

- terveys arvona
- terveys hyvinvointina
- terveys voimavarana ja toimintakykynä
- terveys sairauden puuttumisena
- terveys yksilöllisenä tunteena ja kokemuksena
- terveys tasapainoisuutena
- terveyden fyysinen ja psyykkinen ulottuvuus
- terveys ihmisen ominaisuutena

Avainkäsitteisiin sisältyvien käsitysten perusteella yhdistimme niistä neljä pääluokkaa, joihin terveyskäsitteiden jakaantuivat. Lisäksi kirjallisuudesta (Nissinen ym. 1994, Manderbacka 1998) löytyi viitteitä samantapaisesta jaottelusta, joka vahvisti tekemiämme tulkintoja. Nämä neljä pääluokkaa ovat: biolääketieteellinen, kokemuksellinen, funktionaalinen ja positiivinen terveyskäsite.

Aineistoa analysoidessamme pohdimme, eroavatko erilaisen koulutuksen saaneiden opiskelijoiden terveyskäsitteet toisistaan. Tämän ratkaisemiseksi vertailimme lähihoitajakoulutuksen saaneiden ja ylioppilaiden kirjoitelmien pohjalta laadittuja käsittekarttoja sekä sisältöluokkia keskenään. Vertailussa viitekehystenä olivat edellä mainitut neljä terveyskäsitteiden pääluokkaa. Järjestimme kirjoitelmat sisältönsä perusteella eri luokkiin ja erottelimme kirjoitelmat koulutuksen mukaan. Lopuksi kokosimme määrällisen yhteenvedon koulutuksen perusteella sen mukaan, kuinka monta kirjoitelmaa kuhunkin luokkaan kuului.

Käsittekarttojen tarkasteleminen on jatkunut koko tutkimusprosessin ajan, mikä on paitsi lisännyt niiden esteettistä ilmettä, selkeyttä ja johdonmukaisuutta, myös mahdollistanut uusien oivallusten ja käsitteiden välisien suhteiden syntyminen (vrt. Deshler 1995). Tämän koemme syventäneen käsitystämme tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimustulosten yhteyteen olemme koonneet kuhunkin käsitteeseen liittyvät keskeiset sisällöt käsittekarttoihin, jotka auttavat muodostamaan kokonaiskuvan opiskelijoiden terveyskäsitteistä.

5. TUTKIMUSTULOKSET

5.1. Terveyden määrittelemisen vaikeus

Terveyden yksiselitteinen kuvaaminen on tuskin koskaan mahdollista, joten siihen on omakuttu erilaisia lähestymistapoja (Seedhouse 1986, Eriksson 1989). Terveyden määrittelemisen yleisellä tasolla tekee ongelmalliseksi se, että terveyden käsittäminen perustuu yksilöllisiin ja subjektiivisiin kokemuksiin terveydestä. Eri terveyden määritelmässä täydellinen sairaudettoisuus, toimintakyky ja hyvinvointi ovat sidoksissa hyviin, ihannoitaviin ja tavoiteltaviin asioihin elämässä. (Itkonen, Myllykangas, Pirttilä & Tuomainen 1994.)

Terveyden määritelmät johtavat juurensa jo Platonin ja Hippokrateen aikaan. Platon piti terveyttä luonnollisena ja moraalisena ihanteena, jonka saavuttamiseksi ihmisen tuli ponnistella. Lääketieteen isäksi kutsuttu Hippokrates taas määritteli terveyden tasapainotilaksi, jossa ihmisen elimet toimivat harmonisena kokonaisuutena sopeutuneena toisiinsa ja ulkomaailmaan. (Eriksson 1989.)

Tutkimuksessamme opiskelijat kokivat terveyden määrittelemisen vaikeaksi, ja sitä kuvattiin sekä omien kokemusten ja tunteiden perusteella että yleisinä julkilausuttuina määritelminä tai uskomuksina. Henkilökohtaisesti kuvattuna terveys liitettiin usein omaan toimintaan terveytensä edistämiseksi. (kuvio 1) Myös Nurmen (1985) tutkimuksessa haastateltavien oli aluksi vaikea kuvata terveyttä, mutta käsite laajeni kun terveys yhdistettiin siihen liittyvään toimintaan.

Terveyden määrittelemisen monimutkaisuutta kuvastaa se, että samassa kirjoitelmassa terveyttä määriteltiin sekä terveys- että sairauslähtöisesti joskus hyvinkin ristiriitaisesti (vrt. Jylhä 1992). Samassa kirjoitelmassa terveyttä kuvattiin sairauden puuttumisena, mutta myös kokonaisvaltaisena, omiin tuntemuksiin perustuvana hyvinvointina johon voi kuulua myös sairauden tuntemuksia. Tämä saattaa johtua siitä, että terveyttä kuvattiin sekä omasta merkityksenannon näkökulmasta että oletettujen yleisten käsitysten avulla, joiden katsottiin sisältävän

näkemyksen terveydestä sairauden puuttumisena. Kun terveyttä määritellään sairauden kautta, sille ei anneta itsenäistä merkityssisältöä, joka kuvastaa käsitystä negatiivisesta terveydestä eli terveydestä sairauden puuttumisena (Levänen-Krötzl 1987, Åstedt-Kurki 1989). Toisaalta terveyden määrittelemisen aluksi sairauden kautta saattoi ikään kuin johdatella kirjoittajaa itseään selkiyttämään ajatuksiaan ja näin syventää kirjoitelman sisältöä. Määritelmien sisältämät ristiriidat vaikeuttivat jonkin verran käsitekarttojen laatimista, koska käsitteiden hierarkisuus oli epäselvä.

”Ihminen on terve silloin, kun hän tuntee itsensä sekä fyysisesti että psyykkisesti terveeksi. Silloin elämää ei rajoita mikään fyysinen tai psyykkinen sairaus.”

Terveyden määrittelemisen helpottamiseksi opiskelijat käyttivät jonkin verran metaforia eli kielikuvia ilmaistakseen käsityksiään. Metaforien täsmällinen ymmärtäminen ei ollut helposti objektiivisesti tulkittavissa, koska niiden todellisesta merkityksestä ei ollut mahdollista päästä perille ilman asianomaisen omaa tulkintaa siitä. Terveydestä ja etenkin sen suuresta merkityksestä käytettiin vertauskuvia.

”Terveys on elämässä kaiken A ja O.”

”Terveys – elämäni helmi.”

”Terveys tarkoittaa pyhää kolmiyhteyttä.”

Terveys on luonteeltaan moniulotteista, ja jokainen ihminen olemalla oman terveydentunteensa paras asiantuntija (mm. Kalkas 1991) rakentaa terveydestä oman henkilökohtaisen näkemyksensä (Peltonen 1994). Tässä tutkimuksessa korostui erityisesti opiskelijoiden näkemys siitä, että käsitys terveydestä on **yksilöllinen ja subjektiivinen**, jonka kukin ihminen itse määrittelee. Subjektiivinen terveyden määrittely koostuu yksilön fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tunteista (Kemmi 1993) ja kokemuksista, joilla on merkitystä hänen hyvinvoinnin tuntemuksiinsa (Hunt 1988).

”Minun mielestäni terveys on nimenomaan oma kokemus terveydestä. Vaikka minulla olisi diabetes, en haluaisi että minut ‘tuomittaisiin’ kokonaan sairaak-

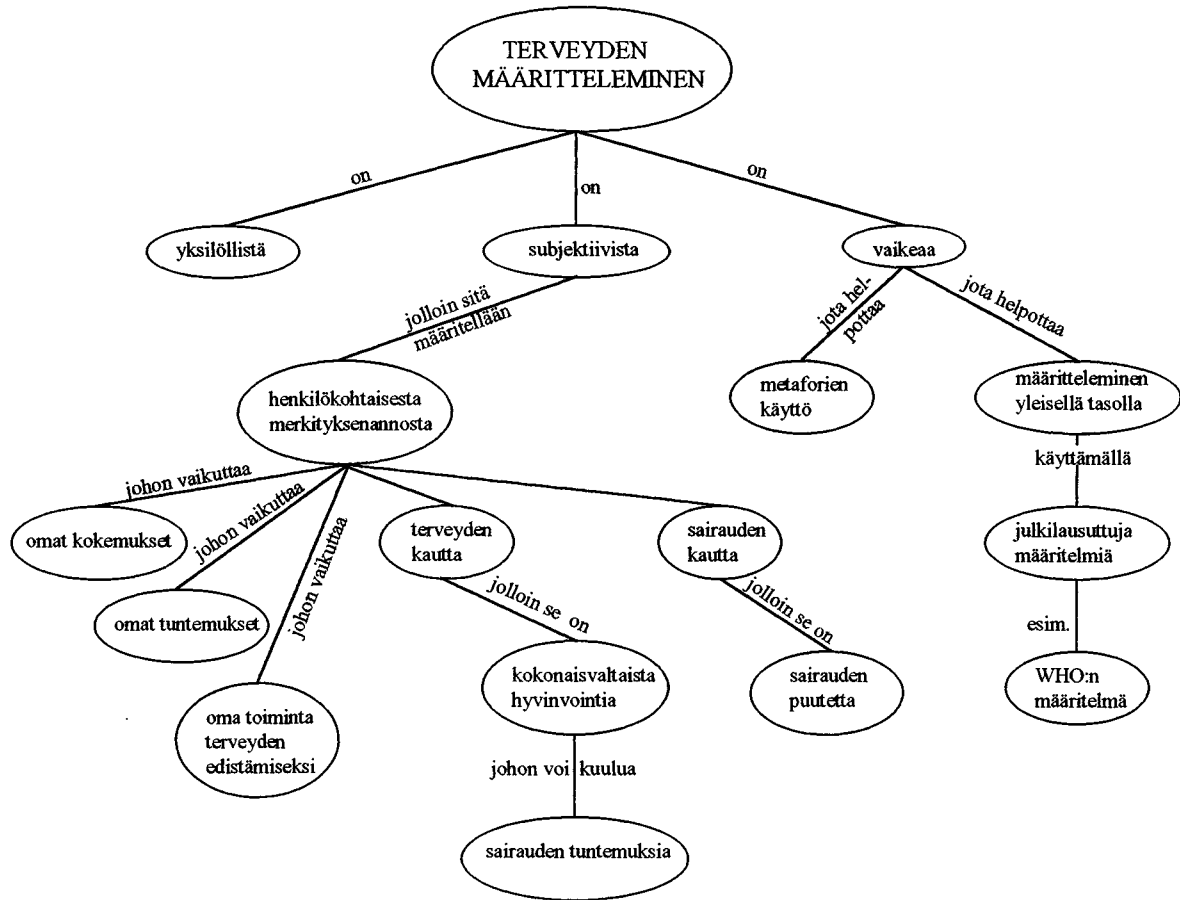
si...Eikä kukaan ulkopuolinen voi luokitella meitä sairaaksi, jos emme itse koe niin.”

Terveyttä ei voidakaan pitää ainoastaan objektiivisesti havaittavana tosiasiana, vaan myös käsitteenä, jonka määrittelyminen perustuu kunkin ihmisen subjektiiviseen ymmärrykseen (Kiger 1995).

Sairaus sen sijaan voidaan opiskelijoiden mukaan määritellä myös objektiivisesti erilaisten lääketieteellisten menetelmien ja mittausten avulla (vrt. Hunt 1988). Terveystieteiden erilaisten lääketieteelliseen teknologiaan perustuvien hoito- ja tutkimusmenetelmien avulla on mahdollista hoitaa ja tunnistaa mitä erilaisempia elimistön häiriötiloja (Elo, Tuomainen & Myllykangas 1989). Kuitenkin samoja menetelmiä saatetaan käyttää myös terveyden arviointiin, jolloin sekin tapahtuu objektiivisesti ja joskus jopa sairauden kautta.

Lisäksi terveyden määrittelyminen professionaalista näkökulmasta perustuu tieteenalan yhteisesti sovittuihin sääntöihin, joiden avulla on luotu kriteerit terveydelle ja sairaudelle. Vastaavia sääntöjä ei kuitenkaan maallikkonäkökulmasta katsottuna tunneta, vaan terveys koetaan ja kokemusten perusteella käsitetään yksilöllisesti. (Jylhä 1985.)

Terveystieteiden arvioinnin perustuessa ainoastaan objektiivisesti suoritettuihin mittauksiin ja tutkimuksiin asiakkaan omat kokemukset ja arviot terveydestään saattavat jäädä toissijaisiksi (Kalkas 1991, Lahelma 1992). Tällaista lähtökohtaa terveyden arviointiin voidaan kutsua teknologiseksi, jonka vastakohtana on pehmeä ja inhimillinen näkemys. Tämä taas korostaa subjektiivisia ja yksilöllisiä kokemuksia terveydenhuollon toimintojen lähtökohtana sekä asiakkaan huomioimista kokonaisuutena mukaan lukien hänen ympäristönsä. (Kalkas 1991.)



Kuvio 1. Terveiden määrittely

5.2. Terveiden arvo

Arvojen antaminen, arvostaminen, ilmaisee myönteistä suhtautumista ilmiöön. Arvot ilmenevät toiminnassa (Turunen 1992) ja niiden avulla perustellaan toiminnan moraalista ja eettisyyttä. Arvojen tai paremminkin arvokkaiden asioiden tunnistamiseen voi pyrkiä tiedustelemalla ihmisiltä heidän mielipidettään sekä tarkkailemalla heidän käyttäytymistään; vain jompaa kumpaa menetelmää käyttämällä arvojen tunnistaminen ei ole mahdollista. Kysymyksillä voidaan saada selville ainoastaan ihmisten kuvittelemia ihanteita ja tyhjiä arvostuksia, eikä näkyvästä käyttäytymisestäkään yksistään voida erottaa sen taustalla vaikuttavia arvoja. (Häyry & Häyry 1997.) Tässä tutkimuksessa arvot käyttäytymistä ohjaavina tekijöinä ilmenivät opiskelijoiden henkilökohtaisina tapoina edistää omaa terveyttään sekä kriittisenä suhtautumisena muiden terveyttä vaarantavaan terveystietämiseen.

Terveys on yksi keskeinen arvo suomalaisten elämässä (Suhonen 1988, Åstedt-Kurki 1989, Mäenpää 1991, Neittaanmäki 1995, Tuominen & Tuominen 1996). Vaikka terveyden merkitystä ei aina tiedosteta, pidetään sitä kuitenkin tavoiteltavana asiana sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta (Niiniluoto 1987, Heikkinen 1988). Tämä on vaikuttanut myös siihen, että terveyden määrittämisen tarve on kasvanut (Itkonen ym. 1994).

Myös tässä tutkimuksessa terveyden huomattava merkitys korostui ja suurin osa opiskelijoista ilmaisi sen olevan tärkein asia elämässään. Terveiden ajateltiin olevan **elämän perustana**, jonka varaan voi rakentaa sellaisen elämän kuin itse haluaa. Sitä kuvattiin myös elinehtona, elämän peruskivijalkana, tukipylväänä ja elämän perusedellytyksenä. (kuvio 2)

Terveyden arvostaminen liittyi jokaiseen terveystähtäykseen kuvaavaan luokkaan, vaikka sitä ei erikseen olekaan merkitty luokkia kuvaaviin käsitekarttoihin.

Erik Ahlmanin vuonna 1939 muodostamassa arvoluokituksessa terveys kuuluu vitaalisten arvojen luokkaan eli sillä on merkitystä hengissä pysymisen ja yleensä elämän kannalta (Ahlman 1976). Arvot voidaan luokitella myös sen mukaan, ovatko ne **itseisarvoja** joita tavoitellaan niiden itsensä vuoksi vai ovatko ne **välinearvoja**, joiden avulla voidaan saavuttaa muita elämässä arvostettuja asioita. Tällainen arvojen kerrostuneisuus vaikeuttaa myös osaltaan arvojen tunnistamista, sillä asialla tai ilmiöllä voi olla sekä itseis- että välinearvoa. (Häyry & Häyry 1997.) Terveys voidaan nähdä yhtenä tällaisena arvona (mm. Raatikainen 1986, Suhonen 1988, Åstedt-Kurki 1989, Blaxter 1990, Häggman-Laitila 1992; Smith & Wallston 1992).

Tutkimuksessamme useat opiskelijat ilmaistessaan arvostavansa terveyttä, tiedostivat myös sen luonteen sekä **itseis- että välinearvona**. Välinearvona terveys mahdollistaa oman itsensä, mielitekojensa ja velvollisuuksiensa toteuttamisen.

”Terveys on elinvoimaa ja toimintakykyä mahdollisuuksien mukaan. Toteuttaa itseään ja haaveitaan, elää täysipainoista, kokonaisvaltaista ja mielekästä elämää joka päivä.”

”Terveys tekee elämäni mahdolliseksi elää. Terveys on tulevaisuuden toivo – terveys antaa voimia elämään.”

5.2.1. Terveiden itsestänselvyys

Tutkimuksessamme opiskelijat ilmaisivat pitävänsä terveyttä usein **itsestänselvytenä**, jonka todellisen merkityksen he ajattelivat ymmärtävänsä vasta menettäessään terveyden. Kuitenkin he tiedostivat myös sen, ettei terveyttä tulisi pitää itsestänselvytenä.

”Terveys, fyysinen ja psyykinen hyvinvointi – yksi elämän peruspilareista, jonka tärkeyttä ei osaa arvostaa ennen kuin sen menettää hetkellisesti tai pitemmäksi aikaa.”

”Terveys on terveelle ihmiselle asia, jota harvoin ajattelee eli siitä on tullut itsestänselvyys.”

”Terveys on mielestäni yksi tärkeimmistä itseisarvoista, johon meillä kaikilla tulisi olla yhtä suuri oikeus. Aina terveys ei kuitenkaan ole itsestänselvyys. Toisaalta terveys ei saisikaan olla itsestänselvyys. Vaikka se on itsestään selvä arvo, sitä tulisi hoitaa ja edistää.”

Terveenä ollessaan ihminen ei välttämättä tiedosta terveyttä erillisenä kokemuksena, vaan se liittyy itsestänselvytenä elämään (Åstedt-Kurki 1989). Ihmisen sairastuessa terveyden merkitys vahvistuu ja sen sisältö muuttuu positiivisemmaksi (Levänen-Krötzl 1987). Näin voisi ajatella terveyden ja sairauden merkityksen olevan keskenään **syy-seuraus- suhteessa**.

Paitsi oman, myös läheisten terveyden menettämistä pidetään tapahtumana, jonka tiedetään lisäävän terveyden arvostusta (vrt. Pelkonen 1989, Blaxter 1990, Häggman-Laitila 1992). Joillakin opiskelijoilla olikin omakohtaisia kokemuksia siitä, kuinka pelottavaa terveyden menettämisen uhka on. Tätä peilattiin enemmänkin läheisten ihmisten kuin oman sairastumisen kautta. Tämä saattaa johtua siitä, että opiskelijat ovat iältään melko nuoria, eivätkä välttämättä ole kohdanneet sairautta omakohtaisesti.

”Terveys, jota niin monesti korostetaan ja jonka perään huudetaan. Entä kun sen menettää, joko fyysisesti tai henkisesti, onko kaikki sitten ohi, turhaa? Ei – alkaa ‘uusi elämä’, uusin ‘arvoin’ varustettuna. Enää ei tarvitse olla nopein, tehokkain, näkyvin – riittää, että pärjää päivän kerrallaan ja itsellä on mahdollisimman hyvä olo...”

Voisi ajatella, että jos ihmiset ovat tietoisia terveyden merkityksen kasvamisesta sen menettämisen yhteydessä, heidän terveyskäyttäytymisensä olisi mahdollisimman suotuisaa terveydelle. Näin ei kuitenkaan välttämättä ole, vaan terveyden arvostamista voi tapahtua enemmänkin ajatusten kuin toiminnan tasolla (Karisto 1984, Åstedt-Kurki 1989, Prättälä & Berg 1992; Vertio 1992). Tähän saattaa osaltaan vaikuttaa se, että yhteiskunnassamme on totuttu pitämään terveyttä arvostettuna asiana (Åstedt-Kurki 1989), johon ihmiset ovat sosiaalistuneet. Jokaisessa kulttuurissa ja yhteisössä vallitsee sille ominaisia yleisiä arvostuksia, jotka vaikuttavat kunkin yksilön oman arvomaailman muodostumiseen (Turunen 1992).

Kariston (1984, 1989) mukaan terveyskäyttäytymisen ja terveyden arvostamisen välistä ristiriitaa voidaan selittää mm. sillä, että valitsemisen hetkellä muut inhimilliset halut ja tarpeet voivat olla määräävämpiä verrattuina terveystietäkööksiin. Toisaalta arkielämän valinnoissa huomioidaan usein vain tämä hetki ja toiminnasta koettu välitön hyöty, eikä pohdita mitä tämänhetkinen valinta mahdollisesti vaikuttaa terveyteen tulevaisuudessa. Ihmiset eivät myöskään ole vapaita käyttäytymisvalinnoissaan; joskus he ovat pakotettuja tekemään valintansa myös terveydelle haitallisella tavalla, esimerkiksi tekemällä työtä huonoissa työolosuhteissa. (Karisto 1984, 1989) Lisäksi terveydelle haitallisella terveystietäytymisellä voi olla myös välittömästi koettuja positiivisia vaikutuksia terveyteen, kuten tupakoinnin ja alkoholin käytön rentouttava vaikutus.

Tässä tutkimuksessa opiskelijat kuvasivat omaa terveystietäytymistään ja toimintaansa oman ja ympäristönsä terveyden edistämiseksi hyvin suotuisaksi. Vaikka terveyttä pidettiin itsestäänselvyytenä, sen säilyttämiseksi ja edistämiseksi kuitenkin nähtiin vaivaa noudattamalla terveellisinä pidettyjä elintapoja, kuten tupakoimattomuutta, terveellistä ruokavaliota ja säännöllistä liikuntaa. Joissain vastauksissa saatettiin jopa ilmaista vihamielisiä ja tuomitsevia

käsityksiä niitä ihmisiä kohtaan, ”jotka tietoisesti tuhoavat omaa terveyttään ja tulevaisuuden toimintamahdollisuuksiaan esimerkiksi tupakoimalla”. Terveyden arvostamisen ja sen edistämisen suhdetta kuvattiin mm. näin:

”Miten tärkeänä terveyttä pitää ja mitä se merkitsee yksilölle kuvastuu siinä, kuinka haluaa edistää omaa terveyttään.”

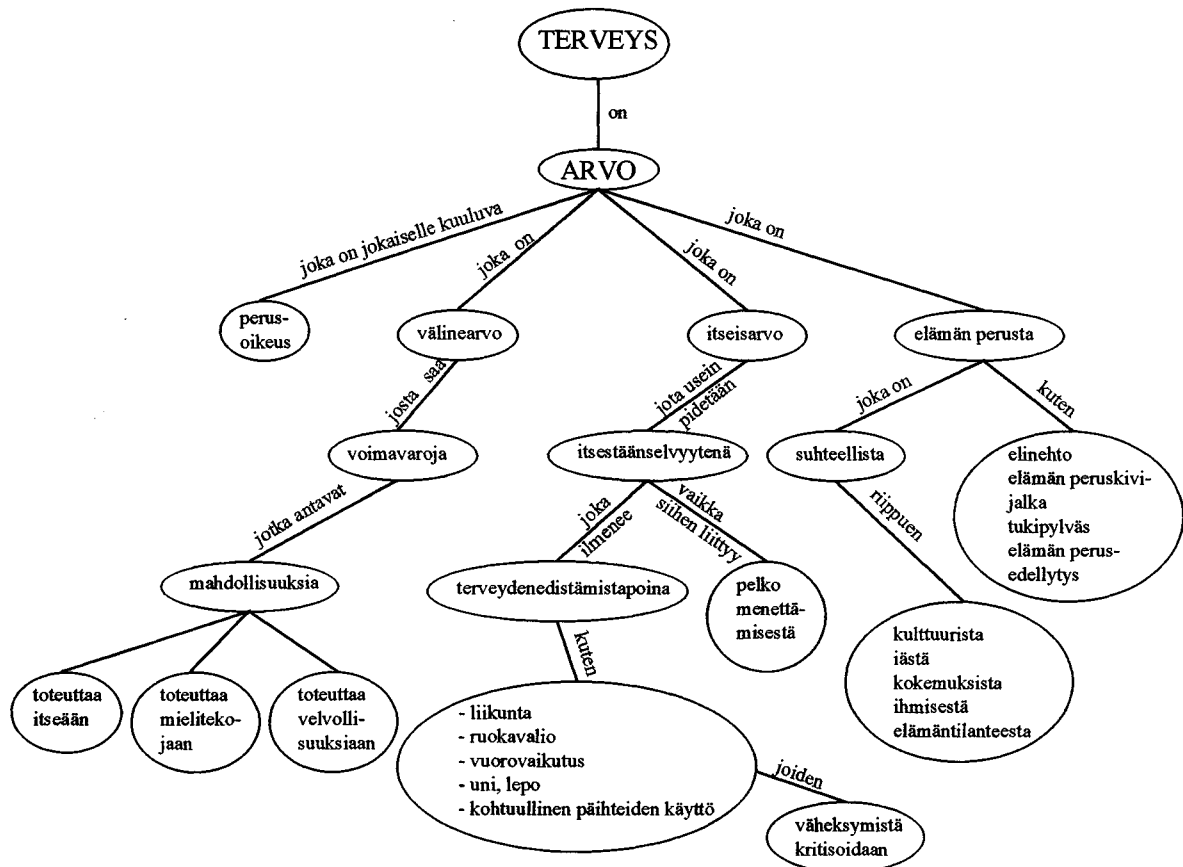
5.2.2. Terveyden suhteellisuus

Terveyttä voidaan pitää **suhteellisena** (Hunt 1988, Perälä 1998) ja **kontekstisidonnaisena käsitteenä** (Niiniluoto 1987, Noack 1991). Myös tässä tutkimuksessa kävi ilmi, että käsitykset terveydestä voivat vaihdella iän, kokemusten ja kulloisenkin elämäntilanteen mukaan (vrt. Santala 1993, Kiger 1995) sekä ihmisten välillä että samalla ihmisellä. Myös terveyden arvo voi muuttua tai se voi saada täysin uudenlaisen merkityksen. Terveyden suhteellisuudella käsitettiin myös sitä, että erilaisissa tilanteissa, yhteisöissä ja kulttuureissa terveydelle annetaan erilaisia merkityksiä, mutta myös sitä, että eri ihmisille terveys merkitsee eri asioita. Joku voi kokea päänsäryn heikentävän huomattavasti terveyttään ja elämänlaatuaan, kun taas jollekin toiselle sillä ei ole juurikaan merkitystä.

”Terveyden kokeminen onkin yksilöllistä: hyvinkin sairas voi kokea itsensä terveeksi ja toisin päin. Käsite terveys saa siis mielestäni eri vivahteita ja merkityksiä eri tilanteissa ja tapahtumissa.”

Kemm (1993) vertaa neutraalia, positiivisen ja negatiivisen terveyden väliin sijoittuvaa terveyttä **normaaliuteen**, jonka merkitys on kulttuurisidonnaista; toisessa kulttuurissa sairaute-na pidettyä tilaa saatetaan pitää toisaalla normaalina (vrt. Karisto 1984). Myös tässä tutkimuksessa viitattiin normaaliuteen ja elimistön normaalitilaan terveyden tunnusmerkkeinä. Luokittelun normaaliin ja ei-normaaliin katsottiin olevan yhteiskunnassamme vallitsevan kulttuurin sanelemaa. Sen lisäksi, että sairaus vaatii yhteisöllistä tunnistamista (Karisto 1984, Myllykangas, Elo & Tuomainen 1987), ovat myös terveys ja sen hallintakeinot yhteisöllisesti määritettyjä (Neittaanmäki 1995).

”Vastaan tuleva, itsekseen naureskeleva ihminen nopeasti leimataan sairaaksi meidän yhteiskunnassamme, sillä tapoihimme, normeihimme ei kuulu naureskella yksinään, vaikka meillä olisikin siihen hyvä syy. Nämä kaikki pienet teot ja sanat, joita me nimitämme normaaliksi käyttäytymiseksi opetetaan huomattomasti meille jo lapsina”



Kuvio 2. Terveiden arvo ja merkitys opiskelijoiden käsitysten mukaan

5.3. Biolääketieteellinen terveyskäsitys

Tässä tutkimuksessa biolääketieteellisen terveyskäsitteen luokkaan katsottiin kuuluvan ilmaisut, joissa terveyttä ja sairautta pidettiin toistensa vastakohtina, eikä niiden katsottu esiintyvän yhtäaikaan. Myös ilmaisut, joissa korostettiin ihmistä pelkästään fyysisenä olentona

tai niin, että fyysinen ja psyykinen ulottuvuus toimivat toisistaan erillään, luokiteltiin biolääketieteellisiksi käsityksiksi (kuvio 3). Biolääketieteellisen terveystieteellisen luokkaan kuuluvia käsityksiä opiskelijat ilmaisivat tässä tutkimuksessa vähiten (14.6%).

”Olenko minä terve? Miten sen voi määritellä? Mielestäni olen terve, koska minulla ei ole mitään vakavaa kroonista sairautta, minulla on kaikki elimet ja jäsenet ja tunnen oloni yleisesti ottaen hyväksi.”

Lääketieteen historian varhaisimmilla ajoilla terveyttä pidettiin kokonaisuuden ja eheyden tilana; jo Hippokrates tarkasteli terveyttä kokonaisvaltaisesta näkökulmasta painottaen erityisesti yksilön ja ympäristön välistä tasapainoa (Noack 1987, Brannon & Feist 1992). Viime vuosisadalla lääketieteessä tapahtuneet suuret läpimurrot edistivät kuitenkin sairauslähtöisen terveystieteellisen kehittymistä (Kantola ym. 1992).

Käsityksen taustalla vaikuttaa biolääketieteellinen malli, jonka perustana olevana ihmiskäsityksenä katsotaan olevan Descartes’in kartesiolainen dualismi. Tässä ajattelutavassa ihmisen ruumiin ja mielen ajatellaan toimivan toisistaan erillään ja ihmistä lähestytään tästä näkökulmasta myös terveydenhuollossa. (Noack 1987, Brannon & Feist 1992, Joutsivuo & Mikkeli 1995.) Ihmisen psykologiset, sosiaaliset ja hänen ympäristöönsä liittyvät tekijät jäävät vaille huomiota (Järvikoski 1993, Nissinen ym. 1994). Sairaus käsitetään joksikin ihmisen ulkopuolelta tulevaksi tekijäksi, joka aiheuttaa ihmiselle häiriötiloja. (Brannon & Feist 1992, Joutsivuo & Mikkeli 1995). Biolääketieteellisen käsityksen mukaan myös terveys määritellään sairauden kautta ymmärtäen sen olevan taudittomuutta — sairauden puuttumista (esim. Kantola ym. 1992). Herzlich (1973) nimesi tämän näkökulman omaavat käsitykset terveydestä ”terveystyhjiöksi” (health-in-a-vacuum).

Biolääketieteellisen mallin mukainen terveyden määritelmä ei välttämättä edes määrittele terveyttä, vaan ainoastaan sen mikä ei ole sairautta. Keskittymällä siihen, mikä ei ole terveyttä, rajoitetaan myös terveyden määrittelyä ja sen edistämiseen liittyvää tutkimusta. Myös terveyden edistämisen keinojen valikoima on varsin suppea, jos pyritään ainoastaan sairauksien parantamiseen ja niiden aiheuttamien oireiden lievittämiseen. (Itkonen ym. 1994.)

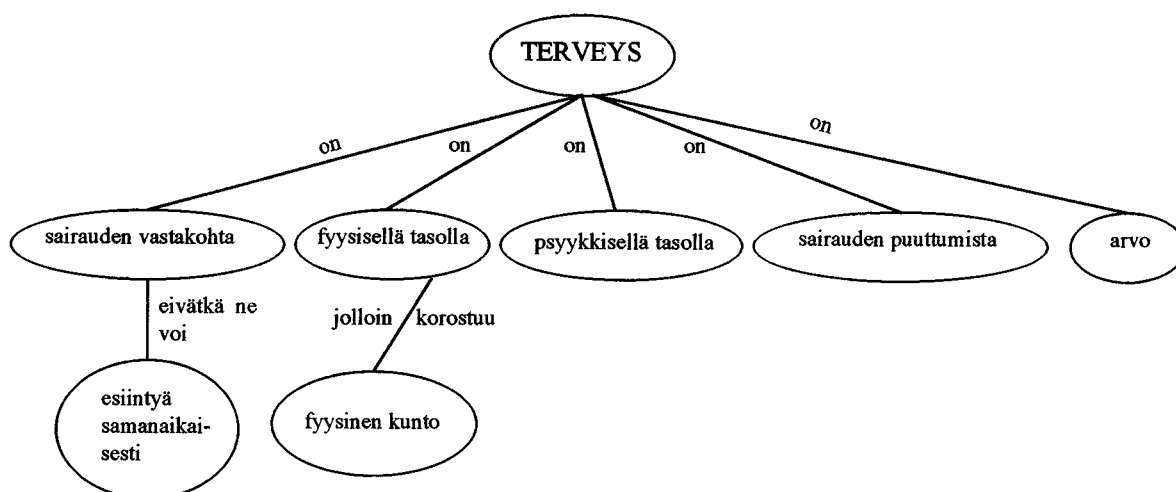
Vaikka biolääketieteellisellä käsityksellä on ollut merkittävä vaikutus lääketieteen ja terveydenhuollon kehittymiselle, on sitä kohtaan esitetty myös kritiikkiä, jonka mukaan se ei lähestymistapana huomioi terveyttä ja sairautta riittävän moniulotteisina ja kokonaisvaltaisina ilmiöinä (mm. Hentinen & Lauri 1983).

Biolääketieteellistä terveyden määritelmää on kehitetty siirtymällä terveysjatkumoajatteluun, jossa jatkumon toisessa päässä nähdään olevan täydellinen terveys ja toisessa sairaus (esim. Kiger 1995) tai jopa kuolema (esim. Hentinen & Lauri 1983). Tarkasteltaessa terveyttä ja sairautta jatkumon eri päissä voisi olettaa, että terveyttä ja sairautta ei voisi olla yhtä aikaa. Jatkumoajattelussa terveyden ja sairauden välinen ero on kuitenkin asteittainen, eikä jyrkän dikotominen niin kuin biolääketieteellisessä käsityksessä (Myllykangas ym. 1987).

Tässä tutkimuksessa vain harvat opiskelijat kuvasivat terveyttä ja sairautta toistensa vastakohtina, vaan ihmisten omat tuntemukset voinnistaan korostuivat terveyden määrittäjinä. Näin ollen terveyttä ja sairautta ajateltiin voivan olla myös yhtäaikaan. Terveys sairauden puuttumisena tuotiin kuitenkin esiin yhtenä terveyttä kuvaavana käsityksenä korostaen sitä, ettei se ole missään tapauksessa ainoa tapa määrittää terveyttä. Terveiden ja sairauden välistä rajaa kuvattiin häilyväksi ja vaikeasti määriteltäväksi.

”On vaikeaa määritellä, missä kulkee terveyden ja sairauden raja. Sitä paitsi jos täydelliseen terveyteen ajatellaan sisältyvän sekä psyykinen, fyysinen että sosiaalinen hyvinvointi, taidamme kaikki olla pikkuisen kipeitä! Minun mielestäni terveys lähtee ihmisen omasta ajattelutavasta.”

Vaikka terveyden ja sairauden ajateltaisiin sijaitsevan jatkumon eri päissä, ei sairauksien ehkäisemistä ja terveyden edistämistä voida pitää toisilleen vastakkaisina toimintoina (Kiger 1995). Paremminkin ne tulisi nähdä toisiaan täydentävinä ihmisen elämänlaadun parantamiseen ja oman elämänsä sekä terveytensä hallintaan tähtäävinä keinoina. Hoitotieteessä terveyttä ja sairautta ei katsota voivan sijoittaa jatkumolle, vaan ajatellaan niiden esiintyvän samanaikaisesti (Krause & Salo 1993). Tähän käsitykseen yhtyivät myös useimmat tämän tutkimuksen opiskelijat.



Kuvio 3. Biolääketieteellinen terveyskäsitely

5.4. Kokemuksellinen terveyskäsitely

Kokemukselliseen terveyskäsitelyyn tässä tutkimuksessa katsottiin kuuluvan ilmaisut, joissa opiskelijat painottivat sitä, että terveyttä määriteltäessä ensisijaisen tärkeää on huomioida ihmisen **omat kokemukset ja tunteet terveydestään** (kuvio 4). Opiskelijoiden käsityksistä 15.9% katsottiin kuuluvan kokemuksellisen terveyskäsitelyn luokkaan. Erityisesti kirjoitelmissa kuvattiin sitä, että lääketieteellisesti sairaaksi todettu henkilö voi kuitenkin itse luokitella itsensä terveeksi, koska tuntee niin (vrt. Levänen-Krötzl 1987, Downie ym. 1990, Häggman-Laitila 1992; Åstedt-Kurki 1992, Naidoo & Wills 1994; Nupponen 1994). Ihminen voi kokea myös olevansa psyykkisesti ja sosiaalisesti terve, vaikka samanaikaisesti fyysinen terveys olisi vähentynyt (Blaxter 1990, Kemm 1993), joka kävi ilmi myös tästä tutkimuksesta.

Terveyden kokemisen taustalla on ihmisen henkilökohtainen tulkinta omasta voinnistaan suhteutettuna arkipäivän ympäristöön ja toimintoihin (Vertio 1992; Åstedt-Kurki 1992). Kokemukset vaikuttavat terveyskäsitelyn syntyyn ja motivoivat terveyskäyttäytymistä joko terveyttä vaarantavasti tai sitä vahvistavasti (Pender 1987). Perälä (1998) katsoo terveyden käsittävän sekä objektiivisesti havaitut seikat että subjektiiviset tunteet ja kokemukset kuten

fyysisen kunnon, hyvinvoinnin tunteet, sairauden puutteen, oman elämäntilanteensa hyväksymisen, vankan otteen elämästään sekä vuorovaikutuksen ympäristön kanssa.

Terve keho ja mieli eivät vaadi ihmiseltä erityistä huomiota, (Karisto 1984, Hunt 1988), eivätkä anna välttämättä varsinaisia terveyden ”merkkejä”. Tämä saattaa olla yksi tekijä, joka vaikuttaa siihen, että terveyttä pidetään itsestäänselvyytenä. Terveyden voidaan ajatella olevan neutraali tila, jolla ei ole kokemuksellista tulkintaa, kun sairaus oireineen taas on paremmin koettavissa (Levänen-Krötzl 1987). Terveyden kokemiseen voi siis liittyä positiivisia piirteitä, kuten hyvä olo ja vaivattomuus (Åstedt-Kurki 1992), mutta myös negatiivisia piirteitä, kuten erilaiset hankaluudet ja sairauden oireet (Rimpelä 1988, Åstedt-Kurki 1992, Poskiparta 1997).

Tässä tutkimuksessa kokemukset terveydestä tuottavat tunteita ja tuntemuksia **kokonaisvaltaisesta terveydestä ja tasapainoisuudesta** (vrt. Herzlich 1973, Pelkonen 1989; Åstedt-Kurki 1989, Mäenpää 1991, Patosuo 1995), jotka vaikuttivat **hyvän olon** kokemiseen (vrt. Åstedt-Kurki 1992). Nämä kannustavat opiskelijoita myös oman terveytensä edistämiseen. Tuntemukset ovat koettavissa enemmän fyysisellä tasolla, tunteet taas emotionaalisesti psyykkisellä tasolla. Kokonaisvaltainen terveys liittyy yksinkertaisesti sen tiedostamiseen, että on terve ja toimintakykyinen sekä fyysisesti, psyykkisesti että sosiaalisesti. Tämä mahdollistaa elämästä, olemisestaan ja tekemisestään nauttimisen.

Herzlichin (1973) tutkimuksessa terveyttä tasapainoisuutena kuvattiin sekä fyysisinä ominaisuuksina, kuten hyvinvointina, fyysisten resurssien paljoutena ja väsymyksen puutteena, että psyykkisinä ominaisuuksina, joita oli mm. psyykinen hyvinvointi ja tasainen mieliala. Lisäksi tasapainoisuuteen liitettiin hyvät ihmissuhteet, liikkumisen vapaus ja tehokas toiminta. (Herzlich 1973.) Myös tässä tutkimuksessa tasapainoisuutta kuvattiin osittain samoilla ominaisuuksilla.

Tasapainoisuudella tarkoitettiin tässä tutkimuksessa useimmiten tasapainoa **oman mielen ja kehon välillä**, mutta myös erityisesti tuntemusta **psyykkisestä tasapainoisuudesta**. Usein tasapainoisuutta kuvattiin tutulla sananlaskulla ”terve sielu terveessä ruumiissa”. Myös **ym-**

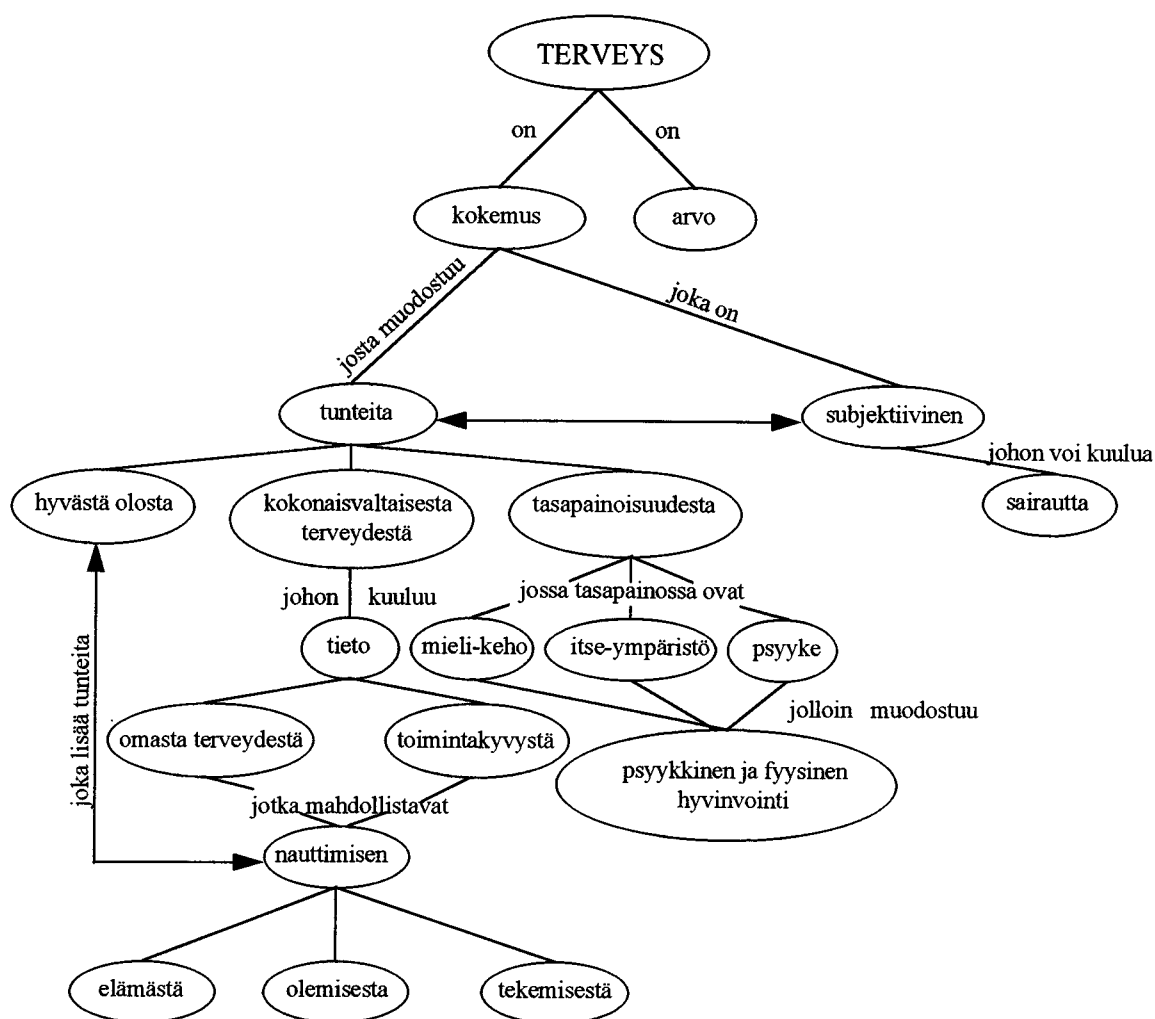
päristön vaatimusten vastaavuus omien voimavarojen kanssa tuotti tasapainaisuuden tunnetta (vrt. Noack 1987).

”Minulle terveys merkitsee sitä, että tekijät (psyko-fyysis-sosiaaliset) olisivat kohdallaan, milloin voi tuntea itsensä tasapainoiseksi, elämänhaluiseksi ja ennen kaikkea terveeksi.”

”Mielestäni henkinen tasapaino onkin paljon suurempi tekijä terveydestä puhuttaessa: kun elämän perusarvot ja tietoisuus omasta itsestä ovat kunnossa, terveys on hyvällä pohjalla.”

”Mielestäni terveys muodostuu fyysisestä ja psyykkisestä hyvinvoinnista. Terve ihminen on tasapainossa itsensä ja ympäristönsä kanssa ja pystyy vastaamaan ympäristön hänelle asettamiin haasteisiin - sekä henkistä laatua oleviin että ruumiillisiin.”

Noackin (1987) mukaan terveystasapainon kokeminen voi perustua siihen, että ihmisen fyysiset ja psykososiaaliset tarpeet on tyydytetty, eikä hänellä ole sairauksia, niiden oireita tai vammoja. Positiivisemmin katsottuna tasapainoa voi kuvata fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina, jonka määrittäminen riippuu ihmisen sosiokulttuurisesta taustasta sekä terveyteen liittyvistä kokemuksista. Tasapainon saavuttaminen riippuu yksilön kyvystä olla ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa niin, että hän kokee sen mielekkääksi ja onnistuneeksi (Noack 1987.)



Kuvio 4. Kokemuksellinen terveystäily

5.5. Funktionaalinen terveystäily

Funktionaaliseen terveystäilykseen katsottiin kuuluvan käsitteet terveydestä voimavarana ja hyvinvointina sekä niihin läheisesti liittyvänä hyvänä olona. Kaikilla näillä käsitteillä oli yhtymäkohtia toimintakykyyn, joka muodostaa olennaisen osan funktionaalista terveystäilyksestä. Hyvinvoinnin ja hyvän olon katsottiin mahdollistavan kaikenlaisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toiminnan, joka taas vastavuoroisesti lisää hyvinvointia ja hyvää oloa. Terveys voimavarana vaikuttaa toimintakykyyn, jonka avulla kykenee selviytymään

jokapäiväisestä elämästä. Opiskelijoiden terveystieteistä 26.8% luokiteltiin funktionaaliseksi.

5.5.1. Hyvinvointi ja hyvä olo terveyden määrittäjinä

Tässä tutkimuksessa opiskelijat useimmin kuvasivat terveyttä hyvinvointina ja hyvän olon tunteina (vrt. Pelkonen 1989; Åstedt-Kurki 1989, 1992). Aineistosta ei noussut esiin yksiselitteistä hierarkkista suhdetta hyvinvoinnin ja hyvän olon välille, vaan kumpaakin käytettiin yläkäsitteenä kuvattaessa terveyttä. Hyvinvointi perustui fyysisten ja psyykkisten **perustarpeiden tyydyttämiseen**, joka vaikutti **tunteisiin ja kokemuksiin** terveydestä. Hyvinvointi onkin määritelty tilaksi tai prosessiksi, jossa ihmisen inhimilliset tarpeet ovat tyydytetyt (Kariisto 1984). Hyvä olo terveyden määrittäjänä liittyy myös kokemukselliseen terveystieteeseen, mutta tässä yhteydessä se on katsottu kuuluvaksi funktionaalisen terveystieteen luokkaan, koska tarpeiden tyydyttämisestä seuraavan hyvinvoinnin katsottiin tuottavan hyvää oloa.

”Lyhyesti sanoen terveeksi ihmiseksi voisikin kuvailla henkilöä, jonka fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet ovat tyydytetyt.”

Terveyteen osana hyvinvointia ei katsottu sisältyvän vakavia sairauksia. Muita hyvinvoinnin osatekijöitä olivat **kyky työskennellä, perhe** ja muut **tärkeät ihmissuhteet, asunto** sekä **tunne turvallisesta elämästä**. Yhdessä kirjoitelmassa tuli esiin myös **taloudellisten resurssien** osuus yhtenä hyvinvoinnin osatekijänä.

Opiskelijat korostivat subjektiivisen terveyden määrittelyn merkitystä myös siinä suhteessa, että **hyvän olon kokemista** kuvattiin **tärkeimmäksi terveyden mittariksi**. Hyvää oloa voidaan kuvata tunteella ja tietoisuudella siitä, että oma elimistö toimii harmonisesti ja että sen toimintaa voi hallita (Dickman 1988). Pelkosen (1990) mukaan hyvää oloa on helpompi kuvata kuin terveyttä sellaisenaan.

Hyvää oloa Eriksson (1989) on kuvannut subjektiivisen terveyden tunnusmerkiksi: vain ihmisen omalla kokemuksella on merkitystä hyvän olon arvioimisessa (vrt. Pelkonen 1990).

Greenberg (1992) määrittelee hyvän olon sosiaalisen, mentaalisen, emotionaalisen, henkisen ja fyysisen terveyden eheydeksi millä tahansa terveyden tai sairauden tasolla. Ihmisellä voi siis olla hyvä olo riippumatta siitä onko hän sairas vai terve. (Greenberg 1992.) Keskeisiä henkilökohtaisia hyvää oloa kuvaavia aineistosta nousseita tunteita olivat **onnellisuus ja tyytyväisyys**.

5.5.2. Terveys voimavarana

Tässä tutkimuksessa terveys voimavarana nähtiin kahdessa eri merkityksessä. Terveyttä pidettiin **itsessään voimavarana**, jonka avulla voi selviytyä jokapäiväisestä elämästä (vrt. Karisto 1984), henkisestä ja fyysisestä rasituksesta sekä sosiaalisista paineista. Lisäksi terveys oli **edellytys muiden voimavarojen käytölle**, joka mahdollisti onnellisen, vapaan ja tasapainoisen elämän nyt ja tulevaisuudessa (kuvio 5).

Terveys voidaan liittää ihmisen omiin hyvinvointipyrkimyksiin, jolloin sen ajatelleen olevan resurssi, jonka avulla hyvinvointia voidaan tavoitella (Karisto 1984). Terveys voimavarana voidaan yhdistää **funktionaaliseen terveyskäsitykseen**, jossa korostuu ihmisen kyky toimia sopusoinnussa ympäristönsä kanssa sekä yksilöllisestä että yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Yksilöllisestä näkökulmasta katsottuna terveys voimavarana liittyy **toimintakykyyn**, joka mahdollistaa tarpeiden tyydytyksen. (Nissinen ym. 1994.) Yhteiskunnallinen näkökulma taas liittyy yksilön työ- ja toimintakykyyn ja sitä kautta tuottavuuteen osana koko yhteiskunnan hyvinvointia (Karisto 1984, Nissinen ym. 1994). Esimerkiksi Viitasen (1993) tutkimuksesta kävi ilmi, että miehet käsittivät terveyden perustuvan hyvälle työkyntöisyydelle.

”Mielestäni terveys ei ole tila, joka säilyy vakiona, vaan se on voimavara joka kuluu ja uusiutuu.”

Noack (1987) näkee myös terveyteen liittyvissä voimavaroissa kaksi eri merkitystä. Terveyspotentiaali (health potential) sisältää hänen mukaansa ihmisen kykyjä, taitoja ja mahdollisuuksia käyttää fyysisiä, henkisiä ja psykososiaalisia terveysresurssejaan (health resources) ylläpitääkseen tasapainoisuuttaan. Terveysresursseja ovat mm. hyvät sosiaaliset suhteet, positiivi-

nen minäkäsitys, riittävät terveyteen liittyvät tiedot ja taidot sekä hyvä fyysinen kunto. (Noack 1987, 1988, 1991.)

Terveyden voimavaraluonteen opiskelijat yhdistivät **toimintakykyyn sekä jokapäiväisestä elämästä selviämiseen** (vrt. Mäenpää 1991). Fyysinen toimintakyky liitettiin mm. kykyyn liikkua, osallistua, tehdä työtä ja toteuttaa itseään (vrt. Herzlich 1973). Psykkistä toimintakykyä kuvattiin **selviytymisellä** arjen tehtävistä, etenkin niin että niistä selviytyy itsenäisesti. Terveenä voi selviytyä paitsi arkipäivään liittyvästä fyysisestä rasituksesta, myös psyykkisistä stressitekijöistä ja sosiaalisista paineista. Terveyden käsittäminen voimavaraksi liittyy myös sen välinearvoiseen luonteeseen. Terveyden koettiin mahdollistavan erilaisten tarpeiden tyydyttämisen, josta seuraa hyvinvointia.

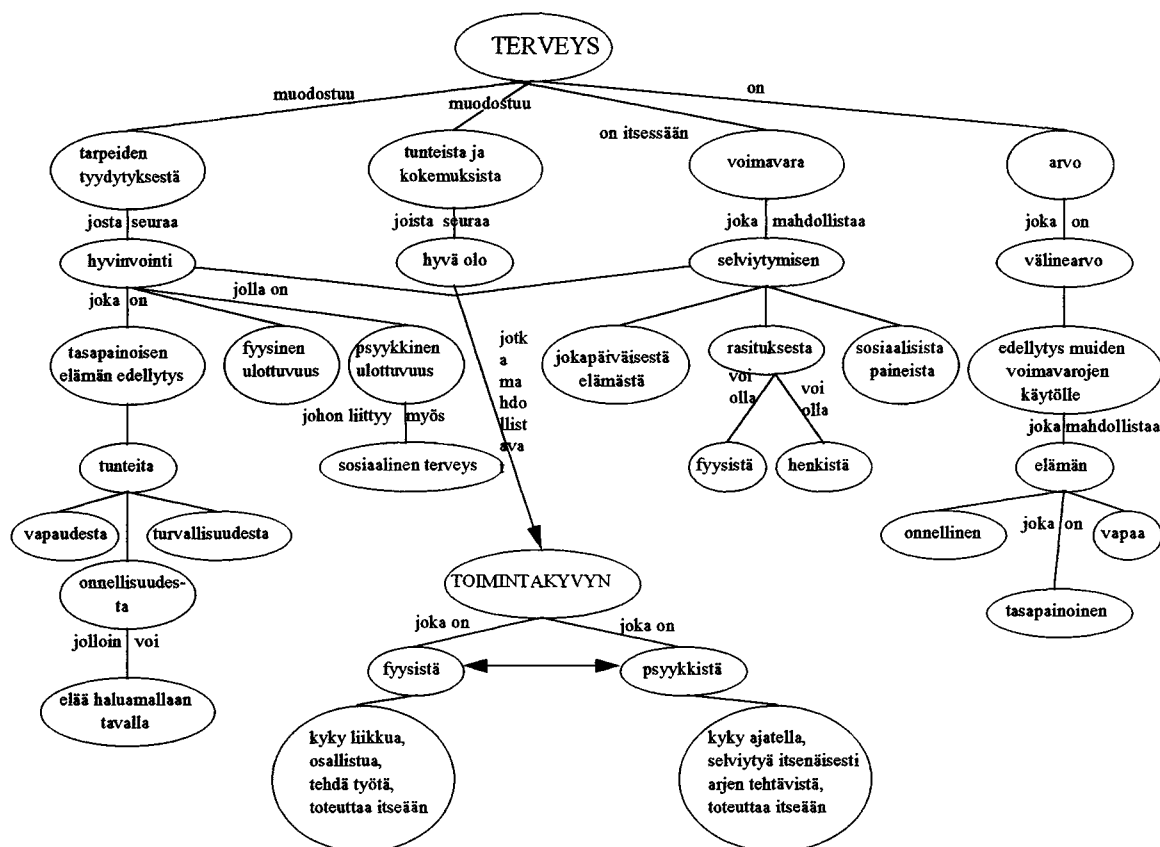
”Hyvä terveys antaa minulle voimavaroja elämään. Jaksan elää, opiskella, tehdä työtä, harrastaa ja nauttia elämän iloista ja suruista. Hyvän terveyden ansiosta selviää monesti myös elämän kiperistä tilanteista.”

”Terveys mahdollistaa myös pidemmän eliniän, vaikuttaa elämänlaatuun kuten ihmissuhteisiin, työhön ja jokapäiväiseen elämään.”

Antonovsky (1979) on tuonut esiin ihmisellä olevien vastustusvoimavarojen (resistance resources) olemassaolon. Näiden voimavarojen lähteet ovat ihmisen psykologiset tekijät, sosiaaliseen rakenteeseen liittyvät voimavarat ja kulttuuri-historialliset lähteet. Nämä antavat voimavaroja vahvan koherenssin tunteen luomiseksi ja ylläpitämiseksi. Koherenssin tunne luo ihmiselle tunteen selviytymisestä, johon liittyy kokemus siitä, että elämä on selitettävissä. Omassa tai muiden hallinnassa olevat voimavarat ovat sellaisia, että niiden avulla voidaan vastata haasteisiin ja lisäksi ihmisen voi kokea oman elämänsä tarkoituksen. Voimakas koherenssin tunne liittyy positiiviseen terveyteen. (Antonovsky 1979.) Myös tässä tutkimuksessa nousi esiin selviytymisen ja elämänhallinnan tunteet osana terveyttä.

”Yksilölle - ainakin minulle – terveys tarkoittaa mielekkyyttä, kykenemistä ja oman elämänsä hallintaa. Terveys merkitsee minulle jaksamista, tasapainoista oloa ja hyvää lähtökohtaa elämänhaasteisiin. Ainakin Suomessa meillä on

yhteiskunnan taholta huolehdittu terveyttä ylläpitävän ja edistävän järjestelmän kehittamisestä. Jokainen on itse vastuussa itsestään ja niin tietoa ja ohjausta löytää, jos sitä vain haluaa löytää.”



Kuvio 5. Funktionaalinen terveystietokäsitys

5.6. Positiivinen terveystietokäsitys

Positiiviseksi terveystietokäsitykseksi katsottiin tässä tutkimuksessa käsitys, jossa ihmisen tarkastelemiseen käytettiin **holistista näkökulmaa** ja myös hänen terveytensä ajateltiin muodostuvan keskenään vuorovaikutuksessa olevista fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta ulottuvuudesta. Terveystietokäsityksen katsottiin kuuluvan **hyvinvointia, tasapainoisuutta ja toimintakykyä** liitettyinä jokapäiväisestä elämästä selviytymisen tunteeseen. Positiiviseen terveystietokäsitykseen

sitykseen kuuluu terveyden ulottuvuuksia myös biolääketieteellisestä, kokemuksellisesta ja funktionaalisesta terveystieteestä: positiivisen terveystieteiden voi katsoa sisältävän laajimman näkemyksen terveyteen. (kuvio 6)

5.6.1. Holistinen näkemys ihmiseen ja terveyteen

Terveydenhuollossa painopiste on jälleen siirtynyt biolääketieteellisestä terveystieteestä **holistiseen**, ihmisen kokonaisuutta korostavampaan suuntaan. Ihmisen ajatellaan olevan biopsykososiaalinen kokonaisuus, joka on kiinteässä vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa (esim. Eriksson 1989, Roy 1991). Kansanterveyslailla (1972) on Suomessa katsottu olevan vaikutusta siihen, että biopsykososiaalinen malli sai jalansijaa terveydenhuollossa. Mallia on kuitenkin pidetty vielä hyvin sairauslähtöisenä.

Holistisen mallin taustalla on kokonaisvaltainen ihmiskäsitys. Esimerkiksi Rauhala (1989) kuvaa käsitystä kolmella ihmisen olemassaolon perusmuodolla, joissa ihminen todellistuu: tajunnallisuus, kehollisuus ja situationaalisuus. Tajunnallisuus on ihmisen psyykkis-henkistä olemassaoloa, kehollisuus orgaanista olemassaoloa ja situationaalisuus olemassaoloa suhteina todellisuuteen. (Rauhala 1989.) Tässä tutkimuksessa ihmistä kuvattiin myös useimmiten psyyko-fyysis-sosiaalisena kokonaisuutena ja nämä ulottuvuudet liitettiin myös terveyteen kuitenkin niin, että sosiaalisen terveyden katsottiin usein olevan osa psyykkistä terveyttä.

Holistisen mallin mukaan terveyttä ja sairautta pyritään ymmärtämään **dynaamisina** ilmiöinä, jotka muuttuvat ihmisen ja hänen ympäristönsä välisen vuorovaikutuksen tuloksena (Joutsivuori & Mikkeli 1995). Terveyden määrittelyssä onkin siirrytty huomioimaan dynaamisuus sen olennaisena piirteenä (Niiniluoto 1987, Heikkinen 1988, Ingrosso 1993, Poskiparta 1997) eikä sitä enää pidetä staattisena tilana. Tässä tutkimuksessa terveyden dynaamisuutta kuvattiin sen merkityksen suhteellisuutena ja muuttumisena iän, elämäntilanteen ja kokemusten mukaan.

Myös hoitotieteellisestä näkökulmasta ihmistä lähestytään kokonaisvaltaisesti ja terveyttä pidetään dynaamisena prosessina (Rogers 1970). Esimerkiksi Kingin (1981) mukaan terveys on jatkuvaa sopeutumista sisäisen ja ulkoisen ympäristön stressitekijöihin ja Parse (1981)

näkee terveyden ihmisen kokemaksi joksikin tulemisen prosessiksi, jonka muotoutumiseen ihminen osallistuu. Myös Roy (1991) määrittelee terveyden prosessiksi, jossa tullaan eheäksi ja kokonaiseksi.

”Mutta ihmisen terveyttä syvällisemmin ajatellen, se tarkoittaa mielestäni koko ‘pyhää kolmiyhteyttä’ eli ihmisen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia & tasapainoa.”

5.6.2. Terveyden positiivisia ja negatiivisia ulottuvuuksia

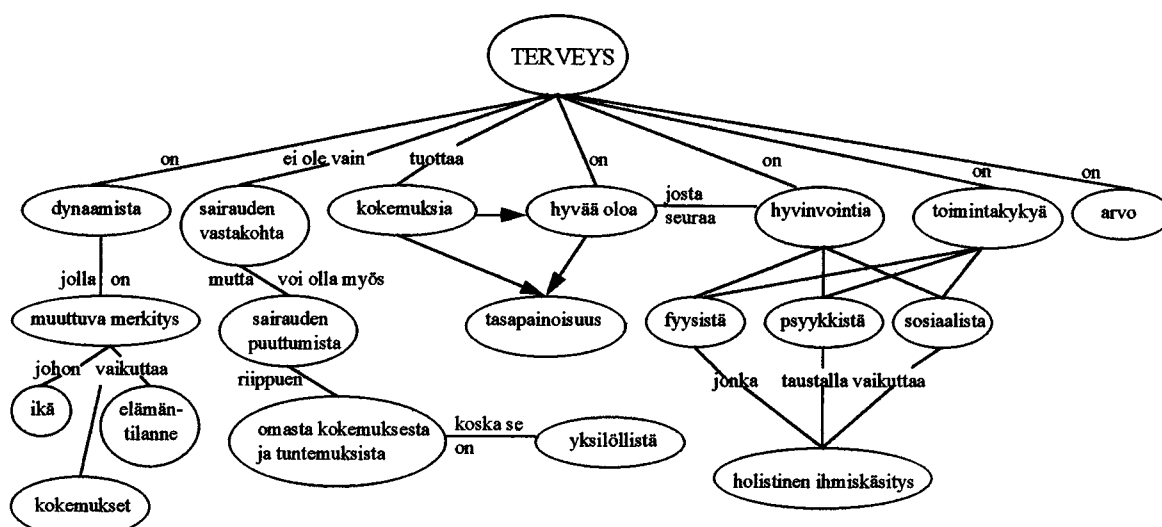
Terveyttä voidaan määritellä sekä positiivisista että negatiivisista lähtökohdista. Positiivisesta näkökulmasta terveys ei ole ainoastaan sairauden puuttumista ja sitä voidaan silti pitää hyvänä asiana; terveydellä on oma positiivinen sisältönsä (Karisto 1984). Terveyteen kuuluu sekä ihmisen omat subjektiiviset kokemukset hyvästä terveydestään että terveydenhuollon ammattilaisten objektiivisesti toteama hyvä terveys (Korhonen, Eloranta & Santala 1995). Negatiiviseen terveyteen voidaan katsoa kuuluvan sekä diagnosoidut taudit että ihmisen omat sairauden ja vaivojen kokemukset (Lahelma 1992). Positiivista terveyttä on kuvattu hyvällä ololla ja fyysisellä kunnolla, negatiivista taas taudeilla, sairauksilla, vammaisuudella ja vauriolla (Kemmi 1993). Kummassakin näkökulmassa korostuvat subjektiiviset ja elämykselliset tunteet. (Downie ym. 1991)

Tässä tutkimuksessa useat opiskelijat kuvasivat terveyttä **hyvän olon tunteena**, josta muodostui **fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila**. Nämä määritelmät muistuttivat WHO:n määritelmää, jonka mukaan terveys on ”täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä ainoastaan sairauden tai vamman puuttumista” (WHO 1958). Määritelmän tarkoituksena on ohjata terveydenhuollon voimavarojen kohdentamista laajalaisesti (Myllykangas ym. 1987). Määritelmän sisältämiä terveyden ulottuvuuksia opiskelijat kuvasivat usein arkisesti fyysisen kunnan, mielen tasapainon ja sosiaalisten suhteiden avulla. WHO:n määritelmä sisältää positiivisen ajatuksen terveydestä (esim. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1988, Nissinen ym. 1994); sama positiivisuus heijastui suurelta osin myös opiskelijoiden kirjoitelmista.

Kemm ja Close (1995) kuvaavat positiivinen fyysistä terveyttä hyvänä kuntona, johon liittyy elimistön toiminta- ja vastustuskyky. Positiivinen henkinen terveys taas käsittää onnellisuuden ja itsearvostuksen sekä kyvyn ratkaista ongelmia ja sietää stressiä. Kyky muodostaa sosiaalisia suhteita sekä toimia sosiaalisen roolinsa mukaisesti yhteiskunnassa liittyvät positiiviseen sosiaaliseen terveyteen. (Kemm & Close 1995.)

Enimmäkseen opiskelijoilla oli tässä tutkimuksessa positiivinen käsitys terveydestä (42.7%). Pelkonen (1989) on saanut samansuuntaisia tuloksia tutkiessaan perusterveydenhuollossa työskentelevien terveyden- ja sairaanhoitajien käsityksiä terveydestä. On myös huomattu, että terveydenhuollon ammattilaisilla voi olla myös negatiivisia käsityksiä terveydestä (Rimpelä 1988, Poskiparta 1997). Tässä tutkimuksessa terveyttä kuvattiin positiivisesti etenkin, kun se perustui omakohtaisiin kokemuksiin ja tuntemuksiin terveydestä. Terveyttä kuvattiin myös sairauden puuttumisena, niin että sairaudettomuus on ikään kuin optimaalinen tila terveyden suhteen. Jos tällaista tilaa ei voi saavuttaa, terveys on kuitenkin mahdollista, jos ihminen itse kokee niin. Ihmisen omaa subjektiivista kokemusta ja tuntemuksia niin terveydestä kuin sairaudestakin, pidettiin määräävinä.

”Ihmiset usein ajattelevat, että terveys on sairauksien puuttumista ja terveyteen kiinnitetään huomiota vasta kun sitä uhkaa jokin. Minulle terveys on tasapainoa, hengen ja aineen tasapainoa. Jos jompikumpi järkkyy, se vaikuttaa myös toiseen. Terveys on myös itsensä kuuntelemisen taitoa, sitä että tuntee oman mielensä ja kehonsa rajat ja tarpeet... terveys on itsensä hyväksymistä ja rakastamista.”



Kuvio 6. Positiivinen terveuskäsitys

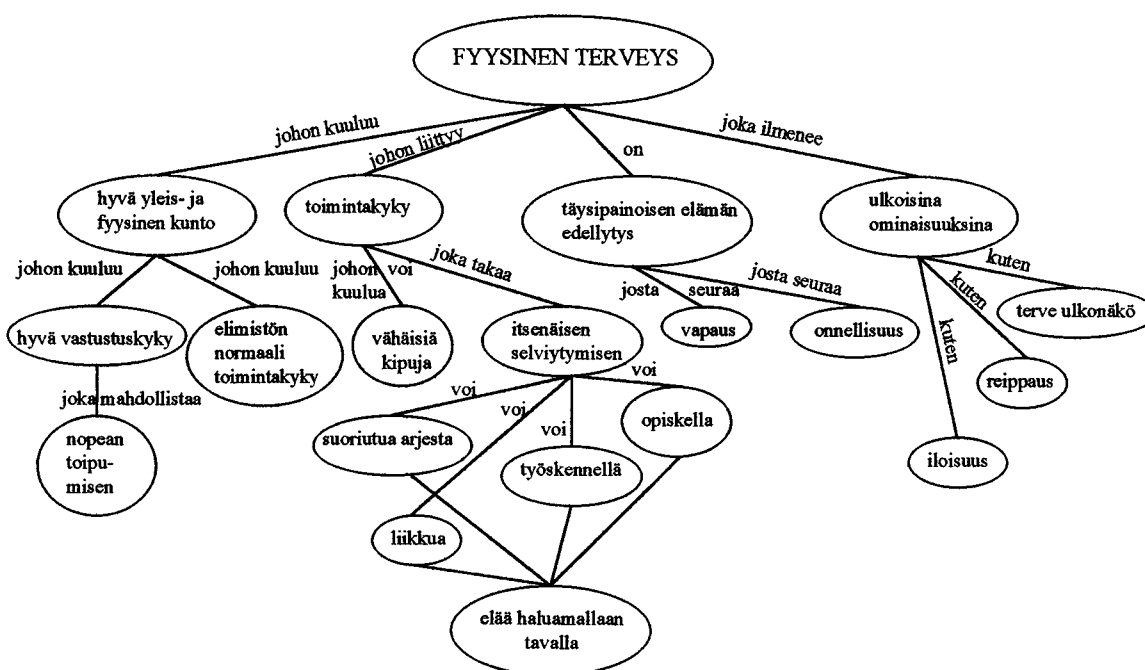
5.6.3. Fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen terveys

Opiskelijat kuvasivat terveyden olevan hyvinvointia, joka koostui keskenään kiinteässä vuorovaikutuksessa olevista fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä, johon katsottiin kuuluvan myös sosiaalinen terveys (kuviot 7 ja 8). Erityisesti fyysisen terveyteen liitettiin erilaisia **terveyden ulkoisia ominaisuuksia** ja tunnusmerkkejä kuten reippaus, iloisuus ja jopa ”terveen punaiset posket”. Useimmat opiskelijat kuvasivat fyysistä terveyttä hyvänä **yleis- ja fyysisenä kuntona**, josta seuraa hyvä **toimintakyky** (vrt. Eriksson 1989; Pelkonen 1989, Greenberg 1992). Hyvä toimintakyky mahdollistaa elämisen ilman fyysisiä vaivoja ja suoriutumisen jokapäiväisistä toiminnoista itsenäisesti (vrt. Åstedt-Kurki 1989, Viitanen 1993). Fyysisesti terve kestä normaalia rasitusta, hänellä on hyvä vastustuskyky (vrt. Levänen-Krötzl 1987) ja sairastuessaan hän toipuu nopeasti. Toimintakykyisyydellä katsottiin erityisesti olevan merkitystä sen suhteen, että voi liikkua, työskennellä, opiskella ja yleensä ottaen elää sellaista elämää kuin haluaa.

Fyysisesti terveen keho ja elimistö toimivat normaalisti, hänen aistinsa ovat kunnossa ja hän myös näyttää ulospäin terveeltä. Vähäisten fyysisten vaivojen katsotaan kuuluvan terveyteen, mutta ei elimellisten sairauksien tai normaalia toimintaa haittaavien fyysisten oireiden, kuten kivun tai ylivoimaisen väsymyksen. Åstedt-Kurjen (1992) tutkimuksessa taas kipujen ja vai-

vojen katsottiin kuuluvan terveeseen ihmiseen elämään. Toisaalta tässäkin tutkimuksessa opiskelijat korostivat sitä, että terveyteen voi kuulua myös sairautta, johon verrattuna fyysisen terveyden kuvaaminen olikin ristiriitaista. Katsoimme kuitenkin, että ristiriitoja selitti se, kuvattiinko terveyttä subjektiivisena kokemuksena vai yleisenä näkemyksenä terveyteen. Voisi ajatella, että omalla kohdallaan opiskelijat eivät välttämättä hyväksyisi sairautta osana terveyttään, mutta ymmärsivät aikaisempien kokemustensa perusteella, että yksilöstä riippuen voi kokea olevansa terve, vaikka olisi diagnosoitu sairaus.

Fyysisen terveyden katsottiin olevan **täysipainoisen elämän edellytys**, joka tuotti myös vapauden ja onnellisuuden tunteita. Buschbachin ym. (1993) mukaan ihmiset kokevat hyvän terveyden sitä tärkeämmäksi, mitä nuoremasta ihmisestä on kyse. Eri elämänvaiheissa ja -tilanteissa terveyden osa-alueet painottuvat eri tavoin (Noack 1991, Greenberg 1992). Tässä tutkimuksessa opiskelijoilla korostuivat eniten fyysiseen terveyteen liittyvät ominaisuudet, kuten hyvä fyysinen kunto ja toimintakyky (vrt. Poskiparta 1997).



Kuvio 7. Fyysiseen terveyteen liittyviä tekijöitä

Myös psyykkiseen terveyteen katsottiin kuuluvan **toimintakykyisyyden**, joka mahdollistaa jokapäiväisistä arkiaskareista selviytymisen. Psyykkinen terveys käsittää opiskelijoiden mielestä kyvyn itsenäiseen ajatteluun, toimintaan ja päätöksentekoon. Eriksson (1989) liittää psyykkisen terveyden ja terveellisyyden tervehenkisyyden käsitteeseen, jolla viitataan sekä ihmisen viisauteen ja järkevyyteen että hänen kykyihinsä ymmärtää toimintojensa merkitystä.

Kirjoitelmissa oli käytetty psyykkisen ja henkisen terveyden käsitteitä sekä samassa merkityksessä, mutta myös erillisinä terveyden osa-alueina. Psyykkistä terveyttä voidaan pitää yläkäsitteenä, jonka alle sijoittuvat emotionaalinen, mentaalinen ja hengellinen terveys (Kannas 1994). Mentaalinen terveys käsittää ihmisen älyllisiä ominaisuuksia ja kykyjä kuten kyvyn oppia. Emotionaaliseen terveyteen taas kuuluu kyky hallita ja ilmaista tunteitaan tarkoituksenmukaisesti. Hengellinen terveys liittyy siihen, että ihminen uskoo johonkin perustavaa laatua olevaan voimaan. Jollekin se voima voi olla esimerkiksi luonto, jollekin toiselle taas Jumala. (Greenberg 1992.) Opiskelijat eivät yleisesti liittäneet terveyteen hengellisiä ulottuvuuksia tai uskonnollisuutta, mutta joistakin kirjoitelmista nousi esiin jonkin ”korkeamman voiman” vaikutus terveyteen. Åstedt-Kurjen (1992) tutkimuksessa yhdeksi terveyttä ja hyvää vointia kuvaavaksi arvoksi nousi myös uskonnollisuus, jonka muiden arvojen ohella (rauha, vapaus, työ, suhteet ympäristöön) katsottiin olevan hyvän elämän perustana.

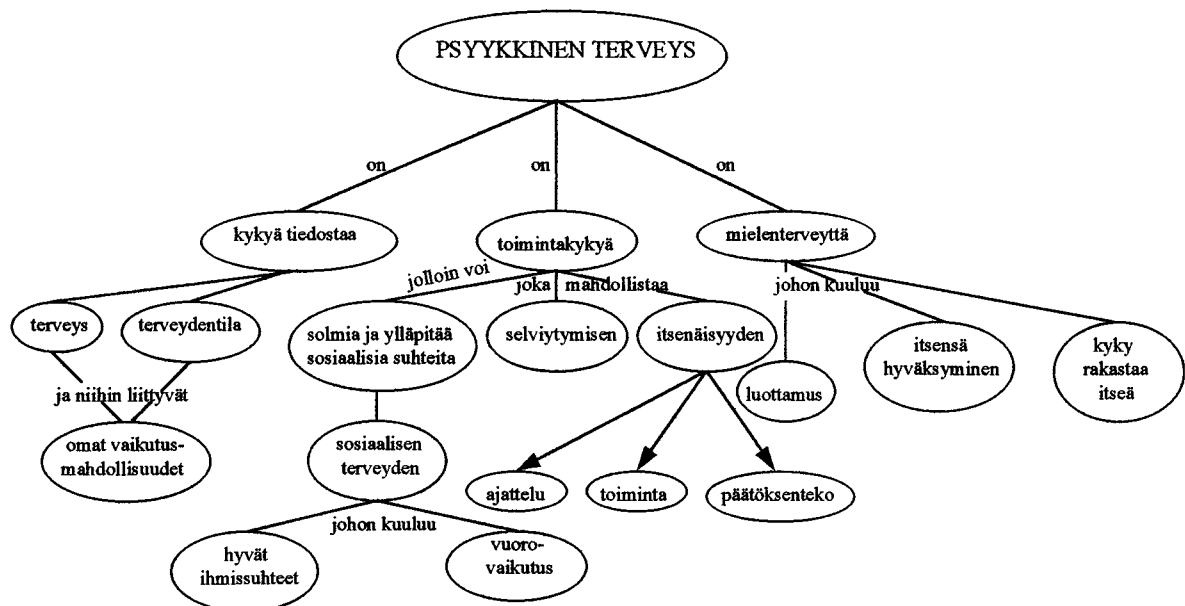
Psyykkistä terveyttä kuvattiin usein **mielenterveyden** käsitteellä. Mieleltään terve ihminen luottaa omiin kykyihinsä ja tulevaisuuteensa sekä hyväksyy itsensä ja on kykenevä rakastamaan itseään.

”Mielenterveys on ihmisen tärkeä voimavara. Sitä voisi luonnehtia esimerkiksi kyvyksi elää tasapainoisesti nykyhetkeä ja kyvyksi tulkita todellisuutta realistisesti. On kuitenkin vaikeaa määritellä, kuka on normaali ja kuka poikkeava. Esimerkiksi kulttuurisidonnaisuus vaikuttaa normaali – epänormaali- käsitteisiin... Jokaisen ihmisen elämään kuuluu kriisejä. Ongelmana eivät ole vaikeudet vaan se, miten niistä selvitään. Tässä mielessä mielenterveys merkitsee kykyä käyttää hallinta- ja puolustuskeinoja.”

Sosiaaliseen terveyteen liittyvien sosiaalisen kanssakäymisen ja hyvien ihmissuhteiden opiskelijat katsoivat kuuluvan osaksi psyykkistä terveyttä; psyykkisesti terve ihminen on kykenevä solmimaan ja ylläpitämään sosiaalisia suhteita. Sosiaalisilla suhteilla ja vuorovaikutuksella oli henkistä terveyttä edistävä ja ylläpitävä vaikutus. Itsenäisenä käsitteenä sosiaaliseen terveyteen voidaan katsoa kuuluvan kyky vuorovaikutukseen muiden ihmisten ja ympäristönsä kanssa sekä tyydyttävät ihmissuhteet (Greenberg 1992).

Tässä tutkimuksessa psyykkistä terveyttä kuvattiin myös **kykynä tiedostaa oman terveytensä ja terveydentilansa** sekä sen ymmärtämisen, että pystyy käyttäytymisellään niihin positiivisesti tai negatiivisesti vaikuttamaan.

”Mielestäni terve ihminen voi hyvin niin fyysisesti, psyykkisesti kuin sosiaalisestikin... hän selviytyy itsenäisesti jokapäiväisistä askareista: tuntee itsensä, on itsenäisesti ajatteleva ja toimiva yksilö. Sen lisäksi hän solmii sosiaalisia suhteita ympäristöönsä esim. työnsä, harrastuksensa tai tuttaviensa kautta. Terveys on myös sairauden puuttumista, mutta silti esimerkiksi diabetesta sairastava ihminen voi tuntea itsensä täysin terveeksi sairaudestaan huolimatta...Terve ihminen on mielestäni esimerkiksi elämänmyönteinen, sosiaalinen ja itsellinen/itsensä tunteva ja hyväksyvä.”



Kuvio 8. Psyykkiseen terveyteen liittyviä tekijöitä

5.7. Terveyskäsitusten vertailu koulutustaustan perusteella

Tutkimustehtävänäimme oli myös vertailla ylioppilaiden ja lähihoitajien terveystietoisuutta keskenään, sillä halusimme nähdä onko ryhmien välillä eroja ja onko aikaisemalla koulutuksella ollut merkitystä terveystietoisuuden muotoutumiseen. Tässä tutkimuksessa lähihoitajan koulutus oli 27:lla opiskelijalla ja pelkkä ylioppilastutkinto 47:lla. Kahdeksan opiskelijaa jäi vertailun ulkopuolelle, koska kirjoitelmista ei selvinnyt heidän koulutustaustansa tai se ei kuulunut vertailuryhmiin. Katsoimme lähihoitajan tutkintoa vastaavaksi myös aikaisemmat terveydenhuoltoalan kouluasteen tutkinnot tai muut alan opintosuoritukset, jotka ajallisesti vastasivat lähihoitajakoulutusta.

Useimmissa kirjoitelmissa oli otettu erilaisia esimerkkejä, miten terveyttä voidaan määritellä, joka onkin tavallista, sillä terveyden määrittelemiseen vaikuttaa aina määrittelijän elämäntilanne ja kokemukset sekä se, millaisessa tilanteessa ja kenen kanssa puhutaan (Manderbacka 1998). Ylioppilaiden ja lähihoitajien kirjoitelmien välillä ei ollut suuria sisällöllisiä eroja, mutta ylioppilaiden kirjoitelmat olivat kieleltään rikkaampia, mikä antoi vaikutelman hieman moniulotteisemmista näkemyksistä terveyteen.

Keskeisiksi terveyden määrittelemiseen vaikuttaviksi tekijöiksi nähtiin tässä tutkimuksessa ikä, koulutus, terveys- tai sairauskokemukset, toimintakyky ja fyysinen kunto, se konteksti, jossa terveyttä määritellään sekä millainen arvo terveydelle ja sen edistämiseksi annetaan. Esimerkiksi koulutuksen vaikutus kävi ilmi kirjoitelmista, joissa opiskelijat, jotka olivat suorittaneet lähihoitajan tutkinnon tai joilla oli muuten työkokemusta terveydenhuoltoalalta, kertoivat pysähtyneensä ajattelemaan terveyden todellista merkitystä sairaita hoitaessaan. Terveystietoisuuden erilaisilla määrittelyillä on vaikutus yksilön ajatteluun, tavoitteiden asetteluun sekä terveyskäyttäytymiseen (Nissinen ym. 1994).

Vertailun pohjana oli aineiston analyysissä esiin noussut terveystietoisuuden jaottelu **biolääketieteelliseen, funktionaaliseen, positiiviseen ja kokemukselliseen terveystietoisuuteen**. Tätä jaottelua tukivat myös aikaisemmat näkemykset kirjallisuudessa (esim. Nissinen ym. 1994, Manderbacka 1998). Koska yksittäisessä kirjoitelmassa oli usein kuvattu terveyttä use-

asta näkökulmasta, luokittelimme kirjoitelmat sen mukaan, mikä näkemys mielestämme oli niissä vallitsevana.

Biolääketieteellisen määrittelytavan kriteereinä pidimme terveyttä sairauden puuttumisena, johon keskeisesti liittyivät kuvaukset taudeista ja koetuista sairauksista tai terveys – sairaus - jatkumosta.

”Mielestäni terveys tarkoittaa sitä, että ihmisessä ei ole sairauksia, kuten syöpää ja ihmisen on muutenkin hyvä olla, on mieleltään terve jne. Tänä päivänä hyvä terveys ei ole mitenkään itsestään –selvä asia, koska on niin paljon saasteita ja säteilyä, jotka vaikuttavat ihmisten terveyteen mm. aiheuttamalla syöpää.”

Funktionaalissa määrittelyssä terveys nähtiin toimintakykynä ja erityisesti suoriutumisenä normaaleista jokapäiväisistä toiminnoista, kuten työstä ja kotiaskareista. Tässä näkemyksessä terveyteen liitettiin myös voimavara-ajattelu ja sen välinearvoinen, mahdollistava luonne. Funktionaalinen määrittely korostaa myös yksilön toimintaa yhteistyössä ympäristönsä kanssa.

”Terveys on positiivisuutta. Se luo pohjan aktiviteeteille ja kehittymiselle mahdollistaen jokapäiväiset toimintomme ilman erityisiä rajoitteita... Terveys on elinvoimaa ja toimintakykyä mahdollisuuksien mukaan...Terveys on minulle mahdollisuus toteuttaa itseäni, haaveitani ja elää täysipainoista, kokonaisvaltaista ja mielekästä elämää joka päivä.”

Positiivisen terveyden määrittelyssä opiskelijat toivat esiin keskeisesti terveyden positiiviset merkitykset, tasapainoisuuden ja hyvinvoinnin kokemukset sekä selviytymisen tunteen. Myös positiiviseen terveyteen liittyi käsitys terveydestä toimintakyvyn mahdollistajana.

”Terveys on täysipainoisen elämän edellytys. Sitä voisi katsoa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Terveys ei ole vain sairauden puuttumista vaan myös kykyä tulla toimeen itsensä ja toisten ihmisten kanssa. Terveys on yksi tärkeä hyvinvoinnin osatekijä... hyvinvoiva ihminen on myös onnellinen.”

Kokemuksellisessa määrittelyssä on paljon piirteitä positiivisesta terveydestä, mutta tässä jaottelussa nousi yksinomaan esiin omat kokemukset ja tuntemukset sairaudesta tai terveydestä, ja näkemys oli näin suppeampi kuin edellisessä. Erityisesti painotettiin yksilöllisiin tuntemuksiin ja kokemuksiin perustuvaa terveyden määrittämisen tapaa.

”Voiko esim. astmaista tai diabeetikkoa sanoa terveeksi, vaikka on havaittavissa tietty selvä sairaus? Ja onko sokea sairas ja likinäköinen laseilla toimeentuleva terve?? Minulle itselle terveys merkitsee sitä, että tunnen itse olevani terve, että tunnen oloni hyväksi.”

Taulukko 1. Ylioppilaiden ja lähihoitajien terveystietokäsitysten jakautuminen.

Terveyshäilymalli	ylioppilaat	lähihoitajat	yht.
biolääketieteellinen malli	7(14.9%)	3(11.1%)	10(13.5%)
funktionaalinen malli	14(29.8%)	6(22.2%)	20(27.0%)
positiivinen malli	20(42.6%)	13(48.1%)	33(44.6%)
kokemuksellinen malli	6(12.8%)	5(18.5%)	11(14.5%)
yhteensä	47(63.5%)	27(36.5%)	74 (100%)

Vertailtaessa lähihoitajien ja ylioppilaiden terveystietokäsityksiä tulokset olivat hyvin samansuuntaiset. Jonkin verran enemmän lähihoitajat perustelivat käsityksiään toisten tai omien sairauskokemuksilla, jotka ovat auttaneet näkemään terveyden tärkeyden. Lähihoitajien vastauksissa tuotiin myös enemmän esille mitkä sairaudet ovat sellaisia, joista huolimatta voi elää normaalia elämää. Tällaisia sairauksia olivat erityisesti diabetes ja allergiat.

6. POHDINTA

6.1. Tutkimuksen luotettavuus

Olemme pyrkineet osoittamaan tutkimuksemme luotettavuutta kuvaamalla tutkimusprosessin etenemistä mahdollisimman tarkkaan, jotta lukijalla on mahdollisuus arvioida analyysin oikeellisuutta sekä tutkimuksen uskottavuutta. (vrt. Grönfors 1982, Ruth 1991, Krause & Kiikkala 1996). Tutkimustulosten yhteydessä on käytetty myös suoria lainauksia tutkittavien teksteistä, jolla pyrimme tuomaan esiin sitä kontekstia, missä analyysi tapahtuu (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997).

Aineistoon tutustumisen jälkeen sovimme yhdessä niistä tulkintasäännöistä, joiden mukaan aineistoa käsitellään, varmistaaksemme sen tulkintojemme yhtenäisyyden. Tulkintapäätösten tulee perustua koko tutkimuksen ajan samoihin tulkintasääntöihin (Mäkisalo 1994), joita olemme myös tarkistaneet aina kun aineisto on antanut siihen aiheita. Olemme tarkastelleet itsenäisesti luomiamme käsitekarttoja myös yhdessä virheellisten johtopäätösten ja väärinkäsitysten välttämiseksi. Tilanteessa, jossa karttojen laatiminen ei ollut yksiselitteistä, käsitelimme kyseistä kirjoitelmaa tavallista pitempään tulkintasääntöjen puitteissa niin, että pääsimme asiasta yksimielisyyteen. Näin pyrimme tunnistamaan ja korjaamaan kartoista ilmeneviä ristiriitaisuuksia ja virheellisiä kytkentöjä. Käsitekarttojen validiutta onkin mahdollista arvioida dialogin avulla, jossa sovitaan yhteisistä merkityksistä. Näin on mahdollista osoittaa oman ajattelunsa pätevyys vertaamalla sitä toisten tai tekstin kirjoittajan ajatteluun (Deshler 1995).

Tässä tutkimuksessa käytimme menetelmätriangulaatiota (ks. Ruth 1991, Eskola & Suoranta 1996) analysoimalla aineistoa sekä käsitekarttamenetelmällä että sisällön analyysillä. Käsitekarttamenetelmällä muodostettu avainkäsitteistö varmistettiin sisällön analyysillä niin, että molempien menetelmien avulla muodostetut luokat vastasivat sekä tutkimuksen tuloksia että toisiaan. Triangulaation tavoitteena on ilmiön sisältämien yhtäläisyyksien löytäminen eri aikoina ja eri paikoissa sekä välttää yhden tutkimusmenetelmän käyttämiseen liittyviä harhoja ja näin lisätä tutkimuksen validiteettia (Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994). Esimerkiksi Åhlber-

gin (1990a) mukaan käsitekartan käyttöön liittyy aina menetelmällistä triangulaatiota, koska sen lisäksi käytetään aina jotain muuta tutkimusvälinettä. Siinä vaiheessa, kun vertasimme eri koulutuksen saaneiden opiskelijoiden käsityksiä käytimme tutkijatriangulaatiota (vrt. Suoranta & Eskola 1996) eli luokittelimme aineiston yhteisesti sovittuihin luokkiin erikseen, varmistaaksemme tulkintojemme yhdenmukaisuuden.

Laadullisessa tutkimuksessa ilmaisujen tulkinta perustuu tutkijan persoonalliseen näkemykseen tutkittavien ilmaisuista, sisältäen myös hänen omat tunteensa ja intuiionsa (Nieminen 1997). Tärkeää on oman esiyymmärryksemme — lähtökohtiemme, tietojemme, arvojemme, asenteidemme ja tunteidemme — tunnistaminen ja tiedostaminen (vrt. Liukkonen & Åstedt-Kurki 1994), etenkin kun olemme laatineet käsitekarttoja muiden kirjoitelmien pohjalta. Oma esiyymmärryksemme perustuu molempien aikaisempiin terveydenhuoltoalan koulutuksiin sekä kokemuksiin käytännön työstä. Tutkimustulosten tulkintaan liittyy sen pohtiminen, vastaavatko kartasta nousevat merkitykset muita uskomuksiamme, olettamuksiamme ja totena pitämäämme tietoa. (vrt. Deshler 1995) Aineiston tarkasteleminen on kuitenkin mahdollista subjektiivisista lähtökohdista käsin, joka hyväksytään laadullista aineistoa arvioitaessa, kunhan tehdyt tulkintapäätökset ohjaavat johtopäätösten tekoa (vrt. Mäkisalo 1994).

Käsitekarttojen laatimisessa tulisi nousta esiin tutkittavien tietorakenteiden hierarkkinen muodostuminen terveyden suhteen, mutta olemme huomanneet tietorakenteiden olevan suhteellisen pinnallisia. Opiskelijat ovat kuvanneet terveyttä yleisten määritelmien ja kokemustensa avulla enemmänkin yksittäisinä, erillisinä tietoina kuin muodostamalla niistä hierarkkisen kokonaisuuden. Tietorakenteiden muodostuminen olisi luultavasti tullut selkeämmin esille, jos opiskelijat olisivat itse laatineet käsitekartan terveydelle antamistaan merkityksistä. Kirjoitelmien jäsentymättömyyttä saattaa selittää myös se, että asiantuntijan ja aloittelijan - ekspertin ja noviisin - tietorakenteet eroavat toisistaan. Asiantuntijan tietojen nähdään organisoituneen laajoina, monitasoisina ja toisiinsa kytkeytyneinä tietorakenteina, aloittelijan taas yksittäisinä faktoina (Benner 1991, v. Wright 1993, Rauste-v. Wright & v. Wright 1994). Tässä tutkimuksessa opiskelijoita voitane vielä pitää aloittelijoina, sillä heidän työkokemuksensa ja koulutuksensa alalta on vähäistä.

Pohdimme myös muita seikkoja, jotka ovat saattaneet vaikuttaa siihen, etteivät kirjoitelmat olleet kovinkaan hyvin jäsentyneitä kokonaisuuksina. Keskeisenä pidämme sitä, että vasta valituilla opiskelijoilla saattoi olla jonkinasteinen tarve pyrkiä tuomaan kirjoitelmaansa esiin mahdollisimman monipuolinen käsitys terveydestä. Tähän saattaa vaikuttaa se konteksti, jossa kirjoitelmien kirjoittaminen on tapahtunut. Opintojaan aloittamassa olevat opiskelijat saattoivat pyrkiä vastaamaan tavalla, jonka olettivat vastaavan niitä odotuksia, joita heille on asetettu terveydenhuollon opiskelussa, joissa terveys on hyvin keskeisellä sijalla. Ihmisillä voi olla usein olla taipumusta vastata terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen liittyvissä asioissa sosiaalisesti hyväksytyllä tavalla (Smith & Wallston 1992, Neittaanmäki 1995). Toisaalta myös käytännölliset tekijät kuten tottumattomuus kirjoitelmien laatimiseen ja kiire, ovat voineet vaikuttaa asiaan.

Terveyskäsitteisiin liittyvien ilmaisujen sisältämistä merkityksistä muodostetut sisältöluokat on määritelty mahdollisimman täsmällisesti objektiivisen ja systemaattisen tutkimuksen varmistamiseksi (vrt. Pietilä 1974). Sisältöluokilta vaaditaan, että ne ovat relevantteja tutkimuksen tarkoitukseen nähden ja riittävän laajoja kattamaan kaikki aineistosta nousevat ilmaisut (Pietilä 1974, Krippendorff 1985, Tesch 1990). Koska sisältöluokkien yhdistäminen luokitusrungoksi on tapahtunut monivaiheisesti, on jokaisen ilmaisun sisältyminen johonkin luokkaan varmistettu usealla lukukerralla ja vertaamalla laajempia sisältöluokkia supistettuihin.

Kirjoitelmien etuna pidämme sitä, että aineistoon voi palata aina uudelleen, mitä teimmekin runsaasti. Ongelmallista oli se, että tekstin ei ollut mahdollisuutta varmistaa, mitä kirjoittaja on todellisuudessa tarkoittanut käyttäessään esimerkiksi vertauskuvallista ilmaisua terveyden merkityksestä. Koska tutkimuksemme aineisto oli laadulliseksi aineistoksi varsin suuri, koemme saavuttaneemme saturaatiopisteen käsiteltyämme noin puolet kirjoitelmista; tässä vaiheessa aineisto alkoi toistamaan itseään, eikä kirjoitelmista löytynyt enää uutta tietoa (vrt. Alasuutari 1994).

Käsitelkartojen laatiminen näin suuresta aineistosta oli melko vaativa tehtävä, joka tosin tuli palkituksi analyysin myöhemmissä vaiheissa. Kartojen käyttäminen analyysin apuvälineenä oli hyvä keino saada aineistosta esiin siinä ilmenevät keskeiset seikat, joiden perusteella tutkimuksen päätulokset muotoutuivat. Kartojen avulla laadullisesta aineistosta voi saada myös

helposti yleistettävää tietoa esittämällä niiden sisältöä määrällisessä muodossa ja helpotimme tätä vaihetta sisällön analyysillä. Kuitenkin tutkimuksen edetessä huomasimme käsittekartta-menettelmän käyttämisen vaativan harjoittelua tuottaakseen enemmän ja syvällisempää tietoa.

6.2. Johtopäätökset tutkimustuloksista

Tämän tutkimuksen mukaan terveys on opiskelijoille tärkeä arvo. Ilmaukset, joita sen kuvaamiseen käytettiin olivat hyvin yksinkertaisia kuten: ”terveys on tärkeimpiä asioita elämänsäni”. Terveiden ohella opiskelijat kuvasivat perheen ja muiden tärkeiden ihmissuhteiden olevan myös arvokkaita, mutta muita elämälle tärkeitä asioita ei juurikaan kuvattu. Tuomisen ja Tuomisen (1996) tutkimuksessa yliopistoon pyrkivien nuorten arvomaailmassa terveys mainittiin kolmanneksi useimmin ihmissuhteiden sekä työn ja opiskelun jälkeen, kun kyseessä olivat tutkittavien spontaanisti mainitsevat arvot. Kun heitä pyydettiin asettamaan tärkeysjärjestykseen valmiiksi annetut 12 arvoa, terveys mainittiin niistä useimmin.

Useimmat opiskelijat mainitsivat terveyttä pidettävän itsestänselvyytenä ja ajattelivat sen merkityksen lisääntyvän sairastuessaan. Kirjoitelmista voi myös päätellä, että opiskelijat olettivat käyttävänsä enemmän voimavaroja terveyden edistämiseksi ja ylläpitämiseksi, jos sen menettäisi. Tällä hetkellä oman terveyden edistämistä kuvattiin erilaisilla elämäntyyliin liittyvillä tekijöillä, kuten ruokavaliolla, liikunnalla ja tupakoimattomuudella. Koska suuri osa tutkittavista ilmoitti viettävänsä suhteellisen terveellistä elämää, näyttäisi siltä, että terveyden arvo on sisäistetty kuitenkin niin, että se ilmenee myös toiminnan tasolla. Sitä, ettei terveyden arvostus toteudu aina toimintana, on aikaisemmin perusteltu mm. laiskuudella ja välinpitämättömyydellä sekä ihmisen ulkopuolelta vaikuttavilla tekijöillä (Levänen-Krötzl 1987). Terveiden edistämässä keskeistä olisikin selvittää asiakkaan kanssa ne altistavat, vahvistavat ja mahdollistavat tekijät, joilla on vaikutusta terveyskäyttäytymiseen (vrt. Green & Kreuter 1991).

Jossain määrin opiskelijat arvostelivat toisten terveyttä vaarantavaa käyttäytymistä. Huomio kiinnittyi moralisoivaan ajattelutapaan, mikä ei varmasti terveyskasvattajan työn kannalta ole suotavaa, jos ajatellaan hyvän vuorovaikutuksen rakentamista tasavertaisessa asiakas-hoitaja-suhteessa.

Terveyden edistämistä opiskelijat kuvasivat terveydenhoitajien ja lääkäreiden tehtäväksi. Tästä syystä kiinnitimmekin huomiota siihen, että kukaan lähihoitajista ei ilmaissut omaan työhönsä kuuluvan terveystieteellisen koulutuksen puuttumista. Mielestämme terveystieteen ja terveyden edistämiseen liittyy terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa epätietoisuutta: ei tiedosteta, kuinka laajoja käsitteitä terveys ja terveystieteet ovat, kenelle terveydenhuoltohenkilöstön keskuudessa kuuluu terveystieto ja mitä se tarkoittaa työkäytännössä. Terveyden edistäminen on moniammatillista yhteistyötä ja kullakin työntekijäryhmällä tulisi olla kuva omasta roolistaan, joka perustuu paitsi monenlaiseen tietoon ihmisestä, terveydestä ja opettamisesta sekä elämästä, mutta myös paljolti ”arkiterapeutina” olemiseen (vrt. Kannas 1994).

Mielestämme opiskelijoilla oli suhteellisen laaja käsitys terveydestä, sillä vähiten opiskelijat kuvasivat terveyttä sairauden puuttumisena eli biolääketieteellisen käsityksen mukaisesti tai muuten kapea-alaisesti. Vaikka biolääketieteellinen terveystieteellinen käsitys saattaa olla riittämätön joissain tilanteissa, usein on perusteltuakin toimia sen mukaisesti riippuen työn luonteesta. Terveydenhuollossa kohdataankin tilanteita, joissa joutuu pohtimaan, yritetäänkö vain parantaa sairaus vai tuetaanko ihmistä selviytymään jokapäiväisestä elämästä.

Kirjoitelmista kävi ilmi näkemys, että parhaimmillaan terveys olisi sitä, ettei ole sairas, mutta ihmisen omasta kokemuksesta riippuen terveyteen voi kuulua myös sairautta. Näin ollen terveyden edistäminen on mahdollista sekä sairailta että terveillä, joka osoittaa laajan näkökulman omaksumista terveyteen ja sen edistämiseen (vrt. Haavisto 1992, McDonald 1998). Haaviston (1992) mukaan laaja näkökulma terveyden edistämiseen on ihmisen kokemukseen vaikuttamista, jolla pyritään tukemaan ihmisiä käyttämään omia voimavarojaan hyväkseen korostaen heidän omia tunteita.

Terveyden käsittäminen laajasti ja sen liittäminen ihmisten tunteisiin ja kokemuksiin saattaa heijastaa yhteiskunnassa ja erityisesti terveydenhuollossa vallitsevaa terveystieteellistä ajattelua. Terveystieteen opetusohjelmat perustuvat paljolti Terveyttä Kaikille vuoteen 2000 - ohjelman tavoitteisiin, joten terveystieteellisen näkökulman voisi olettaa vain vahvistuvan koulutuksen aikana. Mannisen (1998) tutkimuksessa lääketieteellinen ja sairauskeskeinen lähestymistapa hoitamiseen ei ollut vallitseva terveyden- ja sairaanhoitajaopiskelijoilla mis-

sään koulutuksensa vaiheessa, jonka tutkija päättelikin johtuvan terveydenhuoltoalan koulutuksessa nykyisin käytössä olevista, entistä terveyseskeisimmistä opetussuunnitelmista.

Useimmilla opiskelijoilla oli positiivinen käsitys terveydestä. He kuvasivat terveyden olevan hyvinvointia, johon liittyy fyysinen ja psyykinen sekä sosiaalinen ulottuvuus, joka liitettiin useimmin psyykkiseen terveyteen. Lisäksi terveydelle annettiin positiivinen merkitys hyvän olon ja tasapainoisuuden tunteiden tuottajana. Positiiviseen terveyseskäsitykseen liitettiin myös toimintakyky, joka sisältyy myös funktionaaliseen käsitykseen. Positiivinen terveyseskäsitys oli luokittelussamme terveyttä moniulotteisimmasta ja laajimmasta näkökulmasta kuvaava käsitys, johon sisältyi myös muiden terveyseskäsitysten ominaisuuksia. Keskeisin ero positiivisten ja funktionaalisten käsitysten välillä oli, että funktionaalisisa käsityksissä korostettiin enemmän toimintakykyä ja terveyttä voimavarana, kun taas positiiviseen terveyteen katsottiin kuuluvan useampia ulottuvuuksia. Molemmissa käsityksissä opiskelijat näkivät terveyden olevan voimavara, jonka tarjoaa mahdollisuuksia toimintaan ja itsensä toteuttamiseen. Tämä viittaa terveyden arvostamiseen sen välinearvon takia. Huomioitava on, että käsitykset eivät ole toisiinsa poissulkevia, vaan suhteellisia ja dynaamisia joita painotetaan yksilöllisesti eri tilanteissa.

Opiskelijoiden omasta merkityksenannosta kuvattuna kirjoitelmissa korostui fyysinen kunto ja terveys, jota pidämme hyvin ymmärrettävänä heidän ikänsä huomioon ottaen. Nykynuorisokulttuuri korostaa fyysistä terveyttä sekä luo mielikuvia voimasta ja menestymisestä. Koulutuksessa tulisikin huomioida se, kuinka eri terveyden osa-alueiden painotukset ovat riippuvaisia elämänvaiheista ja -tilanteista (vrt. Noack 1991, Greenberg 1992). Myös eri koulutuksen saaneilla terveydenhuollon työntekijöillä saattaa korostua työtehtävistä johtuen tietty terveyseskäsitys riippuen siitä, mitä terveyden osa-alueita omalla toiminnalla eniten tuetaan. Voisi esimerkiksi ajatella, että funktionaalinen terveyseskäsitys korostuisi fysioterapiassa ja kokemuksellinen terveyseskäsitys sosiaalitoimessa.

Yksilöllisyys nousi esiin tutkimuksessa opiskelijoiden painottaessa yksilöllistä näkemystään terveydestään, tunteitaan ja kokemuksiaan terveydestä ja hyvästä olostä sekä sen korostumisena, miten terveys vaikuttaa omaan toimintaan ja elämään. Terveyden määrittäjänä merkityksellisempänä pidettiin omia kokemuksia ja tuntemuksia, ei niinkään sitä millaiseksi terveydentila oli objektiivisesti määritelty. Tutkimusaineiston perusteella pohdimme sitä, onko po-

sitiivisen terveyden käsitys väistymässä ja yksilöllisempi, kokemuksia korostava terveystäsitys nousemassa esiin. Kokemuksellisen käsityksen ollessa vallitseva, on pohdittava myös sen vaikutusta terveydenhuollon henkilöstön rooleihin, tehtäviin ja koulutukseen.

Ihmisten yksilöllisyyden kunnioittaminen voisi näkyä terveydenhuollon koulutuksessa myös niin, että terveydestä ei pyritäisikään esittämään eri tieteenaloilla vallitsevia yleispäteviä määritelmiä. Tämän sijaan ohjataan opiskelijoita omaksumaan toimintatapa, jossa korostuu asiakkaiden yksilölliset tavat määritellä terveyttä, jonka perusteella terveystasvatusta toteutetaan. Esimerkiksi Viitasen (1993) tutkimuksessa terveydenhoitajat näkivät terveyden tiettyjen eri tieteistä peräisin olevien kategorisoivien oppirakennelmien lävitse, jolloin asiakkaan yksilöllisesti kokema terveys ja hyvän elämän ehdot jäivät taka-alalle.

Opiskelijat ymmärsivät terveystäsityksen muodostuvan ihmisen omista kokemuksista ja tuntemuksista sekä korostivat terveyden yksilöllistä ja henkilökohtaista merkitystä jokaiselle ihmiselle. Tämän katsomme heijastavan yhteiskunnassa nykyisin vallitsevaa käsitystä ihmisten yksilöllistymisestä. Ihmisiltä odotetaan toimimista yksilöinä, jonka he ovat sisäistäneet. Ei voida ajatella, että ihmisille voitaisiin sanoa ulkopuolelta, mikä kullekin on hyvää ja tavoiteltavaa elämässä. Terveys on niin henkilökohtainen asia, että se halutaan määritellä itse, vaikka tutkimuksesta tuli hyvin esiin myös sen määrittelemisen vaikeus ja kontekstin suuri merkitys. Toisaalta on myös huomioitava se, että kaikki terveydenhuollon asiakkaat eivät halua tai uskalla tuoda esiin omaa näkemystään terveydestä, vaan luottavat siihen, että alan asiantuntijoiden näkemys on luotettavampi. Tällöin asiakas ikään kuin luovuttaa ammatillisille oikeuden ”edustaa” hänen käsityksiään ja heittäytyy passiiviseen tiedon ja hoidon vastaanottajan rooliin (Åstedt-Kurki 1992, Häggman-Laitila 1994).

Nykyisin yleisesti korostetaan, että ihmisen pitää selvitä omassa elämässään itsenäisesti ja olla oma itsensä. Tehdessään valintoja terveytensä suhteen jokainen käy keskustelua itsensä kanssa eikä odota valmiita vastauksia ulkopuolelta. Yksilöiltä itseltään nousee ns. intersubjektiivinen itsevaatimus, jossa erityisen herkistyneesti nousee esiin vaatimus kohdella itseämme yksilönä ja valita yksilöllinen, muista erottuva elämäntyyli. (Beck 1997.)

Yksilöllistyminen asettaa terveyden edistämislle ja erityisesti terveyskasvatukselle aivan uuden ja jokaisen asiakkaan huomioonottavan lähestymistavan. Se, onko laajoille väestöryhmille suunnattu terveysvalistus ajan ja taloudellisten resurssien tuhlaukselta, tulee arvioitavaksi lähivuosina. Tuleeko kehittää yleensä ja erityisesti terveydenhuollon koulutuksessa asiakkaita yksilöllisesti lähestyviä vuorovaikutus- ja neuvontamenetelmiä sekä hyväksyä terveyskasvattajina myös hyvin erilaisia ratkaisuja terveyden suhteen huomioonottaen esimerkiksi asiakkaan ikä.

Yksilöllistymiseen vaikuttaa myös kansainvälistyminen, jolla on vaikutusta kaikkiin hoitokäytäntöihin ja joka vaatii perehtymistä eri kulttuureihin myös terveydenhuoltoalan koulutuksessa. Globalisoitumisen myötä voidaan katsoa, että maailmanlaajuiset asiat sekoittuvat myös meidän kulttuuriimme, jolloin tulevat terveydenhuollon työntekijät, kuten väestö yleensäkin toimivat hyvin kompleksisten asioiden parissa.

Konstruktivistinen oppimisenäkemys, joka korostaa opiskelijoiden yksilöllisyyttä, tukee hyvin tutkimustuloksia ja sen tulisi näkyä myös opetuksen suunnittelussa. Tämä asettaa koulutukselle uusia haasteita ja uskoa siihen, että yksilöllisesti opiskellen voidaan päästä hyvään lopputulokseen. Koulutuksen päämääränä on laadullisesti samojen tavoitteiden saavuttaminen, mutta niihin pyrkimisen tulisi perustua kunkin opiskelijan yksilöllisiin lähtökohtiin ja tarpeisiin sekä opetusmenetelmiin, joka tukee niitä. Opettajan työn kannalta tulee myös hyväksyä, että opettamista on myös opiskelijoiden yksilöllinen ohjaaminen eikä vain luokkaopetus.

Tutkimuksessa terveys nähtiin hyvin laajana hyvinvointina. Tämä näkökulma huomioonottaen voidaan ajatella, että ihmisten terveyttä ei voida edistää vain terveydenhuollon keinoin, vaan se on hyvin kokonaisvaltaista työtä, jossa tulisi huomioida se arkielämän konteksti ja laajemmat yhteiskunnalliset olosuhteet, joissa terveyden edistämiseen pyritään. Terveydenhuollon koulutuksessa tulisikin huomioida sen asiantuntijuuden kehittyminen, jota tarvitaan yhteiskunnallisen päätöksenteon tueksi. Opiskelijoita tulisi myös kannustaa käyttämään tätä asiantuntijuuttaan sekä omassa työssään että yhteiskunnallisessa vaikuttamisessa.

Korostuneesti voisi ehkä vielä pohtia, mitä urbanisoitumisen ja maaseudulla asumisen erot, medioiden voimakas esiin nousu ja teknologia, globalisoituminen, perherakenteen muutokset,

koulutuksen pidentyminen sekä elämänkaari ja -kulku vaikuttavat terveyteen ja terveyden edistämiseen. Näistä seikoista nousee esiin hyvin monenlaisia vaatimuksia terveydenhuollossa työskenteleville joka edellyttää terveyden ymmärtämistä hyvin laajasti.

Opiskelijoiden käsitysten mukaan sosiaalinen terveys liittyi psyykkiseen terveyteen, johon koulutuksessa tulisi kiinnittää huomiota. Vaikka yhteiskunnassa korostetaankin itsenäistä selviytymistä ja yksilöllisyyttä, ei silti tule unohtaa että sosiaalisilla suhteilla ja vuorovaikutuksella on merkitystä kokonaisvaltaiselle hyvinvoinnille. Myös koulutuksen aikana tätä voisi tukea yhteistoiminnallisen oppimisen kautta ja oppimisen arviointi tulisi olla monitahoista, korostaen itse- ja vertaisarviointia.

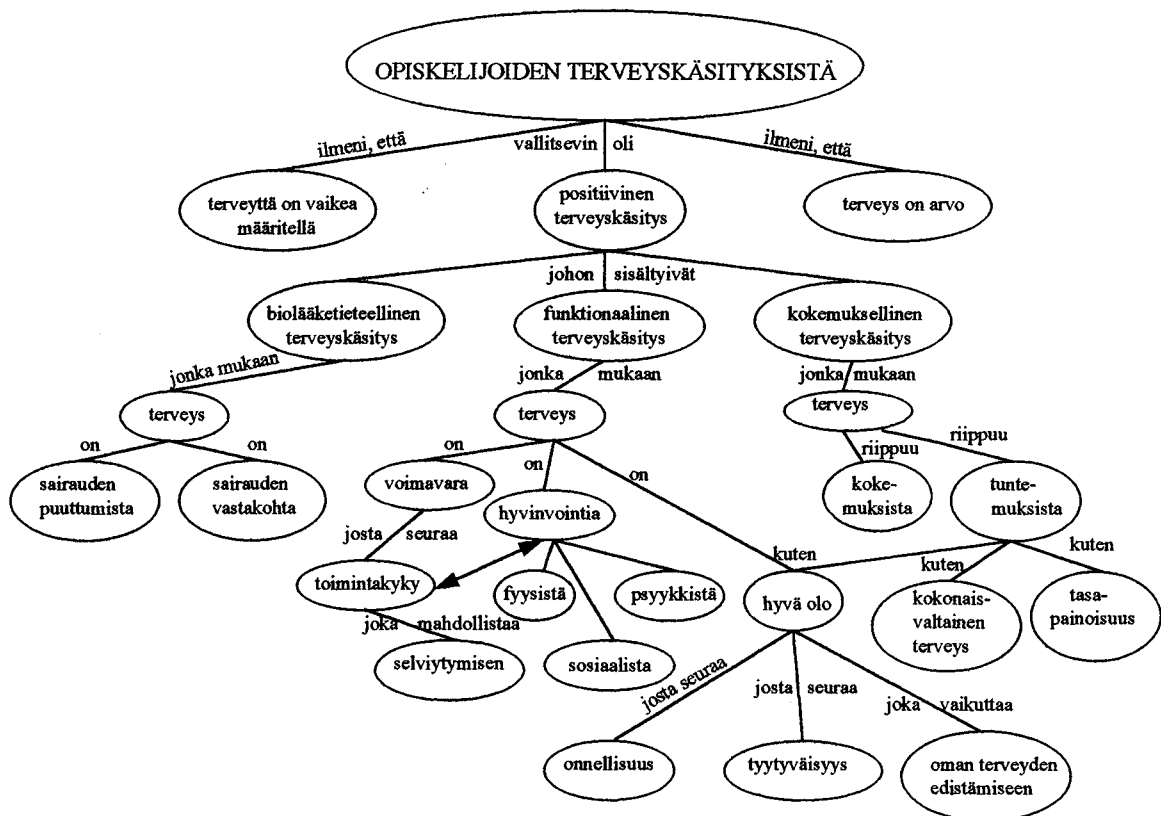
Ainoastaan yhdessä kirjoitelmassa tuli esiin ympäristön vaikutus terveyteen. Kuitenkin terveyden edistäminen on hyvin kokonaisvaltaista toimintaa yhteiskunnassa, ja siksi koulutuksessa tulisi tuoda riittävän laajasti esiin myös ekologisen ympäristön merkitys terveydelle, jota korostetaan kansainvälisissä terveyden edistämistä ohjaavissa asiakirjoissakin.

Tulevan ammattityön kannalta tutkittavien opiskelijoiden näkemys terveydestä oli melko monipuolinen, mutta jäsentymätön, johon mielestämme tulisi kiinnittää huomiota. Erityisesti opiskelijat tarvitsevat tietoa ihmisestä ja käyttäytymisestä laajemmin kuin nykyisessä koulutuksessa ja niistä keinoista, joilla voi opettaa, auttaa sekä tukea ihmisten terveyteen liittyviä valintoja. Lisäksi opiskelijoiden yksilölliset tietorakenteet tulisi ottaa huomioon opetuksen lähtökohdaksi niin, että uutta tietoa voidaan joustavasti ja yksilöllisesti rakentaa aikaisemman tietoaineksen pohjalta.

Yleensä koulutuksen alussa opiskelijat ovat hyvin kiinnostuneita sairauksista ja lääketieteellisistä faktoista, jotka ovatkin oleellisia ammattiosaamisen kannalta. He saattavat kuitenkin turhautua opintojen alussa siihen, ettei heidän tiedollisiin tarpeisiinsa vastata. Siksi koulutuksen alkuvaiheeseen voisi mielestämme sijoittaa enemmän lääketieteellisiä ja klinisiä opintoja, jotka luovat pohjaa sille, että terveyttä ja terveyden edistämistä voidaan tarkastella laajemmasta näkökulmasta. Nykyään terveystieteiden kasvatusta, jos sitä on erillisenä opinnoissa, on keskittynyt opintojen alkuvaiheeseen ja mielestämme nuorilla opiskelijoilla ei ole riittävästi tietoa ja kokemusta siitä, mihin kaikkeen terveystieteiden kasvatusta integroituu, vaan se jää irralliseksi. Toisaalta

mielestämme terveystieteiden asiantuntijoita on terveydenhuollon koulutuksessa opettajina liian vähän, lukuunottamatta terveydenhoitajien koulutusta. Kuitenkin terveyden edistäminen ja terveystieteiden opetus ovat keskeisiä myös sairaanhoitajien työssä.

Tutkittavan ryhmän tapa ajatella asioita oli hyvin yhteneväinen ja käsittekartta-analyysi toi hyvin esiin näkemykset terveydestä ja siihen liittyvistä ilmiöistä. Sisällön analyysin käyttäminen helpotti käytännön työtä, sillä 82:n käsittekartan tarkasteleminen yhtäaikaan olisi ollut mahdottomuus. Tutkimustulokset kokoavia käsittekarttoja laatiessa huomasimme niiden työn edetessä muokkautuvan selkeämmiksi ja hierarkkisuutta paremmin esille tuoviksi. On kuitenkin syytä pohtia, kumpi aineistotyyppi olisi parempi tiedonlähde tutkimusta varten vastaisuudessa, tutkittavien laatimat kirjoitelmat vai heidän itsensä laatimat käsittekartat. Mielestämme tutkittavien itse laatimista kartoista on mahdollista syvällisemmin tutkia tietorakenteiden muodostumista, mutta kirjoitelmista saattaa saada enemmän tietoa. Seuraavaan käsittekarttaan olemme koonneet keskeisimmät tutkimustulokset, jotka kuvaavat opiskelijoiden terveystieteiden käsityksiä.



Kuvio 9. Opiskelijoiden terveystieteiden käsitykset

6.3. Jatkotutkimushaasteita

Tutkimustulosten perusteella kiinnitimme huomiota siihen, että lähihoitajien ja ylioppilaiden terveystieteiden edistämisen tavoitteet ja oppisisällöt näkyvät koulu- ja työpaikoissa opetus- ja koulutus suunnitelmassa sekä miten niiden opetusta toteutetaan käytännössä. Kun tarkastellaan lähihoitajien terveystieteiden ja terveyden edistämistaitojen kehittymistä, niin tähän saattaa vaikuttaa lähihoitajien suhteellisen lyhyt koulutus verrattuna siihen tieto- ja taitomäärään, mikä heidän pitäisi sisäistää. Yhtä mielenkiintoista on myös ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveystieteiden taitojen kehittyminen ja ne tiedot ja taidot, jotka ovat asiantuntijuuden edellytys.

Olisi mielenkiintoista tutkia myös sitä, kuinka koulutuksessa saadut tiedot ja taidot siirtyvät käytännön työhön. Transfer –ilmiötä (Rauste-v. Wright & v. Wright 1994). Kuinka siirtymistä voisi edistää koulutuksessa niin, että tiedot ja taidot eivät jäisi irrallisiksi. Siirtovaikutusta voidaan tutkia eri tasoilla; miten se liittyy ihmiskäsitykseen, arvoihin ja asenteisiin, tietoihin ja taitoihin, käytännön toimintaan ja kunkin omaan henkilökohtaiseen käyttäytymiseen.

Terveydenhuoltoalan koulutuksessa tulisi entistä enemmän tehdä opiskelijat tietoisiksi heidän oman käyttäytymisensä taustalla olevista tekijöistä ja tätä kautta auttaa opiskelijoita ymmärtämään itseään, muita ihmisiä ja asiakkaita. Myös sen seikan ymmärtäminen on tärkeää, että laajat yhteiskunnalliset päätökset perustuvat näihin usein tiedostomattomiin arvoihin ja käsityksiin asioista. Tutkimustuloksissa tuli esiin myös terveyden hyvin monella tavalla liittyvä tasapainaisuuden kokemus. Tästä näkökulmasta terveydenhuollon koulutukseen nousee vaatimuksia itsetuntemuksen lisäämiseen, ihmisen ymmärtämiseen hyvin laajasti ja viestintätaitojen kehittämiseen, niin että vuorovaikutus toimisi ja edistäisi ja tukisi ihmisten hyvää oloa ja tasapainaisuutta.

LÄHTEET

Aarva, P. 1991. Terveysvalistuksen kuvia ja mielikuvia. Acta universitatis Tamperensis ser A vol 328. Tampere.

Ahlman, E. 1976. Kulttuurin perustekijöitä. Gummerus. Jyväskylä.

Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. Vastapaino. Tampere

Andrews, M.M. & Boyle, J.S. 1995. Transcultural concepts in nursing care. J.B. Lippincott Company. Philadelphia.

Antonovsky, A. 1979. Health, stress and coping. New Perspectives on Mental and Physical Well-Being. Jossey-Bass Publishers. USA.

Beck, Ulrich (toim.). 1997. Kinder der Freiheit. Suhrkamp. Germany.

Benner, P. 1991. Aloittelijasta asiantuntijaksi SHKS. WSOY. Juva.

Blaxter, M. 1990. Health & Lifestyles. Routledge. Chatham.

Brannon, L. & Feist, J. 1992. Health Psychology. An Introduction to Behavior and Health. Company, Belmont.

Bussbach, J.V., Hessing, D.J. & de Charro, F.T. 1993. The utility of health at different stages in life: A quantitative approach. Social Science & Medicine 37, 153-158.

Deshler, D. 1995. Käsitekartat. Teoksessa Mezirow, J. (toim.) Uudistava oppiminen. Suomen Leevi Lehto. Oppimateriaaleja 23. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsinki, 356-373.

Dickman, S.R. 1988. Pathways to heaven. Life Enhancement Publications. USA.

Downie, R.S., Fyfe, C. & Tannahill, A. 1991. *Health Promotion. Models and values*. Oxford University Press. Oxford.

Elo, J., Tuomainen, R. & Myllykangas, M. 1989. Turha terveystieteiden tutkimus - terveystieteiden kriisi. *Sosiaalinen aikakauskirja* 83 (3), 9-15.

Eriksson, K. 1976. *Hoitotapahtuma*. SHKS. Hämeenlinna.

Eriksson, K. 1989. *Terveyden idea*. SHKS. Forssa.

Green, L.W. & Kreuter, M.W. 1991. *Health Promotion Planning; An Educational and Environmental Approach*. Mayfield Publishing Company. USA.

Greenberg, J.S. 1992. *Health education. Learner-centered instructional strategies*. Wm.C. Brown Publishers. USA.

Grönfors, M. 1982. *Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät*. WSOY. Juva.

Haavisto, M. 1992. *Terveyden edistämisen käsitteen kehittämistä hoitotieteellisen kirjallisuuden perusteella*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Health for all targets. *The health policy for Europe*. 1993. World Health Organisation. Regional Office for Europe. European Health for All Series, no. 4. Copenhagen.

Heikkinen, R-L. 1988. *Laadullisen neuvonta-aineiston valottama terveystieteiden tutkimusanalyysi*. Tampereen Yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Julkaisusarja A: Tutkimusraportti 42/1988.

Hentinen, M. & Lauri, S. 1983. Ihmis-, terveys- ja sairauskäsitykset sekä hoitotyö. Teoksessa Sinkkonen, S. (toim.) *Hoitotiede 1*. Kustannuskiila Oy. Pieksämäki, 22-30.

Herzlich, C. 1973. *Health and illness*. Academic Press. London.

Hirsjärvi, P., Remes P. & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä. Helsinki

Hunt, S.M. 1988. Subjective health indicators and health promotion. Health promotion 3 (1), 23-33.

Häggman-Laitila, A. 1992. Terveys ihmisen yksilöllisen olemisentavan ilmaisuna. Kuvaileva teoria elämänhallinnan ja terveenä olemisen välisistä merkitysyhteyksistä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaatintyö.

Häggman-Laitila, A. 1994. Terveystieteessä asioineiden mielikuvia ja kokemuksia potilaana olemisesta. Hoitotiede 6 (2), 83-92.

Häyry, H. & Häyry, M. 1997. Hyvä, kaunis, tosi – arvojen filosofiaa. Yliopistopaino. Helsinki.

Inghosso, M. 1993. Becoming sensitive to health. Effectiveness and learning in health education and promotion. Archives of hellenic medicine. Official journal of the Athens medical society, vol 10 suppl. A.

Itkonen, H., Myllykangas, M., Pirttilä, I. & Tuomainen, R. 1994. Elämän normittajat. Instituutit ja asiantuntijat oikeaa elämää etsimässä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Joensuu.

Jakartan julistus. The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21st Century. 1997.

Jylhä, M. 1985. Oman terveyden kokeminen eläkeiässä. Acta Universitatis Tampereensis ser A vol 195. Tampere.

Jylhä, M. 1992. Kuinka terveydestä puhutaan? Teoksessa Karisto, A., Lahelma, E. & Rahkonen, O. (toim.) Terveys sosiologia. WSOY. Juva, 209-222.

Järvikoski, A. 1993. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan. Kuntoutuksen käsitteiden ja toimintatapojen analyysia. Käsikirjoitus. Teoksessa Vaitinen, M-L. 1995. Terveysalan toimintaympäristö ja koulutuksen kehittäminen. Opetushallitus 2/95. Helsinki.

Kannas, L. 1994. Kolme arvoitusta – terveys, kasvatus, inhimillinen kasvu ja kehitys. Teoksessa Peltonen, H. (toim.) Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa. Opetushallitus. Helsinki.

Kansanterveyslaki ja -asetus. 1972.

Kantola, P., Lehtimäki, R. & Talsi, M. 1993. Kansan terveys. SHKS. Hämeenlinna.

Karisto, A. 1984. Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:46. Helsinki.

Karisto, A. 1989. Elämäntapa ja terveys - poimintoja tutkimuksesta. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 26 (5-6), 273-279.

Karisto, A., Prättälä, R. & Berg, M-A. 1992. Hyvät, pahat ja rumat? Epäterveellisten elintapojen kasautumisesta. Teoksessa Karisto, A., Lahelma, E. & Rahkonen, O. (toim.) Terveys-sosiologia. WSOY. Juva, 121-139.

Karvonen, S. 1998. Kasvuehtoja vai elämänvaihe: näkökulmia nuorten ja lasten terveyteen. Teoksessa Rahkonen, O. & Lahelma, E. (toim.) Elämänkaari ja terveys. Gaudeamus. Tampere, 66-79.

Kemm, J.R. 1993. Towards an epidemiology of positive health. Health Promotion International, 8 (2), 129-135.

Kemm, J.R. & Close, A. 1995. Health Promotion. Theory & Practice. Great Britain. Mackays of Chatham, Kent

Kendall, S. 1995. Health – the Nursing Contribution. Teoksessa Schober, J. & Hincliff, S. (toim.) Towards Advanced Nursing Practice. Key concepts for health care. The Path Press. London, 1-28.

Kettunen T., Liimatainen L. & Poskiparta M. 1996. Terveyskasvatus arjen neuvontatyössä. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.

Kiger, A.M. 1995. Teaching for health. Churchill Livingstone. Singapore.

King, I. 1981. A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process. John Wiley. New York.

Kokko, S. 1990. Taudista sairauteen. Mitä terveyskeskuslääkärissä pitäisi tapahtua? Hanki ja jää. Helsinki.

Korhonen, J., Eloranta, T. & Santala, E. 1995. Lukion terveystieto. Otava. Keuruu.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä. Tampere.

Krippendorff, K. 1985. Content Analysis. An Introduction to Its Methodology. The SAGE Comtext Series. USA.

Kuitunen, H. 1993. Käsitekartta. TPO-koulutusohjelman oppimateriaali. Oy FinEduca Ltd. Helsinki

Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. 1997. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1998-2001. Sosiaali- ja terveysministeriö. Oy Edita Ab. Helsinki.

Lahelma, E. 1992. Terveystila tutkimuksen kohteena. Teoksessa Karisto, A., Lahelma, E. Rahkonen, O. (toim.) Terveys sosiologia. WSOY. Juva, 191-208.

- Levänen-Krötzl R. 1987. Omatoiminen terveydenhoito: subjektiivisia käsityksiä oman terveydenhoitamisesta. Tampereen Yliopisto, Kansanterveystieteen laitos. Tampere.
- Liukkonen, A. & Åstedt-Kurki, P. 1994. Osallistuva havainnointi hoitotieteellisen tutkimuksen aineiston keruumenetelmänä. *Hoitotiede* 6 (2), 51-57.
- McDonald, E. 1998. The role of Project 2000 educated nurses in health promotion within the hospital setting. *Nurse Education Today* 18, 213-220.
- Manderbacka, K. 1998. Keski-ikäisten käsitykset terveydestään. Teoksessa Rahkonen, O. & Lahelma, E. (toim.) *Elämänkaari ja terveys*. Gaudeamus. Tampere, 119-127.
- Manninen, E. 1998. Changes in nursing students' perceptions of nursing as they progress through their education. *Journal of Advanced Nursing* 27 (2), 390-398.
- Myllykangas, M., Elo, J. & Tuomainen, R. 1987. Terveyskäsitteen kritiikkiä. *Sosiaalivakuutus* 25 (3), 94-97.
- Mäenpää, E. 1991. Nuorten miesten elintavat, elämänhallinta ja itsearvioitu terveys. Kyselytutkimus valtion työterveyshuollon Oulun yksikössä. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.
- Mäkisalo, M. 1994. Terveydenhuolto-oppilaitos organisaationa. Terveydenhuolto-oppilaitoksessa toimivien opettajien arviointia organisaation toiminnasta. *Hoitotiede* 6 (2), 76-77.
- Mölsä, A. 1989. Sairaanhoidajakoulutuksen pääaine ja senlooginen eteneminen opetussuunnitelmassa. Suomen Sairaanhoidajaliiton julkaisuja 1/1989. Helsinki.
- Naidoo, J. & Wills, J. 1996. *Health Promotion. Foundations for Practice*. Bailliere Tindall. London.

Neittaanmäki, L. 1995. Ellee immeisiks - Käsityksiä ja kokemuksia terveyden edistämisestä savolaisissa kylissä. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 87. Kuopio.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva, 215-221.

Niiniluoto, I. 1987. Terveyden käsitteen ongelmia - filosofinen diagnoosi. Kirjassa : Cantell, K., Koivusalo, E., Pelkonen, R. & Raivio, K. (toim.) Terveyttä etsimässä. Juhlakirja professori Lauri Saxenin täyttessä 60 vuotta 27. heinäkuuta 1987. Otava. Keuruu, 19-28.

Nissinen, A., Kauhanen, J. & Myllykangas, M. 1994. Kansanterveystiede. WSOY. Juva.

Noack, H. 1987. Concepts of health promotion. Teoksessa Abelin, T., Brzezinski, Z.J. & Carstairs, V.D.L. (toim.) Measurement in health promotion and protection. WHO Regional Publications, European Series no. 22. Copenhagen, 5-28.

Noack, H. 1988. Measuring health behaviour and health: towards new health promotion indicators. Health promotion, 3 (1).

Noack, H. 1991. Conceptualizing and measuring health. Teoksessa Bandura, B. & Kickbusch, I. (toim.) Health promotion research towards a new social epidemiology. WHO Regional Publications, European Series no. 37. Copenhagen, 85-112

Novak, J.D. & Govin, D.B. 1996. Opi oppimaan. Gaudeamus. Tampere.

Nupponen, R., Aarva, P., Laitakari, J., Miilunpalo, S., Paronen, O. & Urponen, H. 1991. Terveyskasvatuksen taustakäsitykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. Terveyskasvatuksentutkimuksen vuosikirja 1991. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 2/1991. Tampere.

Nupponen, R. 1994. Terveyspsykologian perusteet. Tukea koulutukseen ja terveystalouteen. Stakes. Oppaita 21/1993. Jyväskylä.

- Nurmi, R. 1985. Työkäisten miesten käsitykset terveydestä. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja Tilastot ja selvitykset 3/1985. Helsinki.
- Nykysuomen sanakirja. 1978. WSOY. Porvoo.
- Opetushallitus 1995. Sosiaali- ja terveystieteiden opetussuunnitelman perusteet toisella asteella. Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto, lähihoitaja. Helsinki.
- Orr, J. 1996. The community Dimension. Teoksessa Luker, K. & Orr, J. (toim.) Health visiting: towards community health nursing. Blackwell science. Bodwin, Cornwall.
- Ottawan asiakirja. Ottawa Charter for Health Promotion. 1986.
- Parse, R.R. 1981. Man-Living-Health: a theory for nursing. John Wiley & Sons. New York.
- Patosuo, Mervi. 1995. Keski-ikäisen naisen kokemuksia terveydestään. Tutkielma. Terveystieteiden opettajan koulutusohjelma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Paulin, R. & Väilä, S. 1995. Koulutuksen tuloksellisuus ja koulutusjärjestelmä. Teoksessa Leino-Kilpi, H., Hupli, M. & Räisänen, A. (toim.) Terveystieteiden koulutuksen tuloksellisuus ja laatu. Perusteiden tarkastelua. Arviointi 5/95. Opetushallitus. Helsinki, 67-99.
- Paunonen M. & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.
- Pelkonen, M. 1989. Itsestä huolenpito ja hoitotyön palvelut. Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisuja 1/1989. Helsinki.
- Pelkonen, M. 1990. Hyvä olo ja hoitotyön laadunvarmistus. Teoksessa Krause, K. & Åstedt-Kurki, P. (toim.) Hyvä olo. Näkökulmia ihmisen hyvän olon edistämiseen. Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisuja 1/1990. Helsinki.

Peltonen, H. 1994. Terveyttä ja turvallisuutta edistävä koulu. Teoksessa Peltonen, H. (toim.) Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa. Opetushallitus. Helsinki, 66-83.

Pender, N.J. 1987. Health Promotion in Nursing Practice. The University of Michigan. USA.

Perttilä, K. & Lehto, J. 1997. Terveys perusteluna kunnallisessa päätöksenteossa. Sosiaali-
lääketieteellinen Aikakauslehti 34 (2), 121-133.

Perälä, M-L. 1998. (toim.) The Direction of Nursing. A Strategy for Quality and Effectiveness. STAKES. Saarijärvi.

Pietilä, V. 1974. Sisällön erittely. Oy Gaudeamus Ab. Helsinki.

Poskiparta, M. 1996. Terveysneuvonta, potilaan ja hoitajan oppimaan oppimisen tutkimusmatka. Väitöskirjatyö. Jyväskylän Yliopisto. Terveystieteen laitos

Rauhala, M. 1989. Ihmisen ykseys ja moninaisuus. SHKS.

Rauste-von Wright, M-L. 1997. Opettaja tienhaarassa. Konstruktivismia käytännössä. Atena. WSOY. Juva.

Rauste-von Wright, M-L. & von Wright, J. 1994. Oppiminen ja koulutus. WSOY. Juva.

Rimpelä, U. 1988. Terveys - naisen omana kokemuksena ja yleislääkärin arvioimana. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 240. Tampere.

Rogers, M.E. 1970. An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing. F.A. Davis Company. USA.

Roy, C. & Andrews, H. 1991. The Roy Adaptation Model. The Definitive Statement. Appleton & Lange. East Norwalk.

- Ruth, J-E. 1991. Reliabilitets- och validitetsfrågan i kvantitativ respektive kvalitativ forsknings-tradition. *Gerontologia* 5 (4), 277-290.
- Santala, L. 1993. Sotainvalidien ja rintamaveteraanien käsityksiä terveydestä ja hyvinvoinnista elämänsä aikana. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Seedhouse, D. 1986. *Health: the foundations for achievement*. Wiley. Chichester.
- Sihto, M. 1995. Terveystä kaikille vuoteen 2000. Poliittikkaa on – onko käytäntöä? *Hyvinvointikatsaus* 4/95, 21-24.
- Smith, M.S. & Wallston, K.A. 1992. How to measure the value of health. *Health education research* 7 (1), 129-135.
- Sosiaali- ja terveystietokertomus 1998. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1998:3. Edita Oy. Helsinki.
- Suhonen, P. 1988. *Suomalaisten arvot ja politiikka*. WSOY. Juva.
- Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1994. *Laadullisen tutkimuksen työtapa*. Kirjayhtymä. Rauma.
- Terveystä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1993:2
- Tesch, R. 1990. *Qualitative Research: analysis types and software tools*. Falmer. New York.
- Tuominen, R. & Tuominen M. 1996. Terveystä arvona ja siihen liittyvistä tekijöistä yliopistoon pyrkivillä nuorilla. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 4 (33), 343-348.
- Vaitinen, M-L. 1995. Terveystieteen toimintaympäristö ja koulutuksen kehittäminen. *Kehittyvä koulutus*. Opetushallitus 2/95. Helsinki.

Viitanen, A. 1993. 40-vuotiaiden miesten terveystarkastusten hermeneuttinen kuvaus. Pro gradu –tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

v. Wright, J. 1993. Oppimiskäsitysten historiaa ja pedagogisia seurauksia. Opetushallitus. Painatuskeskus. Helsinki.

WHO. 1958. The First Ten Years of the World Health Organization. Constitution of the WHO. The World Health Organization. Geneve.

WHO:n Euroopan alueen TK-2000 toimintaohjelman tavoitteet. 1988. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Terveystieteen tutkimuskeskus. Helsinki.

WHO:n terveystieteellinen arviointi. 1991. Maailman Terveystieteiden Euroopan Aluejärjestö. Euroopan Aluejärjestö. Kööpenhamina. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Åhlberg, M. 1990a. Kasvattajille sopivien tutkimusmenetelmien ja instrumenttien teoreettiset perusteet, tutkiminen ja kehittäminen elinikäisen kasvatuksen ja oppimisen näkökulmasta. KST-projektin tutkimussuunnitelma. Joensuun Yliopisto. Kasvatustieteellisen tiedekunnan tutkimuksia 31.

Åhlberg, M. 1990b. Käsittekarttatekniikka ja muut vastaavat graafiset tiedonesittämistekniikat opettajan ja oppilaiden työvälineinä. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia 30.

Åstedt-Kurki, P. 1989. Terveys ja hoitotyö aikuisten kokemana. Sairaanhoidon tutkimuslaitoksen julkaisuja 2/1989. Helsinki.

Åstedt-Kurki, P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 349. Tampere.

HYVÄ AMMATTIKORKEAKOULUN OPISKELIJA

Onneksi olkoon, Sinun ryhmäsi on valittu mukaan tutkimusprojektiimme, jossa tutkitaan terveyden edistämistaitojen kehittymistä hoitotyön koulutuksen aikana. Tutkimus toteutetaan Mikkelin ja Jyväskylän ammattikorkeakouluissa syksyn 1997 - 2001 välisenä aikana. Tulemme kertomaan Sinulle ja ryhmällesi tästä projektista tarkemmin elokuun aikana.

Hoitotyön asiantuntijalta edellytetään tänä päivänä eettisesti korkeatasoista, joustavaa ja laaja-alaista osaamista. Häneltä kysytään myös perusteltuja kannanottoja ja näkemyksellisyyttä monenlaisissa hoitotyöhön liittyvissä asioissa, esimerkiksi terveyden edistämisessä. Oman näkemyksen muodostuminen vaatii useimmilta meiltä paljon aikaa ja opiskelua. Haluamme tukea Sinun opiskeluasi omalta osaltamme tutkimusprojektin aikana.

Toivomme Sinun jo kesän aikana perehtyvän terveyteen ja terveyden edistämiseen seuraavan tehtävän avulla. Tekemääsi tehtävää käytetään myös osana syksyn opiskelua. Myöhemmin opiskelusi aikana voit tämän tehtävän avulla tarkistaa, onko näkemyksesi on muuttunut.

TEHTÄVÄ:

Kirjoita essee, joka käsittelee alla olevia teemoja. Lähdekirjallisuutta Sinun ei tarvitse käyttää. Tärkeitä ovat omat kokemuksesi ja näkemyksesi asioista.

1. Kuvaile, mitä mielestäsi tarkoittaa terveys ja mitä se sinulle merkitsee?
2. Pohdi mitä mielestäsi terveyden edistäminen tarkoittaa. Käytä apuna omia kokemuksiasi, tilanteita jotka terveyden edistämisestä ovat jääneet mieleen.

Tutkimusprojektia varten tarvitsemme Sinulta taustatietoja. Kirjoita tehtävään nimesi, ikäsi, koulutuksesi ja aikaisempi työkokemuksesi. Myöhemmin tutkimusaineistoa käsitellään nimettömänä ja luottamuksellisesti. Palaamme näihin asioihin elokuun informaatiotilaisuudessa. Esseen voit palauttaa ensimmäisen opiskeluviikon aikana ryhmäsi Tutorille. Voit ottaa tarvittaessa yhteyttä meihin jo kesän aikana.

Kiitokset alkavasta yhteistyöstä ja elokuun tapaamista odottaen

Marita Poskiparta
Jyväskylän Yliopisto
Terveystieteen laitos
puh. 014 - 215028

Leena Liimatainen
Jyväskylän sosiaali- ja
terveysalan oppilaitos
puh. 014- 633212

Auli Sjögren
Mikkelin ammattikorkeakoulu
puh. 015- 365277