

HOITOTYÖN OPISKELIJOIDEN TERVEYDEN EDISTÄMISAJATTELUN
KEHITYS KOULUTUKSEN AIKANA

Kirsti Kasila

Terveyskasvatuksen
Pro gradu-tutkielma
Terveystieteen laitos
Jyväskylän yliopisto
Kevät 2001

Tiivistelmä

Kirsti Kasila
Terveyskasvatuksen Pro gradu –tutkielma
Terveystieteen laitos, Jyväskylän yliopisto

Hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisajattelun kehitys koulutuksen aikana

Tutkielman tavoitteena oli seurantatutkimuksena selvittää hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisajattelun kehitystä koulutuksen alusta loppuvaiheeseen asti. Tutkimuksen teoreettisina lähtökohtina olivat näkemys terveyden edistämisestä, Habermasin tiedonintressit sekä Stenforsin tiedonkäsityksen luokituskategoriat. Tutkimuksen pääkysymykset olivat seuraavat: Mitä opiskelijat käsittävät terveyden edistämisellä ennen opiskelun alkamista? Minkälainen käsitys / näkemys terveyden edistämisestä opiskelijoille muodostuu opiskelun aikana?

Tutkimuksen aineistona käytettiin Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen Terveiden edistämistaitojen opetus ja oppiminen ammattikorkeakouluissa –tutkimusprojektiin kuuluvaa aineistoa. Tutkimusaineistot kerättiin kahden ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden ensimmäisen opiskeluvuoden alussa syksyllä 1997 ja kolmannen vuoden keväällä 2000. Ensimmäisen vaiheen aineisto sisälsi neljäntoista (n=14) opiskelijan esseekirjoitelmat terveyden edistämisestä. Toisen vaiheen aineiston muodostivat samojen opiskelijoiden haastattelut. Tutkimusaineistoja analysoitiin sisällön analyysillä.

Opiskelijoiden käsitykset terveyden edistämisestä monipuolistuivat ja laajenivat hoitotyön koulutuksen aikana. Kenelläkään opiskelijalla ei ollut koulutuksen loppuvaiheessa selkiintymätön tai pelkästään traditionaaliseen lähestymistapaan perustuva käsitys terveyden edistämisestä. Traditionaalinen lähestymistapa vaikutti kuitenkin opiskelijoiden terveyden edistämiskäsityksiin. Opiskelijat olivat keskenään eri tasoilla terveyden edistämisajattelun kehityksen kannalta.

Tutkimukseen osallistuneiden opiskelijoiden käsitykset terveyden edistämisestä toimivat pitkälti konkreettisella tasolla. Ajattelulle ja toiminnalle oli keskeistä inhimillisen todellisuuden tulkitseminen ja ymmärtäminen persoonien ja toimintojen kautta. Lisäksi yhteistoimintaa ja yhteisymmärrystä pyrittiin saavuttamaan viestinnän ja vuorovaikutuksen avulla. Opiskelijoiden ajattelusta puuttui kuitenkin tietoinen reflektioiva ote ja pyrkimys kokonaisvaltaiseen terveyden edistämisajatteluun. Tutkimuksen perusteella terveyden edistämisen opetuksessa on tärkeää, että aihe tunnistetaan ja määritetään selkeästi ammattikorkeakoulujen hoitotyön koulutuksessa. Lisäksi terveyden edistämisen opetuksessa tulee määrittää selkeät tavoitteet ja sisällöt.

Avainsanat: terveyden edistäminen, hoitotyön koulutus, käsitykset, näkemys, kehittyminen

Abstract

Kirsti Kasila

Pro gradu–study of Health Education

Department of Health Sciences, University of Jyväskylä

The Development of Health Promotion Thinking among Nursing Students during the Education

The aim of this follow-up study was to describe the development of health promotion thinking among students of health care during the education. The study based on the views of health promotion, Habermas knowledge-constitutive interests and Stenforss classification of knowledge. Main question was: How does the student`s health promotion thinking develop during the student years?

The data belongs to research project of health sciences of Jyväskylä University. The purpose of this project is to develop health promotion learning and training of polytechnichs. The research data included fourteen (n=14) student`s essays and fourteen (n=14) interviews. The essays collected from students of health care polytechnics in their first term in 1997. The same students participated in the interviews in their sixth term in 2000. These qualitative data were analysed by content analysis.

The study discovered development in the student`s general thinking of health promotion. Their concept of health promotion was similarly broadened and it became more versatile during the student years. Nobody had confused concept of health promotion or only traditional approach to health promotion in the end of study. But traditional model influenced to student`s thinking. Students were on the different level of health promotion thinking.

Student`s views of health promotion based on the concrete level. They want to interpret and understand reality by persons and action. Communication and interaction were also important. Students had not achieved profound, reflective and all-inclusive thinking of health promotion. The research shows that in the health care polytechnics it is imperative to define health promotion and make objects to education of health promotion.

Key concepts: health promotion, health care education, concepts, views, development

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| 1. JOHDANTO..... | 5 |
| 2. TERVEYDEN EDISTÄMISEN MUOTOUTUMINEN | 8 |
| 2.1. Traditionaalinen terveyden edistämisen lähestymistapa | 10 |
| 2.2. Sosiaalisen muutoksen lähestymistapa terveyden edistämässä | 12 |
| 2.3. Kasvatuksellinen lähestymistapa terveyden edistämässä | 13 |
| 2.4. Omaan hallintakykyyn perustuva terveyden edistämisen lähestymistapa..... | 14 |
| 2.5. Yhteenveto terveyden edistämisen ulottuvuuksista ja lähestymistavoista..... | 17 |
| 3. TIEDONINTRESSIT JA TERVEYDEN EDISTÄMISAJATTELUN KEHITYS..... | 19 |
| 3.1. Tiedonintressit, tietämisen tapa ja tiedon merkitys..... | 20 |
| 3.2. Tiedonintressien soveltaminen terveyden edistämisajatteluun | 21 |
| 4. TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUKSEN TARKOITUS | 26 |
| 4.1. Terveyden edistäminen hoitotyön opetussuunnitelmissa ja koulutuksessa..... | 26 |
| 4.2. Tutkimusaineistot..... | 30 |
| 4.3. Aineistojen analysointi..... | 31 |
| 5. TULOKSET | 34 |
| 5.1. Selkiintymätön terveyden edistämisajattelu | 34 |
| 5.2. Välineellistä tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämisajattelu | 35 |
| 5.3. Siirtymävaihe | 36 |
| 5.4. Suhteellista tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämisajattelu..... | 40 |
| 5.5. Koulutuksen aikana tapahtunut muutos | 41 |
| 6. POHDINTA | 45 |
| 6.1. Tutkimuksen luotettavuuden arviointia | 45 |
| 6.2. Johtopäätökset..... | 48 |
| LÄHTEET | 54 |
| LIITE..... | 62 |

1. JOHDANTO

Muuttuvassa yhteiskunnassa elävän väestön terveystarpeisiin vastaaminen vaatii terveyden edistäjältä laaja-alaista ammatillista, persoonallista ja eettistä näkemystä, vaihtoehtojen tuottamista, perustelujen esittämistä sekä niiden arvioimista. Hoitotyön tekijöillä on merkittävä terveyden edistämisen rooli, joka perustuu heidän laajaan terveydenhuollon toimintakenttään sekä mahdollisuuksiin toimia läheisesti yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen parissa (McDonald 1998). Viime vuosina terveyden edistämistä, sen merkitystä ja asemaa sekä opetusta on alettu tutkia ja korostaa myös hoitotyön koulutuksessa (Mäkisalo 1994, Smith, Masterson & Lask 1995, Rush 1997, Macleod Clark & Maben 1998, Liimatainen, Poskiparta & Sjögren 1999, Sjögren, Poskiparta & Liimatainen 2000). Muutospaineet koulutuksen kehittämiseen ovat tulleet sekä terveyden edistämisen kehityksestä itsestään että myös ympäröivästä yhteiskunnasta ja sen nopeasta muuttumisesta (Rimpelä 1994, vrt. Stenforss 1999). Terveysalan koulutus on murrosvaiheessa niin Suomessa kuin koko Euroopassa (Halme & Aavarinne 1999, Stenforss 1999). Hoitotyön koulutusta pyritään kehittämään korkeakoulutuksen suuntaan. Ammattikorkeakoulujärjestelmä voikin tarjota aikaisempaa joustavampia rakenteita terveyden edistämisen koulutukselle (Liimatainen ym. 1999).

Korkea-asteisessa koulutuksessa korostuu syvällisen käytäntö-teoriatiedon oppiminen ja yhdistäminen (Halme & Aavarinne 1999, Wheeler, Cross & Anthony 2000), ammatillinen osaaminen, monialainen oppimis- ja kehittämistyö sekä yhä enemmän myös kansainvälisyys (Sjögren ym. 2000). Lisäksi yhteiskunnan ja työelämän tarpeisiin vastaaminen korostuu tavoitteissa (Mäkisalo 1998). Näiden tavoitteiden toteutuminen vaatii opiskelijoilta myös innovatiivisten taitojen sekä ennakoivien suunnitteluvalmiuksien kehittämistä (Wheeler ym. 2000).

Terveyden edistäjällä tulee olla selvä kuva siitä, mitä hän edistää eli terveyden hahmotelma ja määritelmä (Downie, Tannahill & Tannahill 1996, Raphael 2000). Lisäksi terveyden edistäjällä tulee olla käsitys, mitä terveyden edistämällä tarkoitetaan (Raphael 2000, Sjögren ym. 2000).

Erilaiset terveyden määritelmät johtavat erilaisiin terveyden edistämiskäsityksiin ja -näkömyksiin (Kauhanen, Myllykangas, Salonen & Nissinen 1998). Terveyden edistäjän tulisi selkeästi hahmottaa terveyden edistämistoiminnan taustalla oleva ideologia sekä toimintaan vaikuttavat arvot ja periaatteet (Raphael 2000). Terveyden ja terveyden edistämisen erilaisten määritelmien ja arvojen hajaannus voi johtaa käsitesekavuuteen ja myös sekasortoiseen käytäntöön (Seedhouse 1997, Macleod Clark & Maben 1998). Tässä tutkimuksessa terveyden edistämisen näkemys määritettiin terveyden edistämisen ulottuvuudet ja lähestymistavat huomiioon ottavaksi kokonaisuudeksi, joka syntyy yksilön omakohtaisen kriittisen ja refleктоivan ajattelun kautta. Terveyden edistämiskäsityksessä yksilö on tiedostanut mutta ei vielä prosessoinut erilaisia terveyden ja terveyden edistämisen määritelmiä.

Tutkimuksessa tarkasteltiin terveyden edistämisen koulutusta opiskelijoiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli seurantatutkimuksena selvittää hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisajattelun kehitystä koulutuksen alusta loppuvaiheeseen asti. Terveyden edistämisajattelulla tarkoitetaan opiskelijoiden terveyden edistämiseen liittyviä ajattelu- ja pohdintaprosesseja. Tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä oli terveyden edistämisen lähestymistavat ja ulottuvuudet sekä Stenforssin (1999) soveltamat Habermasin tiedonintressit. Ulottuvuuksilla tarkoitetaan tieteenteoreettisesti ja filosofisesti määriteltyjä laajoja terveyden edistämisen linjauksia. Lähestymistapojen taas katsotaan syntyvän näiden linjausten kautta. Lähestymistavat ilmenevät kaikessa terveyden edistämistoiminnassa. Terveyden edistämisen lähestymistapojen tutkiminen on tärkeää, koska monentyyppisestä tiedosta muodostuvan tietoperustan opettamisessa ja kehittämisessä tarvitaan erilaisia lähestymistapoja ja metodeja (Antrobus 1997). Erilaiset lähestymistavat johtavat myös erilaisiin toimintatapoihin (Kiikkala & Munnukka 1995, Perttilä & Lehto 1997). Koulutuksen taustalla oleva, useimmiten näkymätön lähestymistapa muovaa voimakkaasti opiskelijoiden suhtautumista terveyden edistämiseen (Liimatainen ym. 1999). Siksi onkin perusteltua tutkia koulutuksen vaikutusta hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämiskäsityksiin ja -näkömyksiin juuri terveyden edistämisen lähestymistavoista ja ulottuvuuksista käsin.

Työssä sovellettiin terveyden edistämistutkimuksen ja kirjallisuuden lisäksi myös hoitotieteen (esim. Halme 1998, Karttunen 1999, Stenforss 1999, Vanhanen 2000) ja kasvatustieteen (Hakala 1992, Niemi 1992) puolella tehtyjä tutkimuksia tiedonkäsitysten muutoksista ja suuntautumisesta sekä tieteellisen ja kriittisen ajattelun kehityksestä. Tutkimuksen teoreettisen orientaation tehtävänä oli valaista terveyden edistämisen moniulotteisuutta ja luoda terveyden edistämistoiminnalle tutkittua ja perusteltua taustaa. Teoreettisen viitekehyksen puitteissa arvioitiin opiskelijoiden terveyden edistämiskäsityksiä ja näkemyksiä sekä niihin liittyviä ihmis- ja terveyskäsityksiä. Tältä pohjalta syntyi kategoriakuvaus, jonka avulla pystyttiin kuvaamaan koulutuksen aikana tapahtuneen kehityksen sisältöjä.

Hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisajattelun kehitystä on Suomessa tutkittu vähän. Maassamme ei ole juurikaan tehty seurantatutkimusta, jossa olisi pyritty selvittämään, miten hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisajattelu kehittyy koulutuksen aikana. Terveyden edistämisen oppimisen, opetuksen ja taustalla olevien lähestymistapojen tutkiminen sekä kriittinen arvioiminen on kuitenkin tärkeää, kun pyritään kehittämään terveyden edistämistä terveydenhuollossa (Smith ym. 1995, Liimatainen ym. 1999). Tutkimuksen avulla halutaankin herättää keskustelua terveyden edistämisopetuksen sisällöistä, päämääristä ja tavoitteista.

2. TERVEYDEN EDISTÄMISEN MUOTOUTUMINEN

Terveyden edistäminen on toimintaa väestön terveyden hyväksi, yksilöllisten ja yhteisöllisten voimavarojen sijoittamista terveyteen (Levin & Ziglio 1996, Lahtinen 1996). Terveyden edistämällä ja suojelemisella pyritään luomaan ihmisille mahdollisuus positiivisen terveyden ja hyvinvoinnin saavuttamiseen. Terveyden edistämistoiminta antaa ihmisille myös mahdollisuuden parantaa ja lisätä terveytensä hallintaa (Ottawa Charter 1986, Downie ym. 1996, Raeburn & Rootman 1998, Health21 2000). Positiivista terveyttä voidaan saavuttaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen tasapainon kautta. Terveyden määrittämisessä on huomioitava myös kulttuuriset ja taloudelliset tekijät (Health21 2000). Terveys on dynaaminen ja moniulotteinen käsite (Ingrosso 1993, Antrobus 1997). Raeburn ja Rootman (1998) painottavatkin terveyden kompleksisuuden ja muuttuvaisuuden huomioimista terveyden edistämässä. Heidän mielestään terveyden edistämisen tulisi olla laaja-alaista, monitahoista ja kehittymiskykyistä.

Terveyden edistämistä voidaan lähestyä erilaisten ulottuvuuksien kautta. Terveyden edistämisen ulottuvuudet syntyvät erilaisista teoreettisista ja filosofisista näkemyksistä (Caplan ja Holland 1990, Beattie 1991). Caplanin ja Hollandin (1990) esittämää teoriaa yhteiskunnasta voidaan soveltaa myös terveyden edistämiseen. Teoria sisältää kaksi ulottuvuutta, joiden keskeisinä sisältöinä ovat käsitykset tiedon ja yhteiskunnan luonteesta. Tiedon luonne kattaa jatkumon subjektiivisesta objektiiviseen. Tällöin vastakkain voivat olla esimerkiksi yksilön subjektiiviset kokemukset ja objektiiviset, kausaalisuutta ilmaisevat muuttujat. Käsitykset yhteiskunnan luonteesta vaihtelevat sosiaalisen sääntelyn ja radikaalin muutoksen välillä. Sosiaalisessa sääntelyssä yhteiskunnan nähdään muodostuvan erilaisista instituutioista, jotka palvelevat ja tyydyttävät ihmisten tarpeita. Ykseys ja järjestys ovat tällöin tärkeitä. Radikaalissa muutoksessa taas pyritään nimensä mukaisesti muuttamaan ja parantamaan ihmisten sosiaalisia, talouspoliittisia ja kulttuurisia olosuhteita. Beattien (1991) nimeämät terveyden edistämisen ulottuvuudet vaihtelevat ajasta, tilanteesta ja kohteesta riippuen yksilösuuntautuneen ja yhteisösuuntautuneen sekä autoritaarisen ja keskusteleavan jatkumon välillä. Terveyden edistäminen

voidaan jakaa Caplanin ja Hollandin sekä Beattien nimeämien ulottuvuuksien mukaisesti neljään eri osioon (kuvio 1).



Kuvio 1. Terveyden edistämisen muotoutuminen ulottuvuuksien kautta (Caplan & Holland 1990, Beattie 1991).

Egger, Spark, Lawson & Donovan (1999) kutsuvat osioita terveyden edistämisen strategioiksi eli toimintasuunnitelmiksi, kun taas Tones (1988) puhuu terveyden edistämisen neljästä lähestymistavasta. Näitä lähestymistapoja ovat traditionaalinen, kasvatuksellinen, sosiaalisen muutoksen lähestymistapa sekä omaan hallintakykyyn perustuva lähestymistapa. Ewles ja Simnett (1995) ovat myös käyttäneet vastaavanlaista luokitusta kuvatessaan terveyden edistämisen lähestymistapoja. Samansuuntaisia sisältöjä on lisäksi saatu jakamalla terveyden edistäminen sairaus- ja terveyslähtöiseen toimintatapaan. Sairauslähtöinen toimintatapa on pitkälti asiantuntijajohtoista, hoitaja tekee päätökset ja potilas on passiivinen ja riippuvainen. Terveyslähtöisessä toiminnassa taas pyritään korostamaan yksilöllistä ja osallistuvaa vuorovaikutusta. (Macleod Clark 1996.) Terveyslähtöisessä terveyden edistämässä korostuu terveyden taustatekijät ja tavoitteeksi määrittyy terveysvarannon kasvattaminen (Kauhanen ym. 1998, Downie ym. 1996).

Lähestymistapojen voidaan katsoa rakentuvan kolmen keskeisen kysymyksen ympärille. Miten ymmärrämme ihmisen, miten ymmärrämme terveyden ja sairauden sekä millaista on terveyden edistäminen, joka johtaa parempaan, positiivisempaan terveyteen? Terveyskäsitystä voidaan pitää terveyden edistämisen peruslähtökohtana (Perttilä 1999, Liimatainen ym. 1999). Myös ihmiskäsitys lukeutuu terveyden edistämisen lähtökohtiin, sillä ihmiskäsitys vaikuttaa siihen, miten ihminen kohdataan ja miten häntä hoidetaan terveydenhuollon järjestelmissä (Lindqvist 1988). Ihmiskäsitys vaikuttaa terveystieteiden muodostumiseen, koska terveys on jotakin

ihmisessä, ei tämän ulkopuolinen ilmiö tai tila (Åstedt-Kurki 1989). Ihmiskäsityksen täsmällistä sisältöä on vaikea tavoittaa, mutta ihmiskäsityksellä voidaan tarkoittaa yleistä perus-
asennoitumista ihmiseen (Lindqvist 1988). Ihmiskäsitystä pohdittaessa on mietittävä, miten ihminen on olemassa eli millaisissa ulottuvuuksissa ihminen toteutuu (Rauhala 1986, 1988).

2.1. Traditionaalinen terveyden edistämisen lähestymistapa

Terveyden edistämisen traditionaaliseen lähestymistapaan sisältyvä ihmiskäsitys on pitkälti naturalistinen. Lähestymistavassa ihminen käsitetään ensisijaisesti fyysiseksi olennoiksi (Kalkas 1990). Naturalistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen käyttäytyy biologisten ja psykologisten lakien mukaan. Ihminen nähdään muun luonnon osana. Ihmisen kuvauksesta käytetäänkin luonnontieteellisiä termejä kuten organismi, systeemi, energia ja lainalaisuus. (Hentinen & Lauri 1983, Lagerspetz 1988, Dunderfelt 1997.) Naturalistisessa ihmiskäsityksessä ei huomioida yksilön tahdon vapautta ja motivaatiota eikä ihmisten yksilöllisellä erilaisuudella, kokemuksilla ja tunteilla ole juurikaan merkitystä. Näin ihmiskäsitys jää melko mekanistiseksi.

Naturalistiseen ihmiskäsitykseen pohjautuvassa terveystieteessä terveys määritellään sairauksien, oireiden ja löydösten puuttumisena. Sairaus on organismin toimintahäiriö. Toiminta katsotaan häiriytyneeksi silloin, kun se ei edistä organismin säilymistä tai lisääntymistä. (Kauhanen ym. 1998.) Traditionaalista terveyden edistämisen lähestymistapaa voidaan pitää sairauslähtöisenä, koska terveys ymmärretään siinä sairauksien poissaolona. Sairauksien ja tautien syytekijät, riskit ja niiden tunnistaminen ovat keskeinen osa lähestymistapaa. Lähestymistavan tavoitteena onkin ehkäistä ja vähentää sairastuvuutta ja ennen aikaista kuolleisuutta. Traditionaalinen lähestymistapa on asiantuntijakeskeinen ja usein yksilösuuntautunut. Toiminnan kohderyhmänä voi olla myös koko väestö tai tietty riskiryhmä. Asiakkaan rooli terveyden edistämisen prosessissa on passiivinen ja mukautuva. (Tones 1988, Kauhanen ym. 1998, Ewles & Simnett 1995, Naidoo & Wills 1998.) Lähestymistavassa ihmisen moraalisen velvollisuutena pidetään tieteellisen tiedon perusteella määriteltyjen terveyden normien nou-

dattamista (Kalkas 1990). Yksilöllisillä, terveellisillä elintavoilla ja valinnoilla nähdään olevan tärkeä merkitys terveyden ylläpitämisessä ja edistämässä.

Traditionaalisessa terveyden edistämisen lähestymistavassa toiminta, suunnittelu ja päätöksenteko kanavoituvat pitkälti terveydenhuollon kautta (Kauhanen ym. 1998, Naidoo & Wills 1998). Näin ymmärrettynä terveyden edistämiseen kuuluu muun muassa terveystarkastukset, seulonnat, rokotukset, terveysneuvonta, terveyden suojeleminen ja sairauksien hoito sekä terveyden ylläpitäminen terveellisten elämäntapojen avulla. Tutkimusten mukaan fysiologisiin tekijöihin, terveyskäyttäytymiseen ja elämäntapoihin liittyviä muutoksia on saatu aikaan terveydenhuollon kautta tapahtuvissa terveystarkastuksissa (Imperial Cancer Research 1995, Lindholm, Ekblom, Dash, Eriksson, Tibblin & Scherstén 1995) ja terveysneuvonnassa (Marniemi, Seppänen, Impivaara, Jarvisalo, Mäki & Vuori 1996, Haddock & Burrows 1997, Louheranta & Uusitupa 2000). Terveyttä ja positiivista terveyskäyttäytymistä voidaan edistää terveydenhuollon keinoin. Hyödyt ovat todellisia, mutta niitä on arvioitava suhteessa kustannuksiin ja muihin prioriteetteihin (Imperial Cancer Research 1995, Lindholm ym. 1995.)

Terveyden edistämisen traditionaaliseen lähestymistapaan pohjautuva tutkimus ja arviointi keskittyvät useasti terveydenhuollon kautta tapahtuvaan toimintaan sekä riskitekijöihin ja käyttäytymiseen (Raphael 2000). Lisäksi tutkimuksissa on monesti yksilöpainotteinen näkökulma vaikuttavuuteen. Toiminnan hyöty voi kuitenkin olla rajoittunut ja siksi esimerkiksi sairauksien riskitekijöihin vaikuttaminen vaatii laajempaa suunnittelua ja monipuolisempia toiminta- ja viestintämetodeja (Lindholm ym. 1995). Terveyden edistämistoiminnan aikaan saamat tulokset ja muutokset ovat useasti hyvin kompleksisia ja ainutlaatuisia yksilöille ja tilanteille. Perinteinen lähestymistapa ei ehkä ole paras keino arvioida terveyteen liittyviä asioita ja muutoksia esimerkiksi yhteisöissä ja sosiaalisissa tilanteissa. (Raphael 2000.) Traditionaalinen lähestymistapa on edelleen hyvin yleistä terveydenhuollon terveyden edistämistyössä (Antrobus 1997, Liimatainen ym. 1999), vaikka se jättää suurimmalta osin huomiotta yksilön sisäiset psykologiset tekijät sekä yksilöön vaikuttavat sosiaaliset ja ympäristölliset tekijät.

2.2. Sosiaalisen muutoksen lähestymistapa terveyden edistämässä

Sosiaalisen muutoksen lähestymistapaan liittyvän materialistisen ihmiskäsityksen mukaan kaikki ilmiöt ja asiat ovat johdettavissa materiaalisesta maailmasta käsin. Tässä ihmiskäsityksessä sisäisen maailman tutkiminen ja tarkastelu tapahtuu usein hyvin mekaanisin käsittein ja mallein. (Dunderfelt 1997.) Sosiaalisen muutoksen (radikaali) malli korostaa sosioekonomisen ympäristön tärkeyttä terveyden määrittämisessä. Malli keskittyy poliittiselle ja ympäristölliselle tasolle ja sen pyrkimyksenä on terveyttä edistävä sosioekonominen ja fyysinen ympäristö. (Tones 1988, Ewles & Simnett 1995, Naidoo & Wills 1998.)

Lähestymistapa pohjautuu laaja-alaiseen näkemykseen terveyttä edistävästä ympäristöstä. Kuitenkin esimerkiksi terveyden edistämistä sivuavassa terveystieteellisessä keskustelussa ongelmana voi olla, että terveyden edistäminen käsitetään pelkästään terveystieteelliseksi. Tällöin terveyden edistämisen perusidea palautuu ainoastaan yksilöllisiin terveystapoihin ja tottumuksiin sekä niiden muuttamiseen. (Sihto 1997.) Sosiaalisen muutoksen lähestymistavan tavoitteena on herättää kriittistä tietoisuutta ja virittää sosiaalista ja yhteisöllistä toimintaa. Onnistumisen kriteerinä pidetään sitä, millaisia sosiaalisia muutoksia saadaan aikaan. Mallissa käytetään usein ylhäältä alaspäin suuntautuvaa työskentelytapaa. (Tones 1988, Ewles & Simnett 1995, Naidoo & Wills 1998.)

Sosiaalisen muutoksen lähestymistapa näkyy muun muassa Maailman terveysjärjestön (WHO) Terveet kaupungit –projektissa (Horelli & Kukkonen 1995) ja sen pohjalta laaditussa kaupunkisuunnittelussa ja päätöksenteossa (Strobl & Bruce 2000). Terveet kaupungit -projektin lähtökohtana on, että terveystieteellisen tulisi olla aina mukana kun tehdään terveyttä sivuavia päätöksiä (Sihto 1997). Projektissa pyritään edistämään terveyttä tukevaa ympäristöä haittojen ja riskien torjumisella sekä uudentyötyypisten palvelujen ja terveyttä edistävien tukiverkoston luomisella (Horelli & Kukkonen 1995). Tavoitteena on myös osallistuvuuden tukeminen ja toiminnan monipuolistaminen. Stroblin ja Brucen (2000) tutkimuksen mukaan tasavertainen,

ihmisten osallistumista tukeva toimintatapa edellyttää tarpeellisia resursseja, aikaa ja päätöksentekoon osallistuvien tukemista sekä kaksisuuntaista viestintää.

2.3. Kasvatuksellinen lähestymistapa terveyden edistämisessä

Terveyden edistämisen kasvatuksellinen lähestymistapa pohjautuu humanistiseen ihmiskäsitykseen. Humanistinen ihmiskäsitys huomioi ihmisen biofyysiset tarpeet, yksilölliset ja ainutkertaiset kokemukset ja elinympäristön, jossa yksilö elää vuorovaikutuksessa. Ihmiskäsityksen mukaan yksilöön voidaan vaikuttaa kehon lisäksi myös tajunnan kautta kuten neuvomalla, opettamalla ja tukemalla. Ihminen voi myös itse vaikuttaa omaan elämäänsä, koska hän on oppiva, tahtova ja tunteva olento. Humanistisen ihmiskäsityksen mukaan ihminen on vapaa valitsemaan ja vastuullinen teoistaan. (Hentinen & Lauri 1983.) Kasvatuksellisen lähestymistavan perimmäinen ihmiskäsitys on rajoittunut. Täydellisen kyvykkään ja vastuullisen ihmisen ihanne voi nimittäin osoittautua harhaksi, sillä arkielämässä vapaat, tiedollisesti perustellut valinnat ovat harvinaisia ja sen sijaan erilaiset sidonnaisuudet ja rutiinit ovat yleisiä (Nupponen, Aarva, Laitakari, Miilunpalo, Paronen & Urponen 1991).

Terveyden edistämisen kasvatuksellisessa lähestymistavassa erilaiset terveystieteelliset käsitteet samannäköisiksi (Nupponen ym. 1991). Lähestymistavassa korostetaan rationaalisuutta ja valinnan vapautta. Lähestymistavassa yritetään tuottaa tietoa ja informaatiota sekä parantaa ja kehittää yksilöiden taitoja, jotta he voisivat tehdä tietoisia valintoja terveystietäytymisessään. Näkemyksen mukaan tieto on valinnan vapauden lähtökohta. (Tones 1988.) Lähestymistavalle on ominaista, että terveyttä koskeva tieto erotetaan toimintaa perustelevasta päätöksestä. Lähestymistavan tulokseksi riittää yksilön tekemä tietoinen, omien arvojensa mukainen valinta, vaikka valittu vaihtoehto ei olisikaan terveyden kannalta suotuisa. (Nupponen ym. 1991.) Lähestymistavan menetelminä voivat olla keskustelut ja roolipelit, mutta hyvin useasti menetelmänä on asiantuntijajohtoinen kasvatus ja opetus. (Tones 1988, Naidoo & Wills 1998.) Kasvatuksellinen lähestymistapa korostaa tiedon merkitystä ja jättää vähemmälle huomiolle sosiaaliset ja taloudelliset tekijät.

Pelkän tiedon jakaminen ei aina kuitenkaan riitä. Tämä tulee esille niin Nygrenin (1997) terveysneuvontatilanteen interventiotutkimuksessa kuin myös Poskiparran (1997) tutkimuksessa sairaanhoitajien terveysneuvontatilanteiden vuorovaikutuksesta. Molemmissa tutkimuksissa tuli selkeästi esille, että asiakkaat tarvitsevat ja kaipaavat terveysneuvontatilanteissa asianmukaisen tiedon lisäksi myös yksilöllistä tukea. Terveysneuvonnassa tarvitaan jo samankin asiakaskontaktin aikana muuntuvia, yksilöllisiä toteutustapoja (Poskiparta 1997). Tämä pätee myös koko yhteisöä koskevaan kasvatukselliseen terveyden edistämiseen. Yhteisöön perustuvat, mutta pelkästään perinteiset toimintastrategiat ovat vain osittain menestyksellisiä ja vaikuttavia (Dunt, Day & Pirkis 1999).

2.4. Omaan hallintakykyyn perustuva terveyden edistämisen lähestymistapa

Omaan hallintakykyyn perustuvassa terveyden edistämisen lähestymistavassa korostuu ihmiskäsityksen merkitys. Lähestymistavassa ihminen nähdään kokonaisvaltaisena minätietoisena, ajattelevana, tuntevana ja tahtovana olentona (Kalkas 1990). Rauhalan (1986, 1988) kokonaisvaltaisen ihmiskäsityksen lähtökohtana on ihmisen olemuksen tarkastelu kolmijakoisena, kehollisena, tajunnallisena ja situationaalisena kokonaisuutena.

Kehollisuus käsittää ihmisen olemassaolon orgaanisena tapahtumisena, elinten ja elinjärjestelmien toimintana. Tajunnallisuuteen liittyy ihmisen psyykkis-henkinen olemassaolo. Psyykkisellä tarkoitetaan ihmisen olemuksen kokemuksellisuutta, kuten hyvän- ja pahanolon tuntemuksia, mielihyvää ja pelkoja. Henkisyys on taas korkeamman asteen tajunnallisuutta, jossa korostuu tietäminen ja käsitteellistäminen. Myös arvotajunta edustaa henkisyttä. Arvotajunnalla tarkoitetaan muun muassa ihmisarvon kunnioittamista, arvojen asettamista, arvoratkaisujen tekemistä sekä vastuullisuutta itsestä ja lähimmäisistä. Henkisyteen liittyy myös yksilöllisyyden saavuttaminen. Situationaalisuudella tarkoitetaan ihmisen ainutkertaista elämäntilannetta, johon ihmisen kehollisuus ja tajunnallisuus ovat suhteessa. Situaatiota ovat ihmisen fyysinen, psykososiaalinen ja kulttuurinen ympäristö kuten ihmiset, esineet ja asiantuntijat. Situationaalisuuden

käsittäminen ihmisen yhdeksi olemuspuoleksi auttaa ymmärtämään yksilön elämäntilanteen tärkeyttä hänen terveyden ja sairauden osatekijänä. (Rauhala 1986, 1988.)

Lähestymistavan terveystiedon on moniulotteinen ja kokonaisvaltainen. Terveystiedon perustuu kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen. Kokonaisvaltaisessa terveystiedossa terveys nähdään ihmisten ja yhteisöjen henkilökohtaisen, sosiaalisen ja taloudellisen kehittymisen voimavarana (Perttilä 1999). Terveyden tärkeiksi osatekijöiksi nousevat edellisten lisäksi myös yhteiskunnalliset ja ympäristölliset tekijät (Ewles & Simnett 1995). Omaan hallintakykyyn perustuvassa terveyden edistämisen lähestymistavassa tarkastellaan ihmisen autonomiaa, itsensä rakentamaa tunnetta, käsitystä sekä kokemusta omista voimavaroista ja resursseista. Elämän ja terveyden hallintakyky pohjautuu yksilöiden kykyyn vaikuttaa ja viestiä ympäristönsä kanssa vastavuoroisesti (Tones 1998).

Hallintakykykäsitteen määrittäminen on vaikeaa, koska toiminnan strategiat ja lopputulos voivat vaihdella suurestikin. Englanninkielisessä kirjallisuudessa hallintakäsitettä vastaa lähinnä termi empowerment. Leino-Kilpi, Mäenpää ja Katajisto (1999) määrittelevät hallintakäsitteen sellaiseksi ajattelu- ja toimintakokonaisuudeksi, jonka avulla ihminen saavuttaa hallinnan elämäänsä, kokee elämänsä mielekkääksi sekä itsensä kyvykkääksi ongelmatilanteissa. Samat tutkijat lukevat sisäisen hallinnan sisältöalueiksi ja lähteiksi biologis-fysiologiset, tiedolliset, toiminnalliset, sosiaalis-yhteisölliset, eettiset, kokemukselliset ja/tai ekonomiset asiat ja tekijät. Järvikosken (1994) kuntoutustutkimuksessa koetun elämäntilanteen muodostivat koherenssin tunne, tyytyväisyys elämään, riittävä toimeentulo ja sosiaalinen kanssakäyminen. Hallintakykykäsitteen määrittelyssä ja käyttämisessä täytyy olla kriittinen ja sitä tulee soveltaa vain sille sopiviin tilanteisiin (Skelton 1994). Sisäinen hallintakäsite voi kuitenkin auttaa ratkaisemaan yhtä terveyden edistämisen tärkeää dilemmaa, nimittäin sitä miten yhdistetään sairauksien ehkäisy ja terveyden suojeleminen sekä kunnioitus yksilön valinnan vapautta kohtaan (Tones 1998).

Omaan hallintakykyyn perustuvassa lähestymistavassa yksilöllä nähdään olevan oikeus määrittellä omat terveystarpeensa sekä oikeus tehdä omia terveystilanteita ja tietoisesti suunnata

elämäänsä (Williams 1995). Lähestymistapa korostaa yksilön henkilökohtaista kasvua ja kehitystä sekä sosiaalisten ja elämäntaitojen omaksumista (Raeburn & Rootman 1998). Terveyden edistäjän roolina on toimia motivoijana, vastavuoroisena ja tasa-arvoisena vuorovaikutuksen ohjaajana ja tukijana. (Tones 1988, Naidoo & Wills 1998, Raeburn & Rootman 1998.) Tällaisessa roolissa terveyden edistäjä voi osallistua yhdessä asiakkaan kanssa terveyden edistämisen oppimaan oppimisprosessiin (Poskiparta 1997). Elämän hallinnan lähestymistapa on humaani, sillä siinä ei ole paljoakaan preventiiviseen lähestymistapaan liittyvää holhoamisen mahdollisuutta eikä valinnan korostamisessa vaanivaa välinpitämättömyyttä (Nupponen ym. 1991).

Omaan hallintakykyyn perustuvassa terveyden edistämisen lähestymistavassa korostuu ihmis- ja voimavarakeskeisyys. Mc Williamin, Stewardin, Brownin & McNairin (1997) tutkimuksessa ihmis- ja voimavarakeskeisen terveyden edistämisen prosessin nähtiin etenevän osallistumisen ja kuuntelemisen kautta luottamuksen ja vuorovaikutuksen luomiseen sekä sen jälkeen toimintamallien tunnistamiseen, toiminnan uudelleen suuntaamiseen ja myönteiseen muutokseen. Myös Tones (1993) korostaa ihmis- ja voimavarakeskeisyyttä sairaanhoitajan terveyden edistämistyössä. Jos sairaanhoitaja ottaa terveyden edistämisen vakavasti, hän aktiivisesti vahvistaa potilaan / asiakkaan elämänhallintakykyä. (Tones 1993.) Hallintaa ei voi kuitenkaan antaa toiselle ihmiselle, vaan se on voimavara itsessään. Hoitotyöntekijä ei voi tuottaa terveyteen liittyvää hallintaa toiselle ihmiselle, vaan hän voi ainoastaan tukea ja edistää toisessa ihmisessä syntyvää hallinnan kokemusta ja siihen perustuvaa toimintaa. (Leino-Kilpi ym. 1999.)

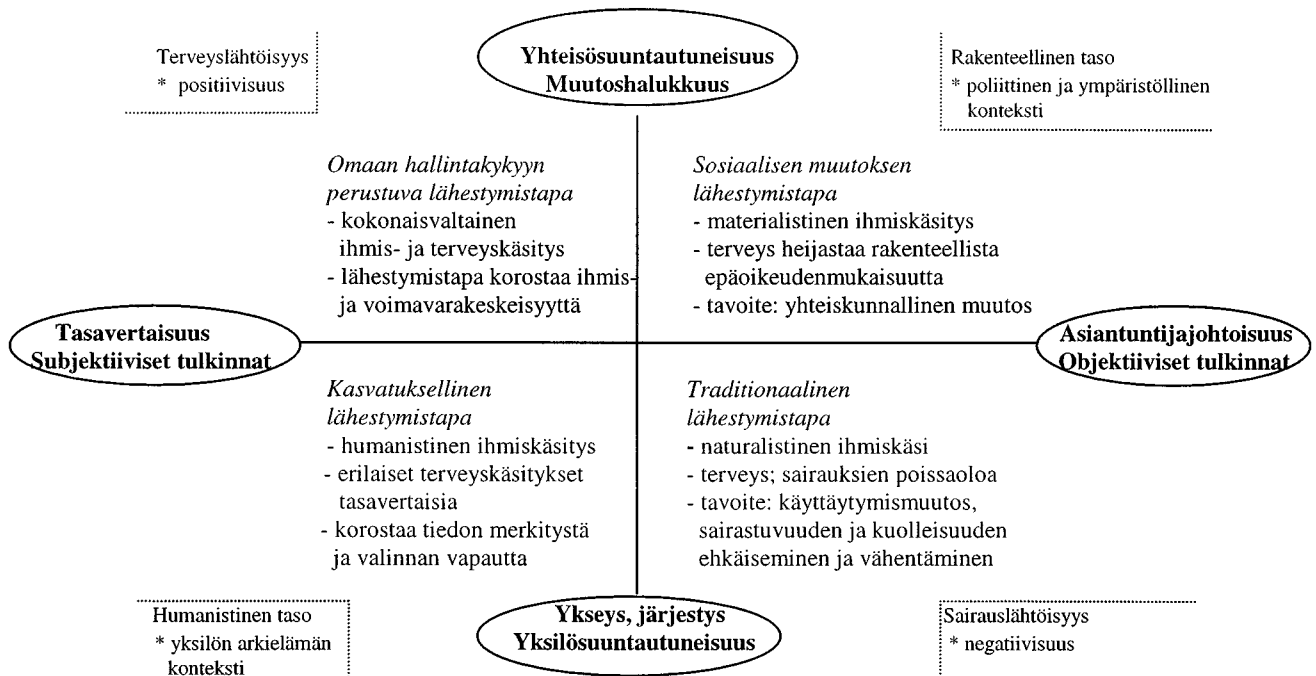
Lähestymistapaa on syytä laajentaa yksilön ohella myös koko yhteisöä ja ympäröivää yhdyskuntaa koskevaksi (Raeburn & Rootman 1998, Tones 1998). Yhteisöllinen näkemys terveyden edistämisen onkin lisääntynyt. Yhteisöllisessä näkemyksessä kartoitetaan yhteisöjen vahvuuksia ja velvollisuuksia sekä myös vaikeuksia ja ongelmia. Ihmisten väliset suhteet fyysisissä, sosiaalisissa ja yhteisöllisissä ympäristöissä nähdään tärkeinä yksilölliseen ja yhteisölliseen elämänlaatuun vaikuttavina tekijöinä. (Raphael, Steinmetz, Renwick, Rootman, Brown, Sehdev, Phillips & Smith 1999.) Ihmiset elävät yksilöllisen kontekstin lisäksi myös yhteisöl-

lisessä kontekstissa. Siksi yhteisöjen huomioiminen ja niiden voimavarojen lisääminen kuuluu kokonaisvaltaiseen terveyden edistämiseen.

2.5. Yhteenvedo terveyden edistämisen ulottuvuuksista ja lähestymistavoista

Terveyden edistämisen lähestymistavoissa voidaan havaita erilaisia painotuksia kuuden eri ulottuvuuden mukaan (kuvio 2). Ulottuvuudet liittyvät terveyden edistämistoiminnan *näkökulman valintaan* (yksilö – yhteisösuuntautuneisuus, rakenteellinen taso – humanistinen taso, sairaus – terveyslähtöisyys), *tavoitteen asettamiseen* (muutoshalukkuus - ykseys ja järjestys) ja *terveyden edistämisen vuorovaikutustilanteisiin* (tasavertaisuus – asiantuntijajohtoisuus) sekä *niissä huomioitaviin asioihin* (subjektiiviset - objektiiviset tulkinnat)(vrt. Caplan & Holland, Beattie 1991).

Terveyden edistämisen lähestymistavat eroavat toisistaan vielä ihmis- ja terveystieteiden sekä keskeisen korostuksen ja tavoitteen mukaan (kuvio 2). Erilaiset lähestymistavat johtavat myös erilaisiin toimintatapoihin (Kiikkala & Munnukka 1995, Perttilä & Lehto 1997). Käytännön työssä tarvitaan kaikkia terveyden edistämisen lähestymistapoja täydentämässä toisiaan. Tällöin toiminta voi sisältää riskien, oireiden, sairauksien ja yksilöiden lisäksi niiden taustalla vaikuttavat tekijät (Liimatainen ym. 1999). Samalla myös terveyden edistämisen kaikista toteuttamiskäytännöistä tullaan tietoisiksi. Terveyden edistämisessä ei ole yhtä oikeaa tavoitetta tai lähestymistapaa. Jokaisen ammattihenkilön on määriteltävä tavoitteensa ja toimintatapansa ammattinsa, arvojensa ja asiakkaan tarpeiden määrittämisen perusteella (Ewles & Simnett 1995). Terveyden edistämisen toiminta vaatii aina tutkitun ja perustellun taustan (Green 2000). Teoreettinen orientaatiopohja ei kuitenkaan ole tarkasti määritelty ja muuttumaton kokonaisuus, vaan tärkeää siinä on dynaamisuus ja kehitysvalmius. Terveyden edistämisen ulottuvuuksien ja lähestymistapojen rajat voivat olla hyvinkin liukuvia, joskus jopa näkymättömiä. Siksi olennaista onkin kokonaisuuden hahmottaminen.



Kuvio 2. Terveystieteiden edistämisen ulottuvuudet ja lähestymistavat (ks. Tones 1988, Caplan & Holland 1990, Beattie 1991).

3. TIEDONINTRESSIT JA TERVEYDEN EDISTÄMISAJATTELUN KEHITYS

Kyky ajatella kriittisesti on välttämätöntä terveyden edistämässä. Kriittinen ajattelu sisältää toiminnan ohjaamista, asioiden jäsentelyä kokonaisuuksiksi sekä aiempien tiedon perusteiden reflektointia eli uudelleenarviointia (Mezirow 1995a). Käytännön työssä kriittistä ajattelua tarvitaan muun muassa päätöksentekoprosesseissa. Päätöksentekoprosessiin sisältyy ongelman tunnistaminen, informaation kerääminen, vaihtoehtojen tuottaminen ja päätöksen tekeminen (Benner 1993). Terveyden edistämisprosessissa tämä tarkoittaa, että terveyden edistäjän tulee tunnistaa ongelmat sekä pohtia yhdessä asiakkaan kanssa prosessin tavoitteita ja sopivia keinoja niiden saavuttamiseksi (esim. Hentinen 1992, Mc William ym. 1997, vrt. Halme 1998, Raphael 2000). Terveyden edistäjän tulee myös arvioida prosessia ja sen etenemistä koko ajan. Tutkivan työskentelyotteen löytäminen (Mikkonen 1995), tutkitun tiedon tarkastelu ja tuottaminen (Halme & Aavarinne 1999) sekä arvioiva ja kriittinen tiedon ja todellisuuden tarkastelu (Stenforss 1999) nousevat keskeisiksi tekijöiksi terveyden edistämisen ajattelu- ja päätöksentekoprosesseissa.

Habermas (1987) on määrittänyt kolme tiedonintressiä, joiden tavoitteena on liittää tietämisen tapa tiedon merkitykseen. Tiedonintressien kautta pyritään luomaan laaja ja systemaattinen todellisuuden ja sen eri piirteiden viitekehys. Stenfors (1999) on soveltanut tiedonintressejä tutkiessaan hoitotyön opiskelijoiden tieteellisen ja kriittisen ajattelun kehitystä. Stenfors määritteli tutkimuksessaan neljä tiedonkäsityksen luokituskategoriaa. Stenforssin käyttämä määritelmä tiedonkäsityksestä ei vastaa tässä tutkimuksessa käytettävää, johdannossa määriteltyä terveyden edistämisen käsitystä. Tiedonintressejä on sovellettu myös kasvatustieteen puolella (Hakala 1992, Niemi 1992). Tässä tutkimuksessa sovelletaan Stenforssin tiedonkäsityksen luokituskategorioita hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisaatteluun kehittymisen tutkimiseen koulutuksen aikana. Kasvatustieteen puolella tehdyistä tutkimuksista pyritään saamaan lisänäkökulmaa koulutuksen vaikutusten ja muutosten tutkimiseen.

3.1. Tiedonintressit, tietämisen tapa ja tiedon merkitys

Stenforssin (1999) tiedonkäsityksen luokituskategoriat pohjautuvat Habermasin (1987) kolmeen tiedonintressiin. Habermasin tekninen, praktinen ja emansipatorinen tiedonintressi sisältävät oman teoreettisen taustansa. Tekniselle tiedonintressille on ominaista luonnontieteellinen kausaaliselittäminen. Tiedonintressin näkökulmasta todellisuus koostuu observoitavista, yleistettävistä ja manipuloitavista lainmukaisuuksista. Teknisen tiedonintressin toiminnallinen vastine on välineellinen (instrumentaalinen) toiminta. Välineellisessä toiminnassa ihminen haluaa oppia tuntemaan luonnon, jotta hän voisi täysivaltaisesti hallita sitä. Teknisellä tiedonintressillä ei voida kuitenkaan selittää koko todellisuutta. Syy-seuraussuhteet eivät selitä varsinkaan inhimillistä todellisuutta. (Kannisto 1986, Habermas 1987, Niemi 1992, Kangas 1994, Stenfors 1999.)

Praktisessa tiedonintressissä todellisuutta rakennetaan persoonien, toimintojen, motiivien ja tarkoitusten kautta. Tässä tiedonintressissä keskeistä on ymmärtäminen ja inhimillisen todellisuuden tulkinta. Praktisen tiedonintressin tavoitteena on yhteisymmärryksen ja yhteisen toiminnan saavuttaminen kielivälitteisen kommunikaatioprosessin avulla. Praktisen tiedonintressin toiminnallinen muoto onkin kommunikatiivinen toiminta. Tässä toiminnan muodossa sosiaaliset rakenteet ja ilmiöt syntyvät ihmisten merkityksenannon kautta. Toiminnan tarkoituksena on yhteisen merkitysmaailman luominen ja sen jatkuvuuden turvaaminen. Toimiminen muotoutuu merkityssisältöjen tunnistamisen ja niiden suuntautumisen mukaisesti. (Kannisto 1986, Habermas 1987, Niemi 1992, Kangas 1994, Stenfors 1999.)

Emansipatoriseen tiedonintressiin liittyy keskeisesti kriittinen ja reflektiivinen ajattelu. Emansipatorisen tiedonintressin toiminnallinen vastine on kriittinen reflektio. Kriittinen reflektio tarkoittaa tiedostamista ja paljastamista. (Kannisto 1986, Habermas 1987, Niemi 1992.) Kriittisessä reflektiossa kyseenalaistetaan tavanmukaiset ja vakiintuneet oletukset, joilla aikaisemmin on tulkittu asioita (Mezirow 1995b). Toiminnan tavoitteena on tarkastella olemassa olevia toimintamuotoja reflektiivisesti ja kriittisesti sekä vapautua esimerkiksi luonnon muo-

dostamista esteistä tai kommunikatiiviseen toimintaan sisältyvistä vääristä periaatteista. Tätä kautta voidaan muuntautua kohti täydellisempää, eriytyneempää, syvällisempää ja kokonaisvaltaisempaa ymmärtämystä todellisuudesta. (Kannisto 1986, Habermas 1987, Niemi 1992, Mezirow 1995b.) Habermas piti tätä tiedonintressiä tärkeimpänä tiedonintressinä (Habermas 1987).

3.2. Tiedonintressien soveltaminen terveyden edistämisajatteluun

Stenfors (1999) on määrittänyt Habermasin tiedonintressien pohjalta neljä tiedonkäsityksen luokituskategoriaa, joita ovat selkiintymätön, välineellinen, suhteellinen ja emansipatorinen tiedonkäsitysluokka. Seuraavassa kuvataan näiden tiedonkäsitysluokkien sisältöjä ja sen jälkeen sovelletaan niitä terveyden edistämisajatteluun. Huomattavaa sovelluksessa on eri luokkien rajojen häilyvyys. (taulukko1).

Taulukko 1. Tiedonintressien (Habermas 1987), tiedonkäsitysluokkien (Stenfors 1999) ja terveyden edistämisajattelun yhteys.

| <i>Habermas (1987)</i> | | Tekninen tiedonintressi | Praktinen tiedonintressi | Emansipatorinen tiedonintressi |
|---|--|--|---|---|
| <i>Stenfors (1999)</i> | Selkiintymätön tiedonkäsitys - pirstaleisuus - selkiintymättömyys | Välineellinen tiedonkäsitys - määrällisyys - välineellisyys | Suhteellinen tiedonkäsitys - soveltaminen - suhteellistaminen - valikoiminen - kritisoiminen | Emansipatorinen tiedonkäsitys - oma, selkeä, kriittinen ja tietoa arvioiva näkemys - perustelujen pohdinta |
| <i>Tiedonkäsitysluokkien soveltamisen terveyden edistämisajatteluun</i> | - Ei käsitystä terveyden edistämisestä | Traditionaalinen terveyden edistämisen lähestymistapa | - Terveyden edistämiskäsitysten muodostuminen; terveyden edistämisen lähtökohtien ja kaikkien lähestymistapojen arvioiminen, valikoiminen ja kritisoiminen. | - Kokonaisvaltaisen terveyden edistämisajattelun kehittyminen; kokonaisvaltainen terveyden edistämisenäkemys, terveyden edistämisen erilaiset alueet ja kontekstit. |

Pirstaleiseen ja selkiintymättömään tiedonkäsitykseen liittyy tiedon ymmärtämisen puutteellisuus (Stenfors 1999). Terveiden edistämisajattelussa tämä merkitsee, että yksilöllä ei ole näkemystä terveyden edistämisestä eikä hän ole myöskään miettinyt asiaa kovin paljoa (taulukko 1).

Välineellinen tiedonkäsitys pohjautuu tekniseen tiedonintressiin. Välineellinen tiedonkäsitys kuvaa määrällistä ja välineellistä käsitystä tiedosta. Tässä tiedonkäsityksessä tietoa ei sovelleta, suhteellisteta, valikoida eikä kritisoida. (Stenfors 1999.) Kasvatuksen alueella välineellisessä tiedonkäsityksessä ja toiminnassa kohde nähdään raaka-aineena, jota käsitellään tavoiteltujen reaktioiden saavuttamiseksi (Hakala 1992, Niemi 1992). Välineellisessä toiminnassa pyritään syy-seuraussuhteiden tehokkaaseen valvontaan suorituksen parantamiseksi (Mezirow 1995b). Tieto jää tällaisessa näkemyksessä persoonattomaksi ja ilman merkityssuhteiden arviointia (Hakala 1992, Niemi 1992). Välineellinen toiminnan muoto toteutuu silloin, kun henkilö hallitsee toiminnan tekniset puolet, mutta hänellä ei ole valmiuksia arvioida oman toimintansa merkityksiä ja seurauksia suhteessa ympäröivään kontekstiin ja siinä ilmeneviin arvoihin (Niemi 1992).

Välineellistä tiedonkäsitystä heijastavassa terveyden edistämisajattelussa keskeistä on pelkästään terveyden edistämisen traditionaalinen lähestymistapa (taulukko 1). Ajattelun taustalla oleva tieto on otettu vastaan annettuna, eikä tietoa ole arvioitu suhteessa sen lähteeseen tai kontekstiin. Tietoa ei myöskään ole valikoitu tai kritisoitu. Välineellisessä tiedonkäsityksessä uskotaankin, että asioihin on löydettävissä oikea vastaus ja useimmiten vain yksi vastaus, joka on myös opittavissa (Hentinen 1992). Tällaisen kritisoimattoman ja pelkästään omaksutun tiedon vastaanottaminen on yleistä vahvasti perinteitä ylläpitävässä yhteisössä (Heikkinen 1998), jota terveydenhuoltokin edustaa (ks. esim. Liimatainen ym. 1999).

Suhteellinen tiedonkäsitys liittyy praktiseen tiedonintressiin (Hakala 1992, Stenfors 1999). Suhteelliseen tiedonkäsitykseen liittyy tiedon, traditioiden, funktioiden ja tulkintojen arviointi, soveltaminen, suhteellistaminen, valikoiminen ja kritisoiminen (Niemi 1992, Stenfors 1999). Tässä tiedonkäsityksessä laadullisuus alkaa korostua määrällisen tiedon jäädessä taka-

alalle. Hakalan (1992) tutkimuksessa suhteellisessa tiedonkäsitelyluokassa ilmeni myös hienois- ta kritiikkiä teknistä tiedonkäsitelyä kohtaan. Praktiseen tiedonintressiin liittyvässä kommuni- katiivisessa toiminnassa on tärkeää olemassa olevien merkityssuhteiden ymmärtäminen ja tulkitseminen (Niemi 1992). Kommunikatiivisessa toiminnassa ja oppimisessa pyritään kohe- renssin saavuttamiseen. Tässä toiminnassa opiskelija yrittää ymmärtää, mitä toinen esimerkiksi puheen, kirjoittamisen ja draaman välityksellä tarkoittaa. (Mezirow 1995b.)

Suhteellista tiedonkäsitelyä heijastavassa terveyden edistämisajattelussa yksilö etsii uutta tietoa sekä valikoi ja kritisoi sitä. Pystyäkseen johdonmukaiseen ja loogiseen ajatteluun yksilön tulee hallita terveyden edistämisajattelua ohjaavat peruskäsitteet, joille terveyden edistämisen peri- aatteet ja käytäntö rakentuvat (vrt. Salanterä & Leino-Kilpi 1992). Yksilöllä on pyrkimys saada kokonaiskuva terveyden edistamisestä. Näin ollen hän haluaa tutustua kaikkiin terveyden edis- tämisen lähestymistapoihin. Tässä vaiheessa yksilö ei ole vielä muodostanut itselleen omaa vahvaa terveyden edistämisen tietoperustaa, vaikka hänelle alkaakin muodostua jo käsitys ter- veyden edistamisestä. (taulukko 1.)

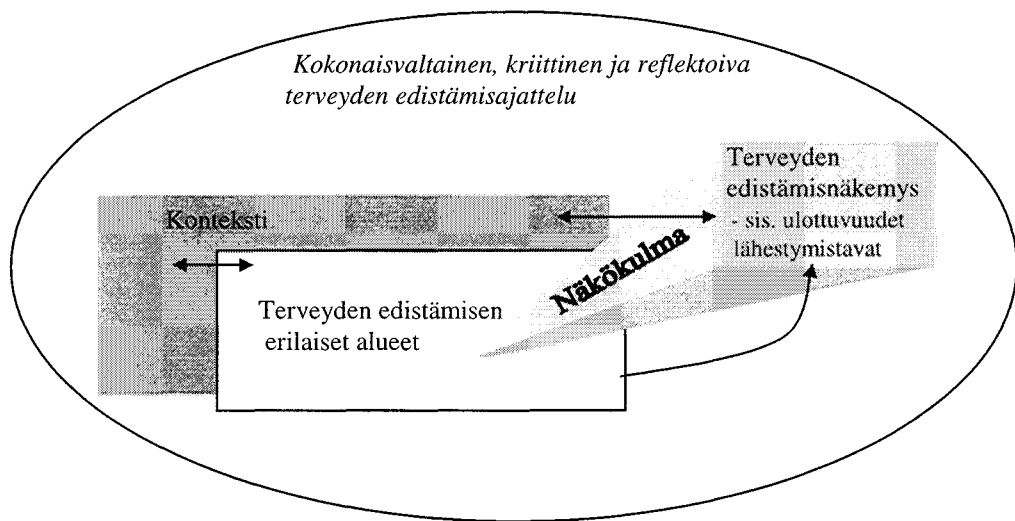
Emansipatoriseen tiedonkäsitelyyn liittyy syvenevä itsetietoisuus sekä pyrkimys laaja-alai- seen, selkeään, kriittiseen ja tietoa arvioivaan näkemykseen ja tiedonkäsitelyyn. (Hakala 1992, Niemi 1992, Stenfors 1999.) Emansipatoriseen tiedonintressiin pohjautuvalle tiedonkäsi- tykselle on ominaista kriittisyys tietoa ja tiedonjakamista kohtaan sekä olemassa olevien ra- kenteiden ja käytäntöjen kyseenalaistaminen. (Hakala 1992, Niemi 1992.) Emansipatoriselle tiedonkäsitelykselle on ominaista myös vahva tiedon perustelujen pohdinta (Stenfors 1999). Kriittisen reflektion avulla toimija pystyy muutoksiin sopeutumisen lisäksi myös vaikuttamaan muutoksien suuntaan ja sisältöön (Niemi 1992). Reflektiossa ei ole enää kysymys tiedon so- veltamisesta, vaan tiedon avulla pyritään pikemminkin toiminnan kriittiseen ja analysoivaan tarkasteluun (Karttunen 1999). Kriittisyyden avulla taas asioita pyritään mahdollisimman laajasti paljastamaan ja nostamaan tietoisuuteen ja samalla myös ymmärtämään esille nostetut perustat (Venkula 1993). Kriittinen terveyden edistämisajattelu on kompleksista ja moniulot- teista toimintaa. Kriittinen ajattelu on suoraviivaisen ajattelun lisäksi vaihtoehtojen tuottamista,

ratkaisujen kritisoimista ja taustalla olevien arvojen arviointia. Keskeisenä tekijänä ajattelussa on myös kyky reflektoida, keskustella tilanteesta ja asiakkaasta saatavan tiedon kanssa (Hentinen 1992).

Kokonaisvaltaisessa terveyden edistämisajattelussa taustalla on emansipatorinen tiedonkäsitys. Kokonaisvaltaista terveyden edistämisajattelua voidaan jäsentää kolmen, terveyden edistämiseen hyvin keskeisesti liittyvän kohdan kautta. Terveyden edistäminen rakentuu terveyden edistämisen alueista, erilaisista konteksteista ja terveyden edistämisenäkemyksestä (taulukko 1). Ottawa Charterissa (1986) terveyden edistämisen alueiksi on määritelty terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön luominen, terveyspalveluiden kehittäminen ja oikeanlainen suuntaaminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen ja vahvistaminen sekä yksilöiden henkilökohtaisten taitojen kehittäminen terveyttä edistävään suuntaan. Nämä terveyden edistämisen alueet on todettu keskeisiksi myös Jakartan julistuksessa 1997 (The Jakarta declaration). Terveyden edistämisessä on välttämätöntä tiedostaa ja huomioida myös yksilön ja yhteisön erilaiset ympäristöt ja kontekstit, joissa he elävät. Terveyden edistämisen kontekstit voivat muodostua yksilötason ja yhteisötason ympäristöistä (ks. Collins 1995).

Tässä tutkimuksessa terveyden edistämisenäkemyksen katsotaan rakentuvan terveyden edistämisen ulottuvuuksien (Caplan & Holland 1990) ja lähestymistapojen (Tones 1988) kautta. Yksilön refleктоimat ja kriittisesti prosessoimat terveyden edistämisen erilaiset ulottuvuudet ja lähestymistavat yhdessä muodostavat kokonaisvaltaisen terveyden edistämisenäkemyksen (kuvio 3). Terveyden edistämisenäkemykseen sisältyy myös arvonäkökulman valinta sekä eettisten kysymysten pohdinta. Jokainen määritelmä terveydestä ja terveyden edistämisestä sisältävät oman arvolatauksen (Seedhouse 1997). Kommunikatiivisen toiminnan ja kriittisen reflektion avulla voidaan päästä yhteisymmärrykseen terveyden edistämisen sitovista periaatteista. Tällaisen toiminnan tulee kuitenkin perustua jo sinänsä määriteltyihin eettisiin lähtökohtiin kuten vapaaseen osallistuvuuteen, totuudenmukaisuuteen ja samanarvoisuuteen. (vrt. Sarvimäki 1998.) Kaikilla ihmisillä tulisi olla mahdollisuus lisätä ja parantaa terveytensä hallintaa omassa arkisessa ympäristössään (Health21 2000).

Valitusta terveyden edistämisen alueesta ja yksilön ja / tai yhteisön tarpeista riippuu, millaisen näkökulman terveyden edistäjä valitsee toimintaansa (Raphael 2000). Terveyden edistäjällä tulisi olla erittäin laaja näkemys terveyden edistämisestä, jotta hän voisi valita parhaan mahdollisen näkökulman. Terveyden edistämisen näkökulman valintaan vaikuttaa myös konteksti. Kontekstin tulisi olla vastavuoroisessa suhteessa terveyden edistämisen näkökulman ja toiminnan kanssa. Kokonaisvaltainen terveyden edistämisen ajattelu antaa valmiuksia toimia erilaisissa terveyden edistämistilanteissa ja soveltaen käyttää erilaisia terveyden edistämisen lähestymistapoja aina kontekstista riippuen. (kuvio 3.) Terveyden edistämisen ajattelun kehittyminen ei saavuta koskaan pysyvää, staattista olotilaa, vaan kehittyminen on aina dynaaminen prosessi. Muutokset ja vaihtuvat tilanteet tuovat aina mukanaan uusia jännitteitä, jotka kriisiyttävät ajattelun ja toiminnan taas uudelleen. Yksilö joutuu yhä uudelleen ja uudelleen etsimään vaihtoehtoja ja mahdollisuuksia, valitsemaan ja tekemään päätöksiä sekä sitoutumaan niihin.



Kuvio 3. Terveyden edistämisen ajattelun kokonaisuus.

4. TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää seurantatutkimuksena kahden ammattikorkeakoulun hoitotyön (sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja-, kättilö-) opiskelijoiden terveyden edistämisajattelun kehitystä koulutuksen aikana. Tutkimuksessa selvitettiin opiskelijoiden terveyden edistämisajattelun luonnetta ja sen muuttumista opiskelun alkuvaiheesta valmistumisvaiheeseen. Tutkimuksessa pyrittiin kokonaisnäkemysten luomiseen hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisajattelusta ja siinä tapahtuvasta mahdollisesta muutoksesta koulutuksen aikana. Hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisajattelun kehitystä on Suomessa tutkittu vähän. Maassamme ei ole juurikaan tehty seurantatutkimusta, jossa olisi pyritty selvittämään, miten hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisajattelu kehittyy koulutuksen aikana. Viime vuosina on kuitenkin alettu yhä enemmän korostaa terveyden edistämisen merkitystä hoitotyön koulutuksessa.

Tutkimuksen pääkysymykset olivat seuraavat:

- * Mitä opiskelijat käsittävät terveyden edistämisenä ennen opiskelun alkamista?
- Minkälainen ihmis- ja terveystiedon käsitys opiskelijoilla on koulutuksen alussa?
- * Minkälainen käsitys/näkemykset terveyden edistämisenä opiskelijoille muodostuu opiskelun aikana?

4.1. Terveyden edistäminen hoitotyön opetussuunnitelmissa ja koulutuksessa

Ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmat antavat viitteitä siitä, miten terveyden edistämistä opetetaan hoitotyön koulutuksessa. Opetussuunnitelmaan kirjataan yleensä keskeiset ideat, ongelmakokonaisuudet ja toimintavalmiudet, joita koulutus pyrkii välittämään (Rauste von Wright & von Wright 1995). Opetussuunnitelman yhtenä tehtävänä on myös heijastaa oppilaitoksen ulkopuolelle sen omaa toimintaideaa ja filosofiaa (Raudaskoski 1996). Olennaista

korkea-asteen koulutuksessa on opetussuunnitelman suuntaaminen ongelmapohjaiseen oppimiseen (Halme & Aavarinne 1999).

Hoitotyö määritellään hoitotyön koulutuksen valtakunnallisissa opetussuunnitelmaperusteissa samanaikaisesti terveyttä edistäväksi ja tukevaksi, sairauksia ehkäiseväksi ja parantavaksi sekä kuntouttavaksi työksi. Työn tekeminen edellyttää tiedonalalle ominaisten tietojen ja taitojen ymmärtämistä ja soveltamista. (Sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelman perusteet opistoasteella 1996.) Ammattikorkeakoulujen terveyden edistämisopetus pohjautuu WHO:n (1984), Ottawa Charter (1986) ja Terveyttä kaikille vuoteen 2000 (1993) asiakirjoihin (Liimatainen ym. 1999). Kaikissa edellä mainituissa asiakirjoissa, kuin myös uudemmassa Health21 (2000) asiakirjassa tulee esille laaja-alainen terveyden edistämiskäsitys. Hoitotyön koulutuksen aikana opiskelijan tulisi sisäistää ja muodostaa itselleen terveyden edistämisen paradigma eli eräänlainen toimintakaavio ja toimintaa määräävä näkökulma (Mäkisalo 1994).

Eri oppilaitosten opetussuunnitelmat laaditaan valtakunnallisten opetussuunnitelmaperusteiden pohjalta (Sosiaali- ja terveysalan opetussuunnitelman perusteet opistoasteella 1996). Hoitotyön korkea-asteen koulutuksen tavoitteena tulisi olla teoreettisen ja kriittisen ajattelun oppiminen (Halme & Aavarinne 1999). Kriittisen ajattelun kehittymisen mahdollisuuksia lisää, jos opetussuunnitelmia ohjaa potilaslähtöinen, tieteellinen ja hoitotyön käytäntöön pohjautuva näkemys (Halme 1998). Vanha normatiivinen järjestelmäajattelu, joka ohjaa edelleenkin huomattavassa määrin opetussuunnitelmien suunnittelua, vähentää näitä mahdollisuuksia (Halme 1998, Halme & Aavarinne 1999). Perinteinen, asiantuntijakeskeinen ja yksilösuuntautunut lähestymistapa on vielä yleinen hoitotyön terveyden edistämisen koulutuksessa (Rush 1997). Sjögrenin, Poskiparran ja Liimataisen (2000) tutkimuksen mukaan ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmat luovat kuitenkin tyydyttävät lähtökohdat terveyden edistämisen oppimiselle. Viralliset opetussuunnitelmat, tavoitteenasettelu ja erilaiset toimintasuunnitelmat eivät kuitenkaan aina kerro toiminnan todellista luonnetta ja sisältöä (Mäkisalo 1998).

Sjögren ym. (2000) ovat tutkineet kahdessa ammattikorkeakoulussa terveyden edistämisen ilmenemistä ja etenemistä sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutusten opetussuunnitelmien

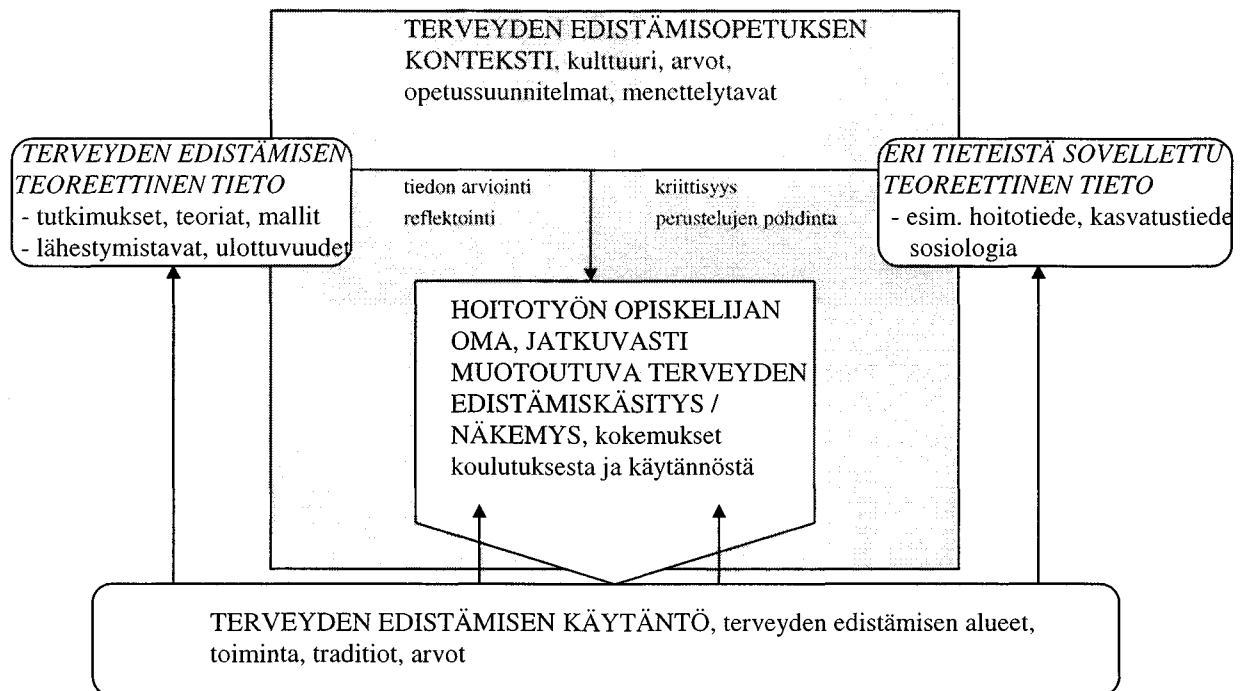
lähtökohdissa ja opintojaksojen kuvauksissa. Toisen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmassa terveyden edistämisen opetus oli integroitu kokonaan eri opintokokonaisuuksiin, kun taas toisessa terveyden edistämisen opetus oli selvästi erotettu omiksi opintojaksoiksi. Terveyden edistämisen opetus voidaan joko erottaa erityisiksi opintojaksoiksi tai sitten integroida muihin opintoihin (Rush 1997). Sjögrenin ym. tutkimuksessa molempien ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmista osasta perus- ja ammattiopintoja puuttuivat terveyden edistämisen käsitteet kokonaan. Lisäksi terveyden edistämiseen liittyvien tavoitteiden loogisessa etenemisessä oli puutteita. Sairaanhoidajakoulutuksen vaihtoehtoisista ammattiopinnoista terveyden edistämisen tavoitteet puuttuivat kokonaan. (Sjögren ym. 2000.) Myös Smith, Masterson ja Lask (1995) ovat tutkimuksessaan todenneet, että terveyden edistäminen kyllä ilmenee hoitotyön koulutuksen opetussuunnitelmissa, mutta ei aina järkevällä ja yhtenäisellä tavalla. Kokonaisvaltaisen terveyden edistämisajattelun kehittyminen kuitenkin vaatii, että terveyden edistämisen toimintamalli, tavoitteet, arvot ja toiminta näkyy kaikessa koulutuksen suunnittelussa ja toiminnassa (vrt. Mäkisalo 1994).

Stenforssin (1999) tutkimuksen mukaan hoitotyön opiskelijoiden tieteelliselle ajattelulle on tyypillistä luonnontieteellinen malli. Opiskelijoiden ajattelu kuitenkin siirtyi koulutuksen aikana suhteellisen ja emansipatorisen tiedonkäsityksen suuntaan ja myös kriittisyys lisääntyi. Opiskelijoiden ajattelu avartui ja tarkastelu monipuolistui koulutuksen aikana. Luonnontieteellisen mallin mukainen ajattelu tuli esille myös Salanterän ja Leino-Kilven (1992) tutkimuksessa. Heidän tutkimuksessa hoitotyön opiskelijoiden näkökulma terveyteen oli hyvin partikularistinen opiskelun alkuvaiheessa. Koulutuksen edetessä opiskelijat omaksuivat enemmän holistista näkemystä. Kuitenkin koulutuksen loppuvaiheessa vain alle puolella tutkimukseen osallistuneista opiskelijoista oli kokonaisvaltainen terveystieteellinen näkemys. Tutkimustuloksia ei voida kuitenkaan yleistää, koska tutkimus toteutettiin vain yhdellä terveydenhoito-oppilaitoksella.

Sairaanhoidajakoulutukselle on ollut ominaista koulutuksen normatiivisuus. Normatiivisuus liittyy staattiseen tiedonkäsitykseen. Tässä tiedonkäsityksessä tiedon oletetaan olevan valmista ja pysyvää. (Hentinen 1992.) Moniin hoitotyön tutkimuksiin perehtyneinä Salanterä ja Leino-

Kilpi (1992) toteavatkin, että hoitotyön opiskelijat kyllä tunnistavat oman alansa keskeiset käsitteet, mutta he käyttävät niitä pinnallisesti. Opiskelijoiden teoreettisen tiedon käsittelytaito on melko atomistinen, eivätkä he välttämättä pysty suhteuttamaan käsiteltäviä asioita toisiinsa. Opiskelijat kokevat vaikeaksi teoreettisen tiedon yhdistämisen käytäntöön.

Kuviossa 4 havainnollistetaan terveyden edistämisen ja myös muiden tieteiden teoreettisen tiedon ja käytännön yhteyttä opiskelijan terveyden edistämiskäsityksen ja näkemyksen muotoutumiseen koulutuksen kontekstissa. Teoreettisen tiedon ymmärtäminen ja sisäistäminen ovat keskeisiä tekijöitä opiskelijan oman terveyden edistämiskäsityksen ja näkemyksen kehittämisessä. Opiskelijan oman tietoperustan muotoutuminen on tärkeä tekijä myös terveyden edistämisen teorian ja käytännön linkittymisessä. Hoitotyön terveyden edistämisen opetuksessa olennaista onkin se, miten tieteellistä tietoa ja teorioita käytetään opetuksessa. Terveyden edistämisen opetuksen kontekstin rakentumiseen vaikuttaa merkittävästi, miten tieteellistä tietoa ja teorioita käytetään opetuksen suunnittelussa ja opetussuunnitelmissa (vrt. Karttunen 1999, Halme & Aavarinne 1999, Sjögren ym. 2000). Koulutuksen taustalla oleva terveyden edistämisen lähestymistapa muovaa voimakkaasti opiskelijoiden suhtautumista terveyden edistämiseen (Liimatainen ym. 1999). Koulutuksen suunnittelussa ja toteuttamisessa tulisikin olla tietoinen erilaisten teorioiden taustasta, tarkoituksesta ja tehtävästä. Terveyden edistämisen opetuksessa ja käytännön työssä on oleellista miettiä, millaista todellisuutta teoriat kuvaavat (vrt. Karttunen 1999). Alla olevassa kuviossa tuodaan esille myös terveyden edistämisen käytännön ja teorian välinen suhde.



Kuvio 4. Hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämiskäsityksen / näkemyksen muotoutuminen koulutuksen kontekstissa.

4.2. Tutkimusaineistot

Tutkimuksen aineistona käytettiin Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen Terveyden edistämistaitojen opetus ja oppiminen ammattikorkeakouluissa –tutkimusprojektiin kuuluvaa aineistoa. Projektin yhtenä tavoitteena on kuvata hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisenäkemyksien ja taitojen kehittymistä ja niiden ilmenemistä vuorovaikutustilanteissa koulutuksen aikana.

Tutkimusaineistot kerättiin kahden ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden ensimmäisen opiskeluvuoden alussa syksyllä 1997 ja kolmannen vuoden keväällä 2000. Ensimmäi-

sen vaiheen aineisto sisälsi neljäntoista (n=14) opiskelijan esseekirjoitelmat terveyden edistämistä. Toisen vaiheen aineiston muodostivat samojen opiskelijoiden haastattelut. Stimulated recall interview- menetelmällä tehdyissä haastatteluissa keskityttiin pääasiassa kahteen kysymykseen, muuta osaa haastatteluista käytettiin apuna kokonaisuuden hahmottamisessa. Keskeiset haastattelukysymykset olivat: Miten opiskelija näkee terveyden edistäjän roolin omassa työssään? Ja millainen on konkreettinen terveyden edistämistilanne? Kysymyksissä pyydettiin opiskelijoita kuvaamaan terveyden edistäjän roolia omassa ammatissa esimerkiksi jossakin harjoittelupaikassa tai tulevassa työssä. Tämän lisäksi opiskelijoita pyydettiin antamaan konkreettinen esimerkki, jossa terveyden edistäminen tulisi mahdollisimman hyvin esille.

4.3. Aineistojen analysointi

Tutkimusaineiston luokittelussa käytettiin terveyden edistämisen teoriasta ja tiedonintressiteoriasta peräisin olevia luokittelukäsitteitä, joita täydennettiin aineiston käsitteillä. Tutkimuksen teoreettista luokittelukriteeristöä käytettiin aineistoa analysoitaessa vain silloin, kun aineistosta löytyi riittävä aines ja perusteet sen käyttöön. Luokittelua käytettiin silloin, kun opiskelijat kuvasivat terveyden edistämisenäkemyksensä sellaisessa muodossa tai sellaisin termein, että luokittelu oli oikeutettua. Mikäli opiskelijoiden vastauksista nousi esille näkökulmia, jotka vaativat kokonaan aineistosta itsestään nousevaa luokitusta, sille annettiin mahdollisuus.

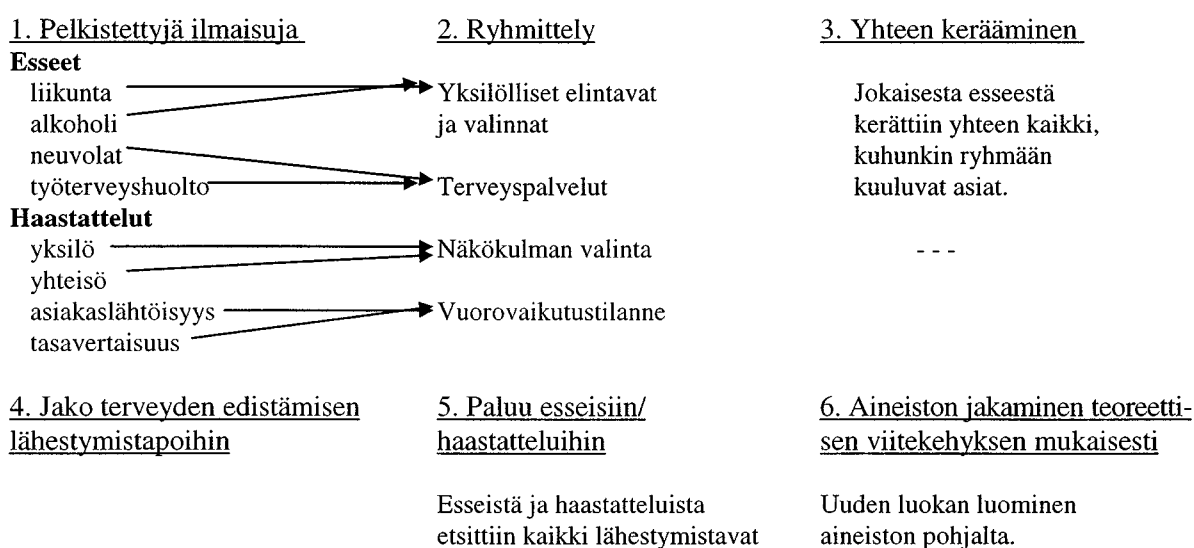
Ensimmäisen vaiheen aineiston analyysissä keskityttiin pitkälti terveyden edistämisen eri lähestymistapojen sekä erilaisten terveys- ja ihmiskäsitysten ilmenemiseen aineistossa. Aineiston pohjalta pyrittiin luomaan myös käsityksiä asiakkaan ja terveyden edistäjän roolista terveyden edistämisen prosessissa. Toisen vaiheen aineiston analyysissä näkökulma ei ollut enää yksittäisissä lähestymistavoissa, vaan laajemmissa terveyden edistämisen erilaisissa ulottuvuuksissa ja niiden ilmenemisessä tarkasteltavassa aineistossa. Aineiston pohjalta pyrittiin löytämään terveyden edistämistoiminnan näkökulman ja tavoitteen asettamiseen liittyviä ulottuvuuksia sekä terveyden edistämisen vuorovaikutustilanteisiin liittyviä asioita. (Terveyden edistämisen lähestymistavat ja ulottuvuudet ks. kuvio 2, s.18.) Molempien aineistojen analysoinnin viiteke-

hyksenä toimi eri tiedonkäsitystasojille ja sitä kautta terveyden edistämisajattelun eri tasoille määritetyt sisällöt ja ominaisuudet. Luokittelu sisälsi käsityksen siitä, minkälaista terveyden edistämisajattelua tai käsityksiä liittyy selkiintymättömään, välineelliseen, suhteelliseen ja emansipatoriseen alueeseen. (liite 1.)

Opiskelijoiden kirjoittamia esseitä analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysi on menetelytapa, jonka avulla aineistoa voidaan järjestää, kuvailla ja kvantifioida. Tavoitteena on tutkittavan ilmiön käsitteellistäminen ja esittäminen tiivistetyssä muodossa. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Aluksi esseaineistoa luettiin aktiivisesti. Sen jälkeen aineisto pelkistettiin ja ryhmiteltiin. Aineiston pelkistämässä aineistosta kerätään ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehävään. Ryhmittelyssä taas yhdistetään pelkistettyjä ilmaisuja. (Alasuutari 1994, Kyngäs & Vanhanen 1999.) Jokaisesta esseestä yhdistettiin samaa tarkoittavat ilmaisut kategorioiksi ja kategorioille annettiin sisältöä kuvaavat nimet. Jokaisen esseen ryhmittelyssä ja kategorioiden nimeämisessä pyrittiin käyttämään samoja sisältöjä ja nimiä. Tämän varmistamiseksi kategorioiden sisältöä kuvaavat ilmaisut kerättiin yhteen. Sen jälkeen kategoriat jaettiin terveyden edistämisen lähestymistapojen mukaisesti neljään osioon. Lähestymistavat muodostivat yläkategoriat aineistolle. Tämän jälkeen jokaisesta esseestä etsittiin siinä ilmenevät terveyden edistämisen lähestymistavat. Viimeisenä analyysivaiheena oli esseiden jakaminen tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen mukaisesti erilaisiin terveyden edistämisajattelua kuvaaviin luokkiin. (kuvio 5.) Aineiston pohjalta luotiin välineellistä ja suhteellista tiedonkäsitystä heijastavan terveyden edistämisajattelun välille uusi luokka, joka nimettiin siirtymävaiheeksi. Siirtymävaiheelle määritettiin sisältö aineiston pohjalta (liite 1).

Myös haastattelukysymykset analysoitiin sisällön analyysin avulla. Haastatteluissa keskityttiin analysoimaan kahta tätä tutkimusta varten laadittua kysymystä. Muu osa haastatteluista toimi apuna kokonaiskäsityksen luomisessa. Aineisto pelkistettiin aineistolähtöisesti. Tämän jälkeen pelkistetyt ilmaisut jaettiin ryhmiin terveyden edistämisen erilaisten ulottuvuuksien mukaan. Osa pelkistetyistä ilmauksista muodostivat oman ryhmänsä ulottuvuuksien ulkopuolelle. Ulottuvuudet jaettiin tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen mukaisesti eri tiedonkäsitysluokkia heijastaviin terveyden edistämisajatteluluokkiin. Haastatteluaineiston pohjalta luotiin uusi

luokka välineellistä ja suhteellista tiedonkäsitystä heijastavan terveyden edistämisajattelu-
luokan välille. Tämä luokka nimettiin siirtymävaiheeksi, samoin kuin esseaineiston kohdalla.
(kuvio 5.) Ulottuvuuksien ulkopuolelle jääneille ryhmille annettiin nimet. Tällaisia ryhmiä oli-
vat muun muassa oman työn arviointi ja kehittäminen, olemassa olevien käytäntöjen ja ajatus-
mallien kritisoiminen sekä tietoa ja tiedon jakamista kohtaan osoitettu kritiikki.



Kuvio 5. Esimerkki aineistojen sisällön analyysistä

5. TULOKSET

Tuloksissa tarkastellaan ensin erilaisia tiedonkäsityksiä heijastavien terveyden edistämisajatteluluokkien sisältöjä. Luokkien sisällöt kuvattiin tutkimuksen molempien aineistojen (esseeit ja haastattelut) pohjalta. Tämän vuoksi on mahdollista, että esimerkiksi koulutuksen alussa opiskelijan ajattelu ja suorat sitaattit kuvasivat selkiintymätöntä terveyden edistämisajattelua ja koulutuksen lopussa saman opiskelijan muuttuneet käsitykset kuvasivat siirtymävaiheelle ominaista ajattelua. Tuloksissa kuvataan lopuksi koulutuksen aikana mahdollisesti tapahtunutta muutosta ja kehitystä. Opiskelijat on identifioitu numeroimalla. (taulukko 2.)

Taulukko 2. Opiskelijoiden terveyden edistämisajattelu.

| Koulutuksen alussa 1997 | n= 14 | Koulutuksen lopussa 2000 |
|---|-------------------|--|
| Selkiintymätön terveyden edistämisajattelu (1opiskelija, nro 1) | | Selkiintymätön terveyden edistämisajattelu (-) |
| Välineellistä tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämisajattelu (3 opiskelijaa, nro:t 2, 3, 4) | | Välineellistä tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämisajattelu (-) |
| Siirtymävaihe (6 opiskelijaa, nro:t 5, 6, 7, 8, 9, 10) | (1) (3) (1) | Siirtymävaihe (7 opiskelijaa, nro:t 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11) |
| Suhteellista tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämisajattelu (4 opiskelijaa, nro:t 11, 12, 13, 14) | (2) (4) (3) | Suhteellista tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämisajattelu (7 opiskelijaa, nro:t 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14) |
| Kokonaisvaltainen terveyden edistämisajattelu (-) | | Kokonaisvaltainen terveyden edistämisajattelu (-) |

5.1. Selkiintymätön terveyden edistämisajattelu

Tähän luokkaan kuului *yksi opiskelija (nro 1) koulutuksen alkuvaiheessa* (taulukko 2). Opiskelija oli muodostanut itselleen terveystiedon, joka pohjautui yksilön omaan kokemukseen

terveydestä. Terveyskäsitys ei kuitenkaan heijastunut opiskelijan terveyden edistämisajatteluun. Opiskelija ei ollut pohtinut terveyden edistämistä ja sen merkitystä kovinkaan paljon. “Kun mietin terveyden edistämistä mieleeni tulee loppujen lopuksi melko vähän asioita.” Opiskelija mainitsi muutamia terveyden edistämisen traditionaaliseen ja kasvatukselliseen lähestymistapaan liittyviä asioita kuten kouluterveydenhuolto, neuvolat ja tiedon jakaminen. Asiat olivat kuitenkin vielä hyvin irrallisia ja ilman tarkempaa kuvausta ja pohdintaa. *Koulutuksen loppuvaiheessa* selkiintymättömän terveyden edistämisajattelun luokkaan *ei kuulunut yhtään opiskelijaa* (taulukko 2).

5.2. Välineellistä tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämisajattelu

Välineellistä tiedonkäsitystä heijastava ajattelu liittyy käsitykseen tiedon käyttöarvosta, teellisestä instrumentalismista ja teknisestä tiedonintressistä (Stenfors 1999). *Koulutuksen alkuvaiheessa* välineellistä tiedonkäsitystä heijastavaan terveyden edistämisajattelun luokkaan kuului *kolme opiskelijaa* (nro:t 2, 3, 4.). *Koulutuksen loppuvaiheessa* kyseiseen luokkaan *ei kuulunut yhtään opiskelijaa* (taulukko 2). Tässä luokassa terveyttä kuvattiin elämisen toimintojen, oireiden ja kipujen kautta. Suurimmassa osassa vastauksista terveyden merkitystä lähdettiin kuvaamaan sairauden kautta. Joissakin vastauksissa käsitystä pyrittiin myöhemmin kuitenkin laajentamaan. Muutamassa vastauksessa korostettiin omakohtaista arviota ja omaa kokemusta terveydestä. Terveyskäsitöksessä näkyi kuitenkin vielä kausaalisuusajattelua. Terveys saatettiin nähdä kehon ja mielen yhteispelinä. Yhteispelin katsottiin kuitenkin rakentuvan syyseuraussuhteen pohjalle.

Opiskelijoiden terveyden edistämisajattelussa korostui yksinomaan traditionaalinen lähestymistapa. Lääketieteen kehitys ja terveydenhuollon rooli sairauksien ennaltaehkäisyssä koettiin tärkeänä. Terveyden edistämässä ja sen kehittämisessä nähtiin tärkeänä ammattihenkilöiden suorittamat toiminnot, ammattitaidon laajentaminen ja syventäminen sekä tiedon tuottaminen. Tutkitun tiedon merkitys nähtiin tärkeänä toiminnan muuttamisessa. Terveyden edistäminen

nähtiin pitkälti asiantuntijajohtoiseksi toiminnaksi. Lisäksi terveyden edistämisen näkökulma oli lähes yksinomaan yksilösuuntautunut.

”Lääketieteen huima, jatkuva kehitys luo myös lisää mahdollisuuksia terveyden yhä tehokkaammalle edistämislle. Lääketieteen kehitys on aina hyvä asia, kunhan terveyden edistäminen ei mene liian pitkälle, esim. vammaisten kokonaisvaltainen kasvaminen jo raskausvaiheessa.” (Opiskelija nro 4)

“Terveyden edistämistä ovat rokotteet, hammastarkastukset, kouluterveydenhoitajan tarkastukset, alkoholi- ja huumevalistukset yms.” (Opiskelija nro 2)

Lisäksi korostettiin yksilön terveellisiä elintapoja ja valintoja sekä terveyden ylläpitämistä niiden avulla. Melkein kaikissa vastauksissa tuotiin esille tupakoimattomuuden, kohtuullisen alkoholin käytön, liikunnan ja terveellisen ruokavalion vaikutus terveyteen.

“Entistä enemmän katsotaan mitä syödään ja minkä verran liikutaan. Tämäkin johtuu siitä, että tiedetään mikä on epäterveellistä ja mikä terveellistä. On jännä miten tieto ja teot kulkevat käsikädessä.” (Opiskelija nro 3)

5.3. Siirtymävaihe

Siirtymävaihe sijoittuu välineellistä tiedonkäsitystä ja suhteellista tiedonkäsitystä heijastavan terveyden edistämisajattelun välille. Vaihe luotiin aineistojen pohjalta nousseesta vaatimuksesta. Tähän luokkaan sijoittui *kuusi opiskelijaa (nro:t 5, 6, 7, 8, 9, 10) koulutuksen alkuvaiheessa* ja *seitsemän opiskelijaa (nro:t 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11) koulutuksen loppuvaiheessa* (taulukko 2). Siirtymävaiheeseen lukeutuvat opiskelijat kuvasivat terveyttä kokonaisvaltaisesti, fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina. Joissakin vastauksissa terveys nähtiin voimavarana. Terveyden funktionaalisuus oli ajattelussa vielä mukana, terveydellä katsottiin olevan pitkälti

välineellinen arvo. Kokonaisvaltainen terveystietäminen ei heijastunut kokonaan terveyden edistämisaikajatteluun.

Siirtymävaiheessa opiskelijoiden ajattelussa heijastui kaksi tai kolme erilaista terveyden edistämisen lähestymistapaa. Kaikissa vastauksissa tuli esille terveyden edistämisen perinteinen lähestymistapa. Joissakin vastauksissa tämä lähestymistapa korostui voimakkaasti. Vastauksissa kuvattiin ennaltaehkäisyn ja yksilöllisten elintapojen sekä valintojen tärkeyttä terveyden edistämiseksi. Myös terveydenhuollon rooli ja terveyspalvelut nähtiin tärkeänä osana terveyden edistämistä. Opiskelijoiden terveyden edistämisaikajattelussa nousi esille myös sosiaalisen muutoksen lähestymistapaan liittyviä asioita.

Terveyspalveluiden saatavuus ja terveellisen ympäristön luominen nähtiin osana terveyden edistämistä. Lisäksi kasvatuksellinen näkökulma terveyden edistämiseen tuli esille muutamassa vastauksessa.

“Terveyden kannalta tärkeitä ovat mielestäni myös luonto ja terveyspalveluiden saatavuus. Luonnon hyväksikäyttö ja kuormittaminen haittaa ympäristön terveyden lisäksi omaa hyvinvointiamme. ...Terveyden edistämisen kannalta vain olisi tärkeää supistusten ja muutosten järjeittäminen, jotta palvelu olisi edelleen monipuolista, asiantuntevaa ja me pienten paikkakuntien asukkaat (minä mukaan lukien) olisimme tasavertaisessa asemassa muihin nähden.” (Opiskelija nro 10)

“Terveyden edistämisen tavoitteeksi tulisi ottaa päämäärä, joka antaisi jokaiselle kansalaiselle tietoa oikeista, terveellisistä elämäntavoista - ja muodista. Koulussa pidetyt tupakka- huume- ja alkoholivalistustilaisuudet ovat keränneet koolle joukon ihmisiä, jotka ovat alttiina uusien neuvojen oppimiselle.” (Opiskelija nro 8)

Joissakin vastauksissa viitattiin myös yksilön omaan hallintakykyyn perustuvaan terveyden edistämisen lähestymistapaan. Vastauksissa tuotiin esille yksilön omaa, aktiivista pyrkimystä hallita elämäänsä. Yksilön nähtiin itse tekevän valintoja. Toiminnan tavoitteet määriteltiin

kuitenkin usein traditionaalisesta lähestymistavasta käsin. Tavoitteeksi asetettiin muun muassa mahdollisimman hyvä kunto ja pitkä elinkaari. Opiskelijoiden ajattelu ei tältä osin ollut loogista. Joskus ihmiset ajateltiin aktiivisiksi toimijoiksi ja toisinaan ihmisistä puhuttiin passiivissa ja heidät nähtiin vain toiminnan kohteina.

Terveyden edistämisen ei kuitenkaan enää katsottu olevan pelkästään traditionaalisen terveyden edistämismallin mukaista. Terveyden edistämisenäkökulman valinnassa tuli esille yksilösuuntautunut mutta myös yhteisösuuntautunut näkökulma. Joissakin vastauksissa korostettiin toiminnan terveyslähtöisyyttä. Tavoitteen asettamisessa muutoshalukkuus nousi esille muutamissa vastauksissa. Tiedolla ajateltiin olevan suuri, joskus melkein ainoa vaikutus muutoksen aikaan saamisessa. Terveyden edistämisen vuorovaikutustilanteessa tuotiin esille tasavertaisuutta, asiakaslähtöisyyttä ja subjektiivisia tulkintoja.

”Siis miun mielestä on hirveen tärkeä niinkun lähtee niistä asiakkaan tarpeista, et niinkun kuunnella, mitä ... mitä toivomuksia niinkun sieltä puolelta on ja sitten sen pohjalta lähtä niinkun miettimään sitten, että tuota... Et miten ois kaikista paras niinko asiakkaan, asiakkaan näkökulmasta, vinkkelistä.” (Opiskelija nro 5)

Opiskelijat olivat alkaneet pohtia tasavertaisuuden, asiantuntijajohtoisuuden ja ammatillisuuden välisiä suhteita. Asiantuntijajohtoisuuden asema, rooli ja tärkeys erilaisissa terveyden edistämisen tilanteissa jäi kuitenkin useasti epäselväksi ja ristiriitaiseksi. Vastauksissa tuotiin esille, että toiminta lähtee kohteen tarpeista, jotka terveyden edistäjän tulee selvittää ja saada esille.

”... potilaan kanssa oleminen. Se, että mä oon samalla tasolla, mutta silti osaanko niinko pitää sen ammatillisuuden.” (Opiskelija nro 1)

”Se on vaikeeta nyt sitte sanoo, että mikä se tarve nyt sillä hetkellä on ja siihen yritän painottaa mikä se tarve on ja minkä nään tarpeeks millonki. Että jos sen saan selville.” (Opiskelija nro 2)

Mallista oppiminen harjoittelujen aikana tuli vastauksissa myös esille. Toisaalta opiskelijat olivat muodostaneet myös itse omaa toimintakaaviota ja -mallia eri lähteistä.

”Kyllähän se malli jostain tulee tai siis, tai sitä kopio hirveesti... Tosi paljon niinkun kaikessa. ... Kyllä se niinkun aina, sitä kumminkin tekee sitten perässä samalla lailla.” (Opiskelija nro 11)

”Meillä on kyllä käyny niinku noi terveystarkastajat puhumassa niillä ympäristötunneilla. Ne ei nyt osaa tuua sitä silleen terveyden edistämisen, ei niillä oo semmosta käsitettä tai muuta mutta osataanhan me nyt ite vetää sitten johtopäätöksiä tähän, että mitä se sitten on terveyden edistämisessä.” (Opiskelija nro 2)

Asioille alettiin toivoa myös jonkinlaisia perusteluja. Joillakin opiskelijoilla oli jo hieman nähtävissä erilaisia vaihtoehtoja sisältävää pohdiskelua. Tietoa ei otettu vastaan enää suorana totuutena, vaan asioita pohdiskeltiin jo hieman, vaikkakin vastaukset rakentuivat monesti pitkälti traditionaalisesta lähestymistavasta käsin. Tällaista ajattelua kuvaa erään opiskelijan pohdiskelu siitä, mitä on normaali “terveen ihmisen “ elämä. Opiskelija ei käsittänyt sairaus- ja terveyskäsitteitä enää yksioikoisen dikotomisesti, vaan opiskelijan mielestä käsitteiden välissä on “suuri harmaa alue”, jota on vaikea määrittää.

Siirtymävaiheen ajattelulle oli ominaista, että erilaisia terveyden edistämisen toimintamuotoja ja lähestymistapoja kuvailtiin yleisesti. Erilaisia käsityksiä ja lähtökohtia ei pohdittu, vertailtu tai kritisoitu sen tarkemmin. Opiskelijoilla ei ollut vielä selkeää, moniulotteista ja laajaa kuvaa ja käsitystä terveyden edistämisestä eikä terveyden edistäjän roolista. Siirtymävaiheen ajattelussa terveyden edistäminen ja koko todellisuus alkoi kuitenkin hahmottua jo erilaisten persoonien ja toimintojen kautta. Opiskelijat olivat tiedostaneet, että inhimillistä todellisuutta ja näin ollen terveyden edistämistäkään ei voida selittää pelkästään faktoilla ja niiden välisillä suhteilla.

5.4. Suhteellista tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämisaajatelu

Suhteellista tiedonkäsitystä heijastavassa terveyden edistämisaajatelussa painottuu tulkinnallisuus ja suhteellisuus. Suhteellisessa tiedonkäsityksessä olennaista on todellisuuden ja sen merkityssuhteiden tulkitseminen ja ymmärtäminen (Stenfors 1999). Tähän luokkaan sijoittui *koulutuksen alussa neljä opiskelijaa (nro:t 11, 12, 13, 14) ja koulutuksen loppuvaiheessa seitsemän opiskelijaa (nro:t 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14)* (taulukko 2). Suhteellista tiedonkäsitystä heijastavassa terveyden edistämisaajatelussa opiskelijat kuvasivat kokonaisvaltaista terveyskäsitystä tarkemmin kuin muissa ryhmissä ja se alkoi myös näkyä terveyden edistämiskäsityksessä. Ihminen alettiin hahmottaa aktiivisena toimijana ja terveyden edistäjä kannustajana. Terveyslähtöisyys ja terveyden edistäjän positiivinen asenne koettiin tärkeänä. Näkökulma laajentui koskemaan yksilön lisäksi myös yhteisöä ja kontekstia. Yksilön arkielämän konteksti ja laajempi ympäristöllinen konteksti tuotiin esille. Vastauksissa korostettiin terveyden edistämisen näkökulman laajuutta ja toiminnan pitkää aikaväliä. Muutamissa vastauksissa tuotiin esille terveyden edistämisen moniulotteisuuden huomioimista toiminnan mittaamisessa ja tulosten tarkastelussa. Terveyden edistäminen alettiin nähdä yhä laaja-alaisempana ja monimuotoisempana toimintana.

“Terveyden edistäminen on ihmisen aktiivista toimintaa, mikä kohdistuu sekä itsensä, ympäristöönsä että muihin ympäristössä eläjiin. Sillä on niin monta muotoa ja tapaa kuin mielikuvitus keksii. Terveyden edistyksellä ei ole rajoja, se voi parantua, laajentua ja jatkaa läpi elämän.” (Opiskelija nro 13)

Opiskelijat kuvasivat terveyden edistämistä vähintään kolmen eri lähestymistavan kautta. Erilaisten lähestymistapojen suhteet toisiinsa olivat tasavertaisempia kuin aikaisemmissa luokissa, eikä traditionaalinen lähestymistapa korostunut hallitsevasti yli muiden. Ajaattelussa tuli aikaisempiin luokkiin verrattuna enemmän esille myös elämänhallintaan ja yksilön voimavaroihin liittyviä asioita.

“Terveyden edistämistyössä on mielestäni tärkeää kannustaa ihmisiä oman hyvinvointinsa kohentamiseen.” (Opiskelija nro 11)

“Tasapainon saavuttaa myös tuntemalla itsensä, olemalla tyytyväinen omaan minään.” (Opiskelija nro 13)

Terveyden edistämisen vuorovaikutustilanteessa tuotiin esille tasavertaisuutta. Objektiiivisten tulkintojen (esim. fysiologiset mittaukset ja tulokset) lisäksi huomioitiin myös subjektiiviset tulkinnat. Toiminnan katsottiin perustuvan asiakaslähtöisyyteen. Vastauksissa pohdittiin asiantuntijajohtoisuutta ja omaa auktoriteettia. Eräässä vastauksessa tuotiin esille asiakaslähtöisyyttä ja terveyden edistäjän asiantuntijuutta.

” ...että et mitä se asiakas ite, ite painottaa ja sit mitä tietoo hälle sitten vielä li-säks antaa, että ei niinkun kaikille samaa, samaa juttua, että... että ottaa yksilöllisesti asiakkaan huomioon.” (Opiskelija nro 7)

Tutkimukseen osallistuneiden opiskelijoiden suhteellista tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämisajattelu toimi pitkälti konkreettisella tasolla. Ajattelulle ja toiminnalle oli keskeistä inhimillisen todellisuuden tulkitseminen ja ymmärtäminen sekä yhteistoiminnan ja yhteisymmärryksen saavuttaminen viestinnän ja vuorovaikutuksen avulla.

5.5. Koulutuksen aikana tapahtunut muutos

Yli puolella tutkimukseen osallistuneista opiskelijoista tapahtui muutoksia heidän terveyden edistämiskäsityksissään hoitotyön koulutuksen aikana. Suurimmalla osalla opiskelijoista ajattelu laajentui ja monipuolistui. Vain yhdellä opiskelijalla terveyden edistämisajattelu oli hieman yksipuolistunut ja kaventunut koulutuksen aikana.

Koulutuksen alussa noin viidesosalla tutkimukseen osallistuneista opiskelijoista oli havaittavissa omaksuttu terveyden edistämiskäsitys. Vallitsevana tekijänä terveyden edistämisajattelussa oli traditionaalinen lähestymistapa. Ristiriitaista tuloksissa oli se, että opiskelijat saattoivat kuvata terveyttä kokonaisvaltaisena fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina, mutta samalla he kuvasivat terveyden edistämistä vain traditionaalisesta lähestymistavasta käsin. Suurin osa opiskelijoista oli koulutuksen alussa sitä mieltä, että yksilö voi itse vaikuttaa terveyteensä elintapojensa kautta. Enemmistö opiskelijoista kuvasi terveyden edistämistä kuitenkin useamman lähestymistavan kautta. Opiskelijat eivät olleet tässä vaiheessa vielä kuitenkaan pohtineet ja prosessoineet käsityksiään laaja-alaisesti.

Koulutuksen loppuvaiheessa kenelläkään opiskelijalla ei ollut enää selkiintymätön tai yksinomaan traditionaalinen terveyden edistämiskäsitys. Koulutuksen lopussa siirtymävaiheeseen kuului seitsemän opiskelijaa (nro:t 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11). Kahdella opiskelijalla (nro:t 5, 6) ei ollut tapahtunut muutosta terveyden edistämisajattelussa koulutuksen aikana, he kuuluivat siirtymävaiheeseen koulutuksen alussa ja myös lopussa. Sen sijaan koulutuksen alussa selkiintymättömän terveyden edistämisajattelun luokkaan kuulunut opiskelija (nro 1) sekä välineellistä tiedonkäsitystä heijastavaan terveyden edistämisajattelun luokkaan kuuluneet kolme opiskelijaa (nro:t 2, 3, 4) lukeutuivat koulutuksen loppuvaiheessa siirtymävaiheeseen. Lisäksi koulutuksen alussa suhteellista tiedonkäsitystä heijastavaan terveyden edistämisajattelun luokkaan lukeutunut opiskelija (nro 11) kuului siirtymävaiheeseen koulutuksen lopussa. Tämän opiskelijan ajattelussa korostui traditionaalinen terveyden edistämismalli sekä mallista oppiminen koulutuksen loppuvaiheessa. Suhteellista tiedonkäsitystä heijastavaan terveyden edistämisajattelun luokkaan kuului koulutuksen lopussa seitsemän opiskelijaa (nro:t 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14). Kolme opiskelijaa (nro:t 12, 13, 14) kuului tähän luokkaan koulutuksen alussa ja lopussa. Lisäksi koulutuksen alussa siirtymävaiheeseen kuuluneet neljä opiskelijaa (nro:t 7, 8, 9, 10) lukeutuivat koulutuksen lopussa tähän luokkaan. (taulukko 2.)

Opiskelijoiden terveyden edistämisajattelu oli monipuolistunut ja laajentunut koulutuksen aikana. Koulutuksen loppuvaiheessa suurin osa opiskelijoista alkoi tuoda esille vaihtoehtojen tuottamisen ja antamisen tärkeyttä. Opiskelijat kritisoivat terveyden edistämiskäsitettä ja sen

käyttöä. Kritiikki kohdistui myös olemassa olevia käytäntöjä ja ajatusmalleja kohtaan sekä koulutuksessa tiedon jakamista kohtaan. Tiedon jakamisessa kaivattiin rajaamista ja olennaisen löytämistä. Muutamilla opiskelijoilla oli myös oman työn kehitysideoita ja jopa -malleja.

Opiskelijat saattoivat olla eri tasoilla terveyden edistämisen eri alueilla. Tässä tutkimuksessa opiskelijoiden terveyden edistämisajattelua tarkasteltiin kuitenkin yleisesti, vahvojen, ajattelua hallitsevien ominaispiirteiden mukaan. Opiskelijat olivat myös keskenään eri tasoilla ajattelun kehityksen kannalta, vaikka lukeutuivatkin samaan luokkaan. Osalla opiskelijoista ei tuntunut olevan kiinnostusta kehittää ja laajentaa käsityksiään ja omaa toimintaansa. Esimerkiksi koulutuksen loppuvaiheessa eräs suhteellista tiedonkäsitystä heijastavaan terveyden edistämisajattelun luokkaan kuulunut opiskelija tiedosti terveyden edistämisen rakenteellisen tason (poliittinen ja ympäristöllinen konteksti), mutta hän ei ollut kiinnostunut siitä sillä hetkellä.

”Se niin paljon siihen kuuluu, mutta en mä tiä että osaanks mä hirveesti vaikuttaa jos aattelee politiikkaa tai tämmöstä näin. En mä tiä en oo sillai hirveesti kiinnostunu. On kai siinäki terveyden edistämisessä monta vaikutusmahdollisuutta mutta en mä oo niin hirveesti ajatellu, että lähinnä, että ei oo suoranaisesti kiinnostusta. ...Voi olla että sitä ittensä tuuppaa johonki muuhunki joskus myöhemmin mukaan varmaan mutta ei nyt sillä tavalla oo mulle ajankohtanen.” (Opiskelija nro 10)

Kolmella tutkimukseen osallistuneella opiskelijalla (nro:t 7, 9, 12) oli vahva käsitys terveyden edistämisestä koulutuksen lopussa. Opiskelijoiden ajattelu oli syventynyt ja kehittynyt kohti kokonaisvaltaista terveyden edistämiskäsitystä. Kyseisillä opiskelijoilla oli hyvät valmiudet kehittää ajatteluaan kohti kokonaisvaltaista terveyden edistämisenäkemyksiä. Kokonaisuudessaan opiskelijoiden terveyden edistämisajattelussa ei tullut laajasti esiin emansipatoriselle tiedonkäsitykselle ominaisia piirteitä. Kokonaisvaltaisen terveyden edistämisenäkemyksen muodostuminen jäi vajaaksi. Lisäksi terveyden edistämisen erilaisten alueiden ja kontekstien tarkastelu oli rajoittunutta. Kaiken kaikkiaan opiskelijoiden ajattelusta puuttui tietoinen refleктоiva ote ja pyrkimys kokonaisvaltaiseen terveyden edistämisajatteluun. Alla olevassa taulukossa (tau-

lukko 3) on yhteenveto tutkimukseen osallistuneiden hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämiskäsityksistä koulutuksen loppuvaiheessa.

Taulukko 3. Opiskelijoiden terveyden edistämisajattelu koulutuksen loppuvaiheessa (n=14).

| Siirtymävaihe (7 opiskelijaa, nro:t 1, 2, 3, 4, 5, 6, 11) | Suhteellista tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämiskäsitys (7 opiskelijaa, nro:t 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14) |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - ajattelussa tulee esille kaksi tai kolme erilaista terveyden edistämisen lähestymistapaa, traditionaalinen lähestymistapa vaikuttaa ajatteluun - kokonaisvaltainen terveystiedon käsitys ei heijastu vielä kokonaan terveyden edistämisajatteluun - terveyden edistämisen ulottuvuuksien molempien puolien havaitseminen - lähestymistavat ja toimintamuodot esitellään kuvauksen omaisesti, ei pohdita, kritisoida tai vertailla sen tarkemmin - yksilö aletaan nähdä aktiivisena - ajattelussa on jo hieman vaihtoehtoja ja pohdintaa, ajattelu kuitenkin vielä hieman sekavaa, ei loogista | <ul style="list-style-type: none"> - terveyden edistämisen peruskäsitteiden hallinta - esille nousee vähintään kolme erilaista terveyden edistämisen lähestymistapaa, traditionaalinen lähestymistapa ei korostu - terveyden edistämisen eri ulottuvuuksien kuvaaminen - pyrkimys saada kokonaiskuva terveyden edistämisestä - ihminen aktiivinen toimija, terveyden edistäjä kannustaja - kokonaisvaltainen terveystiedon käsitys alkaa näkyä myös terveyden edistämisajattelussa - näkökulma laajenee: yksilö, yhteisö ja konteksti - ajattelussa alkaa hieman näkyä tiedon, traditioiden, tulkintojen arvioiminen, soveltaminen, valikoiminen ja kritisoiminen |

6. POHDINTA

6.1. Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella ainakin viidestä näkökulmasta käsin. Luotettavuutta kuvaavat tutkimuksen uskottavuus (credibility), tarkastelun kestävyys eli varmuus (dependability), vahvistettavuus (confirmability) ja siihen liittyneenä toistettavuus (repeatability), siirrettävyys (transferability) sekä tutkimuksen sovellettavuus (application). (Miles & Huberman 1994.) Seuraavassa sovelletaan näitä laadullisen tutkimuksen kriteereitä tätä tutkimusta koskeviksi.

Laadullisen aineiston ja tulkinnan avulla saatujen tulosten uskottavuutta voidaan tarkastella kahdesta suunnasta; yhtäältä siitä miten ne vastaavat tutkimushenkilöiden ilmaisuissaan tarkoittamia merkityksiä ja toisaalta missä määrin ne vastaavat teoreettisia lähtökohtia (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1995, Krause & Kiikkala 1996). Tässä tutkimusaineistossa opiskelijat kirjoittivat ja puhuivat samasta asiasta kuin tutkija oletti ja aineisto oli myös relevanttia tutkimustehtävän taustana olevien teoreettisten käsitteiden suhteen. Aineistojen analyysissä ja tulkintojen sekä johtopäätösten tekemisessä pyrittiin olemaan tutkintakriittinen, jotta välttäisi aineiston ylitulkinnalta. Aineiston analyysin eri vaiheissa palattiinkin yhä uudelleen takaisin alkuperäisiin teksteihin.

Opiskelijat kuvasivat terveyden edistämiskäsityksiään vapaamuotoisissa esseekirjoitelmissa ja haastatteluissa. Käsitusten tutkimisessa menetelmän tulisikin olla mahdollisimman vapaamuotoinen. Tällöin käsitysten erot pääsevät selkeästi esille. (Stenforss 1999.) Esseemuotoinen kirjoittaminen ei välttämättä ole kaikille helppoa. Tuloksiin voi siis jonkin verran vaikuttaa vastaajien tottumattomuus kirjoittaa terveyteen ja sen edistämiseen liittyvistä asioista. Joidenkin opiskelijoiden esseekirjoitelmat jäivät hieman kapea-alaisiksi ja jäsentymättömiksi. Syynä voi olla, että kyseiset opiskelijat eivät vielä pystyneet ilmaisemaan itseään ja omia käsityksiään

kirjoittamalla. Opiskelijat saivat kuitenkin omassa rauhassa miettiä käsityksiään ja kirjoittaa niitä ylös. Vastauksissa voi lisäksi olla hieman opiskelijoiden otaksumia siitä, mitä he tulkitsevat tutkijan haluavan heidän sanovan. Tästä huolimatta esseekirjoitelmat ja myös haastattelut olivat aitoja ja kuvasivat opiskelijoiden havaintoja, kokemuksia ja käsityksiä tutkittavasta asiasta. Haastattelutilanteeseen voi vaikuttaa haastateltavan jännitys. Myös haastattelun pituus vaikuttaa siihen, mitenkä haastateltava jaksaa miettiä vastauksia. Tässä tutkimuksessa haastatteluaineiston muodostaneet kysymykset ja vastaukset olivat haastattelun viimeinen osio. Jotkut vastaajat saattoivat olla jo hieman väsyneitä tässä vaiheessa.

Tutkimusaineistot antoivat vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimusaineisto oli tarpeeksi monipuolinen ja riittävä koulutuksen aikana tapahtuvan yleisen kehityksen kuvaamiseen. Tutkimusaineisto ei ollut myöskään liian laaja. Näin aineisto oli prosessoitavassa ja hallittavassa muodossa (vrt. Mäkelä 1994). Sisällön analyysi sopi hyvin essee- ja myös haastatteluaineiston analysointiin.

Terveyden edistämiskäsitykset ja näkemykset ovat haastavia tutkittavia, koska niitä on lähes mahdotonta operationaalistaa yksiselitteisesti. Tutkimukseen haluttiin tuoda teoreettista näkökulmaa ja sen avulla selittää terveyden edistämisen käsitteitä ja ilmiöitä. Kasvatustieteellisiä tutkimuksia käytettiin apuna tiedonkäsitysluokkien sisältöjen kuvaamisessa. Kasvatustiede voi antaa välineitä terveyden edistämisen opetuksen toteuttamiseen, kehittämiseen ja arviointiin. Tutkimuksessa tarkasteltiin myös hoitotieteeseen liittyviä tutkimuksia. Nämä tutkimukset eivät olleet suoraan johdettavissa terveyden edistämiseen mutta ne kuvaavat kuitenkin hyvin hoitotyön opiskelijoiden tilannetta ja kontekstia. Tässä tutkimuksessa terveyden edistämisen teorian tarkoituksena ei ollut saavuttaa universaaleja selityksiä tai ennusteita, vaan tarkoituksena oli pikemminkin kompleksisten ilmiöiden ja tilanteiden ymmärtäminen (ks. Green 2000). Tutkimuksen teoreettiset käsitteet määriteltiin ja pyrittiin myös jollakin tavalla operationaalistamaan ja näin varmistamaan tutkimustuloksen luotettavuutta (Polit & Hungler 1993).

Tutkimuksessa luotiin tiedonintressijaottelun pohjalta terveyden edistämisajatteluun soveltuvat kategoriat. Tällainen tiedonintressiajattelun sovellus terveyden edistämiseen oli tarkoituksen-

mukainen ja hyvä. Teorian pohjalta luotuja kategorioita käytettiin aineiston analyysissä. Näin varmistuttiin, että analyysissä käytetyt luokittelut olivat relevantteja tutkimuksen teorian kannalta. Analyysin luokittelut vastasivat myös tutkittavien tarkoittamia merkityksiä. Tällaista teorian pohjalta sovellettua, koko empiriseen aineistoon perustuvaa kategoriakuvausta (liite 1) voidaan jo sellaisenaan pitää tutkimuksen tuloksena (ks. Järvinen & Järvinen 1995), vaikka tässä tutkimuksessa se ei ollut tutkimuksen päätarkoitus. Kategoriakuvausta käytettiin apuna opiskelijoiden terveyden edistämisajattelun kehityksen sisällön kuvaamisessa. Ongelmana luokittelussa oli vastaajien sijoittaminen eri kategorioihin. Kategorioiden sisältämä kirjo muodostuikin laajaksi. Mutta vaikka tulkinta oli vaikeaa ja rajatapauksia oli useita, kategoriat tuntuivat toimivilta. Vastaajien jaottelussa pyrittiin korostamaan kunkin kategorian keskeisiä kohtia, jotka oli määritelty teorian pohjalta. Analyysi eteni kokonaisuudessaan johdonmukaisesti ja toi näin tutkimustuloksiin varmuutta (Miles & Huberman 1994).

Tutkimuksen vahvistettavuutta ja toistettavuutta pyrittiin lisäämään kuvaamalla melko tarkasti tutkimusprosessin toteuttamista (vrt. Krause & Kiikkala 1996). Tässä tutkimuksessa prosessin eri vaiheet pyrittiin kuvaamaan, analysoimaan ja arvioimaan. Sisällön analyysin perusrunkoa (ks. esim. Kyngäs & Vanhanen 1999) sovellettiin tähän tutkimukseen sopivaksi. Analyysin eteneminen kuvattiin melko tarkasti. Näin voitiin myös varmistua, että analyysissä oli pitäydytty tutkittavassa asiassa. Päätelyketjut ja niiden perusteella tehty päätely pyrittiin kuvaamaan niin, että lukija voi arvioida analyysin oikeutusta ja perustumista aineistoon. (vrt. Mäkelä 1994, Krause & Kiikkala 1996.) Suorat lainaukset antavat lukijalle mahdollisuuden tarkastella opiskelijoiden käsityksiä myös alkuperäisissä muodoissa.

Tutkimuksen tulokset kuvaavat opiskelijoiden käsityksiä terveyden edistämisestä. Tulokset ovat hyödynnettävissä, mutta eivät yleistettävissä laajemmin. Laadullisessa tutkimuksessa puhutaankin yleistettävyyden sijaan siirrettävyydestä (Miles & Huberman 1994). Tulokset antavat viitteitä tutkimuksessa mukana olleiden ammattikorkeakoulujen terveyden edistämisen opetuksesta ja opiskelusta. Tulosten siirrettävyyteen vaikuttaa se, miten samankaltaisia tutkittu ympäristö ja sovellettu ympäristö ovat. Lukija voi tutkijan lisäksi arvioida tulosten siirrettävyyttä. Tutkimusten tuloksista olisi myös mielenkiintoista keskustella hoitotyön opiskelijoiden

ja terveydenhuollon opettajien kanssa. Näissä keskusteluissa olisi myös mahdollista miettiä tutkimustulosten pohjalta hoitotyön koulutuksen terveyden edistämisopetuksen sisältöä, tavoitteita ja kehittämistä. Tulokset voisivatkin toimia sysäyksenä tietoiselle, refleктоivalle terveyden edistämiskeskustelulle ja ajattelulle.

6.2. Johtopäätökset

Terveyden edistämisen erilaisten lähestymistapojen ja ulottuvuuksien sekä alueiden ja kontekstien tutkiminen ja pohtiminen luo kuvaa terveyden edistämisen teoreettisesta taustasta. Lisäksi terveyden edistämisen tarkastelu Habermasin tiedonintressien ja Stenforssin tiedonkäsitysluokkien kautta tuo esille terveyden edistämisaattelun monitasoisuutta ja antaa mahdollisuuden myös terveyden edistämistä koskevalle tietoiselle ja refleктоivalle ajattelulle. Terveyden edistämisen toiminta ja opetus vaativat aina tutkitun ja perustellun taustan (Green 2000, vrt. Halme & Aavarinne 1999). Teorian ja käytännön välinen suhde on kuitenkin ongelmallinen terveydenhuollon koulutuksessa (Karttunen 1999). *Tässä tutkimuksessa hoitotyön opiskelijat näkivät teoreettisen, tutkitun tiedon tärkeänä asiakkaan toiminnan muuttamisessa, mutta eivät niinkään oman terveyden edistämiskäsityksen ja -toiminnan perustana.* Terveyden edistämistoiminnan selkeä perusta ja vahvat perustelut vähentävät kuitenkin epävarmuutta esimerkiksi päätöksentekoprosesseissa (Green 2000, Raphael 2000).

Kokonaisvaltaisen terveyden edistämisaattelun kehittyminen vaatii, että terveyden edistämisen tavoitteet, arvot ja toiminta näkyvät kaikessa koulutuksen suunnittelussa ja toiminnassa. Tutkimuksessa olleiden ammattikorkeakoulujen hoitotyön koulutusohjelmassa opetettiin terveyden edistämistä, vaikka molempien ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmissa oli myös puutteita terveyden edistämisen käsitteiden ilmenemisessä sekä terveyden edistämiseen liittyvien tavoitteiden loogisessa etenemisessä (Sjögren ym. 2000). *Opiskelijat toivat kuitenkin esille, että kaikki toiminta on terveyden edistämistä ja että terveyden edistämistä on kaikkialla opetuksessa.* Terveyden edistämisen käsite on jossain määrin epäselvä. Koulutuksessa ongelmallista voi olla juuri käsitteen avoimuus ja dynaamisuus. Esimerkiksi Macleod Clarkin ja Maben

(1998) tutkimuksessa sairaanhoidon opiskelijoiden käsitykset terveystieteistä ja terveyden edistämisestä sekä näiden välisestä suhteesta olivat sekavia. Terveyden edistämiskäsitteen erilaisia määritelmiä tulee pohtia ja soveltaa. Terveyden edistämisen kehitys vaatii kuitenkin tiettyjä yhtäpitäviä määritelmiä ja arvoja (Raphael 2000). Terveyden edistämisen opetuksen lähtökohtana tulisi olla käsitys siitä, mitä terveyden edistäminen on (Sjögren ym. 2000). Terveyden edistäminen tulee tunnistaa ja määrittää opetuksessa (Smith ym. 1995). Ammattikorkeakoulujen terveyden edistämisen opetuksessa tulisi määrittää selkeät tavoitteet ja sisällöt. Vaikuttavuuden arvioinnin kannalta on tärkeää määrittellä selkeästi myös ne perusvalmiudet ja niiden minimitaso, jotka hoitotyön koulutuksesta valmistuvien tulee hallita (Mäkisalo 1998).

Opiskelijoiden terveyden edistämiskäsitykset monipuolistuivat ja laajenivat koulutuksen aikana. Kenelläkään opiskelijalla ei ollut enää koulutuksen loppuvaiheessa selkiintymätön tai pelkästään traditionaaliseen lähestymistapaan pohjautuva terveyden edistämiskäsitys. Opiskelijat tiedostivat ja kuvasivat terveyden edistämisen erilaisia lähestymistapoja. Ihmiskäsitys ei rajoittunut ainoastaan biofyysisiin ominaisuuksiin, vaan ihminen nähtiin myös yksilöllisenä ja kokevana persoonana. Tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia, joiden mukaan hoitotyön opiskelijoiden käsityksissä ja ajattelussa tapahtuu muutoksia koulutuksen aikana (Salanterä & Leino-Kilpi 1992, Karttunen 1999, Stenforss 1999). Tutkimusten mukaan opiskelijoiden ajattelu kehittyy, avartuu ja monipuolistuu koulutuksen aikana. Tutkimukseen osallistuneet opiskelijat korostivat kokonaisvaltaista terveystieteistä. Osalla opiskelijoista kokonaisvaltainen terveystieteistä ei kuitenkaan näkynyt kokonaisuudessaan terveyden edistämisaikattelussa. Opiskelijoille oli nähtävästi hieman epäselvää se, mitä kokonaisvaltainen terveystieteistä merkitsee terveyden edistämässä. Ihmis- ja terveystieteistä luovat kuitenkin perustan terveyden edistämälle. Hoitotyön opiskelijoilla onkin todettu olevan hieman ongelmia opitun asian soveltamisessa (Aavarinne 1993).

Opiskelijat alkoivat tuoda esille vaihtoehtojen tuottamisen ja antamisen tärkeyttä varsinkin koulutuksen loppuvaiheessa. Myös asiantuntijuuden ja oman roolin pohdinta lisääntyi koulutuksen aikana. Lisäksi yhteistoiminnan ja yhteisymmärryksen saavuttaminen viestinnän ja vuorovaikutuksen avulla koettiin tärkeäksi koulutuksen lopussa. Myös Vanhasen (2000) tutki-

muksessa terveysalan opiskelijoiden suuntautuminen hoitotyön asiantuntijuuteen vahvistui koulutuksen lopussa. Könnilän (1999) tutkimus sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakoulutuksesta antaa saman suuntaisia viitteitä. Könnilän tutkimuksen mukaan opiskelijoiden asiantuntijuus, rohkeus ja oma-aloitteisuus ovat lisääntyneet ammattikorkeakoulutuksen myötä. Karttusen (1999) tutkimuksen mukaan koulutuksen vaiheella ei kuitenkaan välttämättä ole merkitystä opiskelijoiden tietokäsityksiin. Girotin (2000) tutkimuksessa jäi epäselväksi myös koulutuksen tason merkitys opiskelijoiden kriittisen ajattelun taitoihin. Tutkimuksen mukaan akateemisella koulutuksella on kuitenkin positiivinen vaikutus päätöksentekotaitoihin.

Hoitotyön opiskelijoiden pitkälti konkreettisella tasolla toimiva käsitys terveyden edistämisestä jäi joiltakin osin vielä kapeaksi. Ajattelun konkreettinen taso tulee esille myös Karttusen (1999) tutkimuksessa, jossa todettiin koulutuksen aikana tapahtuvan sairaanhoitajaopiskelijoiden ajattelun kehittymisen olevan sidoksissa käytännön toimintaan. Caranaghin, Hoganin ja Ramgopalin (1995) tutkimuksessa yli puolet tutkimukseen osallistuneista hoitotyön opiskelijoista käytti konkreettista oppimistyyliä, joka onkin ominaista juuri ihmisläheisille amma-teille. Tässä tutkimuksessa hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisen lähestymistapojen ja ulottuvuuksien tarkastelu ei ollut kaikilta osin monipuolista ja selkeästi rakentunutta. Terveyden edistämisen laaja-alaisuuden todellinen ja sisäistynyt hahmottaminen jäi vielä vajaaksi. Ajattelussa oli keskeistä inhimillisen ja konkreettisen toiminnan tulkitseminen ja ymmärtäminen. Terveysalan opiskelijoiden kiinnostus voikin kohdistua pääosin hoitamiseen, eikä laajemmin sosiaali- ja terveysalan terveyden edistämistyöhön (Smith ym. 1995). Mäkisalonen (1998) tutkimuksessa terveydenhuolto-oppilaitoksen opiskelijat toivat kuitenkin esille myös laajempaa näkökulmaa. Opiskelijoiden mielestä terveydenhuollon koulutuksen tulisi luoda opiskelijoille valmiuksia vastata yhteiskunnan tarpeisiin myös laajemmin kuin vain pelkästään sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta. Laajemman sosiaalisen ja poliittisen kontekstin huomioiminen hoitotyön koulutuksessa on erittäin merkityksellistä (Robinson & Hill 1995).

Opiskelijoiden terveyden edistämisajattelusta puuttui tietoinen reflektioiva ote ja pyrkimys kokonaisvaltaiseen terveyden edistämisenäkemykseen ja -ajatteluun. Tulos on yhdenmukainen Aavarinteen (1993) ja myös Kuokkasen (1992) tutkimusten kanssa, jotka tosin käsittelivät

kriittistä ajattelua hoito- ja hoivatyön alueilla. Kuokkasen tutkimus tarkasteli koulutuksen alkuvaiheen osastotunneilla tapahtuvaa kriittistä ajattelua. Tutkimuksen mukaan opiskelijoiden oppiminen edusti pintasuuntautunutta ja mekaanista oppimista. Aavarinteen tutkimuksessa taas korostui sairaanhoidon opiskelijoiden kokonaisuuden hahmottamisen vaikeus. Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että nykyinen hoitotyön ammattikorkeakouluopetus ei vielä kehitä ja tue tarpeeksi opiskelijoiden kokonaisvaltaista ja reflektoivaa terveyden edistämisaajattelua. Myös Jaroma (1998) on arvioinut, että hoitotyön koulutus ei tällä hetkellä anna hoitajille tarpeeksi hyviä valmiuksia laaja-alaisen terveyden edistämisen toteuttamiselle. Mäkisaloon (1998) tutkimuksessa terveydenhuolto-oppilaitoksen opiskelijat arvioivat kokonaisuudessaan saavansa riittävät tiedolliset, taidolliset ja asenteelliset valmiudet työelämään. Myös McDonaldin (1998) tutkimuksessa käytännössä toimivat hoitotyön tekijät arvioivat saaneensa koulutuksessaan valmiuksia terveyden edistämistyöhön etenkin koulutuksen kehityksen myötä. Koulutusajan lyhyys voikin osittain selittää sen, että terveyden edistämisaajattelun kehitys kohti kokonaisvaltaista näkemystä ei tule esille koulutuksen aikana. Koulutuksen antamat terveyden edistämiseen liittyvät valmiudet voivat kypsyä ja tulla esille vasta työkokemusten jälkeen (vrt. Stenforss 1999).

Hoitotyön opiskelijat pitivät terveyden edistämistä tärkeänä omassa ammatissaan. Thomson ja Kohli (1997) sekä McDonald (1998) ovat todenneet saman myös käytännössä toimivien sairaanhoitajien kohdalla. Näiden tutkimusten mukaan sairaanhoitajat pitivät terveyden edistämistä tärkeänä työssään sekä näkivät itsellään aktiivisen roolin terveyden edistäjänä. Thomsonin ja Kohlin tutkimuksessa suurin osa sairaanhoitajista oli kiinnostunut myös kehittämään terveyden edistämisrooliaan. *Tässä tutkimuksessa vain pieni osa opiskelijoista ei ollut kiinnostunut kehittämään ja laajentamaan omaa terveyden edistämisaajatteluaan.* Osa opiskelijoista ei puhunut mitään työnsä tai osaamisensa kehittämisestä.

Opiskelijoiden terveyden edistämisaajattelun kehittymistä edistää, jos opettajilla on selkeä käsitys terveyden edistämisen käsitteistä, toiminnasta ja hoitotyöntekijöiden terveyden edistämisen roolista. Terveystieteiden opiskelijoiden mielestä opettajien toiminta ja pätevyys ovat tärkeitä tekijöitä päämäärien ja tavoitteiden saavuttamisessa (Mäkisalo 1998). Halmeen (1998) tutki-

muksen mukaan terveydenhuollon opettajien näkemysten muuttuminen lisää kriittisen ajattelun kehittymisen mahdollisuuksia. Terveyden edistäminen tulee myös selkeästi integroida hoitotyön koulutukseen ja opetussuunnitelmaan (Robinson & Hill 1995, Macleod Clark & Maben 1998, McDonald 1998, Poskiparta, Liimatainen & Sjögren 2000). Haasteellisuutta ja myös ongelmallisuutta opettamiseen tuo se, että *opiskelijat voivat olla keskenään eri tasoilla terveyden edistämisajattelun kehityksen kannalta*, niin kuin tässä tutkimuksessa todettiin. Keskeistä onkin miettiä, kuinka erilaiset oppimistilanteet palvelisivat mahdollisimman monia opiskelijoita (Caranagh ym. 1995, vrt. myös Karttunen 1999). Terveyden edistämisen opetuksessa on myös olennaista pohtia, millainen terveyden edistämisen lähestymistapa opetuksesta ja oppimisesta heijastuu ja saavutetaanko sen avulla koulutukselle asetetut tavoitteet (Liimatainen ym. 1999). Pohdittavaksi jää onko hoitotyön ammattikorkeakouluopetuksessa mahdollista kehittää opiskelijan ajattelua kohti kokonaisvaltaista terveyden edistämisenäkemyksiä. Terveyden edistämisen opetuksen kehittämisen kannalta olennaista on myös pohtia onko terveyden edistämisen opetus liian yleistä? ja mitä terveyden edistäminen tarkoittaa hoitotyön opiskelijoiden koulutuksessa opetettavina tietoina, taitoina ja asenteina?

Hoitotyön koulutuksessa tulisi kehittää erilaisia opetusstrategioita, jotka rohkaisevat opiskelijoita itsenäiseen ajatteluun ja oppimiseen. Korkea-asteisen hoitotyön koulutuksen tulisi kehittää opiskelijoiden reflektiivisiä ja analyttisiä taitoja. Lisäksi koulutuksen tulisi pyrkiä yhdistämään kriittistä ajattelua opiskelijoiden käytäntöön. (Giro 2000.) Reflektion käyttäminen ja sen hyödyllisyys hoitotyön opetuksen välineenä tai strategiana on vielä epäselvää. Reflektion avulla opiskelijat voivat kuitenkin tunnistaa omat terveyden edistämistulkintansa. (Mackintosh 1998.) Ammattitaitoisen, kriittisen ja reflektioivan terveyden edistämisen opetuksen kehittämistyön kautta on myös ehkä mahdollista vapautua vanhoista käytännöistä ja traditioiden mukaisista menettelyistä sekä vääristä periaatteista. Tätä kautta ammattikorkeakoulujen hoitotyön terveyden edistämisen opetuksen tavoitteeksi voi muodostua syvällisen ja kokonaisvaltaisen terveyden edistämisen näkemyksen ja –ajattelun opettaminen.

Jatkossa olisi tarpeellista tutkia laajemmin ja syvällisemmin ammattikorkeakoulussa toteutettavan terveyden edistämisen opetuksen sisältöjä, tavoitteita ja strategioita ja niiden heijas-

tumista opiskelijoiden terveyden edistämisaikajatteluun. Terveyden edistämisenopetuksen rakenteelliset ja sisällölliset asiat sekä muutokset vaativat laajaa tieteellistä tutkimusta. Jatkossa olisi tärkeää myös tutkia, ilmenevätkö ammattikorkeakoulutukselle asetetut tavoitteet terveyden edistämisenopetuksessa. Tulevaisuudessa yhtenä tutkimusaiheena tulisi lisäksi olla hoitotyön opiskelijoiden koulutuksen aikana saatujen terveyden edistämisenvalmiuksien ja käytännön työhaasteiden yhdistymisen ja kohtaamisen tutkiminen. Terveyden edistäjät joutuvat työskentelemään tulevaisuudessa yhä monimuotoisemmassa, abstraktimmassa ja kompleksisemmassa yhteiskunnassa. Siksi olisikin välttämätöntä tutkia hoitotyön opiskelijoiden terveyden edistämisen reflektiivisiä taitoja sekä niiden merkitystä käytännön työssä.

LÄHTEET

- Aavarinne, H. 1993. Ohjauksellisten ja opetuksellisten valmiuksien kehittyminen sairaanhoitajakoulutuksessa. *Acta Universitatis Ouluensis. Series D. Medica* 269. Oulun yliopisto. Oulu.
- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. 2p. Tampere: Vastapaino.
- Antrobus, S. 1997. Developing the nurse as a knowledge worker in health – learning the artistry of practice. *Journal of Advanced Nursing* 25, 829-835.
- Beattie, A. 1991. Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory. Teoksessa J. Gabe, M. Calnan & M. Bury (toim.) *The sociology of health service*. London: Routledge. 162-202.
- Benner, P. 1993. Aloittelijasta asiantuntijaksi. Sairaanhoitajien koulutussäätiön julkaisu. 3p. Porvoo: Wsoy.
- Caplan, R., Holland, R. 1990. Rethinking health education theory. *Health Education Journal* 49, 10-12.
- Caranagh, S., Hogan, K., Ramgopal, T. 1995. The assessment of student nurse learning styles using the Kolb Learning Styles Inventory. *Nurse Education Today* 15, 177-183.
- Collins, T. 1995. Models of health: pervasive, persuasive and politically charged. *Health Promotion International* 10, 317-324.
- Dunderfelt, T. 1997. Elämänkaaripsykologia: lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen. 9 p. Porvoo: Wsoy.
- Dunt, D., Day, N., Pirkis, J. 1999. Evaluation of a community-based health promotion program supporting public policy initiatives for health diet. *Health Promotion International* 14, 317-327.
- Downie, R.S., Tannahill, L., Tannahill A. 1996. *Health promotion: models and values*. Oxford: Oxford University Press.
- Egger, G., Spark, R., Lawson, J., Donovan, R. 1999. *Health promotion strategies & methods*. Sydney: McCraw-Hill.
- Ewles, L., Simnett, I. 1995. *Terveiden edistämisen opas*. Sairaanhoitajien koulutussäätiö. Helsinki.
- Girot, E. 2000. Graduate nurses: critical thinkers or better decision makers? *Journal of Advanced Nursing* 31, 288-297.

- Green, J. 2000. The role of theory in evidence-based health promotion practise. *Health Education Research* 15, 125-129.
- Habermas, J. 1987. *Knowledge and human interests*. Oxford: Polity Press. Original work published 1968. 301-317.
- Haddock, J., Burrows, C. 1997. The role of the nurse in health promotion: an evaluation of a smoking cessation programme in surgical pre-admission clinics. *Journal of Advanced Nursing* 26, 1098-1110.
- Hakala, J., 1992. Tieteellisen ajattelun kehittyminen luokanopettajakoulutuksessa. Väitöskirja, Oulun yliopisto, Sarja E, No 10. Oulu.
- Halme, S-L., Aavarinne, H. 1999. Kriittisen ajattelun kehittymisen mahdollisuudet hoitotyön koulutuksessa ammattikorkeakoulussa. *Hoitotiede* 11, 72-86.
- Halme, S-L. 1998. Hoitotyöhön liittyvän kriittisen ajattelun kehittymisen mahdollisuudet hoitotyön koulutuksessa. *Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Acta Universitatis Ouluensis D 501*. Oulun yliopisto. Oulu.
- Health 21. The health for all policy framework for the WHO European region. [online] [viitattu 5.12.2000]. <http://www.who.dk/Cpa/H21/h21long.htm>.
- Heikkinen, H. 1998. Kriisi opettaa. Teoksessa H. Niemi (toim.) *Opettaja modernin murroksessa*. Juva: WSOY
- Hentinen, M., Lauri, S. 1983. Ihmis-, terveystieteet ja sairauskäsitykset sekä hoitotyö. Teoksessa S. Sinkkonen (toim.) *Hoitotiede I*. Kuopio: Kustannuskiila Oy.
- Hentinen, M. 1992. Kriittinen ajattelu sairaanhoitajakoulutuksessa. Teoksessa M. Hentinen, H. Aavarinne & H. Lämsä (toim.) *Rakkaudesta ihmiseen ja työhön*. Oulun Yliopiston hoitotieteen laitos, Acta universitatis Ouluensis. Sarja D. Medica 244. Oulu. 18-25.
- Horelli, L., Kukkonen, H. 1995. Kaipuu terveeseen kaupunkiin. *Stakes. Raportteja* 176.
- Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. 1995. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECKS study. *British Medical Journal* 310, 1099-1104.
- Ingrosso, M. 1993. Becoming sensitive to health. Effectiveness and learning in health education and promotion. *Arch Hellenic Medicine* 10, 11-27.
- Jaroma, A. 1998. Yhteisöllisyys- haaste hoitotyön koulutukselle. Teoksessa T. Parviainen, M. Pelkonen (toim.) *Yhteisöllisyys- avain parempaan terveyteen*. Stakes. *Raportteja* 217. Saarijärvi: Gummerus Oy. 167-175.

- Järvikoski, A. 1994. Vajaakuntoisuudesta elämänhallintaan?: kuntoutuksen viitekehysten ja toimintamallien tarkastelu. Kuntoutussäätiö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Järvinen P., Järvinen, A. 1996. Tutkimustyön metodeista. Tampere: Opinpaja Oy.
- Kalkas, H. 1990. Pehmeät arvot terveydenhuollossa. *Hoitotiede* 3, 2-7.
- Kangas, R. 1994. Jurgen Habermas ja modernin projektin puolustuksen vaikeus. Teoksessa R. Heiskala (toim.) Sosiologisen teorian nykysuuntauksia. Tampere: Gaudeamus.
- Kannisto, H. 1986. Ymmärtäminen, kritiikki ja hermeneutiikka. Teoksessa I. Niiniluoto, E. Saarinen (toim.) Vuosisatamme filosofia. Juva: WSOY. 192-216.
- Karttunen, P. 1999. Tietoa hoitotyön toimintaan. Sairaanhoidon opiskelijoiden käsityksiä tiedosta ja tiedon suhteesta toimintaan. *Acta universitatis Tamperensis* 651. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Kauhanen, J., Myllykangas, M., Salonen, J. T., Nissinen, A. 1998. *Kansanterveystiede*. Porvoo: Wsoy.
- Kiikkala, I., Munnukka, T. 1995 Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Teoksessa T. Munnukka, I. Kiikkala (toim.) Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 9-19.
- Krause, K., Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kuokkanen, R. 1992. Kriittinen ajattelu sairaanhoitajakoulutuksen alkuvaiheen osastotunneilla. *Hoitotiede* 4, 79-87.
- Kyngäs, H., Vanhanen, L 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-12.
- Könnilä, P. 1999. Sosiaali- ja terveystieteiden ammattikorkeakoulutus muuttuvassa ympäristössä. *Acta Universitatis Tamperensis* 646. Tampereen yliopisto.
- Lagerspetz, K. 1988. Biologinen ihmiskäsitys. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 25, 221-226.
- Lahtinen, E. 1996. Työikäisten terveyden edistäminen avoterveydenhuollossa. Kelan ja Turun terveystieteiden kehittämisen terveyden edistämishankkeen toteutus ja tulokset. Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia. Kelan tutkimuskeskus. Turku: Kirjapainoalan työkokeilu.
- Leino-Kilpi, H., Mäenpää, I., Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Stakes, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 229.

- Levin, LS., Ziglio, E. 1996. Health promotion as an investment strategy: consideration on theory and practice. *Health Promotion International* 11:33-40.
- Liimatainen L., Poskiparta M., Sjögren A. 1999. Terveystieteen edistämisen lähestymistavat terveysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 36, 99-110.
- Lindholm, L.H., Ekblom, T., Dash, C., Eriksson, M., Tibblin, G., Schertén, B. 1995. The impact of health care advice given in primary care on cardiovascular risk. *British Medical Journal* 310, 1105-1109.
- Lingvist, M. 1988. Yleisen ihmiskäsityksen suhde lääkintäetiikkaan. *Sosiaalilääketieteen Aikakauslehti* 25: 184-189.
- Louheranta, A., Uusitupa, M. 2000. Aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy. *Suomen lääkärilehti* 39, 3919-3921
- Mackintosh, C. 1998. Reflection: a flawed strategy for the nursing profession. *Nurse Education Today* 18, 553-557.
- Macleod Clark, J. 1996. From sick nursing to health nursing. Teoksessa J. Wilson-Barnett, J. Macleod Clark (toim.) *Research in health promotion and nursing*. 249-255.
- Macleod Clark, J., Maben, J. 1998. Health promotion: perceptions of Project 2000 educated nurses. *Health Education Research* 13, 185-196.
- Marniemi, J., Seppänen, R., Impivaara, O., Jarvisalo, J., Mäki, J., Vuori, I. 1996. Keski-ikäisten miesten terveystietäytymisen ja terveyden vaaratekijöiden muutokset 1980-94 – ravitsemus- ja liikuntaohjauksen vaikutukset. *Suomen Lääkärilehti* 36, 3839-3846.
- McDonald, E. 1998. The role of Project 2000 educated nurses in health promotion within the hospital setting. *Nurse Education Today* 18, 213-220.
- McWilliam, CL., Steward, M., Brown, B., McNair, S. 1997. Creating empowering meaning: an interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promotion International* 3, 111-123.
- Mezirow, J. 1995a. Esipuhe. Teoksessa J. Mezirow (toim.) *Uudistava oppiminen: kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa*. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsinki. 5-13.
- Mezirow, J. 1995b. Kriittinen reflektio uudistavan oppimisen käynnistäjänä. Teoksessa J. Mezirow (toim.) *Uudistava oppiminen: kriittinen reflektio aikuiskoulutuksessa*. Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Helsinki. 17-37.

- Mikkonen, A. 1995. Itseohjautuvuuden dilemma ja opetuksen laatu. Teoksessa K. Korhonen, R. Mäkinen (toim.) Ammattikorkeakoulut uudistuvina oppimisympäristöinä. Jyväskylän yliopisto.
- Miles, M., Huberman, A. 1994. *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Mäkelä, K. 1994. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa V. Niskanen Tieteellisten menetelmien perusteita ihmistieteissä. Opiskelijan opas. 154-169.
- Mäkisalo, M. 1998. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen organisaatiokulttuuri. Opettajien ja opiskelijoiden käsitykset todellisesta ja toivotusta toiminnasta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 58.
- Mäkisalo, M. 1994. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintaa ohjaamassa. *Kasvatus* 5, 526-531.
- Naidoo, J., Wills, J. 1998. *Health promotion: foundation for practice*. London: Bailliere Tindal.
- Niemi, H. 1992. Opettajan ammatillinen kehitys. Osa 1: Tieteellinen tutkielma opinnoissa, opettajana kehittyminen ja tulevaisuus. Tutkimusprojektin teoreettinen viitekehys ja empiirisiä tuloksia opettajien ammatillisesta kehityksestä. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Oulu; Monistus ja -kuvakeskus.
- Nupponen, R., Aarva, P., Laitakari, J., Miilunpalo, S., Paronen, O., Urponen, H. 1991. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen taustakäsitykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. Terveystieteiden tutkimuksen vuosikirja, Sosiaali- ja terveyshallitus. Tampere. 11-25.
- Nygren, P. 1997. Yksilöllinen terveystieteiden interventio kohonneen verenpaineen hoidossa. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C Scripta lingua Fennica edita, osa 134. Turku.
- Ottawa Charter 1986. [online] [viitattu 15.5.2000] [Http://www.who.dk/policy/ottawa.htm](http://www.who.dk/policy/ottawa.htm).
- Perttilä K. 1999. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintaa ohjaamassa. *Stakes tutkimuksia* 103. Jyväskylä: Gummerus.
- Perttilä, K., Lehto, J. 1997. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintaa ohjaamassa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 34, 121-133.
- Polit, D.F, Hungler, P. 1993. *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal and Utilization*. 3. p. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Poskiparta, M. 1997. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimintaa ohjaamassa. *Studies in sport, physical education and health* 46. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.

- Poskiparta, M., Liimatainen, L., Sjögren, A. 2000. Health promotion in the curricula and teaching of two polytechnics in Finland. *Nurse Education Today* 20, 629-637.
- Raeburn, J., Rootman, I. 1998. *People-Centred health promotion*. Chichester: Wiley.
- Raphael, D. 2000. The questions of evidence in health promotion? *Health Promotion International* 15, 355-367.
- Raphael, D., Steinmetz, B., Renwick, R., Rootman, I., Brown, I., Sehdev., Phillips, S. Smith, T. 1999. The Community Quality of Life Project: a health promotion approach to understanding communities. *Health Promotion International* 14, 197-210.
- Raudaskoski, L. 1996. Ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmateoriaa koulutusfilosofisesta näkökulmasta. *Ammattikasvatus* 4, 18-20.
- Rauhala, L. 1988. Holistinen ihmiskäsitys. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 25, 190-201.
- Rauhala, L. 1986. *Ihmiskäsitys ihmistyössä*. 3p. Helsinki: Gaudeamus.
- Rauste von Wright, M., von Wight, J. 1995. *Oppiminen ja koulutus*. Juva: Wsoy.
- Rimpelä, M. 1994. Terveystiedon edistäminen ja terveystieteiden – katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 31, 5-22.
- Robinson, S., Hill, Y. 1995. Miracles take little longer: Project 2000 and the health-promoting nurse. *International Journal Nursing Studies* 6, 568-579.
- Rush, K. 1997. Health promotion ideology and nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 25, 1292-1298.
- Salanterä, S., Leino-Kilpi, H. 1992. Kätilö-, sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja opiskelijoiden hoidollisten tiedonalueiden hallinta ammatillisen peruskoulutuksen aikana. Opetushallitus, ammatillisen koulutuksen linja. Helsinki.
- Sarvimäki, A. 1997. Etiikka ja yhteisöllisyys. Terveystieteiden etiikka tarkasteltuna kommunikatiivisen etiikan näkökulmasta. Teoksessa T. Parviainen, M. Pelkonen (toim.) *Yhteisöllisyys avain parempaan terveyteen. Työvälineitä työhön*. Stakes. Raportteja 217. Saarijärvi: Gummerus. 81-90.
- Seedhouse, D. 1997. *Health promotion: philosophy, prejudice and practise*. Chichester: Wiley.
- Sihto, M. 1997. Terveystieteiden ohjelman vastaanotto: tutkimus Suomen Terveystietä kaikille vuoteen 2000 –ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. *Stakes tutkimuksia* 74. Helsinki.

Sjögren, A., Poskiparta, M., Liimatainen, L. 2000. Edistetäänkö terveyttä? Kahden terveystalan ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmien analyysin tuloksia. *Hoitotiede* 12, 3-14.

Skelton, R. 1994. Nursing and empowerment: concepts and strategies. *Journal of Advanced Nursing* 19, 415-423.

Smith, P., Masterson, A., Lask, S. 1995. Health and curriculum: an illuminative evaluation – Part 2: Finding and recommendations. *Nurse Education Today*. 15, 317-322.

Sosiaali- ja terveystalan opetussuunnitelman perusteet opistoasteella: hoitotyön opistotutkinto, sairaanhoitaja, hoitotyön opistotutkinto, terveydenhoitaja, kättilö. 1996. Opetushallitus. Helsinki.

Stenfors, P. 1999. Tieteellisen ja kriittisen ajattelun kehitys hoitotyön koulutuksessa: seurantatutkimus sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- ja kättilökoulutuksessa. Tampereen yliopisto. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Strobl, J., Bruce, N. 2000. Achieving wider participation in strategic health planning: experience from the consultation phase of Liverpool's 'City Health Plan'. *Health Promotion International* 15, 215-225.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E., Saari, S. 1994. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Rauma: Kirjayhtymä Oy.

The Jakarta declaration on leading health promotion into the 21st century. [online] [viitattu 15.12.2000] <http://www.who.int/hpr/docs/jakarta/english.html>

Thomson, P., Kohli, H. 1997. Health promotion training needs analysis: an integral role for clinical nurses in Lanarkshire, Scotland. *Journal of Advanced Nursing* 26, 507-514.

Tones, K. 1998. Health education and the promotion of health: seeking wisely to empower. Teoksessa S. Kendall (toim.) *Health and Empower. Research and Practise*. 57-88.

Tones, K. 1993. The theory of health promotion. Teoksessa Wilson- Barnett, Macleod Clark. (toim.) *Research in health promotion and nursing*. 3-12.

Tones, K. 1988. Selecting Indicators of Success in Health Education: The Importance of Theory and Philosophy. Teoksessa *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1988. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Terveyskasvatus, Sarja tutkimukset 8/1988*.

Venkula, J. 1993. Tiedon suhde toimintaan. Tieteellisen toiminnan ulottuvuuksia I. Helsinki: Yliopistopaino.

Vanhainen, L. 2000. Terveystalan opiskelijoiden suuntautuminen hoitamiseen. *Acta Universitatis Ouluensis. D 579*. Oulun yliopisto. Oulu.

Wheeler, H., Cross, V., Anthony, D. 2000. Limitations, frustrations and opportunities: a follow-up study of nursing graduates from the University of Birmingham, England. *Journal of Advanced Nursing* 32, 842-856.

Åstedt-Kurki, P. 1989. *Terveys ja hoitotyö aikuisten kokemana*. Sairaanhoidon tutkimuslaitos. Helsinki.

LIITE 1

Aineistojen analyysi

Aineistojen analyysin keskeisiä tarkastelun kohteita:

Esseet syksy 1997

- terveystietäminen ja ihmiskäsitys
- terveystietämisen heijastuminen terveyden edistämisaikajatteluun
- terveyden edistämisen erilaisten lähestymistapojen ilmeneminen: korostuuko joku / jotkut lähestymistavat?
- asiakkaan rooli - terveyden edistäjän rooli
- yksilösuuntautuneisuus – yhteisösuuntautuneisuus, konteksti
- ajattelun loogisuus, kriittisyys, perustelevuus

Haastattelut kevät 2000

- terveyden edistämistoiminnan
- näkökulman valintaan liittyvät asiat (yksilö – yhteisösuuntautuneisuus, sairaus – terveystietäisyys, rakenteellinen taso – humanistinen taso)
- tavoitteeseen liittyvät asiat (muutoshalukkuus – ykseys ja järjestys)
- terveyden edistämisen vuorovaikutustilanteisiin liittyvät asiat (tasavertaisuus – asiantuntijajohtoisuus) sekä niissä huomioitavat asiat (subjektiiviset – objektiiviset asiat)
- *omien* näkemysten esittäminen, mielipiteiden perustelevuus, kriittisyys, reflektointi

Terveyden edistämiskäsitysten / näkemysten jako eri tiedonkäsityksiä heijastaviin luokkiin: Kategoriakuvaus

Selkiintymätöntä, pirstaleista tiedonkäsitysluokkaa heijastava terveyden edistämiskäsitys

- opiskelijalla ei ole selkeää käsitystä terveyden edistämisestä

Välineellistä tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämiskäsitys

- traditionaalinen terveyden edistämisen lähestymistapa
- ominaista luonnontieteellinen kausaaliselittäminen, faktat ja niiden väliset suhteet
- asioita ei sovelleta, suhteellisteta, valikoida eikä kritisoida
- tieto persoonatonta, ei merkityssuhteiden arviointia
- tieto otetaan vastaan annettuna, ei arvioida suhteessa lähteeseen, kontekstiin
- uskotaan, että asioihin on löydettävissä oikea vastaus, yksi vastaus, joka on myös opittavissa

Esseet:

- traditionaalinen lähestymistapa korostuu voimakkaasti (yksinomaan)
- kokonaisvaltainen terveystietäminen ei heijastu terveyden edistämisaikajatteluun
- tutkittu tieto toiminnan muuttamisessa tärkeää, (vastaukset jo valmiita)

Haastattelut:

- asiantuntijajohtoisuus, objektiiviset tulkinnat, sairauslähettäisyys, ykseys ja järjestys, yksilösuuntautuneisuus korostuvat yksinomaan (traditionaalinen lähestymistapa)
- edellä mainittujen ulottuvuuksien toista puolta ei kuvata ja mainita
- yksipuolisuus ominaista

(jatkuu)

(Liite 1 jatkuu)

Siirtymävaihe

- ajattelussa on jo hieman vaihtoehtoja ja pohdintaa, jota ei kehitellä kuitenkaan kovin pitkälle
- ajattelu vielä hieman sekavaa, ei loogista
- yksilö aletaan nähdä aktiivisena, yksilöt tekevät valintoja, tavoite saattaa olla jo kuitenkin ennakkoon määrätty traditionaalisesta lähestymistavasta käsin

Esseet:

- ajattelussa tulee esille kaksi tai kolme erilaista terveyden edistämisen lähestymistapaa
- kokonaisvaltainen terveystieteellinen lähestymistapa ei heijastu vielä kokonaan terveyden edistämisaikajatteluun
- lähestymistavat ja toimintamuodot esitellään kuvauksen omaisesti, ei pohdita, kritisoida tai vertailla sen tarkemmin

Haastattelut:

- yritystä laajentaa ajattelua, ulottuvuuksien molempien puolien kuvaaminen

Suhteellista tiedonkäsitystä heijastava terveyden edistämiskäsitys

- ominaista asioiden, tiedon, traditioiden, tulkintojen arvioiminen, soveltaminen, suhteellistaminen, valikoiminen ja kritisoiminen
- kommunikatiivinen toiminta; merkityssuhteiden ymmärtäminen, tulkitseminen
- terveyden edistämisen peruskäsitteiden hallinta, pyrkimys saada kokonaiskuva terveyden edistämisestä
- terveyden edistäminen näkeminen laaja-alaisena ja monimuotoisena toimintana

Esseet:

- esille nousee vähintään kolme erilaista terveyden edistämisen lähestymistapaa
- kokonaisvaltainen terveystieteellinen lähestymistapa alkaa näkyä myös terveyden edistämisaikajatteluun
- traditionaalinen lähestymistapa ei korostu muiden yli
- ihminen aktiivinen toimija, terveyden edistäjä kannustaja
- näkökulma; yksilö – yhteisö ja kontekstin huomiointi
- alkuvaihe; käsityksiä ei kritisoida tai suhteellisteta vielä kovinkaan paljoa

Haastattelut:

- terveyden edistämisen eri ulottuvuuksien monipuolinen kuvaaminen, arvioiminen, suhteellistaminen

Kokonaisvaltainen terveyden edistämisenäkemys

- laaja-alaisuus, kriittisyys, selkeys
- skeptisyys tietoa ja tiedon jakamista kohtaan
- olemassa olevien rakenteiden ja käytäntöjen kyseenalaistaminen
- tiedon perustelujen pohdinta
- muutoksiin sopeutuminen ja niihin vaikuttaminen
- vaihtoehtojen tuottaminen ja ratkaisujen kritisoiminen
- kyky reflektoida ja keskustella
- oman näkemyksen muodostaminen

Esseet:

- opiskelija on muodostanut itselleen laaja-alaisen näkemyksen terveyden edistämisestä
- opiskelija ymmärtää, että erilaiset terveyden edistämisen toimintamallit ja -muodot ovat tarpeellisia ja että ne yhdessä muodostavat terveyden edistämisen kokonaisuuden

Haastattelut:

- ulottuvuuksien kokonaisvaltaista tarkastelua, kritisoimista, arvioimista, suhteellistamista