

## EDISTETÄÄNKÖ TERVEYTTÄ?

Kahden ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen opettajien käsityksiä terveyden edistämisen opetuksen lähtökohdista

Auli Sjögren  
Lisensiaattityö  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Tammikuu 2003

## TIIVISTELMÄ

EDISTETÄÄNKÖ TERVEYTTÄ? Kahden ammattikorkeakoulun sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen opettajien käsityksiä terveyden edistämisen opetuksen lähtökohdista

Auli Sjögrén

Julkaisupaikka: Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteen laitos, 2003

s.54, liitteet: 2

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kahden ammattikorkeakoulun terveystieteiden koulutuksen terveyden edistämisen opetuksen lähtökohtia. Tutkimusaineistona oli kyseisten ammattikorkeakoulujen sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmat ja 20 opettajan (kymmenen molemmista ammattikorkeakouluista) teemahaastattelut vuosilta 1998, 1999 ja 2000. Aineistot analysoitiin käsittekarttatekniikalla ja sisällön analyysillä.

Molempien ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmat olivat rakenteellisesti varsin erilaiset. Terveyden edistämisen opetus rakentui pääpiirteittäin uudistetun Terveyttä kaikille vuoteen 2000 ohjelman mukaisesti. Molempien ammattikorkeakoulujen terveyden edistämisen opetus oli useimmiten integroitu perus- ja ammattiopintoihin. Toisen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmassa terveyden edistämisen opetukseen oli varattu erilliset opintojaksot. Osasta ammattiopintoja terveyden edistämisen käsitteet puuttuivat kokonaan eivätkä tavoitteet edenneet loogisesti. Useimmat tutkimuksessa mukana olleet opettajat osallistuivat opetussuunnitelmien työstämiseen. Opetussuunnitelmatyö koettiin vaativaksi prosessiksi. Työtä vaikeutti ajan ja vahvan sitoutumisen puute, ristiriidoiltakaan ei välttytty. Opettajat tiesivät, miten terveyden edistäminen oli sisällytetty rakenteellisesti opetussuunnitelmiin, mutta he eivät olleet tietoisia muiden opettajien opetussisällöistä. Terveyden edistäminen otettiin opetuksessa huomioon opintojaksoissa, joiden nimi viittasi terveyden edistämiseen tai joissa ilmeni terveyden edistämisen tavoitteita. Näitä opintojaksoja opettivat yleensä ammattiaineiden opettajat, joilla oli pohjakoulutuksena terveydenhoitajan tutkinto. Muissa opintojaksoissa terveyden edistämistä käsiteltiin satunnaisesti. Opettajien käsitykset terveyden edistämisestä olivat vielä epäyhtenäisiä. Terveyden edistäminen nähtiin pääosin asiantuntijakeskeisenä, yksilön käyttäytymiseen kohdistuvana fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena toimintana.

Ammattikorkeakoulujen hoitotyön koulutuksen opetussuunnitelmat ovat kehittyneet terveyden edistämisen suhteen terveystieteiden linjausten mukaisesti vastaten väestön terveystarpeisiin. Perheen, yhteisön ja ympäristön osuus terveyden edistämässä oli vielä kuitenkin vähäistä. Jatkossa on tarkasteltava erityisen kriittisesti terveyden edistämisen lähtökohtia, käsitettä terveyden edistäminen ja sen sisällyttämistä opintojaksojen tavoitteisiin loogisesti eteneväksi kokonaisuudeksi.

Avainsanat: opetussuunnitelma, terveystieteiden opettaja, terveyden edistäminen, terveyden edistämisen opetus

## ABSTRACT

The purpose of the study was to describe teachers' views and impressions of health promotion in two health care polytechnics. The research data consisted of the curricula of nursing and public health nursing, as well as teachers' (10+10) theme interviews carried out during the years 1998,1999 and 2000. The data were analysed using concept mapping and content analysis.

The project 'Health for all by the year 2000' was taken as a basis for the curricula in both polytechnics. Health promotion was mostly integrated into other studies. In the curriculum of the other polytechnic A health promotion constituted a subject of its own courses. In some professional studies, the concepts of health promotion were not found and the objectives of health promotion did not proceed logically, either.

The findings showed that most of the teachers interviewed were involved in local curriculum development. This work was a demanding process, although it was impeded by haste and lack of time. Moreover, the absence of strong commitment to curriculum development and conflicts between teachers were identified in both schools. The teachers knew how health promotion was included in the curricula, but they were not aware of its implementation in other teachers' teaching contents. Health promotion was taken into account in the modules the title of which referred to health promotion or which included objectives of health promotion. These courses were usually taught by teachers' with a public health nursing education. In other courses health promotion was included to a varying extent. Teachers' impressions of health promotion were not yet convergent. The definition was mainly focused on health promotion of an individual. The teachers emphasized the distribution of health care knowledge and change in health behaviour.

It can be concluded that the curricula of the health care polytechnics have developed in health promotion in line with health politics and efforts are made to meet the challenges of preventive health politics. However, the share of family, community and environment in health promotion is still minor.

In the future, teachers have to consider the starting points of health promotion and the concept of health promotion very critically, as well as the including of health promotion in the objectives of the modules as a logically proceeding unity.

Keywords: curriculum, curriculum development, health promotion, healthcare teacher, teaching of health promotion

## **LISENSIAATTITYÖHÖN SISÄLTYVÄT OSAJULKAISUT**

Lisensiaattityö perustuu seuraaviin osajulkaisuihin (1-3):

1. Sjögrén A., Poskiparta M. & Liimatainen L. 2000. Edistetäänkö terveyttä? Kahden ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmien analyysi. *Hoitotiede* 1, 3-14.
2. Sjögrén A., Poskiparta M. & Liimatainen L. Teachers' views on curriculum development in health promotion in two Finnish polytechnics. *Nurse Education Today*. Painossa.
3. Sjögrén A., Poskiparta M. & Liimatainen L. 2002. Terveyden edistäminen. Terveysalan ammattikorkeakoulujen opettajien käsityksiä terveyden edistämisestä ja sen opetuksesta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 39, 63-71.

# SISÄLLYS

## LUETTELO ALKUPERÄISJULKAISUISTA

1 JOHDANTO .....	6
2 TERVEYDEN EDISTÄMISEN OPETUKSEN PERUSTA .....	9
2.1 Terveyden edistämisen käsitteen muotoutuminen .....	9
2.2 Terveyden edistämisen lähestymistavat .....	11
2.2.1 Asiantuntijakeskeinen terveyden edistäminen .....	12
2.2.2 Voimavarakeskeinen terveyden edistäminen .....	13
2.3 Opetussuunnitelmat terveyden edistämisen opetuksen lähtökohtana .....	14
2.3.1 Opetussuunnitelmien taustaa .....	14
2.3.2 Opetussuunnitelmat - opetuksen perusta .....	15
2.3.3 Opetussuunnitelmien työstämisprosessi .....	16
2.2.4 Opettajat opetussuunnitelmien työstäjinä .....	17
2.4 Terveyden edistämisen opetuksen suunnittelu .....	18
2.5 Yhteenveto .....	20
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	23
4 TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT .....	24
4.1 Tutkimusaineistot .....	24
4.2 Analyysimenetelmät .....	27
5 TUTKIMUSTULOKSET .....	28
5.1 Terveyden edistäminen opetussuunnitelmissa .....	28
5.2 Opetussuunnitelmien työstämisprosessi .....	31
5.3 Opettajien terveyden edistämisen käsitys ja opetus .....	32
6 POHDINTA .....	34
6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset .....	34
6.2 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua .....	35
6.3 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja ehdotukset jatkotutkimuksiksi .....	39
LÄHTEET .....	41
LIITTEET .....	53
Liite 1 Teemahaastattelu 1	
Liite 2 Teemahaastattelu 2	

## 1 JOHDANTO

Terveyden edistäminen on viime vuosina noussut yhdeksi sosiaali- ja terveystalouden keskeisimmistä linjauksista (WHO 1999; STM 2001). Terveyden edistämisen tarve on tullut esille väestön hyvinvointi- ja terveysongelmien lisääntyessä suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa. Viime vuosina väestön terveyden edistämiseksi onkin esitetty entistä laajaa-alaisempia ja haasteellisempia tavoitteita (STM 1999; STM 2001; STM 2002). Näihin vastaaminen vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta tietoa ja taitoa (Perälä & Ponkala 1999; STM 2002), sisäistynyttä laaja-alaista näkemystä terveydestä ja sen edistämisestä (MacIntosh 1998; Naidoo & Wills 1998), persoonallista ja eettistä näkemystä, vaihtoehtojen tuottamista, perustelujen esittämistä sekä niiden arviointia (Hirvonen ym. 2002; Pietilä ym. 2002). Terveydenhuollon ammattilaisten tehtävänä on yhdessä muiden tahojen kanssa rakentaa terveyttä edistävää toimintaa yhteiskunnan eri toimintaloikoilla ja vahvistaa terveyden edistämisenäkökulmaa terveystaloudessa (STM 2000; STM 2001; STM 2002; OPM 2001).

Sairaanhoitajilla ja terveydenhoitajilla on merkittävä rooli terveyden edistämässä, mikä perustuu heidän laajaan terveydenhuollon toimintakenttään sekä mahdollisuuteen toimia läheisesti yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen parissa. (Mc Donald 1998; Morgan & Marsh 1998; Piper & Brown 1998; MacIntosh & McCormack 2000, Jaroma 2000.) Perinteisen käsityksen mukaan terveyden edistäminen on liitetty terveydenhoitajien terveydenhoitotyöhön (Lohiniva 1999.) Englantilaisien tutkimusten mukaan sairaanhoitajan työssä se näyttäytyy erillisenä lisänä, jota toteutetaan, jos jää aikaa tai kiinnostusta (vrt. Macleod Clark 1993; Benson & Latter 1998; Caraham 1998).

Terveydenhuollon yhteiskunnallisen tehtävän tuloksellinen hoitaminen edellyttää laadukasta ammattilista perus- ja jatkokoulutusta (Perälä & Ponkala 1999). Ammattikorkeakoulututkintoon johtavien opintojen yleisenä tavoitteena on antaa opiskelijalle laaja-alaiset valmiudet asianomaisen alan asiantuntijatehtävissä toimimiseen ja työelämän kehittämistehtäviin (L255/95; OPM 2001). Koulutuksen kehittämishaasteet terveydenhuollolla perustuvat yhteiskunnallisiin, lähinnä väestössä ja kansanterveydessä tapahtuneisiin ja ennakoitavissa oleviin muutoksiin ja niiden pohjalta laadittuihin kansainvälisiin ja kansallisiin sosiaali- ja terveystaloudellisiin linjauksiin (Pirnes & Leino-Kilpi 1996; Tossavainen 1997; Jaroma 2000; Metsämuuronen 2000; STM

2002). Ammattikorkeakouluilla on myös selkeä tehtävä vahvistaa alueellista kehitystä ja edistää yritystoimintaa (Salminen 1998; Pakarinen ym. 2001; STM 2002).

Ammattikorkeakoulut määrittävät itse koulutuksensa painopisteet ja laativat opetussuunnitelmansa ottaen huomioon terveydenhuollon koulutuksen edellyttämät koulutukselliset vaatimukset (77/453/ETY; 80/155/ETY; 89/595/ETY; OPH 1994; 1996; STM 2001; OPM 2001). Monien maiden hoitotyön koulutuksen opetussuunnitelmat ja terveyden edistämisen opetus perustuu Ottawan (1986) asiakirjaan sekä WHO:n Terveyttä Kaikille vuoteen 2000-ohjelmaan (1993) (Robinson & Hill 1995; Casey 1996; Poskiparta ym. 2000; Poskiparta ym.2001a). Huolimatta opetussuunnitelmien taustalla olevien asiakirjojen terveyden edistämisen julistuksista terveysalan koulutus saattaa vahvistaa osan opiskelijoiden asiantuntijakeskeistä ja käyttäytymisen muutokseen tähtäävää (Benson & Latter 1998; Liimatainen 2002) sekä sairauslähtöistä toimintaa (Macleod Clark & Maben 1998; McDonald 1998; Mawn & Reece 2000). Sillä opetussuunnitelma ja terveyden edistämisen opetus ovat vain oppimisen mahdollistajia opiskelijan rakentamassa henkilökohtaista terveyden edistämisen käsitystään Yhteisöllisyyden osuuden on todettu jääneen myös vähäiseksi (Sihto 1997; Raatikainen 1998; Lohiniva 1999; Jaroma 2000; Poskiparta ym. 2001b.)

Suomessa terveyden edistämisen opetusta, oppimista, merkitystä ja asemaa hoitotyön koulutuksessa on tutkittu vähän(Mäkisalo 1994; Jaroma 2000; Poskiparta ym. 2000; 2001a), kun taas kansainvälisesti tutkimusta on tehty melko runsaasti (mm. Smith ym.1995a; 1995b; Rush 1997; Macleod Clark & Maben 1998). Hoitotyöntekijöiden terveyden edistämisen tietoperustaan ja taitoihin liittyvä tutkimus on ollut vähäistä (Mäkisalo 1998; Rivers ym. 1998; Poskiparta ym. 2001a). Britanniassa on tutkittu WHO:n (1986) Health For All 2000 -ohjelman pohjalta luodun opetussuunnitelman vaikutuksia sairaanhoitajakoulutukseen lähinnä käsitteellisellä tasolla. (Robinson & Hill 1995; Macleod Clark & Maben 1998; Mc Donald 1998.)

Opettajan oma suhtautuminen terveyteen ja terveyden edistämiseen vaikuttaa olennaisella tavalla hänen työhönsä. (Laitakari 1992; Nurminen 1996; Rush 1997; Naidoo & Wills 1998.) Opettajien omaksumat terveyden edistämisen käsitykset ja lähestymistavat ohjaavat opetuksen lähtökohtia, suunnittelua ja toteutusta (Liimatainen ym. 1999). Opettajan rooli korostuu opiskelijan pyrkiessä soveltamaan oppimaansa terveyden edistämisen teoretietoa käyttöön terveyden edistämisen

tilanteissa (mm. Aavarinne 1993; Bentley 1996; Macleod Clark & Maben 1998; McAllister 2001a ja b). Terveysalan opettajien opetussuunnitelmien työstämisen ja terveyden edistämisen käsitteiden tutkimusta ei ole juurikaan tehty.

Terveysalan koulu-uudistusten toteutumisen seuranta edellyttää koulutuksen monipuolista tutkimista. Esimerkiksi terveyden edistämisen lähestymistapojen tutkiminen on tärkeää, koska monentyyppisestä tiedosta muodostuvan tietoperustan opettamisessa tarvitaan erilaisia lähestymistapoja ja metodeja (Howkins 1994; Antrobus 1997). Tässä tutkimuksessa terveyden edistäminen on määritelty pääosin WHO:n (1986) ja Ottawan asiakirjan mukaan, koska näitä on käytetty tutkimuksessa mukana olleiden ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmissa. Määritelmiä on laajennettu Rushin (1997) esittämällä voimavarakeskeisellä (empowerment) lähestymistavalla.

Tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen laajempaa seurantatutkimusprojektia, joka käsitteli terveyden edistämisen oppimista ja opettamista kahdessa ammattikorkeakoulussa. Oma tutkimusintressini kohdistui sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen opetussuunnitelmiin, opettajien käsitykseen terveyden edistämisestä ja terveyden edistämisen opetuksesta. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää näiden ammattikorkeakoulujen terveysalan koulutuksen terveyden edistämisen opetuksen lähtökohtia. Näitä kuvaan lisensiaattityöni yhteenvedossa osajulkaisujen tulosten avulla. Tavoitteena on saada uutta tietoa sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen kehittämiseksi.

## **2 TERVEYDEN EDISTÄMISEN OPETUKSEN PERUSTA**

Terveysalan ammatillisessa peruskoulutuksessa ihmistä, ympäristöä ja terveyttä koskevan tiedon tulisi olla osa sairaan- ja terveydenhoitajan ammattitaitoa ja sen tulisi toimia terveyden edistämisen opetuksen suunnittelun ja toteutuksen lähtökohtana (vrt. mm. Schultz 1991; Perälä 1997; Jaroma 2000).

Sosiaali- ja terveysalan ammattitaitovaatimuksia selvittävässä tutkimuksissa on korostettu vankan tietoperustan ja työn teoreettisen hallinnan merkitystä (esim. Saukkonen 1995; Pelttari



1997; Lohiniva 1999; Jaroma 2000). Nousiaisen (1998) mukaan sairaanhoitaja tarvitsee taitoa hahmottaa käsitteelliset asiat konkreettisen toiminnan tasolla sekä tehdä itsenäisesti ja perustellusti päätöksiä omassa työssään (myös Pelttari 1997; Lohiniva 1999). Työntekijöiltä edellytetään kykyä kehittää itseään, työtään, omaa ammattiaan ja työyhteisöään, sekä kykyä ja rohkeutta kyseenalaistaa vanhoja oppeja ja työtapoja. (Pelttari 1997; Saukkonen 1995; Lohiniva 1999; Kettunen 2001; Pietilä ym. 2002.) Ammatillinen pätevyys terveyden edistämisessä ei ole kerran koulutuksessa saavutettu pysyvä ominaisuus tai valmius. Opettajien, opiskelijoiden ja koko työyhteisön tulisi välillä pysähtyä pohtimaan omaa käsitystään ja oppilaitoksen käsitystä terveyden edistämisestä ja sen toteutumista koulutuksessa. Joidenkin tutkimusten mukaan terveyden edistämisen opetuksen on todettu olevan määrällisesti riittämätöntä ja puutteellista (Rivers ym. 1998; Liimatainen 2002). Myös opettajien ja opiskelijoiden käsitykset terveyden edistämisen opetuksen toteutuksesta eroavat toisistaan (Liimatainen ym. 2001; Poskiparta ym. 2000; 2001a).

## **2.1 Terveyden edistämisen käsitteen muotoutuminen**

Laaja väestön terveyden edistämiseen tähtäävä terveystalitiikka on muotoutunut Maailman terveysjärjestön (WHO) piirissä 1970-luvun lopulta alkaen. Kirjallisuuteen terveyden edistämisen käsite ilmaantui samoihin aikoihin Kanadassa (Morgan & Marsh 1998). Käsitteen ymmärtäminen ja sisältö ovat muotoutuneet pääasiassa Maailman terveysjärjestön (WHO) piirissä vuosikymmenien mittaisen kehitystyön tuloksena. Lähtökohtana voidaan pitää Alma Atassa pidettyä perusterveydenhuollon konferenssia (1978), jonka ohjelmasuosituksen mukaan perusterveydenhuollon johtavana periaatteena on osoittaa terveysongelmat ja huolehtia edistävi- en, ehkäisevien, hoitavien ja kuntouttavien palvelujen saatavuudesta. Alma Atan kokouksessa luotiin Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -strategian periaatteet ja painopisteet, jotka edelleen vahvistettiin Ottawan konferenssissa (1986). WHO:n myöhemmissä terveyden edistämisen konferensseissa paneuduttiin yksityiskohtiin. Adelaidessa (1988) pohdittiin terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa, Sundsvallissa (1991) etsittiin käytännöllisiä työtapoja, Jakartassa (1997) ja Puerto Ricossa (1998) vahvistettiin Ottawan konferenssissa tehtyjä päätelmiä. (Leger 1997; Perttilä 1999).

Suomi pyrki omassa Terveyttä kaikille 2000 -ohjelmassaan määrätietoiseen terveyspolitiikan rakentamiseen kansallisesti ensimmäisten maiden joukossa maailmassa (STM 2001). WHO:n yleiskokous hyväksyi uuden Terveyttä kaikille 21-ohjelman vuonna 1998. Se jatkoi ja uudisti Terveyttä kaikille vuoteen 2000 (1993) -ohjelmaa. Uusi ohjelma perustuu samalle arvopohjalle ja periaatteille, mutta muuttunut toimintaympäristö on edellyttänyt toimintatapojen ja linjausten kehittämistä. Suomen uudistettu Terveys 2015 -kansanterveysohjelma toimii laajana kehyksenä yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle terveyden edistämiseksi seuraavan 15 vuoden ajan (STM 2001). Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa painotetaan terveysorientaatiota, joka on vahvistumassa ihmisten elämässä ja edellyttää uudenlaista tiedonvälitystä, koulutusta ja uudenlaisia terveyden edistämisen työmenetelmiä ja toimintamalleja. (Hakulinen ym. 2002.) Terveyden edistämisen avaintehtäviä ovat: edistää sosiaalista terveyttä, lisätä panostusta terveyteen, lujittaa ja laajentaa yhteistyötä terveyden hyväksi, lisätä yhteisön toimintakykyä, vahvistaa yksilöä sekä varmistaa terveyden edistämisen perusrakenteet. (WHO1999; STM 2001.)

Terveyden edistämisen käsite on vuosikymmenien keskustelujen jälkeen edelleen moniselitteinen (Perttilä 1999). Yhteisöt ja tutkijat ovat määritelleet käsitteen sisältöä eri aikoina omista lähtökohdistaan (esim. WHO 1984; Ottawa Charter 1986; Macleod Clark & Maben 1998; Naidoo & Wills 1998). Tässä tutkimuksessa sitoudutaan WHO:n (1984) ja Ottawan asiakirjan (1986) käsityksiin terveyden edistämiseksi. WHO:n määritelmän (1984) mukaan terveyden edistämällä tarkoitetaan prosessia, joka lisää ihmisen mahdollisuuksia ja kykyä hallita ja parantaa terveyttään (Vertio 1992; WHO 1984). Ottawan asiakirjassa (1986) painotetaan terveyttä edistävää yhteiskuntapolitiikkaa ja terveellisen ympäristön aikaansaamista yhteisöjen konkreettisilla ja tehokkailta toimenpiteillä. Yksilöiden henkilökohtaisia terveyden edistämisen taitoja kehitetään tiedon jakamisella, terveystieteillä ja lisäämällä elämäntaitoja. Terveyspalveluja suunnataan ja kehitetään terveyttä edistäviksi (Ottawa Charter 1986). Terveyttä kaikille 21- ohjelma (1999) ja Terveys 2015 -kansanterveysohjelma (STM 2001) täydentävät näitä ohjelmia vahvistamalla terveyden edistämisen asemaa, parantamalla ammatillista osaamista ja kehittämällä uusia työvälineitä sekä etsimällä uusia yhteistyökumppaneita.

## 2.2 Terveyden edistämisen lähestymistavat

Terveyden edistäminen on oleellinen osa hoitotyötä ja tämän asian tiedostaminen hoitoalan koulutuksessa on tärkeää. Raatikaisen (2003) mukaan terveyden edistäminen on sisällynyt hoitotieteeseen ja hoitotyöhön monessa merkityksessä. Terveyden edistämistä voidaan pitää hoitotyön substanssin perusideana, jonka painoarvo hoitotyön tulevaisuudessa vahvistuu. Terveyden edistäminen aletaan ymmärtää hoitotieteen ja hoitotyön ydintarkoitukseksi muiden tieteen alojen kanssa.

Terveyden edistämisen opetuksen lähtökohtana on käsitys siitä mitä terveyden edistämällä tarkoitetaan. Terveyden edistämisen käsitteen erilaiset tulkinnat luovat erilaisia vaatimuksia ja odotuksia koulutukselle. Käytännön opetustyössä terveyden edistämistä opetetaan ja toteutetaan eri lähestymistapojen pohjalta (vrt. Mäkisalo 1994). Terveyden edistämisen lähestymistavalla tarkoitetaan tässä yhteisön tai yksilöiden arvojen, uskomusten ja normien muodostamaa kokonaisuutta, jonka pohjalta luodaan käsitys terveyden edistämisestä ja sen suhteesta ympäröivään maailmaan. (Vrt. Rimpelä 1994; Tones 1996; Rush 1997.) Lähestymistapoja voidaan pitää terveyden edistämisen toimintaa ohjaavina perusolettamuksina, jotka alkavat muodostua jo peruskoulutuksen aikana. Nämä eroavat toisistaan vallitsevan maailmankuvan (esim. Lepola 1992), terveys- ja ihmiskäsityksen (esim. Lindsey & Hatric 1998), vuorovaikutuksen (esim. Macleod Clark 1993), toiminnan periaatteiden, tavoitteiden, menetelmien ja odotettujen tulosten osalta (Benson & Latter 1998). Lähestymistapa on havaittavissa opetussuunnitelmissa käytetyssä kielessä, opintojaksojen sisällöissä, kirjallisuudessa ja opetusmenetelmissä. Lähestymistapa ilmenee myös opettajien ja käytännön harjoittelua ohjaavien henkilöiden roolimalleina, asenteina, arvoina ja suhtautumisena terveyden edistämiseen (Robinson & Hill 1995). Terveyden edistämisen lähestymistapaan vaikuttaa lisäksi organisaatioiden julkilausumattomat säännöt ja vakiintuneet työkäytännöt (Naidoo & Wills 1998). Rush (1977) tuo esille asiantuntijakeskeisen sekä ihmis- ja voimavarakeskeisen (empowerment) lähestymistavan hoitotyön koulutuksessa. Näitä kuvaan seuraavaksi.

### 2.2.1 Asiantuntijakeskeinen terveyden edistäminen

Rushin (1997) mukaan hoitotyön koulutuksessa terveyden edistämistä ohjaa pääosin asiantuntijakeskeinen yksilöön suuntautunut lähestymistapa. Tässä lähestymistavassa on ominaista sairauskeskeisyys ja toiminnan kohdistaminen pääosin yksilön käyttäytymiseen ja sen muuttamiseen. (Tones 1988; Ewless & Simnet 1995; Rush 1997; Naidoo & Wills 1998.)

Asiantuntijakeskeiseksi lähestymistavaksi voidaan ajatella myös terveyden edistämisen jako sairaus- ja terveyslähtöiseen lähestymistapaan. Sairauslähtöinen lähestymistapa on edelleen hyvin yleinen terveydenhuollon terveyden edistämistyössä. (Antrobus 1997; Liimatainen ym. 1999.) Toiminnan suunnittelu, toteutus ja päätöksenteko kanavoituu terveydenhuollon kautta (Kauhanen ym. 1998). Terveyden edistäminen nähdään tiedon siirtona asiantuntijalta asiakkaalle korostaen käyttäytymisen muutosta (Pender 1987; Tones 1988; Rimpelä 1994). Kohteena on usein yksilö, mutta se voi olla myös ryhmä tai yhteisö. Asiakkaan rooli terveyden edistämisen prosessissa on passiivinen (Tones 1988; Kauhanen ym. 1998). Tässä lähestymistavassa asiakkaita suostutellaan omaksumaan sairauksia ehkäisevä elämäntyyli ja näin vähennetään sairastavuutta ja kuolleisuutta. (Pender 1987; Tones 1988; Kauhanen ym. 1998.) Yksilöllisillä, terveellisillä elintavoilla ja valinnoilla nähdään olevan tärkeä merkitys terveyden ylläpitämisessä ja edistämisessä.

Terveyslähtöisessä toiminnassa asiantuntijat korostavat yksilöllistä ja osallistavaa vuorovaikutusta (Macleod Clark & Maben 1998; Naidoo & Wills 1998). Tässä lähestymistavassa yksilöllä nähdään olevan oikeus määrätä omat terveystarpeensa, oikeus tehdä omia terveystavoitteen ja tietoisesti suunnata elämänsä (Williams 1995; Kettunen 2001). Lähestymistapa korostaa yksilön henkilökohtaista kasvua ja kehitystä sekä elämäntaitojen omaksumista (Raeburn & Rootman 1998). Näitä lähestymistapoja tukee myös Macleod Clarkin (1993) esittämä terveyden edistämisen kahtiajako, joka perustuu Nightingalen "sick nursing vs. "health nursing" -ajattelun. Tämän mukaan "sick nursing" on liitetty erillisenä osana sairaanhoitoon ja "health nursing", varsinainen terveyden edistäminen on liitetty pääasiassa avoterveydenhuollon toimintaan (Macleod Clark 1993).

Asiantuntijälähtöisessä, niin sairaus-, kuin terveyslähtöisessä lähestymistavassa hoitajan terveyttä edistävä rooli yhdistetään opettamiseen, ohjeiden antamiseen ja niiden noudattamisen seurantaan (Naidoo & Wills 1998). Potilaan ja hoitajan vuorovaikutus on asiantuntijakeskeistä ja mahdollisesti dominoivaa (vrt. Macleod Clark 1993; Tones 1994; 1998; Kettunen 2001). On todettu, että asiakkaat ovat useimmiten halukkaita parantamaan omaa hyvinvointiaan (Poskiparta 1997) ottamalla vastaan ohjeita ja neuvoja, mutta tilanteen herkkyys saa potilaan ottamaan klassisen sairaan roolin ja hoitajan asettumaan asiantuntijan asemaan (Caraham 1998). Asiantuntijakeskeinen työskentelytapa useimmiten tapahtuu huomaamatta ja voi lisätä asiakkaan riippuvuutta ammattiauttajasta (Kettunen 2001).

### **2.2.2 Voimavarakeskeinen terveyden edistäminen**

Toisenlaista näkemystä terveyden edistämiseen on tuonut ihmis- ja voimavarylähtöinen (empowerment) lähestymistapa (Pelkonen 1994; Tones 1994;1998, Rush 1997). Termiä empowerment on suomennettu useilla eri tavoilla. Puhutaan esimerkiksi valtaistumisesta (Määttä 1999), täysivaltaistumisesta (Mattus 1994), voimaantumisen (Siitonen 1999), vahvistamisesta (Rostila 1997) ja ihmis- ja voimavarakeskeisyydestä (Liimatainen ym. 1999). Tässä tutkimuksessa käytän termiä voimavarakeskeinen terveyden edistämisen lähestymistapa. Tässä lähestymistavassa on oleellista sosiaalinen toimintaprosessi. Prosessin tavoitteena on edistää ihmisen omaa elämänhallintaa yhteisössä (Rush 1997). Tämä lähestymistapa lähtee perusolettamuksista, jotka nostavat asiakkaan ammattilaisen rinnalle korostamalla molempien kyvykkyyttä ja asian-tuntemusta (Kettunen 2001). Voimavarakeskeisessä lähestymistavassa on oleellista terveyden edistämisen keskeiset osa-alueet: autonomia, tasa-arvoisuus, kumppanuus, yhteistyö, neuvottelu, yhteisön osallistuminen ja itsemääräämisoikeus. (Ottawa Charter 1986; Latter 1998, Raeburn & Rootman 1998; Liimatainen ym. 1999.)

Lähestymistavan mukainen terveyden edistämispöessi voi toimia yksilö-, ryhmä- ja yhteisötasolla (Raeburn & Rootman 1998; Tones 1998). Yksilötason täysivaltainen osallistuminen toteutuu, kun yksilöllä on tunne siitä, että hän pystyy aikaisempaa paremmin hallitsemaan omaa elämäänsä. Yksilö ei vain vapauta omia resurssejaan, vaan käyttää niitä ja kokemuksiaan oman elämänsä hallintaan ja kehittämiseen (Engeström 1991; Poskiparta 1997; Kettunen 2001). Voimavarakeskeisyyden lähtökohtana voidaan pitää aktiivista osallistumista (Tones 1998).

Aktiivinen osallistuminen edellyttää tasavertaista vuorovaikutussuhdetta, asiakkaan hyväksyntää sekä turvallista ja luotettavaa ilmapiiriä (Kettunen 2001). Tällainen tilanne mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon ja asiakkaan oman elämän hallinnan tunteiden saavuttamisen.(Tones 1994; 1998.)

Kyetäkseen toimimaan ryhmä- ja yhteisötasolla on yksilön kuitenkin ensin saatava tuntumaa omien voimavarojen saavuttamiseen (Tones 1994; Kettunen 2001). Yhteisötasolla voimavarakeskeisyyden toteutuminen edellyttää terveyden edistämisen prosessin kokemista yksilötasolla ja lisäksi tavoitteellista yhteisöllistä toimintaa, johon yhteisön jäsenet osallistuvat (Liimatainen ym. 1999). Terveyden edistämisen prosessissa on oleellista, että yksilö tulee tietoiseksi omista voimavaroistaan ja vaihtoehtoisista toimintatavoistaan. Saavutettuaan yksilötasolla tunteen oman terveytensä ja sairautensa hallinnasta hän saa paremmat mahdollisuudet vaikuttaa yhteisöllisiin ja yhteiskunnallisiin tekijöihin.(Vrt. Rissel 1994.)

Terveydenhuollon hoitokulttuurissa terveyden edistäminen on oleellinen osa toimintaa. Tästä syystä voimavarakeskeisyyden periaatteita toteuttava toiminta ei ole erillinen tapahtuma, vaan sen tulee olla osa hoitajan työtä (Kettunen 2001). Hoitajien tulee olla tietoisia käyttämästään omasta asiantuntijan asemasta ja vallasta (Callaghan & Williams 1994) ja asiakkaiden käyttämistä vallankäytön keinoista (Kettunen 2001).Tätä voidaan selventää esimerkiksi keskustelemalla avoimesti terveyden edistämisen tavoista ja tavoitteista sekä sopimalla miten edetään ja miten asiakkaan valinnanvapaus pidetään esillä. Haasteena on myös laajentaa työn painopistettä uusien toimintamuotojen etsimiseen (vrt. Sihto 1997). Ammattilaisten tulisi myös toimia useammin ihmisten voimavarojen tunnistajana ja käyttöönoton avustajana kuin terveyden opettajina ja ohjaajina (Liimatainen 1999).

## **2.3 Opetussuunnitelmat terveyden edistämisen opetuksen lähtökohtana**

### **2.3.1 Opetussuunnitelmien taustaa**

Opetussuunnitelma on laaja asiakirja, joka ohjaa opetus- ja oppimistoimintaa opiskelijoiden ammattitaitovaatimusten saavuttamiseksi (Mäkisalo 1998). Valtakunnallisilla opetussuunnitelmissa on pyritty toteuttamaan yhteiskunnallisia vaateita ja takaamaan opetuksellista yhtenäisyyttä

(Atjonen 1993). Tällainen strategia on ollut tyypillistä ammattikorkeakoulu-uudistukseen saakka, jolloin opetussuunnitelmatyö siirrettiin kokonaan oppilaitosten tehtäväksi. Ammattikorkeakouluilta odotetaan uudenlaista koulutusfilosofiaa ja uutta lähestymistapaa opetussuunnitelmien laadintaan (Haverinen & Vänskä 1999).

Koulutuksen järjestäjän on organisoitava opetussuunnitelman laadinta ja vastattava siitä kokonaisuudessaan huomioiden koulutuksen edellyttämät vaatimukset sekä alueelliset ja paikalliset tarpeet (Hätönen 2000). Tämä edellyttää opettajilta entistä laajempaa terveyden- ja sosiaalihuollon toiminta-alueen tuntemista ja tulevaisuuden visioita, jotta opetussuunnitelma vastaisi työelämän tarpeisiin niin kansallisella kuin kansainväliselläkin tasolla (Routasalo 1995) ollen kehityksen edelläkävijä (Helakorpi 1999).

Oppilaitostason opetussuunnitelmatyön vahvuutena pidetään koulujen omien voimavarojen hyödyntämistä ja opettajien sitoutumista opetussuunnitelmien laadintaan.(Hätönen 2000.) Valmiita malleja opetussuunnitelman laadintaan ei ole, vaan jokainen ammattikorkeakoulu määrittää painopisteensä ja sisältönsä suhteessa terveydenhuollon ammattienharjoittamisoikeuksien edellyttämiin vaatimuksiin (EU-direktiivit 1977; OPH 1994; Asetus 256/1995) ja koulutuksen taustalla oleviin asiakirjoihin (Robinson & Hill 1995; Casey 1996; OPM 2001). Ammattijärjestöt ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) ovat kantaneet huolta opetussuunnitelmien erilaisuudesta ja epäilleet koulutuksen antamia valmiuksia. (Jaroma 2000; Ponkala 2001.)

### **2.3.2 Opetussuunnitelmat - opetuksen perusta**

Opetus ja oppiminen perustuvat oppimiskäsitykseen, joka mukautuu yhteiskunnallisiin muutoksiin, filosofisiin aatevirtauksiin ja oppimisen uusiin näkökulmiin. Erilaiset oppimiskäsitykset johtavat erilaisiin rakenteellisiin ratkaisuihin ja erilaisten tavoitteiden asetteluun opetussuunnitelmia suunniteltaessa (Rauste - von Wright & von Wright 1994). Tutkimuksissa on todettu käsitteistön, kielen ja rakenteiden epäselvyyden vaikeuttaneen opetussuunnitelmien ja terveyden edistämisen opetuksen suunnittelua (Grotty 1992; Sihvo & Turtiainen 1999), eivätkä opetussuunnitelmissa määritellyt lähtökohdat ole välittyneet johdonmukaisesti tavoitteisiin (Haverinen & Vänskä 1999).

Opetussuunnitelmien erilaiset rakenteet luovat terveyden edistämisen oppimiselle erilaiset lähtökohdat. Erilaisista opetussuunnitelmien rakenteista huolimatta voidaan luoda hyvä perusta terveyden edistämisen opetukselle (Poskiparta 2000; 2001b; Liimatainen 2002). Opetussuunnitelma voidaan laatia opintojaksoittain, teemoittain tai kooten opintojaksoja suuremmiksi opintokokonaisuuksiksi (Sihvo & Turtiainen 1999; Poskiparta ym. 2000). Opintokokonaisuuksien avulla on pyritty luomaan laajempia oppimiskokonaisuuksia integroimalla eri aihealueita. Integrointi tarkoittaa, että tietty aihealue, kuten esimerkiksi terveyden edistäminen, läpäisee koko koulutusta ja sen oppiminen ulottuu myös käytännön harjoitteluun. Tutkimusten mukaan terveyden edistämisen opetus ja oppiminen ovat esiintyneet omina opintojaksoina tai integroituna muihin opintojaksoihin (mm. Delaney 1994; Howkins 1994; Arthur & Bauman 1994) koulutuksen alku- tai loppuvaiheessa. (Wass & Bachouse 1996; Rush 1997.)

Integrointiin perustuvasta opetussuunnitelmasta ja opetuksesta on saatu hyviä kokemuksia, silloin kun suunnitteluun ovat osallistuneet opetuksesta vastaavat henkilöt sekä käytännön työelämän edustajat. (Oliver & Endersby 1994; Rauste von Wright & von Wright 1994; Stark ym. 1997.) Opetuksen integrointi edellyttää myös konkreettista yhteistyötä opettajien kesken ja yhteisesti jaettua mielenkiintoa opetettavia aineita kohtaan (Banks & Stave 1998). Wassin ja Backhousen (1996) kuten myös Poskiparran ym. (2001a) ja Liimataisen ym. (2001) mielestä terveyden edistämisen opetusta tulisi integroida muihin opintojaksoihin, mutta sen tietoperustan ja taitojen opetukseen tulisi olla lisäksi omia opintojaksoja. Ammattikorkeakoulujen terveystieteiden koulutuksessa osa oppimisesta tapahtuu käytännön harjoittelussa, joka on usein irrotettu teoreettisesta opiskelusta (vrt. Elkan & Robinson 1993; Poskiparta ym. 2000). Macleod Clarkin ja Mabenin (1998) mukaan terveyden edistäminen jää tällöin helposti konkretisoitumatta opiskelijoille.

### **2.3.3 Opetussuunnitelmien työstämisprosessi**

Opetussuunnitelman työstäminen etenee vaiheittain. Työstämisprosessin vaiheita voidaan selventää Torresin ja Stantonin (1982) muodostamilla opetussuunnitelman rakenteellisilla tasoilla: ohjaava, muodollinen, toiminnallinen ja arviointitaso. Tässä tutkimuksessa keskitytään kolmeen ensimmäiseen tasoon. Ohjaavalla tasolla määritellään opetussuunnitelman taustafilosofia, kuten myös terveyden edistämisen lähtökohdat, koulutuksen keskeinen arvoperusta ja



käsitteet sekä sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien ammatillinen osaaminen. Ohjaavalla tasolla määritellään myös teorian ja käytännön suhde (vrt. Sihvo & Turtiainen 1999). Arvofilosofiset pohdinnat selkeyttävät ja sitouttavat opettajia ja opiskelijoita yhteisesti sovittuun toimintafilosofiaan (Haverinen & Vänskä 1999). Hoitotyön koulutuksen arvoperusta muodostuu arvoista, uskomuksista, ihmis- ja tiedonkäsityksestä sekä käsityksestä opiskelijasta oppijana. Hoitotyön koulutuksen arvo ja merkitys muodostavat ammatillisen osaamisen perustan. (Kalkas 1986; vrt. von Wright 1996 ).

Muodollisella tasolla täsmennetään opetussuunnitelmallisia ratkaisuja, asetetaan tavoitteet ja sovitaan sisällöistä. Sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan ammatissa tarvittava tietoperusta ja ammatillisten valmiuksien lähtökohdat muodostuvat pääasiallisesti hoitotieteellisestä, yhteiskunta- ja käyttäytymistieteellisestä sekä luonnon- ja lääketieteellisestä tiedosta (Sihvo & Turtiainen 1999). Monissa maissa hoitotyön koulutuksen opetussuunnitelma pohjautuu lisäksi WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmaan (Mitchinson 1995; Robinson & Hill 1995a; Casey 1996; Poskiparta ym. 2000 ja 2001a). Näin ollen myös terveyden edistämisen opetus pohjautuu tähän ohjelmaan.

Toiminnallisella tasolla aiemmat tasot kytketään konkreettiseen opetussuunnitelmatyöhön ja terveyden edistämisen opetukseen. Joidenkin suomalaisten tutkimusten mukaan terveyden edistämisen opetus esiintyy osin puutteellisena ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmissa (Mäkisalo 1994; Jaroma 1998; 2000; Poskiparta 2000; 2001a).

#### **2.2.4 Opettajat opetussuunnitelmien työstäjinä**

Opetussuunnitelmien uudistusvaatimukset kohdistuvat opettajiin, sillä he ovat koulutuksen kehittämisessä ratkaisevassa asemassa (Grotty 1992; Holopainen 1998; Lambert 1999; Jaroma 2000). Opetussuunnitelmatyö edellyttää opettajilta käsitystä siitä, mikä on hoitotyön ja terveyden edistämisen yhteiskunnallinen tehtävä sekä minkälaisia ammattitaitovaatimuksia hoitotyötä tekeviin kohdistuu nyt ja tulevaisuudessa. (Leino-Kilpi 1992; Peltari 1997; Tossavainen & Turunen 1999; Salminen 2000).

Opetussuunnitelmien laadinta edellyttää opettajien keskinäistä arvokeskustelua, yhteistyötä, hyvää ammattitaitoa ( Haverinen & Vänskä 1999; Tossavainen & Turunen 1999; Hätönen 2000) ja yhteistä kieltä työelämän edustajien ja opiskelijoiden kanssa. (Tossavainen & Turunen 1999; Thornton & Chapman 2000; McAllister 2001a; McAllister 2001b.) Yhdessä muovatut arvosidonnaiset ajatukset ilmaistaan opetussuunnitelmissa toiminta-ajatuksina (Howkins 1994; Arthur & Bauman 1996; Helakorpi 1999; Uusikylä & Atjonen 2000). Opettajien oletetaan pääsevän yhteisymmärrykseen opintojaksoista ja niiden sisällöistä sekä näiden jäsentämisestä tavoitteelliseksi ja loogisesti eteneväksi opetussuunnitelmaksi (Pirnes & Leino-Kilpi 1996; Mäkisalo 1998; Jaroma 1998, 2000).

Joidenkin tutkimusten mukaan (mm. Atjonen 1993; von Wright 1996) opetussuunnitelma jää valtaosalle opettajista ulkokohtaiseksi asiakirjaksi. Opetussuunnitelman kokevat omakseen vain suunnittelutyöhön osallistuneet opettajat. Opetussuunnitelmatyön on todettu olevan hidas prosessi (Hätönen 2000; Mawn & Reece 2000), jonka etenemistä yksiköiden johto voi auttaa mm. järjestämällä aikaa yhteiselle suunnittelulle sekä huolehtimalla tiedottamisesta. Johtaja voi auttaa myös yhteisen toiminta-ajatuksen muodostamisessa, olla osaltaan kannustamassa ja tukemassa opettajia opetussuunnitelma- ja opetustyössä sekä olla sitouttamassa opettajia siihen. (Sahlberg 1996).

#### **2.4 Terveyden edistämisen opetuksen suunnittelu**

Joidenkin ammattikorkeakoulujen terveyden edistämisen opetus pohjautuu ensisijaisesti Ottawan asiakirjan (1986), WHO:n Terveyttä kaikille vuoteen 2000 ja TK-21 (1993, 1999) asiakirjoihin sekä konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen (Liimatainen 2000; Poskiparta ym. 2000 ja 2001a). Opetuksen lähtökohtina olevissa asiakirjoissa korostuu laaja-alainen terveyden edistämisen käsitys, jota tukee konstruktivistinen oppimisenäkemys (vrt. Rauste von Wright & von Wright 1995). Kansainvälisten tutkimusten mukaan terveysalan koulutuksessa terveyden edistämisestä puhutaan ja sitä opetetaan abstraktina käsitteenä pohtimatta, mitä se tarkoittaa konkreettisen toiminnan ja osaamisen tasolla hoitotyön eri toimintaympäristöissä (Robinson & Hill 1995; Smith ym. 1995a ja b; Mackintosh 1996; Latter 1998; Macleod Clark & Maben 1998).

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristö muuttuu ja työhön kohdistuvat osaamisvaatimukset ovat muuttuneet ja sen myötä koulutuksen ja opetuksen tulisi muuttua (Mackintosh 1996; Perälä 1997).

Opettajan oma suhtautuminen terveyteen ja terveyden edistämiseen vaikuttaa olennaisella tavalla hänen työhönsä. (Laitakari 1992; Nurminen 1996; Rush 1997; Naidoo & Wills 1998.) Jokaisella on omakohtainen, elämän kokemusten myötä muuttuva käsitys terveydestä ja terveyden edistämisestä (Mackintosh 1996). Opettajat kuljettavat mukana myös menneisyytensä erilaisine koulutuksineen ja kokemuksineen. Peruskoulutuksen aikana omaksuttu ajatus- ja toimintamaailma muokkaa todennäköisesti myös opetusta. (Sahlberg 1996.) Koulutustaustaan saattaa kuulua myös terveyden arvon ylikorostaminen (Laitakari 1992). Terveysalan opettajan toiminnassa on ammattiaineiden opettajien osalta kyse myös hoitajuuden ja opettajuuden suhteesta. Itsensä tiedostava terveyden edistäjä suhtautuu myönteisesti ja empaattisesti työhönsä. Hän ei ole tietyn ajatussuunnan edustaja, vaan hyväksyy moninaisuutta niin itsessään kuin muissakin (Laitakari 1992). Asiakkaiden erilaiset elämäntilanteet edellyttävät terveydenhuollon ammattilaisilta herkkyyttä tunnistaa ja kunnioittaa niitä. (Kylmä ym. 2002.)

Terveyden edistämisen opetuksen lähtökohtana on opettajien käsitys siitä, mitä terveydellä ja terveyden edistämällä tarkoitetaan (Downie ym.1997; Raphael 2000), sillä erilaiset terveyden määritelmät johtavat erilaisiin käsityksiin terveyden edistämisestä (Kauhanen ym.1998; Naidoo & Wills 1998). Opettajien tulee tunnistaa myös terveyden edistämistoiminnan taustalla olevat lähestymistavat sekä toimintaan vaikuttavat arvot (Raphael 2000). Terveyden edistämisen taustalla olevien arvojen hajaannus voi johtaa käsitteiden käytön sekavuuteen ja sekasortoiseen käytäntöön (Seedhouse 1997; Macleod Clark & Maben 1998). Käytetty kieli voi antaa myös harhaanjohtavan kuvan asiasta, sillä terveyden edistämisen yhteydessä käytetään sanontoja “hyvinvointi”, “elämän laatu”, yhteisökeskeisyys”. On tärkeää saada selville minkälaisia sisältöjä termeille annetaan (Toivonen 1999), jotta opettajat ja opiskelijat puhuisivat samasta asiasta.

Nykyisten oppimiskäsitysten ja oppilaitosten itsenäisen vastuun myötä opettajan työn sisältö sekä opiskelu- ja opetusmenetelmät ovat muuttuneet. Muutokset tuovat aina epävarmuutta niin opettajille kuin opiskelijoillekin (Pirnes & Leino-Kilpi 1996; Sahlberg 1996; Niemi 1998). Opiskelu muuttuu itsenäisemmäksi itseohjautuvuuden lisääntyessä. Opettajan tehtävänä ei ole

vain tiedonvälitys, vaan myös opiskelijoiden auttaminen omaksumaan vastuullisuutta omasta oppimisestaan. Opettajan rooli korostuu opiskelijan pyrkiessä soveltamaan oppimaansa terveyden edistämisen teorian tietoa käyttöön terveyden edistämisen tilanteissa (mm. Aavarinne 1993; Macleod Clark & Maben 1998; McAllister 2001 a ja b). Osalla opettajista on vaikeuksia soveltaa uusia opetusmenetelmiä. On vaikea päästä tiedonjakajan roolista ohjaajaksi (Clifford 1992; 1994; Crotty 1992; Tossavainen & Turunen 1997; Kärkkäinen 1999). Tutkimusten mukaan opettajat kaipaavatkin kollegoiden ja johdon tukea (Sahlberg 1996) sekä lisäkoulutusta erityisesti oman osaamisen vahvistamisessa ja opetusmenetelmien kehittämisessä (Crotty 1992; Clifford 1992, 1994; Love 1996).

## **2.5 Yhteenveto**

Edellä esitetyn perusteella olen koonnut terveyden edistämisen opetuksen lähtökohtia taulukkoon 1.

**Taulukko 1.** Terveyden edistämisen opetuksen lähtökohdat

Yhteiskunnalliset vaateet	Opetussuunnitelma	Terveyden edistäminen opetussuunnitelmassa	Terveyden edistämisen opetus
<p><b>Väestön terveyden edistämistä edistävä terveystoiminta</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* TK-2000- ohjelma</li> <li>* Terveys 2015 -kansanterveysohjelma</li> </ul> <p><b>Terveysalan yhteiskunnallinen tehtävä</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset</li> </ul> <p>OPM STM TEO</p> <p><b>Työelämän vaatimukset</b></p>	<p><b>Opetussuunnitelman lähtökohdat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* arvoperusta</li> <li>* oppimiskäsitys</li> <li>* tietokäsitys</li> </ul> <p><b>Opetussuunnitelman työstäminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* yhteistyö</li> <li>* aika</li> <li>* resurssit</li> </ul>	<p><b>Terveyden edistäminen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* terveyden edistäminen käsitteenä</li> <li>* terveyden edistämisen lähestymistavat</li> </ul> <p><b>Opetussuunnitelman rakenne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* integroitu kaikkiin opintojaksoihin</li> <li>* erilliset terveyden edistämisen opintojaksot</li> </ul>	<p><b>Opetuksen lähtökohtia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* opettajien oma terveyden edistämisen käsitys</li> <li>* opettajien oma tietoperusta</li> <li>*opettajien oppimiskäsitys</li> <li>* opetussuunnitelman tuntemus</li> <li>* yhteistyö muiden opettajien kanssa</li> <li>* yhteistyö työelämän edustajien kanssa</li> </ul>

Yhteiskunnalliset vaateet terveyden edistämislle pohjautuvat ajankohtaisiin terveystoimintoihin ohjelmiin, kuten esimerkiksi Terveystä kaikille vuoteen 2000- ja Terveys 2015-kansanterveysohjelmaan (STM 2000; STM 2001). Ammattikorkeakoulujen terveysalan koulutuksessa hankitun osaamisen yhtenäistämiseksi sosiaali- ja terveysministeriö ja opetusministeriö ovat antaneet opiskelijoilla on suositukset koulutuksen aikana hankittavasta vähimmäisosaamisesta. Opetusministeriön suosituksessa terveyden edistäminen on luokiteltu yhdeksi ydinosaamisen alueeksi (OPM 2001). Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) ja työelämän edustajat ovat kantaneet myös huolta osaamisen tasosta.

Ammattikorkeakoulut ovat voineet itsenäisesti päättää opetussuunnitelmien laadinnasta,

terveyden edistämisen opetuksen sisällyttämisestä opetussuunnitelmiin ja terveyden edistämisen opetuksen sisällöllistä ja menetelmällisistä ratkaisuista. Terveyden edistämisen opetus voidaan toteuttaa omina opintojaksoinaan tai integroituna muihin opintojaksoihin (Delaney 1994). Opettajat suosivat terveyden edistämisen integrointia muihin opintoihin, opiskelijoiden mielestä erilliset opintojaksot täydentäisivät opetusta (Liimatainen 2002).

Opettajan rooli on monipuolistunut ammattikorkeakoulu uudistuksen myötä ja vastuu toiminnasta ja oppimisesta on jakaantunut laajemmalle. Opettajalta edellytetään kykyä toimia useissa rinnakkaisissa konteksteissa, ja opettajat joutuvat uusiin tilanteisiin, joissa omalle alalle rajoittunut tehtävien ja taitojen ylläpitäminen ei enää riitä (Lambert 1999; Salminen 2000). Uudenlaisen opettajuuden ja uuden koulukulttuurin menestyminen riippuu siitä, miten hyvin opettajat kykenevät jäsentämään itseään, omaa arvomaailmaansa, opetus- ja oppimisteoreettista viitekehystä ja niiden pohjalta rakentuvaa ihmis-, tiedon- ja oppimiskäsitystään (Sahlberg 1996; Patrikainen, 1997,1999). Siksi olisikin syytä käydä syvällisiä keskusteluja näistä aihepiireistä. Tärkeää olisi myös keskustella opetussuunnitelmista ja niiden lähtökohdista sekä luoda yhteinen perusta terveyden edistämisen opetukselle. Tutkimusten mukaan on todettu, että opettajat tarvitsevat aikaa uusien toimintatapojen tuomaan roolien muutokseen (Gröndahl, Piekkari & Rassi 1994; Pirnes & Leino -Kilpi 1996; Sahlberg 1996). Uudistusten vastustaminen saattaa johtua siitä, että opettajan omat orientaatiot ovat ristiriidassa kohdattavien uusien asioiden kanssa. (Sahlberg 1996). Opettajien oma oppimisteoreettinen viitekehys ja terveyden edistämisen lähestymistavat saattavat olla myös ristiriidassa toisiinsa nähden (Benson & Latter 1998).

Terveyden edistämisen määritelmät ja lähestymistavat osoittavat, että terveyden edistämisen kysymykset liittyvät usean eri tieteenalan yhteyteen, mikä vaikeuttaa sen kattavaa määrittelyä. Määrittelyissä on siirrytty sairauskeskeisestä, ehkäisevästä ja parantavasta näkökulmasta terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja terveystalvelujen saatavuuteen. (Tossavainen 2000.) Terveyden edistämisen toimintaan, opetussuunnitelmiin tai opetuksen kehittämiseen liittyvissä tutkimuksissa korostetaan laaja-alaista terveyden ymmärtämistä. Yhden näkökulman mukaan tapahtuva terveyden ja sen edistämisen tarkastelu antaa riittämättömän kuvan ja johtaa yksipuolisten ja usein tehottomien terveyden edistämisen menetelmien käyttöön. (Doule & Thomas 1996; Robinson & Hill 1995; Smith ym. 1995a ;1995b.)

Tässä tutkimuksessa on kuvattu asiantuntijakeskeistä ja voimavarakeskeistä lähestymistapaa lähinnä vastakkain asetteluna. Kumpikaan lähestymistapa ei yksinään tarjoa riittävää viitekehystä terveyden edistämisen opetukselle, jota edellytetään terveystieteen koulutukselta. (STM 2000; OPM 2001.) Täydentämällä toisiaan eri lähestymistavoilla ja tutkitulla tiedolla sekä ottamalla huomioon yksilöiden, perheiden ja yhteisöjen tilanteen sekä kulloisenkin tarpeen voidaan lähestyä yhteiskunnan terveyden edistämiseksi asettamia vaateita. (Ottawa Charter 1986; STM 2001; STM 2002.) Tehokkaassa terveyden edistämässä tarvitaan aiemmin kuvattuja molempia lähestymistapoja. Joidenkin tutkimusten mukaan asiantuntijakeskeinen lähestymistapa hallitsee edelleen hoitotyön koulutusta ja käytäntöä voimavara- ja lähtöisen lähestymistavan ollessa lähinnä poikkeus käytännöstä (Rush 1997; Latter 1998). Hoitohenkilöstö ei ole myöskään riittävän motivoitunut ja sitoutunut terveyttä edistävään toimintaan (Rush 1997; Benson & Latter 1998), eikä tukemaan ihmisten omia voimavaroja ottamaan vastuuta omasta terveydestään (Naidoo & Wills 2000).

### **3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT**

Tässä tutkimuksessa selvitetään kahden ammattikorkeakoulun (AMK A ja AMK B) terveystieteen koulutuksessa elokuussa 1997 opiskelunsa aloittaneiden sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden terveyden edistämisen opetuksen lähtökohtia. Tutkimukseen liittyvät tehtävät tiivistetään seuraaviksi kysymyksiksi:

1. Miten terveyden edistäminen esiintyi sairaanhoitaja ja terveydenhoitajakoulutuksen opetus- suunnitelmissa ?
2. Millaisia käsityksiä opettajilla oli yleisesti opetussuunnitelmatyöstä?
3. Millainen käsitys opettajilla itsellään oli terveyden edistämisestä?
4. Miten opettajat huomioivat terveyden edistämisen opetuksessaan?

## 4. TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT

### 4.1 Tutkimusaineistot

Tutkimus oli osa Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksen laajempaa kahden ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen opetuksen ja oppimisen seurantatutkimusta. Kokonaisuudessaan osatutkimusten aineistot koostuivat kahden ammattikorkeakoulun elokuussa 1997 aloittaneiden sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoiden opetussuunnitelmista (1997-1998) ja näiden ryhmien 20 opettajan (kymmenen molemmista ammattikorkeakouluista) teemahaastatteluista (n=60) (Taulukko 2). Tutkimukseen osallistumisen kriteereinä oli se, että molemmat yksiköt toimivat jo vakinaisina ammattikorkeakouluina ja olivat opiskelijamäärältään lähes samansuuruisia. Lisäksi edellytyksenä oli, että molemmissa koulutettiin sairaanhoitajia ja terveydenhoitajia. Tutkimusluvut kysyttiin kyseisten ammattikorkeakoulujen johtajilta ja molemmissa ammattikorkeakouluissa järjestettiin tiedotustilaisuus opettajille.

Tutkimuksen lähtökohtana oli vapaaehtoisesti tutkimukseen lupautuneiden ammattikorkeakoulujen oppilaitoskohtaiset opetussuunnitelmat. Toinen ammattikorkeakoulu oli laatinut opetussuunnitelmansa kaksi kertaa ja toinen yhden kerran, joten molemmissa ammattikorkeakouluissa oli tuoreet kokemukset opetussuunnitelmien työstämisestä.

Haastatteluaineisto kerättiin vapaaehtoisilta opettajilta kevätlukukausien 1998, 1999 ja 2000 aikana. Kaikkiaan haastatteluihin osallistui kyseisten ryhmien 46 opettajaa, joista 36 osallistui yhden kerran, kuusi kaksi kertaa ja neljä kolme kertaa. Useamman kerran haastatteluissa mukana olleet opettajat opettivat seurantatutkimuksessa mukana olevia ryhmiä koko koulutuksen ajan. Haastatteluihin osallistuneilla hoitotyön opettajilla oli pohjakoulutuksena erikoissairaanhoitajan tai sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan tutkinto. Muut eri tieteenalojen opettajat olivat käyttäytymis-, ja yhteiskuntatieteellisten aineiden, vieraan kielen, liikunnan ja fysioterapian opettajia. Haastatteluun osallistui lisäksi neljä terveydenhoitajaa, jotka toimivat toisessa ammattikorkeakoulussa asiantuntijaopettajina. Ennen tutkimukseen osallistumista opettajille kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Suostumus haastatteluun pyydettiin suullisesti. Muutama opettaja kieltäytyi haastattelusta. Haastatteluja toteutettiin yhteensä 60 ja aikaa haastatteluihin kului n.70 tuntia. Haastattelut suoritti kaksi tutkijaa. Molemmat tutkijat olivat



mukana koko projektissa. Toinen tutkijoista työskenteli toisessa ammattikorkeakoulussa, minkä vuoksi hän ei osallistunut oman yksikkönsä opettajien haastatteluun.

Terveyden edistämisen teemahaastattelujen teemat (liite 1) muotoiltiin opetussuunnitelmien työstämisen, opetuksen ja oppimisen teoreettisen tiedon ja tutkimusten perusteella (vrt. Hirsjärvi ym. 2000). Haastattelujen aikana teema-alueet käytiin haastateltavien kanssa läpi, mutta niiden järjestys ja laajuus vaihtelivat (vrt. Eskola & Suoranta 1998). Ennen varsinaisia haastatteluja tehtiin kaksi esihaastattelua. Haastattelut suoritettiin opettajille sopivina ajankohtina oppilaitosten tiloissa. Haastattelut kestivät 45 minuutista 1,5 tuntiin ja ne nauhoitettiin. Aineiston hankintaprosessin aikana teemat muokkautuivat jonkin verran, ne tarkentuivat ja saivat uutta ainesta (liite 2).

**Taulukko 2.** Osatutkimukset, niiden kohteet, aineistot, analyysimenetelmät sekä aikataulu

Osatutkimukset	Tutkimuksen aineisto	Analyysimenetelmä	Aineiston keruun ja analyysin ajankohta
I Edistetäänkö terveyttä ? Kahden terveystieteen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmien analyysi Hoitotiede, 1/2000	Kahden terveystieteen ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmat  Kahden terveystieteen ammattikorkeakoulun opettajien haastattelut (N=10+10)	Käsittekarttatekniikka ja sisällön analyysi * terveyden edistämisen opetussuunnitelmassa * opetussuunnitelmatyö *opettajien terveyden edistämisen käsitys *terveyden edistämisen opetus	1998
II Teachers' views on curriculum development in health promotion context in two Finnish polytechnics Nursing Education To Day, (painossa)	Kahden terveystieteen ammattikorkeakoulun opettajien haastattelut (N=10+10)	Sisällön analyysi *opetussuunnitelmatyö *opettajien terveyden edistämisen käsitys *terveyden edistämisen opetus	1998-1999
III Terveystieteen ammattikorkeakoulujen opettajien oma terveyden edistämisen käsitys ja opetus Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 1/2002	Kahden terveystieteen ammattikorkeakoulun opettajien haastattelut (N=10+10)	Sisällön analyysi *opetussuunnitelmatyö *opettajien terveyden edistämisen käsitys *terveyden edistämisen opetus	2000-2002

Ensimmäinen aineiston keruu (v. 1998) ajoittui monien ammattikorkeakoulujen terveystieteen koulutuksen perustamis- ja vakinaistamisvaiheeseen. Tähän tutkimukseen osallistuvista ammattikorkeakouluista AMK A oli toiminut väliaikaisena ammattikorkeakouluna muutaman vuoden, AMK B aloitti suoraan vakinaisena ammattikorkeakouluna tutkimuksen alkaessa. Opetussuunnitelmien analyysillä haluttiin selvittää, miten terveyden edistäminen ilmenee ja etenee opetus-

suunnitelmissa. Tämän osatutkimuksen I tuloksia käytettiin apuna opettajien haastatteluissa vuosina 1998, 1999 ja 2000.

Toisessa osatutkimuksessa (v. 1998-1999) käytetty aineisto kuvaa opettajien opetussuunnitelmien työstämistä näissä ammattikorkeakouluissa. Kolmannessa osatutkimuksessa (v. 2000-2002) on kolmen ja puolen vuoden seuranta-ajalta selvitetty terveyden- ja sairaanhoitajaopiskelijoiden opettajien terveyden edistämisen käsitystä ja miten he sisällyttävät terveyden edistämisen opetukseen. (Taulukko 2).

#### **4.2 Analyysimenetelmät**

Ensimmäisessä osatutkimuksessa opetussuunnitelmia analysoitaessa käytettiin Novakin ja Gowinin (1995) kehittämää käsitekarttatekniikkaa. Käsitekarttatekniikkaa voidaan Åhlbergin (1992) ja Novakin & Gowinin (1995) mukaan käyttää opetussuunnitelmien rakentamisessa ja evaluatiossa. Tekniikka perustuu ymmärtävään lukemiseen ja tekstin tulkintaan (Okebukola 1992). Tekstistä saatu informaatio ja sen pohjalta tehty käsitekartta vaihtelee eri tulkitsijoiden kesken (Åhlberg 1992), minkä vuoksi on tärkeä tutkia opetussuunnitelmia ainakin kahdella eri menetelmällä (Åhlberg 1990b, 60). Ensimmäisessä osatutkimuksessa toisena menetelmänä käytettiin sisällön analyysiä. Toisessa ja kolmannessa osatutkimuksessa sisällön analyysiä (Alasuutari 1993, Polit & Hungler 1997). (Taulukko 2).

Opetussuunnitelmien analyysissä käsitekarttatekniikalla (Novak & Gowin 1995) etsittiin opetussuunnitelmien toiminta-ajatuksista, koulutusohjelmien yleisistä tavoitteista, hoitotyön käsityksistä, ammattikuvista ja opintojaksojen tavoitteista keskeisimmät käsitteet ja tarkasteltiin, kuinka monen muun käsitteen kanssa ne olivat yhteydessä. Hierarkisten käsitekarttojen avulla saatiin hahmoteltua opetussuunnitelmista kokonaiskuva (vrt. Edmondson 1995, Novak & Cowin 1995) ja voitiin karsia terveyden edistämiseen liittymätön aines pois (vrt. Åhlberg 1990a, Novak & Cowin 1995, Santhanam ym.1998). Mitä useampi linkki käsitteeseen oli ja mitä korkeampi asema käsitteellä oli hierarkisessa rakenteessa, sitä keskeisempi se oli käsitekartassa ja ajattelurakenteessa. Lukemisen suunnan selkeyttämiseksi käytettiin käsitteiden välillä nuolia ja numerointia (ks. Åhlberg 1990a, 86). Mikäli teksti sisälsi paljon käsitteitä, tehtiin käsittematriisi analyysin avuksi (ks. Åhlberg 1990b, 60). Käsitekarttatekniikan avulla saatiin esille tarkka

kuvaus terveyden edistämisen ilmenemisestä opetussuunnitelmien tekstissä (pintatason käsitekartta) sekä tutkijoiden tulkinta terveyden edistämisestä kirjoitetun tekstin pohjalta (vrt. Okebukola 1992; Åhlberg 1992).

Toisen ja kolmannen osatutkimuksen aineisto analysoitiin sisällön analyysillä järjestämällä, kuvailemalla ja määrällistämällä (kvantifioimalla) tutkittavia ilmiöitä (vrt. Polit & Hungler 1997; Kyngäs & Vanhanen 1999). Jokaisen haastattelutilanteen jälkeen kirjoitettiin muistiinpanot ja ääninauhat litteroitiin. Haastatteluista tuli rivivälillä 1 -1.5 kirjoitettua tekstiä yhteensä 543 A4-arkkia. Aineiston oikeellisuus tarkistettiin heti sen kirjoittamisen jälkeen. Koska haastattelujen keruuvaihe kevätlukukausina oli verrattain tiivis, eivät analyysi ja haastattelut juurikaan lomittuneet, vaan analyysi alkoi omana vaiheenaan aineiston hankinnan jälkeen. Ensimmäisessä analyysivaiheessa edettiin induktiivisesti merkitsemällä marginaaleihin merkintöjä opetussuunnitelmien työstämisestä ja terveyden edistämisen käsityksestä sekä terveyden edistämisen opetuksesta. Tämän jälkeen alkuperäislausumista poimittiin kaikki terveyden edistämiseen ja sen opetukseen liittyvät ilmaisut. Näistä pelkistettiin tarkistuslistat jatkotyöskentelyä varten (vrt. Kyngäs & Vanhanen 1999). Jokaisesta haastattelusta yhdistettiin tarkistuslistan perusteella samaa tarkoittavat ilmaisut kategorioiksi ja kategorioille annettiin tutkimustehtäviä kuvaavat nimet. Tämän jälkeen opettajien terveyden edistämisen käsitystä analysoitiin deduktiivisesti teoreettisesti muodostetun (Ottawa Charter 1986 ja Terveyttä kaikille vuoteen 2000-ohjelma, 1993) kehikon avulla.

## **5 TULOKSET**

### **5.1 Terveyden edistäminen opetussuunnitelmissa**

Molempien ammattikorkeakoulujen (ks. osatutkimus I) opetussuunnitelmat loivat melko hyvät lähtökohdat terveyden edistämisen oppimiselle. Kyseisten ammattikorkeakoulujen sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajakoulutuksen yleistavoitteissa esiintyi terveyden edistäminen. Koulutuksen todettiin painottavan väestön terveyden edistämistä ja terveystalouden kehittämistä. Koulutuksensa perusteella sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat kykenevät joko toimimaan asiantuntijoina tai kasvamaan asiantuntijoiksi ja toimimaan terveyden edistämistyössä yksilö-,

perhe- ja yhteisötasolla. Ammattikorkeakoulu A:ssa lähestyttiin terveyden edistämistä Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelman kautta ja B:ssä opetussuunnitelma perustui hoitotyön keskeisiin käsitteisiin ihminen, terveys, ympäristö ja hoitotyön toiminta. Molemmissa ammattikorkeakouluissa hoitotyön käsitys oli määritelty. Terveyden edistäminen sisältyi näihin määritelmiin. Ammattikorkeakoulu A:n määrittely oli perinteinen: *Hoitotyö on terveyttä edistävää ja ylläpitävää, hoitavaa, parantavaa, kuntouttavaa ja kuolevan ihmisen hoitamista.* Ammattikorkeakoulu B:n määrittely sisälsi lisäksi *toimintakyvyn, hyväoloisuuden, inhimillisen kasvun, ihmissuhteiden kehittymisen ja itsenäisen elämän hallinnan sekä terveyttä tukevan ympäristön luomisen.* Molempien ammattikorkeakoulujen oppimiskäsitys korosti opiskelijoiden itseohjautuvuutta, aktiivisuutta ja opiskelijoiden omaa vastuuta omasta oppimisesta. Ammattikorkeakoulu B oli sitoutunut konstruktivistiseen oppimiskäsitykseen. (Ks.osatutkimus I)

Opetussuunnitelmat olivat rakenteeltaan erilaiset (taulukko 3). Ammattikorkeakoulun A opetussuunnitelma sisälsi 43 opintojaksoa, joiden laajuus vaihteli 1-11 opintoviikkoon (ov). Suurin osa oli suppeita 1 - 2 ov:n jaksoja. Osa opintojaksojen nimistä oli keskiasteen opetussuunnitelman mukaisia ja osa yksikön itsensä nimeämiä. Ammattikorkeakoulun B opetussuunnitelma koostui 10:stä perus- ja ammattiopintojen jaksosta. Näiden laajuus oli 0.5 ov -16 ov. Terveyden edistämisen opetukseen ammattikorkeakoulu A:ssa oli varattu erilliset opintojaksot, B:ssä se oli integroitu kokonaan eri opintojaksoihin.

Terveyden edistäminen sisältyi perus- ja ammattiopintojen yleiskuvauksiin. Perusopintojen yleiskuvauksista löytyi molemmista opetussuunnitelmista terveyden edistämisen tavoitteita. Pääosin kuitenkin kuvattiin rakennetta ja toteutustapoja, joita oli tarkennettu opintojaksojen tavoitteissa. Tavoitteissa oli löydettävissä yksilön ja väestön hyvinvointiin ja elämänlaatuun liittyviä ilmaisuja, kuten myös terveystieteiden linjauksia ja ympäristönäkökulman huomiointia. Ammattiopintojen opintojaksokohtaiset tavoitteet sisälsivät terveyden edistämiseen liittyviä tavoitteita.

**Taulukko 3.** Opetussuunnitelmien rakenne, opintojaksot ja terveyden edistämisen (TE) ilmeneminen kahden ammattikorkeakoulun opintojaksojen tavoitteissa.

Opintojaksot / AMK A	ov	TE	Opintojaksot / AMK B	ov	TE
<b>YHTEISET OPINNOT</b>	<b>10 ov</b>	-	<b>YHTEISET OPINNOT</b>	<b>20 ov</b>	-
<b>PERUSOPINNOT</b>			<b>PERUSOPINNOT</b>		
Psykologia	2 ov	-	Ihminen toimijana	4 ov	+
Kasvatustiede	1 ov	-	Asiakaslähtöinen toiminta	2 ov	-
Kansanterveystiede ja epidemiologia	1 ov	-	sosiaali- ja terveysalalla	3.5 ov	+
Anatomia ja fysiologia I ja II	4 ov	-	Hoitotyön ammatillinen toiminta	0.5 ov	-
Mikrobiologian perusteet	1 ov	-	Ensiapu		
Hoitotyön fysiikan sovelluksia	1 ov	-			
Ensiapu	1 ov	-			
Hoitotyön ammattietiikka	1 ov	-			
Hoitotyön perusteet	8 ov	-			
<b>AMMATTIOPINNOT</b>			<b>AMMATTIOPINNOT</b>		
Terveyden edistäminen ja terveyskasvatus I ja II	4 ov	+	Ammatillinen kasvu	3 ov	+
Yhteisökeskeinen ja väestövastuinen hoitotyö			Hoitotieteen perusteet	2 ov	-
Liikunta terveyden edistämisessä	11 ov	+	Hoitotyön menetelmät	5 ov	+
Ravitsemus terveyden edistämisessä	2 ov	+	Yksilö ja hoitotyö	16 ov	+
Yhteiskunta ja sosiaalipolitiikan perusteet	2 ov	+	Perhe ja hoitotyö	2 ov	+
Aikuisen seksuaalisuus	1 ov	-	Yhteisö ja hoitotyö	2 ov	
Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet	1 ov	+			
Sisätautioppi	2 ov	-			
Kirurgia	1 ov	-			
Kliininen psykologia	1 ov	-			
Lapsi- nuori- ja hoitotyö	1 ov	+			
Ikääntyvä ja hoitotyö	4 ov	+			
Kuntoutuksen perusteet	4 ov	+			
Seksuaalisuus eri elämäntilanteissa	1 ov	-			
Aikuinen ja hoitotyö	2 ov	+			
	7 ov	+			
<b>Vaihtoehtoiset ammattiopinnot</b>	<b>20 ov</b>	-	<b>Vaihtoehtoiset ammattiopinnot</b>	<b>10 ov</b>	+/-

Ammattikorkeakoulu A:n ammattiopintojen 16 opintojaksosta 10:ssä oli löydettävissä terveyden edistämiseen liittyviä tavoitteita. Näistä kaksi opintojaksoa oli varattu terveyden edistämisen opetukseen. Ammattikorkeakoulu B:ssä ammattiopinnot oli jaettu kuuteen opintojaksoon, joista neljässä oli terveyden edistämiseen liittyviä tavoitteita. Vaihtoehtoisten ammattiopintojen tavoitteet sisälsivät erilaisia hoitotyön syventämisen ja laajentamisen taitoja ja työtapoja.

Terveyden edistämiseen liittyviä tavoitteita oli kirjattu vain ammattikorkeakoulu B:n terveydenhoitajakoulutuksen vaihtoehtoisissa ammattiopinnoissa. (Taulukko 3).

## 5.2 Opetussuunnitelmien työstämisprosessi

Tulokset osoittivat, että opetussuunnitelmien työstämisen siirtyminen valtakunnan tasolta yksikötasolle pidettiin hyvänä. Kuitenkin valtakunnallisen opetusministeriön ohjaustehtävää pidettiin tärkeänä, sillä valvonnan vähäisyys saattoi joidenkin mielestä heikentää ammatillisen osaamisen tasoa ja johtaa jopa liialliseen erikoisuuden tavoitteluun. Oppilaitostasolla opettajien mielestä opetussuunnitelmat ovat pääosin omaa ja opiskelijoiden työtä ohjaavia asiakirjoja, joiden merkitystä opiskelijoille pidettiin vähäisenä. Muutaman opettajan mielestä opetussuunnitelmat ovat edelleen “sanahelinää”, joita opettajat sitten toteuttavat omien intressiensä mukaan. (ks. osatutkimus II ja III).

Tutkimuksessa mukana olleissa ammattikorkeakouluissa suhtauduttiin vakavasti opetussuunnitelmien työstämiseen. Opetussuunnitelmatyö aloitettiin pohtimalla yhteistä arvoperustaa, keskustelemalla hoitotyön käsityksestä ja ammattikuvista sekä määrittelemällä käsitteitä. Lähtökohtien selvittämistä koulutuksen, kirjallisuuden ja keskustelujen avulla pidettiin erityisen tärkeänä. Joidenkin opettajien mielestä keskusteluja olisi voinut jopa lisätä. Molemmissa ammattikorkeakouluissa oli työskentelyn alkuvaiheessa mukana opiskelijaedustaja, AMK B:ssä myös työelämän edustajia.

Yhteisen perustan löydyttyä molempiin ammattikorkeakouluihin nimettiin vastuuhenkilöt ja opintojaksottaiset tiimit. Ammattikorkeakoulu A:ssa vastuuhenkilöt nimesi yksikön johto ja ammattikorkeakoulu B:ssä vastuuhenkilöt löytyivät tiimeistä. Opettajilla oli niukasti kokemusta tiimityöstä. Tiimityön koettiin rikastuttavan ja jopa helpottavan työtä. Osa opettajista sitoutui opetussuunnitelmien lähtökohtien selvittelyyn, osan jäädessä kuuntelijaksi ja osan suunnittelemaan lähinnä omaa aluettaan. Kiire ja ajankäyttö koettiin ongelmaksi. Opettajien välisiä ristiriitotakin esiintyi. Epäselvyyttä ilmeni muun muassa siitä, miten terveyden edistämisen opetus tulisi järjestää ja kenen tulisi olla toteuttamassa opetusta. Eri tieteenalojen opettajien keskuudessa ilmeni myös reviirien varjelua. Tuntiresurssien jakaminenkin koettiin ongelmalliseksi.

na. Ammattikorkeakoulu B:n yksikön johtaja osallistui aktiivisesti opetussuunnitelmien työstämiseen, sen sijaan A:n yksikön johtaja toimi kommentoijan roolissa (ks. osatutkimus II).

Tämän tutkimuksen aikana (1997-2000) molemmissa ammattikorkeakouluissa kehitettiin ja uudistettiin opetussuunnitelmia. Molempien ammattikorkeakoulujen opettajien mielestä opetussuunnitelmien lähtökohtana oli Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma. Kaikilla opettajilla ei kuitenkaan ollut selkeää käsitystä, miten terveyden edistäminen oli suunniteltu eteneväksi ja toteutettavaksi omassa opetussuunnitelmassa. Pulmallisena perehtymisen opetussuunnitelmien lähtökohtiin kokivat kyseisten ryhmien opetukseen myöhemmin osallistuneet opettajat.

Opetussuunnitelmien yhteistä perustaa luotaessa terveyden edistämiseen liittyvät keskustelut olivat jääneet vähäisiksi. Opettajien mielestä terveyden edistämisen tulisi erottua opetussuunnitelmassa ns. punaisena lankana, minkä vuoksi se tulisi integroida kaikkien tieteenalojen opintoihin ja harjoitteluun. Muutaman opettajan mielestä tarvitaan lisäksi erillisiä opintojaksoja käsitteiden määrittelyyn ja peruslähtökohtien selvittämiseen.

### **5.3 Opettajien terveyden edistämisen käsitys ja opetus**

Opettajien terveyden edistämisen käsitystä ja opetusta (osatutkimus III) selvitettiin kolmen vuoden aikana kerätyillä haastatteluaineistolla (n = 60). Opettajien käsitys terveyden edistämisestä ei projektin kuluessa juurikaan muuttunut, vaikka osa (n = 10) opettajista osallistui haastatteluihin useamman kerran.

Tutkimuksessa mukana olevien ammattikorkeakoulujen opettajien käyttämä terveyden edistämisen määrittely vaikutti aluksi abstraktilta ja jäsentymättömältä. Tarkemmin analysoitaessa määrittelystä löydettiin perinteisiä, WHO:n (1984) määritelmän mukaisia, yksilöön kohdistuvia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia ulottuvuuksia. Terveyden edistäminen nähtiin pääosin yksilön omana vastuuna ja käyttäytymisen muutoksena sekä sairauksien ehkäisyä. Liikunnan lisäämisen ja ravitsemus nousi keskeiseksi tekijäksi. Nykyaikaisempaa terveyden edistämisen määrittelyä



edusti vajaa puolet haastatelluista. Näiden opettajien määrittelyssä korostui laaja-alainen hyvinvointia, elämän laatua, toimintakykyä ylläpitävä ja voimavaroja tukeva näkemys. Osa näistä opettajista korosti vielä väestön ja yhteisön terveyden edistämistä. Ympäristön terveyden edistäminen ei juurikaan tullut esiin haastatteluissa, ei myöskään laajempi yhteiskunnallinen vaikuttaminen.

Terveyden edistämisen käsitys oli lähes kaikkien opettajien mielestä muuttunut aikaisemmasta kapea-alaisesta terveystasvatuksesta laajemmaksi ja erilaisia elämäntilanteita hyväksyvämmäksi. Pohtiessaan syitä tähän muutokseen, opettajat kuvasivat oman kiinnostuksen, ikääntymisen, elämän- ja työkokemuksen olleen synä käsityksen muuttumiseen. Koulutuksen katsottiin muovaavan osaltaan käsitystä terveyden edistämisestä, joskin muutaman sairaanhoitaja- ja fysioterapeutin tutkinnon suorittaneen mielestä ( ks. osatutkimus III, taulukko 4) oma peruskoulutus ei antanut kovinkaan hyviä lähtökohtia terveyden edistämiseksi. Molempien ammattikorkeakoulujen terveydenhoitajakoulutuksen omaavat opettajat pitivät tilannettaan kohtuullisen hyvänä. Yliopistoissa suoritettujen maisteritason opinnot eivät myöskään välttämättä laajentanut terveyden edistämisen käsitystä. Opintojen jälkeen kyettiin paremmin hyödyntämään teoreettista tietoa ja tutkimuksia. Terveyden edistämiseen liittyvään lisäkoulutukseen ei projektin aikana hakeuduttu. Itsenäinen opiskelu koettiin keinoksi pitää itseään ajan tasalla.

Lähes kaikki, myös eri tieteenalojen opettajat ilmoittivat sisällyttävänsä terveyden edistämistä omaan opetukseensa esimerkkien ja opetusmateriaalin valinnan avulla (ks. osatutkimus III, taulukko 3). Muiden opintojaksojen ja muiden opettajien antaman opetuksen terveyden edistämisen sisällöistä ja toteutuksesta opettajilla ei ollut tietoa. Suunnitelmallisesti terveyden edistämistä toteutettiin vain erikseen terveyden edistämiseen sovitussa opintojaksoissa ja opintojaksoissa, joiden tavoitteissa tai nimessä mainittiin selkeästi terveyden edistäminen. Näitä opintojaksoja opetti useimmiten terveydenhoitajakoulutuksen käynyt opettaja. Juuri tämä aiheutti molemmissa ammattikorkeakouluissa jonkin verran ristiriitoja (osatutkimus II ja III). Harjoittelun ohjaukseen terveyden edistämien liitettiin usein luontevasti. Opettajan persoonallisuudella ja aidolla sitoutumisella terveyden edistämiseen on myös merkitystä.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimus tuo ajankohtaista ja tarpeellista tietoa opetussuunnitelmatyöhön ja terveyden edistämisen opetukseen. Tulokset osoittivat, että tässä tutkimuksessa mukana olleiden ammattikorkeakoulujen opetussuunnitelmat pohjautuivat Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelmaan (WHO 1993). Opetussuunnitelmat olivat rakenteeltaan ja tausta-ajattelultaan erilaiset. Erilaisista lähtökohdista huolimatta opetussuunnitelmat loivat melko hyvän lähtökohdan terveyden edistämisen opetukselle ja oppimiselle. Osasta perus- ja ammattiopinnoista terveyden edistämisen tavoitteet puuttuivat tai tavoitteet eivät edenneet loogisesti. Terveys 2015-kansanterveysohjelman toteutuminen edellyttää, että terveyden edistämisen opetus jatkuu ja syvenee koko koulutuksen ajan.

Tutkimuksessa mukana olleet opettajat kannattivat terveyden edistämisen integrointia kaikkiin opintojaksoihin, kuten joissakin ulkomaisissa tutkimuksissa (mm. Wass & Backhouse 1996), mutta osa opettajista suositteli myös erillistä opintojaksoa terveyden edistämisen käsitteiden selventämiseksi (vrt. Latter 1998; Macleod Clark & Maben 1998). Haastattelujen tulosten perusteella voidaan tulkita, etteivät opettajat tunteneet toistensa opetuksen sisältöjä, jolloin terveyden edistämisen opetuksen integrointi menettää merkityksensä (vrt. Wass & Backhouse; MacIntosh & MacCormack 2000). Tukeakseen opiskelijoiden oppimisprosessia opettajien olisi tunnettava opetussuunnitelman kokonaisuus ja terveyden edistämisen eteneminen opetussuunnitelmassa. Liimataisen ym. (2002) mukaan opettajien ja opiskelijoiden käsitykset terveyden edistämisen sisältymisestä eri opintojaksoihin eroavat. Opiskelijat toivovat erillistä terveyden edistämisen opintojaksoa opiskelun alkuvaiheeseen.

Molempien ammattikorkeakoulujen terveystieteen koulutuksen opettajien terveyden edistämisen käsitys ja tietoperusta ei kaikilta osin vastannut Terveyttä kaikille vuoteen 2000 (WHO 1993) ja TK21 (WHO 1999) raporttien esittämiin haasteisiin. Terveyden edistämisen käsityksessä painottui edelleen asiantuntijalähtöinen toiminta, perheen ja muiden läheisten osuuden ollessa

vähäinen. Vähitellen ollaan kuitenkin siirtymässä yksilön, perheen ja yhteisön voimavaroja tukevaan toimintaan. Opettajien terveyden edistämisen määrittelyä vaikeuttavat terveyden edistämisen monitieteisyys sekä eri organisaatioiden erilaiset terveyden edistämisen lähtökohdat (vrt. Tones 1996; Naidoo & Wills 2000). Opettajien terveyden edistämisen käsitykset ohjaavat tulevien terveyden edistäjien käsityksiä. Opettajien terveyden edistämisen opetuksen sisältö vaikutti osin puutteellisilta, jotta niillä saataisiin opiskelijoiden tietoperustaa sovelluksen tasolle (vrt. Mackintosh 1996; Naidoo & Wills 1998). Harjoittelu nähtiin yhtenä tärkeänä terveyden edistämisen oppimisen paikkana. Terveyden edistämisen tehokas oppiminen harjoittelun yhteydessä vaatiikin tietoisempaa harjoittelun suunnittelua, ohjaajien ja harjoittelupaikkojen terveyden edistämisen tietoperustan ja lähestymistapojen tiedostamista (Liimatainen 2002). Terveyden edistämisen tietoperustaa tulisi vahvistaa selkeyttämällä tutkimuksen avulla, mikä on terveyden edistämisen teoreettisen ja käytännöllisen tiedon ydinsisältö (Liimatainen 2002).

Aikaisempien ulkomaisten tutkimuksien mukaan terveystieteen koulutus uusintaa kapea-alaista terveyden edistämisen käsitystä (vrt. Thomas & Wainright 1996; Poskiparta 1997; Rush 1997). Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta osin näin tapahtuvan edelleen. Kuitenkin ollaan siirtymässä laajempaan yksilön-, perheen ja yhteisön voimavaroja tukevaan terveyden edistämiseen. Vielä ei kyetä toimimaan laajemmin väestön terveyden edistäjänä (esim. Raatikainen 1998, Jaroma 1998, 2000, MacIntosh & McCormack 2000). Perttilän mukaan (1999) kuntatasolla päättäjien ja luottamushenkilöiden terveyden edistämisen käsitys on kehittynyt 1990-luvulla. Toteutuakseen terveyden edistäminen tarvitsee monialaista yhteistyötä, joten on tärkeää, että terveystieteen koulutus vastaa tähän haasteeseen osaltaan. Ammattikorkeakouluilla on tärkeä rooli toiminta-alueensa väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Ammattikorkeakouluilla on hyvät lähtökohdat osallistua aloitteellisesti ja innovatiivisesti asiantuntijana terveyden edistämisen hyväksi yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa.

## **6.2 Tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden tarkastelua**

Tässä tutkimuksessa tutkimusaineisto oli kahden tyyppistä: opetussuunnitelmat ja opettajien haastattelut. Metodologisesti oli oleellista kuvata terveyden edistämistä opetussuunnitelmissa ja opettajien ajattelussa eri aineistojen triangulaationa, jolloin edistettiin tutkimuksen validiteettia

ja reliabiliteettia (vrt. Eskola & Suoranta 1998). Oppilaitosten viralliset opetussuunnitelmat ovat useimmiten ilmaisultaan niukkaa ja sopivat sen vuoksi yksinään huonosti laadullisen tutkimuksen materiaaliksi. Tämän vuoksi valittiin opettajien haastattelu ja siihen liitetty havainnointi täydentämään aineistoa. Tutkimuksessa mukana olleet ammattikorkeakoulut ja niiden opettajat osallistuivat vapaaehtoisesti projektiin. Opettajilla oli tietoa tutkittavasta ilmiöstä (Miles & Huberman 1994; Burns & Grove 1997; Nieminen 1997), sillä osa oli osallistunut opetussuunnitelmien työstämiseen ja kaikki haastateltavat olivat opettaneet näiden opetussuunnitelmien mukaan.

Opetussuunnitelmia analysoitiin käsitekarttatekniikalla (Åhlberg 1990a ja 1990b; Okebukola 1992; Åhlberg 1992; Novak & Govin 1995) ja sisällön analyysillä (Alasuutari 1993). Opetussuunnitelmien analyysissä käsitekarttateknikka perustuu ymmärtävään lukemiseen ja tekstin tulkintaan (Okebukola 1992). Opetussuunnitelmasta saatu informaatio ja sen pohjalta tehty käsitekartta vaihtelee eri tulkitsijoiden kesken (Åhlberg 1992), minkä vuoksi oli tärkeää tutkia opetussuunnitelmia ainakin kahdella eri menetelmällä, jotta ymmärrys kunkin menetelmän eduista ja rajoituksista lisääntyisi (vrt. Åhlberg 1990b, 49, 59). Tässä tutkimuksessa toisena menetelmänä käytettiin sisällön analyysiä, jolla analysoitiin terveyden edistämiseen liittyvien käsitteiden etenemistä ja syvenemistä opintojaksoissa (Alasuutari 1993). Käsitekartan validiteettiä arviointi tapahtui vertaamalla propositio propositiolta tekstin ja käsitekartan vastaavuutta (Åhlberg 1990b, 1992; Markham & Mintzes 1994). Luotettavuuden lisäämiseksi käytettiin tutkijatriangulaatiota (Patton 1990; Burns & Grove 1995). Tämä toteutui siten, että seuranta-tutkimuksen aikana oli mahdollista keskustella analyysien tulkinnoista tiiviin tutkijaryhmän kanssa. Lisäksi opetussuunnitelmien laatijoilla oli mahdollisuus arvioida tuloksia.

Haastatteluun liittyneet teemat pyrittiin laatimaan siten, että saatiin vastaukset tutkimustehtäviin (vrt. Nieminen 1997). Tutkimukseen osallistujat tiesivät että osallistuminen on vapaaehtoista. Kaikki haastateltavat olivat kiinnostuneita tutkimuksen aiheesta ja suhtautuivat positiivisesti tutkimusaineiston keräämiseen. Muutama kieltäytyi haastatteluista kiireen ja ajanpuutteen vuoksi. Haastattelun luotettavuutta saattoi heikentää se, että haastattelussa on taipumus antaa sosiaalisesti suotavia vastauksia (Hirsjärvi ym. 2000).

Tässäkin tutkimuksessa osa haastatelluista on voinut vastata niin kuin ovat olettaneet terveystieteen opettajien vastaavan ja haastattelijoiden toivovan (Polit & Hungler 1997).

Teemahaastattelun avulla kerätty aineisto oli runsas, minkä vuoksi aineiston käsittely oli haasteellinen prosessi. Luotettavuuden takaamiseksi aineistoa käsiteltiin useassa vaiheessa. Useat käsittelyt vaikuttavat lähinnä aineiston laatuun ja ymmärrettävyyteen. Aikaisemmat tutkimukset auttoivat terveyden edistämisen käsitteen rajaamisessa. Teorian ja empirian elementtien yhdistäminen sopii hyvin terveyden edistämisen tarkasteluun, sillä terveyden edistämisestä oli käytävissä kirjallisuutta ja tutkimuksia (esim. Ottawa Charter 1986; Rush 1997; Naidoo & Wills 1998; 2000). Ne mahdollistivat deduktiivisen tarkastelun. Haastateltavien lukumäärä mahdollisti sisältöluokkien muodostamisen ja siten tutkimustulosten hyödyntämisen terveyden edistämisen opetuksen kehittämisessä. Otoksen koko, vuosittain 10+10 haastateltavaa opettajaa, sekä tutkimuksen kohdistuminen kahteen ammattikorkeakoulun terveystieteen koulutukseen vaikuttavat kuitenkin tutkimustulosten yleistettävyyteen ja edellyttävät jatkotutkimuksia tulosten varmistamiseksi. Tulosten luotettavuutta pyrittiin lisäämään kuvaamalla analyysin vaiheet ja esittämällä suoria lainauksia opetussuunnitelmien tekstistä ja tutkimushenkilöiden litteroiduista haastatteluista. Tutkimukseen useamman kerran osallistuneet opettajat lukivat ja kommentoivat edellisiä haastattelujaan. Tällä haluttiin varmentaa lukijan mahdollisuus tarkistaa tulkintoja ja niihin liittyviä päätelmiä. Tutkimukseen osallistujien anonymiteetin varmistamiseksi ammattikorkeakoulujen sijaintia ja haastateltavien taustatietoja ei mainita raportissa.

Toinen tutkijoista kuului toiseen tutkimuksessa mukana olevaan organisaatioon. Organisaation sisällä tapahtuvassa tutkimuksessa on etunsa ja haittansa. Etu on organisaation luonteen, toimintatapojen, henkilöstön ja johtamisen hyvä tunteminen, mikä helpottaa tiedon jatkokehittämistä. Ongelmia voi ilmetä esimerkiksi tietojen saamisessa, haastateltavien suhtautumisessa haastattelijaan sekä tutkijan mahdollisuuksissa ottaa etäisyyttä tutkimuskohteeseen. Kritiikki on kohdistunut yleensä objektiivisuusvaatimukseen. Toisaalta on esitetty, että niin organisaation ulkopuolinen kuin sisäinenkin tutkija ovat alttiita virheille ja harhatulkinnolle (Love 1999). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen suorittaja ei haastatellut oman yksikön opettajia.

Tutkijan etsimä ja saama tieto on aina subjektiivista ja arvoihin sidottua. Tutkijalla itsellään on oma käsitys tutkittavasta ilmiöstä, joka saattaa ohjata tutkijan tulkintoja (Patton 1990; Burns & Grove 1995). Tätä nimitetään teoreettiseksi herkkyydeksi. Tutkijan teoreettinen herkkyys perustuu muun muassa koulutukseen ja ammatissa tai muuten saatuun kokemukseen. Oletan, että itselläni alan koulutus (sairaanhoitaja, terveydenhoitaja ja terveydenhuollon maisteri sekä terveystieteen alueella suoritetut jatko-opinnot) ja pitkä työkokemus hoitoalalta (ensiapu ja poliklinikkatyö, mielenterveystyö, työterveyshuolto, opettaja) antavat minulle tutkimusprosessissa tarvittavaa teoreettista herkkyyttä. Aikaisemmasta työkokemuksesta on ollut etua, mutta myös mahdollisesti haittaa tässä tutkimuksessa. Terveydenhuoltoalan koulutus ja työkokemus ovat tuoneet ymmärrystä terveyden edistämisen olemuksesta ammatillisena toimintana. Etenkin työkokemus puunjalostusteollisuuden työterveyshoitajana on avartanut käsityksiäni terveyden edistämisen merkityksestä ihmisten arjessa ja heidän elinympäristössään. Opetustyön kokemus on lisännyt ymmärrystäni ja tietämystäni terveyden edistämisen monimuotoisuudesta. Haittana voisi todeta mahdollisesti koettu tunnistettavuuden, haastateltavan asemasta ja taustasta nousevat odotukset, haastateltajan ja haastateltavan vuorovaikutuksen mahdollinen jännitteisyys (vrt. Krause & Kiikkala 1996; Hirsjärvi ym. 2000).

Tutkimuksen tuloksia voidaan pitää luonteeltaan suuntaa antavina, vaikka tulokset kohdistuvat kahteen ammattikorkeakouluun ja kahden (sairaanhoitaja ja terveydenhoitaja) opiskelijaryhmän opettajiin. Tulosten sisäinen johdonmukaisuus tukee kuitenkin käsitystä, että tässä esitetyt tulokset ovat peruslinjoiltaan valideja. Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa huomioidaan koko tutkimusprosessi: tutkimusaineiston kerääminen, aineiston analyysi ja tutkimuksen raportointi (Nieminen 1997). Aineiston analyysi vaatii tutkijalta kykyä abstraktiseen, käsitteelliseen ajatteluun. Tutkija joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja ottamaan yhtä aikaa kantaa aineiston analyysiin ja kattavuuteen sekä tekemiinsä päätelmiin. Tutkija on tutkimuksensa keskeinen tutkimusväline ja pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse (Eskola & Suoranta 1998). Arvioinnin mahdollistamiseksi tutkimusaineistoa, tutkimuksen toteutusta ja aineiston analyysiä on pyritty kuvaamaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti.

#### **6.4 Tutkimuksen hyödynnettävyys ja ehdotukset jatkotutkimuksiksi**

Terveyden edistäminen on oleellinen osa hoitotyötä ja tämän asian tiedostaminen hoitoalan koulutuksessa on erityisen tärkeää. Tässä tutkimuksessa terveyden edistämisen opetuksen lähtökohdat osoittautuivat hajanaisiksi. Tätä voidaan selkeyttää pitämällä terveyden edistämisen opetuksen suunnittelun lähtökohtana sairaanhoitajan ja terveydenhoitajan ammattitaitovaatimuksia ja terveystieteiden linjausten asettamia vaateita väestön terveyden edistämiseksi. Suositeltavaa on lisätä opetussuunnitelmien yhteissuunnittelua yhteistyössä työelämän edustajien kanssa. Koska uusien työntekijöiden kouluttaminen on sekä oppilaitosten että käytännön työelämän yhteinen tehtävä, on toivottavaa, että molemmat osapuolet osallistuvat opetussuunnitelmatyöhön. Opiskelijoiden osallistumista opetuksen suunnitteluun on syytä lisätä esimerkiksi järjestämällä heille mahdollisuus aktiivisemmin osallistua täysivaltaisena jäsenenä työryhmiin. Osallistuminen tulisi hyväksyä osana opiskelua.

Terveyden edistämisen opetuksessa painotettiin erilaisia asioita. Opettajien on varmistettava, että he ovat tietoisia terveyden edistämisen opetuksen tavoitteista ja sisällöistä sekä miten terveyden edistämisen on suunniteltu eteneväksi opetussuunnitelmassa. Parhaimmillaan opettajat, opiskelijat ja työelämän edustajat yhdessä suunnittelevat ja arvioivat terveyden edistämisen opetuksen toteutumista. Myös terveyden edistämisen asiantuntijoiden osallistuminen opetukseen edistäisi terveyden edistämisen lähtökohtien laajempaa ja syvempää tarkastelua.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös muiden läpäisevien aineiden, kuten esimerkiksi ympäristötietouden ja kulttuurialan opintojen sisällyttämisessä opetussuunnitelmaan. Tuloksista on myös hyötyä oppilaitosten opetussuunnitelmatyöhön liittyvän koulutuksen ja omien kehittämishankkeiden suunnittelussa ja toteuttamisessa. Tuloksia voi hyödyntää myös opettajien terveyden edistämisen täydennyskoulutuksen suunnittelussa ja toteutuksessa.

Tutkimukseni yleisilme on lupaava ja on mahdollisuuksia antava. Oppilaitokset ovat muuttuneet avoimimmiksi, yhteistyö on lisääntynyt ja kollegat auttavat toisiaan.

On vain hyväksyttävä, että oppilaitosten toimintakulttuuri muuttuu hitaasti, sillä toimintojen taustalla olevat yksilöiden tottumukset, roolit ja orientaatiot vaativat aikaa muuttuakseen (vrt. Sahlberg 1996).

Tutkimusaineisto oli rikas ja monipuolinen. Aihealue tarjosi useita jatkotutkimushaasteita.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella olisi hyödyllistä tarkastella terveyden edistämisen opetusta ja oppimista laajemmin Suomessa. Tarvitaan myös tarkempaa sisällöllistä ja opetusmenetelmällistä tutkimusta terveyden edistämisen opetuksen toteuttamisesta, kuten myös teorian ja käytännön harjoittelun integroitumisesta. Tutkimuksen kohteeksi voitaisiin ottaa myös eri terveydenhuollon toimipisteitä ja selvittää, millaiset terveyden edistämisen lähtökohdat ohjaavat toimipisteiden toimintaa ja miten terveyden edistämistä toteutetaan käytännössä. Tutkimushankkeissa kannattaa myös selvittää harjoittelua ohjaavien sairaanhoitajien/terveydenhoitajien terveyden edistämisen käsityksiä, sillä heillä on merkittävä rooli terveyden edistämisen soveltamisessa käytäntöön. Mielenkiintoista olisi myös tutkia laajemmin, millaiset terveyden edistämisen lähtökohdat ohjaavat eri terveydenhuoltojärjestelmien toimintaa. Tulosten perusteella voitaisiin seurata Terveys 2015 -kansanterveysohjelman toteutumista niin opetussuunnitelmatyössä, opetuksessa kuin käytännön terveyden edistämistyössä.



## LÄHTEET

Aavarinne, H. 1993. Ohjauksellisten ja opetuksellisten valmiuksien kehittyminen sairaanhoitajakoulutuksessa. Acta Universitatis Ouluensis, Series Medica D 269. Oulun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Alasuutari, P. 1993. Laadullinen tutkimus. Vastapaino, Tampere.

Atjonen, P. 1993. Kunnan opetussuunnitelma koulun hallinnollisen ja pedagogisen kehittämisen välineenä. Acta Universitatis Ouluensis E 11.

Antorobus, S. 1997. Developing the nurse as a knowledge worker in health - learning the artistry of practice. Journal Advanced of Nursing 25, 829-835.

Arthur, H. & Bauman, A. 1994. Nursing curriculum content: an innovative decisionmaking process to define priorities. Nurse Education Today 16, 63-68.

A 256/95. Asetus ammattikorkeakouluopinnoista.

Banks, D. & Stave, A. 1998. Modelling curriculum integration with secondary preservice teachers: a case study. Educational Research Quarterly 22(1), 47-57.

Benson, A. & Latter, S. 1998. Implementing health promoting nursing: the integration of interpersonal and health promotion. Journal of Advanced nursing.27, 100-107.

Burns, N. & Grove, S.K. 1997. The Practice of Nursing Research, Conduct, Critique, & Utilization. Saunders Company, Philadelphia.

Callaghan, D. & Williams 1994. Living with diabetes: issues for nursing practice: Journal of Advanced Nursing 20,132-139.

Caraham, M. 1998. Patient education and health promotion: Clinical health promotion - the conceptual link. Patient Education and counselling 33,49-58.

Casey, G. 1996. The curriculum revolution and project 2000: a critical examination. Nurse Education Today 12, 115-120.

Crotty, M.. 1992. The perceptions of nurse teachers regarding the preparation for their role in project 2000 programmes. Nurse Education Today 12, 350-356.

Clifford, C. 1992. The role of the nurse teacher. Nurse Education Today 12, 340-349.

Clifford, C. 1994. The role of the nurse teacher: concerns, conflicts and challenges. *Nurse Education Today* 15, 11-21.

Delaney, F.G. 1994. Nursing and health promotion: Conceptual concerns. *Journal of Advanced Nursing* 20, 828-835.

Doule, Y. & Thomas, P. 1996. Promoting health through primary care: challenges in taking a strategic approach. *Health Educational Journal* 1, 3-10.

Downie, R.S., Tannahill, L. & Tannahill, A. 1997. *Health Promotion: models and values.* Oxford: University Press.

Edmonson, K. 1995. Concepts Mapping for the Development of Medical Curricula. *Journal of Research in Science Teaching* 32. No 7, 777-793.

Elkan, R. & Robinson, J. 1993. Project 2000: the cap between theory and practice. *Nurse Education Today* 5, 295-298.

Engeström, Y. 1991. *Perustietoa opetuksesta.* Helsinki. VAPK.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. *Johdatus Laadulliseen tutkimukseen.* Jyväskylä: Gummerus.

Euroopan neuvoston direktiivit 77/453/ETY, 80/155/ETY, 89/595/ETY.

Ewless, L. & Simnett, I. 1995. *Terveysten edistämisen opas.* Keuruu. Otava.

Gröndahl, M., Piekkari, U. & Rassi, A. 1994. *Työstämme yhdessä opetussuunnitelmaa.* Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Hakulinen, T., Pietilä, A-M., Koponen, P. 2002. Miten ennakoida tulevaisuutta terveyden edistämässä? Teoksessa: A.Pietilä, T.Hakulinen, E.Hirvonen, P. Koponen, E-M., Salminen & K.Sirola 2002. *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät.* WSOY, Helsinki, s. 301 - 310.

Haverinen, P. & Vänskä, M-L. 1999. Opetussuunnitelman arvoperusta ja tavoitteet ohjaamassa hoitotyön koulutusta. Teoksessa: K.Tossavainen, H.Turunen. *Terveys- ja sosiaalialan opiskelijoiden ohjaamisesta ammattikorkeakoulussa.* Kirjayhtymä, Helsinki, s 128-151.

Helakorpi, S. 1999. Kouluttajan asiantuntijuus ja sen kehittäminen. *Opettajakorkeakoulun julkaisuja*, D 119. Hämeen ammattikorkeakoulu.

- Hirsjärvi, S., Remes, P & Sajavaara P. 2000. Tutki ja kirjoita. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Hirvonen, E., Koponen, P. & Hakulinen, T. 2002. Yksilö, perhe ja yhteisö muutoksessa. Näkökohtia terveyteen. Teoksessa: A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M Salminen & K.Sirola. Terveyden edistäminen. uudistuvat työmenetelmät, WSOY, Juva, s 35-61.
- Holopainen, A. 1998. Terveydenhuollon opettajuuden sisältö ja merkitys. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Howkins, E.1994 Designing an integrated curriculum with a common core for an interdisciplinary course in community nursing. Nurse Education Today 14,380-387.
- Hätönen, H. 2000. Eläköön opetussuunnitelma. Opas ammatillisille oppilaitoksille. Helsinki: Oy Edita AB.
- Jaroma, A. 1998. Yhteisöllisyys - haaste hoitotyön koulutukselle. Teoksessa: T. Parviainen & M.Pelkonen (toim.) Yhteisöllisyys - avain parempaan terveyteen. Stakes. Raportteja 217. Saarijärvi: Gummerus, 167 -175.
- Jaroma, A. 2000. Koulutus- ja tuleva toiminta hoitotyössä. Kysely kättilö-, sairaanhoitaja- ja terveydenhoitajaopiskelijoille. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 83.
- Kalkas, H. 1986. Hoitotyön etiikan käytännölliset perusteet. Teoksessa H. Kalkas & A. Sarvimäki Hoitotyön etiikan perusteet. Juva: WSOY, 76-187.
- Kauhanen, J., Myllykangas, M., Salonen, J. & Nissinen, A. 1998. Kansanterveystiede. Porvoo: WSOY.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 75..
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä, Helsinki.
- Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveyden edistämisen etiikan lähtökohtia. Teoksessa: A.Pietilä, T.Hakulinen, E.Hirvonen, P. Koponen, E-M.Salminen & K.Sirola 2002. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki, s. 62-73.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1, 3-13.

Kärkkäinen, M.. 1999. Tiimit opettajien perinteisen työkäytäntöjen murtajana. *Aikuiskasvatus*, 250-256.

Laitakari, J. 1992. Terveyskasvattajan oma kulttuuritausta ja sen tiedostaminen. *Terveyskasvatuksen vuosikirja*, 53-59.

L 255/95. Laki ammattikorkeakouluopinnoista.

Lambert, P. 1999. Rajaviiva katoaa. *Aikuiskasvatus*, 244- 249.

Latter, S. 1998. Health promotion in the acute setting: the case empowering nurses. Teoksessa: Kendall, S (toim) *Health and Empowerment*. London: Arnold, 11-37.

Leger, L. 1997 Health promoting settings: From Ottawa to Jakarta. *Health Promotion International* 2, 99-101.

Leino-Kilpi, H.. 1992. Vaateita hoito-opin opettajalle. Teoksessa: A.Hentinen, H.Aavarinne & A. Lämsä (toim.), *Rakkaudesta ihmiseen ja työhön*. Acta Universitatis Ouluensis. Series D 244. Oulun yliopiston hoitotieteen laitos.

Lepola, I. 1992. Tulkinnallisen tutkimusotteen metodologisista perusteista kontekstina terveydenhoitajan toteuttaman terveysneuvonnan analyysi. Teoksessa: I.Lepola, M. Nikkonen & T. Nores (toim.). *Hoitotieteen laadullisia tutkimuksia*. STM. Raportteja 58. Helsinki. VAPK-kustannus, 1-43.

Lindsey, E. & Hartric, G. 1996. Health - promoting nursing practice: the demise of the nursing process? *Journal of Advanced of Nursing* 23, 106-112.

Liimatainen, L. 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa Jyväskylän yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 90.

Liimatainen, L., Poskiparta, M. & Sjögrén, A. 1999. Terveyden edistämisen lähestymistavat terveysalan ammattikorkeakouluopetuksen haasteena. *Sosiaalilääketieteen Aikausilehti* 2, 99-110.

Liimatainen, L., Poskiparta, M., Sjögrén, A., Kettunen, T. & Karhila, P. 2001. Investigating student nurses' constructions of health promotion in nursing education. *Health Education Research* 16: 33-48.

Lohiniva, V. 1999 Terveydenhoitajan työ ja kvalifikaatiot pohjoisessa ympäristössä. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 509. Hoitotieteen ja hallinnon laitos.Oulu.

Love, C. 1999. How nurse teachers keep up-to-date: their methods and practices. *Nurse Education Today* 16, 287-295.

MacIntosh, C. 1998. Reflection: a flawed strategies for nursing profession. *Nurse Education Today* 18, 553-557.

MacIntosh, J. & McCormak, D. 2000. An integrative Review Illuminates Curricular Applications of Primary Health care. *Journal of Nursing Education* 3, 116-123.

Mackintosh, N. 1996. Key management skills in nursing. *Promoting health: an issue in nursing*. Great Britain: Mark Allen Publishing. Ltd.

Macleod Clark, J. 1993. From sick nursing to health nursing: evolution or revolution? Teoksessa, J. Wilson-Barnet & J. Macleod Clark (toim.) *Research in health promotion and nursing*. London: Macmillan, 256-270.

Macleod Clark, J & Maben, J. 1998 *Health Promotion: perceptions of Project 2000 educated nurses*. *Health Education Research* 2, 185-196.

Marcham, K. & Mintzez, J. 1994. The concepts maps as a research and evaluation tool: Further evidence of validity. *Journal Research in Science Teaching* 31, 91-101.

Mattus, M-R. 1994. *Haastatteluopas perhekeskeiseen työhön. Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Helsinki*.

Mawn, B & Reece, S. 2000. Reconfiguring a Curriculum for the New Millenium: Process of Change. *Journal of Nursing Education*, 3, 101-108.

Mc Allister 2001a. Principles for curriculum development in Australian nursing: an examination of litterature. *Nurse Education Today* 21, 304-314.

Mc Allister 2001b. Principles in practice: an Australian initiative in nursing curriculum development. *Nurse Education Today* 21, 315-322.

Mc Donald, E. 1998. The role of Project educated nurses in health promotion withing the hospital setting. *Nurse Education Today* 3, 213-220.

Metsämuuronen, J. 2000. *Maailma muuttuu - miten sosiaali- ja terveysala ? Helsinki: Edita Oy*.

Miles, M.B. & Huberman, A.M. 1994. *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*. Toinen painos. London: Sage.

Mitchinson, S. 1995. A Review of the health promotion and health belief of traditional and Project 2000. *Journal of Advanced Nursing* 21, 365-363.

Morgan, I.S & Marsh, G.W. 1998. Historic and Future Health Promotion Contexts for Nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship* 4, 379-383.

Mäkisalo, M. 1994. Terveyden edistämisen paradigma terveydenhuolto-oppilaitosten toimintaa ohjaamassa. *Kasvatus* 5, 526-531.

Mäkisalo, M. 1998. Terveydenhuolto-oppilaitosten organisaatiokulttuuri. Opettajien ja opiskelijoiden käsitykset todellisesta ja toivotusta toiminnasta. Reports on the University of Kuopio. *Social Sciences* 58. Kuopion yliopiston painatuskeskus.

Määttä, P. 1999. Perhe asiantuntijana. Erityiskasvatuksen ja kuntoutuksen käytännöt. Jyväskylä: Gummerus.

Naidoo, J. & Wills, 1998. *Practising Health Promotion. Dilemmas and Challenges*. London: Baillière Tindall.

Naidoo, J. & Wills, 2000. *Health Promotion. Foundations for Practice*. London: Baillière Tindall.

Niemi, H. (toim). 1998. *Opettaja modernin murroksessa*. WSOY, Juva.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen. *Hoitotieteen tutkimuksen metodiikka*. WSOY, Juva.

Nousiainen, I. 1998. Osastonhoitajien ja ylihoitajien käsityksiä sairaanhoitajan työn osaamisalueista. *Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisu* 1.

Novak, K. D & Govin, D.B 1995. *Opi oppimaan*. Tammer-paino, Tampere.

Nurminen, R. 1996. Ammatillisen opettajan ammattitaitoa etsimässä. *Ammattikasvatus* 4,8-9.

Okebukola, P. 1992 Can good concept mappers be good problem solvers in science ? *Educational Psychology* 2, 113-129.

Oliver, R & Endersby, C. 1994. *Teaching and Assessing Nursing: A Handbook for preceptors*. London: Baillière Tindall.

OPH, Opetushallitus, 1994. *Ammatillisen koulutuksen opetussuunnitelmauudistus*. Helsinki.

OPH, Opetushallitus. 1996. Sosiaali- ja terveystieteiden opetussuunnitelman perusteet opistoasteella. Helsinki.

OPM, 2001. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, opintojen keskeiset sisällöt ja vähimmäisopintoviikkomäärät. Helsinki, Opetusministeriö, Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto.

Ottawa Charter for Health Promotion. Health promotion 1986:4:iii-v.

Pakarinen, T., Stenvall, K. & Tolonen, K. 2001. Ammattikorkeakoulut ja aluekehitys. Selvitys ammattikorkeakoulujen tutkimus ja kehitystoiminnasta. Helsinki: Suomen kuntaliitto, Kuntaliiton painatuskeskus.

Patrikainen, R. 1997. Ihmiskäsitys, tiedonkäsitys ja oppimiskäsitys opettajan pedagogisessa ajattelussa ja toiminnassa. Joensuun yliopisto. Kasvatustieteellisiä julkaisuja. Joensuu: Joensuun yliopistopaino.

Patrikainen, R. 1999. Opettajuuden laatu. Ihmiskäsitys, tiedonkäsitys ja oppimiskäsitys opettajan pedagogisessa ajattelussa ja toiminnassa. Jyväskylä: Gummerus.

Patton, M. G. 1990. Qualitative Evaluation and Research Methods. USA: Sage, 388-390.

Pelkonen, M. 1994. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet 18.

Pelttari, P. 1997. Sairaanhoidajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatio-vaatimukset. Tutkimuksia 80. STAKES.

Pender, N. 1987. Health promotion in nursing practice. Second edition. New York: Appleton Century Crofts..

Perttilä, K. 1999. Terveystieteiden edistäminen yhteiskunnan tehtävänä. Stakes, Sosiaali- ja terveystieteiden kehittämiskeskus, tutkimuksia 103. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Jyväskylä: Gummerus.

Perälä, M-L. (toim.) 1997. Hoitotyön suunta. Strategia laatuun ja tuloksellisuuteen. STAKES. Hoitotyön projektiryhmä. Jyväskylä: Gummerus.

Perälä, M-L & Ponkala, O. 1999. Tietoa ja taitoa terveystieteille. Terveystieteiden korkeakoulutuksen arviointi. Korkeakoulutuksen arviointineuvoston julkaisuja 8. Helsinki: Edita Oy.

Pietilä, A., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. WSOY, Helsinki.

Piper, S. M. & Brown P.A. 1998. The theory and practice of health education applied to nursing: a bi-bolar approach. *Journal Advancet of Nursing* 27,383-389.

Pirnes, A-L. & Leino-Kilpi, H. 1996. Itseohjattu oppimisprosessi sairaanhoitajakoulutuksessa: University of Turku. Department of Nursing, Reearch reports A:15/1996.

Ponkala, O. (toim.). 2001. Terveysalankoulutuksen arvioinnin seuranta. Korkeakoulujen arviointineuvoston julkaisuja 11:2001. Helsinki: Edita.

Polit, D.F. & Hungler, B.P. 1997. *Essentials of Nursing research. Methods, Appraisals and Utilization.* Fourth Edition. Philadelphia: Lippincott.

Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. *Sudies in sport, physical education and health* 46. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä: E-R Paino.

Poskiparta, M., Liimatainen, L. & Sjögrén, A. 2000. Health Promotion in the curricula and teaching of two polytechnics in Finland, *Nurse Education Today*, 20, 629-637.

Poskiparta, M. & Sjögrén, A. & Liimatainen, L. 2001. Terveysalan ammattikorkeakoulun opettajien ja opiskelijoiden näkemyksiä terveyden edistämisestä. *Kasvatus* 1, 48-61.

Poskiparta, M. & Liimatainen, L. & Kettunen, T. & Karhila, P. 2001. From nurse-centered health counselling to empowermental health counselling. *Patient Education and counselling* 45, 69-70.

Raatikainen, R. 1998. Yhteisöllisyys, eettisyys ja hoitotyön kehitys. Teoksessa: Parviainen, T & Pelkonen, M. (toim). *Yhteisöllisyys- avain parempaan terveyteen.* Stakes, Raportteja 217, Saarijärvi: Gummerus, 55-79.

Raatikainen, R. 2003. Terveyden edistämisen tieteelliset lähtökohdat. Teoksessa: Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A. & Rajalahti, E. (toim). *Hoitotyön vuosikirja 2003.* Terveyden edistäminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki.

Raeburn, J. & Rootman, I. 1998. *People-Centered health promotion.* Chichester: Wiley.

Raphael, D. 2000. The questions of evidence in health promotion. *Health Promotion International* 15, 355-367.

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



Rimpelä, M. 1994. Terveysten edistäminen ja terveystkasvatus - katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 31, 5-22.

Rissel, C. 1994. Empowerment: the holy grail of health promotion. *Health promotion international*, 1, 39-47.

Rivers, K., Aggleton, P. & Whitty, G. 1998. Professional preparation and development for health promotion: a review of literature. *Health Education of Journal*, 57, 254-262.

Robinson, S. & Hill, Y. 1995. Miracles take little longer: Project 2000 and health-promoting nurse. *International Journal Nursing Studies* 6, 568-579.

Rostila, I. 1997. Keskustelu sosiaaliluukulla. *Acta Universitatis Tamperensis* 547. Vammala: Vammalan kirjapaino.

Routasalo, P. 1995. Koulutuksen tuloksellisuus ja opettajakoulutus. Teoksessa *Terveysthuollon koulutuksen tuloksellisuus ja laatu*. H. Leino-Kilpi, M. Hupli & A. Räisänen. Opetushallitus. Arviointi 5/95.

Rush, K. 1997. Health Promotion ideology and nursing education. *Journal of Advanced Nursing* 25, 1292-1298.

Sahlberg, P. 1996. Kuka auttaisi opettajaa. Post-moderni näkökulma opetuksen muutokseen yhden kehittämiprojektin valossa. Jyväskylä: University Printing House ja Sisäsuomi.

Salminen, H. 1998. Suomalaisen ammattikorkeakoululaitoksen tausta ja suunnitteluprosessi. *Hallinnon tutkimus* 1, 36-42.

Salminen, L. 2000. Hoitotyön opettajan muotokuva - opettajaan kohdistuvat vaatimukset ja niiden arviointi. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C 158.

Santnam, E., Leach, C & Dawson, C. 1998. Concept mapping: How should it be introduced, and is there evidence for long term benefit? *Higher Education* 35, 317-328.

Saukkonen, R. 1995. Sosiaali- ja terveysthuollon työvoiman tuottamisen muuttuvat ehdot - julkinen valta ja markkinat ammatillisen koulutuksen määrittelijöinä. Teoksessa: M. Mattila, R. Saukkonen. & P. Uusikylä. *Hyvinvointivaltiota kilpailuvaltioon. Markkinat ja verkostot sosiaali- ja terveystpolitiikan ohjauksessa*. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisusarja 1993:4. Helsinki, 211-333.

Scultz, P. 1991. Foundations of nursing's perspectives on health education. *Hoitotiede* 5, 223-230.

Seedhouse, D. 1997. Health promotion: philosophy, prejudice and practise. Chichester: Wiley.

Sihto, M. 1997. Terveyspoliittisen ohjelman vastaanottotutkimus Suomen terveyttä kaikille vuoteen 2000- ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa. Stakes. Tutkimuksia 74. Jyväskylä: Gummerus.

Sihvo, P. & Turtiainen, S. 1999. Hoitotyön suuntautumisvaihtoehdon opetussuunnitelmat ammattikorkeakoulukokeilussa. Teoksessa. K.Tossavainen & H. Turunen (toim.) Koulutusra-  
kenteet muuttuvat - muuttuuko opetus ja oppiminen? Terveys- ja sosiaalialankoulutus ammatti-  
korkeakoulun uudistusvaiheessa. Helsinki, Kirjayhtymä, 77-95.

Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto, Acta  
Univeristasis Ouluensis E 37.

Smith, P., Masterson, A. & Lask, S. 1995a. Health and curriculum an illuminative evaluation -  
Part 1: Methodology. Nurse Education Today 15, 245-249.

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

Stark, J., Lowther, M., Sharp, S & Arnold, G 1997. Program level curriculum planning: An  
exploration of faculty perspectives on two different campuses. Research in Higher Education 38  
(1), 99-130.

STM 1993. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Julkaisuja 1993:2.  
Helsinki.

STM 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000-2003. Valtioneuvos-  
ton päätös. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 1999:16. Helsinki: Oy Edita AB.

STM 2000. Sairaanhoidajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollos-  
sa. Terveydenhuollon ammattienharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja  
terveysministeriön monisteita 2000:15.

STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta. Sosiaali-  
ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4. Helsinki: Edita Prima Oy.

STM 2002. Suomen 1990-luvun terveyden edistämisen politiikan kansainvälinen arviointi ja  
kehittämissuhteet. Maailman terveysjärjestön (WHO) asiantuntijatyöryhmän arviointiraportti.  
Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2002:18.

Thomas, J. & Wainright, P. 1996. Community nurses and health promotion: ethical and political perspectives. *Nursing Ethics* 2, 97-107.

Thornton, R & Chapman, H. 2000. Student Voice in curriculum Making. *Journal of Nursing Education*. 3, 125-131.

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

Tones, K. 1994. Health Promotion, Empowerment and action Competence. Teoksessa B.B Jensen & K. Schnack (toim). *Action and Action Competence*. Royal Danish School of Educational Studies 12, 163-183.

Tones, K. 1996. The anatomy and ideology of health promotion: empowerment on context. Teoksessa A. Sriven & J. Orne (toim.) *Health promotion. Professional Perspectives*. Great Britain: Antony Rowe, 9-21.

Tones, K. 1998. Health promotion and promotion of health: seeking wisely to empowerment. Teoksessa S. Kendall (toim.) *Health and empowerment*, Ss 57-88. London: Arnold.

Toivonen, T. 1999. *Empiirinen sosiaalitutkimus. Filosofia ja metodologia*. Porvoo: WSOY.

Torres, G & Stanton, M. 1992. *Curriculum process in nursing. A Guide to Curriculum Development*. Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs, New Jersey.

Tossavainen, K. 1997. *Terveydenhoitajan työ ja koulutus muutoksessa*. Opetusministeriö, Koulutus- ja tiedepolitiikan osaston julkaisusarja. Vammalan kirjapaino Oy.

Tossavainen, K. 2000. Yhteisön terveyden edistäminen toimintatutkimuksena. Teoksessa A-M. Pietilä, J. Kylmä, H. Turunen, K. Vehviläinen-Julkunen & K. Immonen (toim.) *Hoitotieteellisen tutkimuksen ydinkysymyksiä terveyden edistämisessä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa*. VI Kansallinen hoitotieteellinen konferenssi, osa 1. Kuopion yliopisto selvityksiä E. *Yhteiskuntatieteet 2000*:19.

Tossavainen, K & Turunen H. 1999. Neuvojasta oppimisen ohjaajaksi - ohjaamiskäytännöt tarkoituksenmukaisiksi. Teoksessa K Tossavainen & H. Turunen. *Terveys- ja sosiaalialan opiskelijoiden ohjaamisesta ammattikorkeakoulussa*. Helsinki: Kirjayhtymä, 8-17.

Uusikylä, K & Atjonen, P. 2000. *Didaktiikan perusteet*. Juva: WSOY.

Vertio, H. 1992. *Terveyden edistäminen - valintojen virta*. Helsinki: SHSK.

Wass, A. & Bachouse, L. 1996. Preparing students for health promotion: the challenge for Australian nursing in the 90s. *Nurse Education Today* 16, 149-154.

WHO/ Regional office of Europe. 1984. *Health Promotion. A Discussion Document on the Concepts and Principles*. Copenhagen.

WHO/ Regional office of Europe. 1999. *Health 21 - Health for All in the 21st Century. The Health for All Policy Framework for the WHO European Region. European Health for All Series 6*. WHO Regionall Office of Europe, Copenhagen.

WHO, 1986. *Ottava Charter for Health Promotion*. *Health Promotion* 1986:4, iii-v.

Williams, J. 1995. Education for empowerment: implications for professional development and training in health promotion. *Health Education Journal* 54, 37-47.

von Wright. 1996. Oppiminen selviytymiskeinona. *Psykologia* 31, 351-358.

Åhlberg, M. 1990a. Käsitekarttatekniikka ja muut vastaavat graafiset tiedon esittämistekniikat opettajan ja oppilaiden työvälineinä. *Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia*. No 30. Joensuun yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta, Joensuu.

Åhlberg, M. 1990b. Kasvattajille sopivien tutkimusmenetelmien ja -instrumenttien teoreettiset perusteet, tutkiminen ja kehittäminen elinikäisen kasvatuksen ja oppimisen näkökulmasta: KTS-projektin tutkimussuunnitelma. *Kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimuksia*. No 31 Joensuun yliopisto, Kasvatustieteiden tiedekunta, Joensuu.

Åhlberg, M. 1992. *Oppimisen, opetuksen ja opetussuunnitelman evaluaatio*. Loimaa: Loimaan kirjapaino.

**TEEMAHAASTATTELU I ( 1998)****TUTKIMUSTEHTÄVÄT****1. Miten opetussuunnitelmat tehtiin yksiköissänne?**

- \* Miten näet/koet opetussuunnitelman ja sen merkityksen yleensä koulutuksessa?
- \* Miten teidän yksikössänne käynnistettiin opetussuunnitelmatyön prosessi?
- \* Miten olet osallistunut opetussuunnitelmatyöhön omassa yksikössäsi ?
  - osallistuminen kokonaissuunnitteluun
  - oman aihealueen suunnitteluun
  - miten koit tämän prosessin
- \* Millaisia mahdollisuuksia sinulla oli vaikuttaa prosessin eri vaiheissa?
  - jos ei, niin miksi ei
  - mitä mahdollisesti ei otettu huomioon

**2. Miten terveyden edistäminen rakentuu opettajien tulkitsemisessa opetussuunnitelmissa?**

- \* Miten mielestäsi terveyden edistäminen näkyy opetussuunnitelmissa?
  - näkykö
  - liikaa
  - liian vähän
  - muuta
- \* Miten mielestäsi terveyden edistäminen tulisi sisällyttää opetussuunnitelmiin?
  - integroitu muihin opintojaksoihin
  - erilliset terveyden edistämisen opintojaksot
  - harjoittelu
  - perustelut

- \* Entä muut opintojaksot (ns. yhteiset opinnot)?
- \* Miten opetussuunnitelma tukee opiskelijoiden terveyden edistämisen oppimista?

### **3. Millainen käsitys opettajilla on terveyden edistämisestä?**

- \* Mitä mielestäsi terveyden edistäminen tarkoittaa?
- \* Entä terveystieteiden opetus?
- \* Onko terveyden edistämisen käsityksesi muuttunut, jos on mikä siihen on vaikuttanut?
- \* Miten työyhteisössäsi käsitellään terveyden edistämiseen liittyviä kysymyksiä?
- \* Millainen mielestäsi on hyvä terveyden edistämisen opettaja?
- \* Oletko osallistunut terveyden edistämiseen liittyvään koulutukseen?

### **4. Miten opettajat huomioivat terveyden edistämisen opetuksessaan?**

- \* Miten opetussuunnitelmien mukainen terveyden edistämisen tavoitteet toteutuvat opetuksessa/opiskelussa?
  - teoria ja harjoittelu
  - jos ei, niin miksi
- \* Mitä opintojaksoja opetat?
- \* Miten huomioit terveyden edistäminen omassa opetuksessasi /harjoittelussa?
- \* Oletko selvillä muiden opintojaksojen terveyden edistämisen opetuksen sisällöistä ja opetusmenetelmistä?
- \* Miten ja missä määrin yhteistyötä tehdään opetuksen suunnittelussa ja toteutuksessa?

**TEEMAHAASTATTELU II ( 1999 ja 2000)****TUTKIMUSTEHTÄVÄT****1. Miten opetussuunnitelmat tehtiin yksiköissänne?**

- \* Miten näet/koet opetussuunnitelman ja sen merkityksen yleensä koulutuksessa?
- \* Miten teidän yksiköissänne käynnistettiin opetussuunnitelmatyön prosessi?
- \* Miten olet osallistunut opetussuunnitelmatyöhön omassa yksikössäsi ?
  - osallistuminen kokonaissuunnitteluun
  - oman aihealueen suunnitteluun
  - miten koit tämän prosessin
  - **miten opetussuunnitelmia on kehitetty**
- \* Millaisia mahdollisuuksia sinulla oli vaikuttaa prosessin eri vaiheissa?
  - jos ei, niin miksi ei
  - mitä mahdollisesti ei otettu huomioon
- \* **Miten sinut on perehdytetty opetussuunnitelmaan ja sen lähtökohtiin, mikäli olet tullut myöhemmin tähän prosessiin mukaan?**

**2. Miten terveyden edistäminen rakentuu opettajien tulkitsemisissa opetussuunnitelmissa?**

- \* Miten mielestäsi terveyden edistäminen näkyy opetussuunnitelmissa?
  - näkykö
  - liikaa
  - liian vähän
  - muuta

- \* Miten mielestäsi terveyden edistäminen tulisi sisällyttää opetussuunnitelmiin ?
  - integroitu muihin opintojaksoihin
  - erilliset terveyden edistämisen opintojaksot
  - harjoittelu
  - perustelut
- \* Entä muut opintojaksot (ns. yhteiset opinnot)?
- \* Mikä merkitys opetussuunnitelmilla on mielestäsi terveyden edistämisen opetukseen ja oppimiseen?
- \* Miten opetussuunnitelma tukee opiskelijoiden terveyden edistämisen oppimista?

### **3. Millainen käsitys opettajilla on terveyden edistämisestä ?**

- \* Mitä mielestäsi terveyden edistäminen tarkoittaa ?
- \* Entä terveystieteiden opetus?
- \* Onko terveyden edistämisen käsityksesi muuttunut, jos on mikä siihen on vaikuttanut?
- \* Miten työyhteisössäsi käsitellään terveyden edistämiseen liittyviä kysymyksiä?
- \* Millainen mielestäsi on hyvä terveyden edistämisen opettaja?
- \* Oletko osallistunut terveyden edistämiseen liittyvään koulutukseen?

### **4. Miten opettajat huomioivat terveyden edistämisen opetuksessaan ?**

- \* Miten opetussuunnitelmien mukainen terveyden edistämisen tavoitteet toteutuvat opetuksessa/opiskelussa?
  - teoria ja harjoittelu
  - jos ei, niin miksi
- \* Mitä opintojaksoja opetat?
- \* Miten terveyden edistäminen on huomioitu omassa opetuksessasi /harjoittelussa ?
- \* Oletko selvillä muiden opintojaksojen terveyden edistämisen opetuksen sisällöistä ja opetusmenetelmistä?
- \* Miten ja missä määrin yhteistyötä tehdään opetuksen suunnittelussa ja toteutuksessa?